



Année universitaire 2018 – 2019

DUFLOT – Jérôme

Master Gestion des Risques de la Qualité et des Flux

Mémoire de fin d'études Master 2^{ème} année

Dans le contexte actuel, quelle importance accorder à la sécurité des établissements sanitaires ?

(Analyse développée à partir de l'exemple du CHU de Lille)

Sous la direction de « Mme LERICQUE Marie-Aline »



Composition des membres du jury (soutenance le samedi 5 octobre 2019)

Président du jury : M Hervé Hubert-Professeur et Maître de conférence à l'ILIS

2^{ème} membre du jury : M Laurent Castra-Directeur Qualité ARS Ile de France

3^{ème} membre du jury : Mme Marie-Aline Lericque-Ingénieur Coordonnateur Risques Professionnels

REMERCIEMENTS

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

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma reconnaissance, et mon estime à ma directrice de mémoire Madame Marie-Aline LERICQUE, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion, et m'ont ainsi guidé dans mon cheminement. C'était aussi une première pour Marie-Aline que de m'accompagner dans ce travail d'écriture, et je l'en remercie sincèrement.

Je remercie également mon tuteur de stage M. Laurent MARTINE Ingénieur Coordonnateur du service sécurité du CHU de Lille, de m'avoir fait confiance pour mener à bien la mission qui m'avait été confiée, et pour son partage de connaissances riche de vingt années d'expériences professionnelles. Ce stage m'a permis de découvrir un environnement touchant à de multiples aspects.

C'est souvent des belles rencontres, et le partage des expériences est toujours enrichissant, d'autant plus pour moi qui suis dans un parcours de reconversion.

Je désire aussi remercier, les professeurs et enseignants de l'ILIS de M1 et M2 (MRQF), qui m'ont fourni les outils nécessaires à l'atteinte des objectifs dans toute vie professionnelle.

Je tiens à remercier également Messieurs Frédéric Parein, David Six, Mickaël Biache, Yazid Benteboula, Xavier Lobez, ainsi que France Vanhove, responsables opérationnels de la Direction de la Sécurité, pour leur accueil et leurs conseils professionnels et avisés. Merci aussi à Matthieu et Remy chefs d'équipe incendie.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers mes amis et collègues qui m'ont apporté leur soutien moral tout au long de ma démarche.

Enfin, j'adresse une « dédicace spéciale » à Véronique, Justine et Adrien d'avoir soutenu leur mari et papa tout au long de cette année, et j'y associe Christiane et Jean mes parents.

Enfin et pour être tout à fait complet, je tiens aussi à remercier mon cerveau et surtout mes neurones qui ne m'ont pas trop lâchés pendant ces 3 années passées à L'Ilis.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	3
GLOSSAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	6
PROBLEMATIQUE.....	9
METHODOLOGIE.....	11

1ère PARTIE.....13

I) Evolution de la réglementation et de la sécurité de nos hôpitaux.....	14
1) Historique des différentes Lois s'appliquant à l'Hôpital.....	14
II) Instruction N° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé.....	21
1) Principes fondamentaux de l'instruction.....	21
2) Mise en place et application.....	22
III) Convention entre l'Hôpital et les instances.....	23
1) Le Plan de Sécurisation de L'Établissement.....	23
2) Convention entre Santé – Sécurité – Justice.....	24

2nde PARTIE.....27

I) Les différents acteurs d'une politique de sécurité (CHU, Justice, Police, ARS).....	28
1) Cas d'un établissement sanitaire de grande taille : Le Centre Hospitalier Universitaire de Lille.....	28
2) Cas d'un établissement sanitaire de plus petite taille : Le Centre Hospitalier Universitaire de CAEN.....	38

3ème PARTIE.....43

I) Le PSE, la seule réponse aux menaces terroristes.....	44
1) Restitution et analyse des questionnaires des responsables de la sécurité....	44
2) Analyse et évolution nécessaire du dispositif existant.....	48
3) Propositions d'amélioration : des choix pour l'avenir !.....	52

CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	62
LISTE DES ANNEXES.....	67
ANNEXES.....	68
4 ème de couverture.....	78

GLOSSAIRE

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ARS : Agence Régionale de Santé

EPS : Etablissement Public de Santé

MASS MURDER : Tuerie de Masse

ADN : Acide DésoxyriboNucléïque

DRP : Direction des Ressources Physiques

DRN : Direction des Ressources Numériques

DQREP : Direction Qualité Risque Expérience Patient

CHR : Centre Hospitalier Régional

CH : Centre Hospitalier

SPH : Service Public Hospitalier

SROS : Schéma Régionaux d'Organisation Sanitaire

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ERP : Etablissement Recevant du Public

IGH : Immeuble de Grande Hauteur

AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

DMS : Durée Moyenne de Séjours

VIGIPIRATE : VIGIlance et Protection des Installations contre les Risques d'Attentats

Terroriste à l'Explosif

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

AG : Agressions Verbales

AP : Agressions Physiques

SU : Services des Urgences

SS : Services de Soins

PCS : Poste Central de Sécurité

CNIL : La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

RAID : Recherche Assistance Intervention Dissuasion

SRPJ : Service Régional de Police Judiciaire

EPI : Equipement de Protection Individuel

AMV : Afflux Massif de Victimes

DRH : Direction des Ressources Humaines

PCA : Plan de Continuité de l'Activité

ORSEC : Organisation de la Réponse de SEcurité Civile (Ex Organisation des SECours)

ORSAN : Organisation de la Réponse du système de SANTé

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

PGFP : Plan Général de Financement Pluriannuel

AMP : Afflux Massif de Patients

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

ARCEP : Autorité de Régulation des Autorités et des Communications Electronique et des Postes.

GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire

INTRODUCTION

« *La sécurité est la plus grande ennemie des mortels* »¹ - Cette courte citation d'un célèbre et prolifique dramaturge anglais, qui date du XVI^e siècle et qui aurait pu être le titre d'une pièce de théâtre, traduit surtout une réalité qui est toujours notre. Le 11 septembre 2001 résonne encore dans nos mémoires et dans nos cœurs. Cette triste date, nous a définitivement montré, que même une grande nation, pourtant reconnue experte dans le domaine de la sécurité, pouvait faillir à son devoir de protection. La tragédie humaine, renforcée de la symbolique des bâtiments détruits, nous prouve que la menace, a pris un « autre visage », et nous oblige désormais plus que jamais à changer nos référentiels et modes opératoires, en matière de sécurité.

Comme si cela ne suffisait pas, notre pays, fût lui aussi le triste théâtre de scènes d'apocalypse : Stade de France, terrasses de restaurant dans les rues de Paris, et surtout le Bataclan. La liste n'est malheureusement pas exhaustive. C'est ce que l'on appelle dans le jargon des attentats : « le mass-murder ». La violence et le terrorisme, sont malheureusement de plus en plus prégnants dans notre société, et nous en sommes tous régulièrement témoins.

« *La tâche à laquelle nous devons nous atteler, ce n'est pas de parvenir à la sécurité, c'est d'arriver à tolérer l'insécurité* »². Tel est le constat que nous nous faisons parfois en regardant les journaux télévisés, miroir de cette société, en perte d'identité. Le monde est en proie à une violence qui se manifeste de plus en plus. Ce climat peut rendre les gens fatalistes ou pessimistes, mais ne doit pas nous détourner de notre mission, qui est d'assurer la sécurité de tous nos concitoyens.

Ce sentiment d'insécurité que l'on décrit, peut tout simplement commencer par de la malveillance, pour se transformer en violence, et parfois se terminer en terreur. Ainsi, peut se résumer la chaîne de l'insécurité dans laquelle nous vivons.

Les établissements sanitaires n'échappent pas à cette potentielle menace, même si pour l'instant, peu d'actes aussi meurtriers sont à recenser dans des structures hospitalières. La vocation première d'un hôpital n'est-il pas de soigner, de prolonger la vie, ou de la donner ?

¹ William Shakespeare - dramaturge et poète anglais (1564-1616) (Macbeth 1605)

² Erich Fromm - sociologue et psychanalyste américain (1900-1980)

Mais cette logique rationnelle, n'a plus de réalité, avec la façon de penser de ces hommes qui pour des raisons, religieuses, idéologiques ou autres commettent ces actes criminels.

Puisque l'on voit que des universités, et des écoles, des stades, ou des gares sont pris pour cibles, de même que des églises, des synagogues ou des mosquées : ce sont clairement des lieux chargés de symboles, qu'ils soient culturels, religieux, ou sportifs qui sont maintenant les cibles des attaques perpétrées par ces hommes, auteurs de probables tragédies humaines.

Plus que les personnes qui s'y trouvent, le lieu pris pour cible est l'A.D.N de ces actes. Ce sont des civils, et non des personnalités connues qui en sont les victimes. Le lieu est devenu le symbole, pour marquer l'opinion publique et les esprits. L'hôpital qu'il soit privé ou public, a toujours occupé une place particulière dans la société française.

Lieux de prise en charge et de soins des patients, les hôpitaux, symbolisent l'expression d'une solidarité, et d'une cohésion sociale.

L'état conscient de cet ancrage dans notre société, renforce la réglementation des établissements de soins afin d'améliorer leur fonctionnement et de pérenniser leurs actions.

La sécurisation de ces établissements fait partie des priorités des ministères publics. Alors oui, assurer la sécurité des personnes et des biens au sein d'un hôpital, dans un tel contexte, devient une mission extrêmement difficile, et ne correspond pas à l'image que l'on peut avoir de ces établissements médicaux dont la vocation principale est de soigner. Mais, face à la détermination et la folie de certains agresseurs, qui sont parfois même des patients de l'hôpital, il faut pouvoir apporter une réponse adaptée, et réfléchie, et cela oblige les directeurs d'établissements sanitaires à appréhender la sécurisation de leur établissement en tenant compte de ces nouvelles données.

Bien sûr à l'hôpital, la sécurité sanitaire, celle liée aux soins et aux bonnes pratiques médicales on connaît. On crée, et met en place des procédures, on les évalue, on les améliore, et on recommence, toujours pour le bénéfice du patient.

Mais qu'en est-il, de cette sécurité des « personnes et des biens » que l'on impose, et renforce depuis quelques années, au sein des établissements hospitaliers ?

Ce mémoire a pour mission de s'intéresser à l'importance et à la place de la sécurité dans nos établissements publics de santé. Ils doivent faire face à cette problématique, qui doit prendre en compte les dimensions techniques, organisationnelles et humaines.

Sans pour autant aller jusqu'à ce qu'on pourrait appeler une « bunkerisation » de l'hôpital, puisqu'elle doit assurer sa fonction d'accueil et d'accès aux soins pour les patients - on s'interrogera sur ce que l'on entend et ce que l'on attend d'une politique de sécurité. Pour cela nous essaierons de définir le concept de sécurité, et préciser où commence l'insécurité.

Après une première partie consacrée aux évolutions et contraintes réglementaires imposées par le cadre des lois, par les différentes instances de tutelles aux établissements publics de santé (EPS), nous ferons un état des lieux, en matière de sécurisation, en prenant l'exemple du CHU de Lille, où j'ai effectué pendant 5 mois mon stage de master 2^{ème} année.

Afin d'avoir une vision plus affinée et objective des niveaux de sécurisation, et pour enrichir notre propos, nous comparerons cette analyse, avec les politiques de sécurité menées dans d'autres établissements, qu'ils soient de plus petite taille, ou appartenant au domaine privé.

Enfin, et pour se préparer aux changements que nous apportera le monde de demain, nous réfléchirons sur les évolutions possibles et nécessaires qui amèneront les EPS à une transformation du modèle.

En conclusion, je reprendrai, une autre célèbre citation de William Shakespeare, que j'ai transposé, pour ouvrir la réflexion de mon mémoire : « *Etre ou ne pas être en sécurité, telle est la question ?* »³.

³William Shakespeare - dramaturge et poète anglais (1564-1616) (Macbeth 1605)

PROBLEMATIQUE

Depuis quelques années, nous assistons à des changements qu'ils soient historiques, géopolitiques, climatiques ou sociétaux, la liste est variée, mais loin d'être exhaustive.

Le Monde change, et notre société est impactée, par ce qui se passe en dehors de nos frontières. Guerres, bombardements de civils, fusillades, attentats. Depuis que l'homme est sur cette terre, la violence est rémanente.

Quand je dis cela, on pourrait croire que je généralise, que j'amplifie le phénomène. En réalité pas tant que ça. Il suffit de regarder les statistiques.

En France, même si les atteintes aux biens (cambriolages, vols, vols à mains armées, dégradations...), sont en baisse de 3,01%, les atteintes volontaires à l'intégrité physiques (homicides, violences, viols, harcèlements et agressions sexuelles) sont en hausse de 4%. La violence est bien là, plus extrême, et elle gangrène toutes les institutions de notre pays (école, travail, manifestation.... et bien sûr l'hôpital).

Il est également à noter, que toutes les agressions, ne font pas l'objet d'une déclaration, et n'apparaissent pas dans les statistiques.

La confrontation des idées des différents acteurs concernés par la sécurité au Centre Hospitalier Universitaire (CHU), nous aiderait à comprendre l'évolution des comportements malveillants et agressifs qui sont déclarés sur le site. Pour le CHU, ce sont principalement les agents du service sécurité et du service prévention incendie, qui sont en charge de la sécurité sur l'établissement. Ils font tous partie de la Direction de la Sécurité.

Ce travail ne propose pas tant d'étudier, l'impact de l'environnement sur l'insécurité au CHU, mais plutôt l'importance d'une sécurisation plus efficace sur les actes de malveillance et de violence, perpétrés au sein de l'établissement.

Est-ce que l'insécurité impacte le fonctionnement et l'activité de l'hôpital ainsi que, la qualité de vie au travail des professionnels ?

Compte tenu des préoccupations énoncées, nous proposons de vérifier les hypothèses qui semblent concentrer les différentes étapes de notre travail, et que nous pouvons formuler ainsi :

- Le CHU a un besoin impératif de sécurité, car il constitue un centre névralgique de 1^{er} plan (urgences, Plan blanc...)
- Les responsables et les agents de la direction de la sécurité ainsi que tous les personnels travaillant sur le CHU, ont un rôle important dans le maintien des conditions de sécurité des bâtiments.
- La culture sécurité ou comment favoriser l'acculturation des agents de l'hôpital. Car la Sécurité comme « *la qualité, c'est l'affaire de tous* ». ⁴

⁴W. Edwards Deming - statisticien, professeur d'université, auteur et consultant américain (1900–1993)

METHODOLOGIE

Afin de pouvoir mieux appréhender le thème de la sécurité en milieu sanitaire, il me paraît utile de connaître, dans les grandes lignes les changements organisationnels, médicaux et législatifs opérés en France à l'hôpital depuis la seconde guerre mondiale. Nous pourrions mieux comprendre comment l'hôpital a évolué pendant ces décennies. Celui-ci s'est modifié pour accompagner les changements sociétaux, et ainsi apporter les services à une population grandissante et dont les besoins en matière de prise en charge et de soins très spécifiques n'ont cessé d'augmenter. Le système médical français, qui est parfois cité en exemple, par d'autres pays, n'est pas toujours facile à gérer.

C'est pourquoi nous nous focaliserons aussi sur les protagonistes de la sécurité, qui occupent une place prépondérante dans la prévention et la sécurisation du site.

Pour cerner les différents groupes d'acteurs, nous nous sommes intéressés aux plus représentatifs, en l'occurrence les responsables de services et les chefs de poste de la direction de la sécurité, avec lesquels, nous avons entrepris des entretiens sous forme de questionnaire, afin de connaître leur rôles et définir leur champs d'action au sein du CHU.

En plus des questionnaires, ma recherche s'est appuyée sur l'observation, les échanges interactifs avec différents agents de la direction de la sécurité, des chargés d'opérations (ingénieurs), et techniciens de la Direction des Ressources Physiques (DRP).

J'ai aussi rencontré des ingénieurs de la Direction des Ressources Numériques (DRN), avec qui j'ai travaillé dans le cadre de la formalisation de la procédure d'alerte en cas de menaces (terroristes), présentes dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire de Lille.

Ces deux directions sont importantes dans l'élaboration du PSE, puisque pour l'une (DRP), les chargés d'opération, servent à établir les analyses bâtementaires, à savoir l'état des lieux des infrastructures en terme de cameras, alarmes, portes coupe-feu, zones de confinement..., de même que les points faibles du bâtiment. L'autre (DRN), jouera un rôle quant à la formalisation du message d'alerte, ainsi que dans la transmission aux différents services des bâtiments cibles.

Elles travaillent toutes les deux en relation avec les ingénieurs de la Direction de la Sécurité, ainsi que ceux de la Direction Qualité Risques Expérience Patient (DQREP).

Pour ce travail, je me suis aussi appuyé sur l'étude de documents (classés confidentiels), avec notamment le PSE (Plan de Sécurisation de l'Etablissement – confidentiel défense), mais également des bilans d'activités, et des procédures...

Les questionnaires (en Annexes 3 ET 4) étaient différents suivant les postes, et les responsabilités des agents, afin d'avoir une vision opérationnelle en fonction des niveaux décisionnels.

Dans les questionnaires avons aussi fait un focus sur la situation actuelle, et celle d'il y a 10 ans, pour voir l'évolution.

Les questions étaient orientées, et ne proposaient que 3 choix possibles de réponses :

O : Oui ou Satisfait

N : Non ou A renforcer

SO : Sans Objet

Cela permettrait une analyse plus simple des résultats.

La personne interrogée pouvait argumenter librement ses réponses, ce qui permettrait de nuancer les opinions, et nous donnerait aussi des pistes de réflexion.

I ÈRE PARTIE

I) Evolution de la réglementation et de la sécurité de nos hôpitaux

1) Historique des différentes Lois s'appliquant à l'Hôpital

Afin de mieux comprendre les changements qui se sont opérés ces dernières années, sur le plan sécuritaire, il me paraît essentiel de préciser quelques données historiques du système hospitalier français. Comme le dit l'adage, on comprend mieux qui l'on est aujourd'hui, si l'on sait d'où on vient. Si « l'Hôpital » occupe aujourd'hui une place importante dans le cœur et la vie de nos concitoyens, c'est que les différents gouvernements qui se sont succédés, ont veillé à ce que l'Hôpital réponde à sa mission de service public.

Voici quelques éléments, qui vont permettre de retracer une petite chronologie historique.

Pour rappel, **jusqu'en 1941**, l'hôpital fut le lieu d'accueil exclusif des pauvres malades. Jusqu'à cette date, il fallait souvent être indigent ou accidenté du travail pour être admis. L'hôpital avait alors à l'époque plus un rôle d'institution sociale, que d'institution sanitaire. Elle venait en aide plus qu'elle ne soignait.

Au passage je rappelle que le mot hôpital, vient du latin hospitalia signifiant « chambre pour les hôtes », puis « refuge pour les indigents », en passant par l'ancien français ospital. Le mot est surtout lié au concept d'accueil des malades, des indigents, et des mourants.

De nos jours et selon une des définitions donnée par le dictionnaire Larousse, l'hôpital est « un établissement public ou établissement privé, ayant passé certaines conventions avec l'État, et où peuvent être admis tous les malades, pour y être traités ».

On dirait aussi tout simplement, que c'est un établissement de production de soins, et de services liés à la santé où les malades et les blessés sont soignés.

La Loi du 21 décembre 1941, relative aux hôpitaux et aux hospices publics, complétée par le décret du 17 avril 1943, transforme profondément la conception de l'hôpital public. C'est à cette date que l'hôpital passe d'une logique de secours aux pauvres à celle d'assistance aux malades.

Ces textes de Loi créent la fonction de Directeur d'hôpital, et définissent l'organisation de l'hôpital en services.

L'ordonnance du 4 octobre 1945, qui donne naissance à la sécurité sociale, permet aux hôpitaux de développer leur activité, car ils font face à une demande de soins grandissante de la part des travailleurs et de leurs ayants-droits, ainsi que des personnes en situation de précarité sociale.

La réforme de 1958 du professeur Robert Debré, instaure une médecine hospitalo-universitaire exclusivement hospitalière, en créant le temps plein médical. Elle amplifie le rôle des hôpitaux, qui outre de pourvoir à la prise en charge, et au traitement (avec ou sans hospitalisation) des malades, doivent assurer la prévention par les examens de médecine préventive et de diagnostic.

Autre changement d'importance, cette réforme classe les établissements, en cinq catégories : Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), Centres Hospitaliers (CH), Hôpitaux (H), Hôpitaux Ruraux (HR), Maisons de Retraite (anciens hospices).

La réforme Debré, va aussi apporter un changement notable, en créant le principe des cliniques ouvertes, et surtout celles du secteur privé, pour la clientèle personnelle des médecins.

Suivra La loi du 31 décembre 1970, qui va porter réforme hospitalière, et définir le cadre général de l'hospitalisation, ainsi que les bases de la planification sanitaire. Elle va définir la notion de Service Public Hospitalier (SPH). Ce qui veut dire, égalité d'accès, égalité de traitement, et continuité du service.

La Loi du 31 juillet 1991, va instaurer les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS). Elle va introduire de nombreuses innovations en matière de planification, management hospitalier, organisation hospitalière et coopération entre établissements, dans un double objectif de santé public et de maîtrise des dépenses hospitalières.

L'ordonnance hospitalière de 1996, va rationaliser l'hôpital, en mettant en place l'accréditation. Les établissements se verront attribuer, qu'ils soient publics ou privés, des missions communes, et des dispositions en fonction de leur statut. Tous les établissements œuvrent à présent dans l'intérêt des malades. Désormais, ils seront tenus d'adopter des conditions techniques de fonctionnement

comparables pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Ceux-ci feront l'objet d'évaluation.

L'ordonnance de simplification du 4 septembre 2004, renforce le rôle des Agences Régionales de l'Hospitalisation. Il y aura transfert des compétences vers les ARH, au détriment des préfets qui détenaient jusqu'à lors l'autorité. Ces mêmes ARH, donneront place aux ARS, dans le cadre de la Loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST), qui sera promulguée en 2009.

Le plan hôpital 2007, vise à donner plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leurs projets : voici les axes retenus

- Moderniser les structures hospitalières
- Redonner aux établissements leurs capacités d'innovation et d'adaptation, et leur fournir les moyens de leur développement
- Leur attribuer d'avantage d'autonomie, et de capacité d'initiative
- La mise en place de la Tarification à l'Activité (T2A).

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (Loi Bachelot- 2009), va redonner plus de pouvoir au directeur. Désormais le directeur conduit la politique générale de l'établissement et préside le directoire. La Loi HPST marque ainsi une évolution importante en transférant au directeur l'essentiel des pouvoirs, qui restaient jusqu'à lors détenus par le conseil d'administration.

On le voit, toutes ces Lois, ordonnances, et autres réformes, ont permis des évolutions et des avancées notables pour l'hôpital.

Elles ont permis de donner plus d'autonomie et de moyens de se développer aux établissements sanitaires, mais aussi de pouvoir fournir des prestations et offres de soins de qualité, et les moyens de les évaluer.

La sécurité sanitaire, celle des patients et des soins, est de plus en plus présente à l'hôpital au fil des années. Les moyens de garantir une meilleure qualité des soins lui sont données, mais quid de la Sécurité des personnes (personnels, visiteurs...), et des biens ! Ce n'est pour l'heure pas la priorité des Etablissements Sanitaires et Médicaux Sociaux (ESMS).

En effet depuis l'après-guerre, la seule réglementation en vigueur et obligatoire à l'hôpital est celle contre le risque d'incendie. Hormis cette réelle menace, le directeur d'hôpital n'a pas d'autres obligations en matière de sécurité.

En effet, c'est l'ordonnance du 7 février 1941, qui en France largement contribué, à la mise en application d'une réglementation sérieuse, visant à lutter efficacement contre les incendies dans les Etablissements Recevant du Public (ERP).

Les ERP sont des bâtiments dans lesquels des personnes extérieures sont admises. L'accès peut être libre ou payant, restreint ou sur invitation. L'hôpital privée ou public, et quelle que soit sa taille, rentre dans la définition des ERP, qui sont classés en catégories. Ainsi chaque catégorie définit des exigences réglementaires applicables (type d'autorisation de travaux ou de règles de sécurité par exemple) en fonction des risques. Les catégories sont bien évidemment déterminées en fonction de la capacité d'accueil du bâtiment, y compris le personnel (sauf pour la 5^{ème} catégorie).

- A partir de 1501 personnes => 1^{ère} catégorie
- De 701 à 1500 personnes => 2nd catégorie
- De 301 à 700 personnes => 3^{ème} catégorie
- Jusque 300 personnes => 4^{ème} catégorie
- Inférieur aux seuils d'assujettissement => 5^{ème} catégorie *

(*Établissements dans lequel l'effectif du public n'atteint pas le chiffre minimum fixé par le règlement de sécurité pour chaque type d'exploitation).

Pour le règlement de sécurité, les ERP sont classées en deux groupes :

- Le premier comprend les établissements de 1^{ère}, 2nd, 3^{ème} et 4^{ème} catégories ;
- Le second, ne concerne que les établissements de la 5^{ème} catégorie*.

Pour les ERP appartenant au 1^{er} groupe, le nombre de personnes pris en compte pour la détermination de la catégorie intègre à la fois le public et le personnel. Pour les ERP du 2nd groupe (petits établissements), il ne comprend que le public, et pas le personnel. A cette notion de capacité de personnes, très importante en matière de sécurité, le directeur doit aussi tenir compte de la hauteur des bâtiments. Vient donc s'ajouter la notion d'Immeuble de Grande Hauteur (IGH).

Les IGH regroupent tous les bâtiments dont le plancher du dernier niveau est situé à plus de 50 mètres pour les immeubles d'habitation, et à plus de 28 mètres pour les autres édifices. Ils doivent respecter un ensemble de règles de construction et d'équipements visant à limiter le plus possible la propagation d'un feu d'un étage à l'autre (la durée minimum de sécurité est fixée à deux heures).

Ce sont des paramètres très importants à prendre en compte, en matière de sécurité, et plus spécifiquement de sécurisation des bâtiments, car c'est aussi de cela dont il s'agit. L'incendie qu'il soit de nature accidentelle ou criminelle, renverra aux mêmes conséquences, aux mêmes risques, et il s'agira toujours de sauver les personnes du risque d'incendie, mais aussi de panique, et d'éviter le plus grand nombre de victimes. Telle est la responsabilité du directeur et de ses équipes.

Bien sûr les causes d'un incendie pouvant être variées, la sécurisation des bâtiments, les mesures et les moyens de protection mais aussi de prévention, seront différents et appropriés.

Appliquées conjointement avec d'autres dispositions plus récentes, elles ont efficacement contribué à une réduction notable de probabilités de sinistres.

Au fil des années, la réglementation française relative aux ERP, déjà très complète, s'est enrichie de textes concernant aussi les plus petits établissements hospitaliers, qui ne faisaient jusqu'alors, l'objet que de dispositions plus succinctes.

D'autres dispositions, mentionnées dans l'arrêté du 25 juin 1980, et qui concernent les degrés de résistance au feu, sont intégrées dans les mesures de sécurité prises par les hôpitaux.

On peut citer d'autres lois comme la 83-629 du 13 juillet 1983, et celle de 2005, qui vont compléter cet arsenal législatif, incitant et obligeant les hôpitaux à intégrer la sécurité incendie dans la vie de leur établissement. Malheureusement, encore même jusque récemment, on constate que certains établissements n'arrivent pas à respecter les normes de sécurité.

A titre d'exemple certains, ont reçu un avis défavorable d'exploitation par la commission de sécurité incendie et ne devraient pas être autorisés à recevoir du public (pour des problèmes de signalisation, porte coupe-feu, gaine de désenfumage...).

On le voit la question de la sécurité du point de vue risque incendie, fait clairement partie des mesures et priorités gouvernementales. Le problème étant que certains hôpitaux n'arrivent pas toujours à appliquer les dispositions (respect des règlements intérieurs, coûts financiers importants....).

Maintenant, concernant la violence, et les risques de menace, le constat est tout autre. Juste un chiffre pour illustrer ce propos ; En 2018 l'observatoire national des violences en milieu hospitalier nous précise que 426 établissements, soit 7,35% d'entre eux, ont déclarés 23 360 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens. Soit une hausse de 5,95% des signalements par rapport à 2017.

Cette augmentation s'explique en partie, par le fait que de plus en plus d'établissement déclarent les faits de violence commis dans leurs murs. Il n'en reste pas moins que le nombre est important, et qu'il traduit une autre réalité à l'hôpital.

Dernière précision, sur ce chiffre, 85% des violences déclarées, sont des atteintes à la personne, dont 21% concernent des insultes ou injures, 18% sont des menaces (là on franchit encore un pas), et enfin 45% sont des coups portés à autrui ! La violence, n'est plus seulement verbale, mais physique. Ces chiffres qui datent d'une dizaine d'années, sont tristement factuels, et traduisent une réalité tangible.

Quelles sont les réponses apportées par les institutions ?

En réalité, et comme nous avons pu le constater dans ces rappels historiques, les lois successives n'ont pas apporté de réponses toujours explicites, ni proportionnelles à cette violence de plus en plus présente au sein de nos établissements hospitaliers. La situation peut être différente suivant les localisations, mais cela reste un problème national.

Si on prend l'exemple de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), cela donne un échantillon significatif au niveau national, puisque cela représente 10% des lits, et 16% des consultations.

Pour que l'on comprenne bien le contexte et l'évolution de l'institution hospitalière durant ces 20 dernières années. Les portes de l'hôpital sont franchies par un nombre croissant de gens. La durée moyenne de séjours (DMS) a été divisée par 2, le nombre de consultations a quant à lui été multiplié par 4. L'activité du plateau technique a doublé également, et cela requiert de plus en plus d'acteurs. Sans compter que l'Université et la Recherche, se sont imbriquées dans la vie de l'hôpital, ce qui a modifié son mode de

gestion. De ce fait le recours à la prestation et à la sous-traitance est de plus en plus courant, ce qui introduit une main d'œuvre épisodique très importante. La plage horaire des visites à parfois doublé, et l'on franchit de plus en plus librement les portes de l'hôpital.

Il y a une volonté de maintenir des liens entre le malade et l'environnement social (hébergement des familles, zones de commerces alentours...).

Les architectures hospitalières des années d'après-guerre ont parfois privilégiées l'excès. Bâtiments trop grands, avec trop d'issues, et dont l'aspect fonctionnel ne correspond plus aux critères d'aujourd'hui !

L'hôpital est devenu plus actif, mais aussi plus ouvert, ce qui est bien évidemment une contrainte en matière de sécurité.

Je l'ai dit, la localisation des hôpitaux, est un facteur direct jouant sur la sécurité. C'est pour cela par exemple, que les grands hôpitaux faisant partie de l'AP-HP, du fait de leur implantation essentiellement parisienne, ont été bien placés pour enregistrer la montée du thème de l'insécurité.

Il est apparu dans les années soixante-dix, et il a rapidement pris de l'ampleur dans notre société.

Même s'il y a eu quelques périodes plus calme, et pendant lesquelles il s'est relativisé, il est encore ressenti comme important.

A l'hôpital et notamment ceux de Paris, le thème, est « récent », puisqu'il est apparu en Comité d'Hygiène et de Sécurité (CHS) en 1975 et a atteint un sommet en 1984. Il a été retenu comme sujet prioritaire de réflexion des CHS locaux en 1985. Il a fait l'objet d'un bilan en CHS central en novembre 1985, et les budgets de 1986 l'ont privilégié.

La situation a connu une véritable mutation fin 1986, lors de la vague des attentats terroristes. Pour rappel il s'agit de l'attentat de la rue de Rennes perpétré le 17 septembre 1986, dans le 6^{ème} arrondissement de Paris, faisant sept morts et cinquante-cinq blessés. Il s'agit du dernier et du plus meurtrier des quatorze attentats revendiqués en France, entre décembre 1985 et septembre 1986, par le « Comité de solidarité avec les prisonniers politiques arabes et du Proche-Orient ».

Une prise de conscience générale de la gravité des problèmes d'insécurité a ainsi émergé. Les instructions du Directeur Général de l'AP-HP, a de fait accompagné et permis

l'acceptation par les personnels de mesures sécuritaires dont certaines ont d'ailleurs parfois perdurées.

Ces tragédies marquent un tournant, dans la vie de notre pays, car en s'attaquant à la ville ce terrorisme, a fait comprendre à l'hôpital qu'il pourrait aussi en être la victime. L'hôpital possible théâtre de l'insécurité.

Suite à ces événements le Plan VIGIPIRATE (pour VIGIlance et Protection des Installations contre les Risques d'Attentats Terroriste à l'Explosif), a été réactivé dans les années 1990, sachant que la première utilisation de ce dispositif par le gouvernement français, date de 1978, suite aux attentats d'Orly, et à la prise d'otage à l'ambassade d'Irak à Paris. A l'époque l'appellation du dispositif interministériel était « mesures de vigilance en cas de menace d'agression terroriste ».

Depuis la fin des années quatre-vingt, le thème de la sécurité sera de plus en plus présent dans notre vie quotidienne, et fera aussi l'objet d'une importante et obligatoire prise en compte, dans les établissements sanitaires. La législation qui était jusqu'alors plus axée sur la protection et la prévention incendie, évoluera dans nos hôpitaux vers la protection des personnes.

Ce qui donnera naissance quelques années plus tard à 2 éléments de loi essentiels et déterminants dans la lutte contre le Terrorisme :

- L'instruction N° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016
- La convention CHU-Parquet-Santé (Santé-Sécurité-Justice)

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

1) Principes fondamentaux de l'instruction

Le contexte de menace terroriste, et les récents attentats (Charlie Hebdo – 7 janvier 2015 et le Bataclan – 13 novembre 2015), imposent une vigilance accrue, autrement dit une réponse adaptée (efficace et déterminée). Cet Etat de menace quasi

permanente nécessité d'assurer, sur l'ensemble du territoire, la mise en œuvre effective de mesures particulières de sécurité des établissements de santé.

Cette instruction décline les principales orientations de la lettre conjointe des ministres des affaires sociales, de la santé et de l'intérieur relative à la sécurisation des établissements de santé du 16 novembre 2016. Les établissements de santé, publics et privés devront élaborer une politique globale de sécurité, intégrant bien évidemment la prévention des attentats.

Dans ce domaine, la responsabilité des établissements, s'exercera tant vis-à-vis du personnel (soignants et non soignants), au titre de la responsabilité de l'employeur (donc du directeur de l'hôpital), que vis-à-vis des patients, des usagers (visiteurs) et autres prestataires.

Elle sera pilotée par les ARS, au niveau régional, et devra être réalisée en lien avec les préfets, les collectivités territoriales et les forces de sécurité intérieure. Cette politique de sécurité couvrira notamment la prévention, la protection, et la réaction face à des actes terroristes.

2) Mise en place et application

Elle s'articulera principalement autour de 2 documents majeurs et complémentaires.

- L'élaboration d'un Plan de Sécurisation de l'Etablissement (PSE)
- La conclusion ou l'actualisation d'une convention « santé-sécurité-justice ».

Chaque établissement devra se doter pour la fin du 1^{er} semestre 2017 d'un PSE. Ce Plan s'appuiera sur une analyse de risques, identifiant les éléments de vulnérabilités, et sera centré sur les missions essentielles de l'hôpital.

Chaque établissement établira ainsi sa propre stratégie de protection, en veillant à la cohérence avec les instructions gouvernementales (Plan VIGIPIRATE, directives nationales de sécurité....), les préconisations du plan Blancet leur plans de continuité d'activités.

Le Plan comportera un volet de portée générale comprenant des mesures globales de sécurisation liées à la protection de l'établissement dans la durée et intégrant les mesures du Plan VIGIPIRATE, et un volet de gestion de crise.

En effet, parfois certaines situations, telles que des attaques à l'arme, fusillades avec prise d'otages, entraîneront une panique générale, et possiblement une situation qui pourra durer longtemps. Il faudra alors gérer cette situation de crise, en anticipant ce genre de situation.

Enfin l'instruction du 4 novembre 2016, met aussi l'accent sur la radicalisation des personnes ayant accès aux établissements de santé et aux mesures de prévention prévues dans l'instruction aux ARS du 8 janvier 2016 et dans la circulaire du 1^{er} ministre du 13 mai 2016.

III) Convention entre l'Hôpital et les instances

1) Le Plan de Sécurisation de L'Établissement

Comme spécifié dans l'instruction N ° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016, tous les établissements hospitaliers doivent procéder à l'élaboration d'un PSE.

Celui-ci, dans le contexte actuel de menace terroriste, vise à renforcer la sécurité dans le secteur de la santé, dont les établissements hospitaliers qui constituent des cibles symboliques particulièrement vulnérables.

Tous les hôpitaux, quelle que soit leur taille devront réaliser un plan d'action relatif à la sécurisation de leur établissement.

La mise en œuvre se fera par le Ministère des solidarités et de la santé, en étroite collaboration avec le Ministère de l'intérieur, le Ministère de la justice, ainsi que les agences régionales de santé et les préfetures.

La démarche poursuivie par le PSE est de réduire le risque d'attentat ou de sur-attentat au sein des établissements ainsi qu'à leur périphérie, pour permettre d'éviter une attaque terroriste aux conséquences dramatiques, et aussi préserver la capacité de prise en charge des patients (blessés).

Le PSE qui s'attèle avant tout aux risques extrêmes, doit aussi proposer des solutions contre les trop nombreux actes de violences et d'incivilités présents au cœur des hôpitaux.

En effet, on constate que certaines portes sont bloquées (portes coupe-feu, issue de secours...), voir arrachées, ce qui empêche le fonctionnement optimal et réglementaire en cas situation de feu, par exemple. Le port obligatoire du badge par tout agent, n'est pas non plus toujours respecter. Cela permet une identification rapide de la personne. Sur ce point aussi, il faut inciter le personnel à respecter les consignes du règlement.

Ces actes représentent la violence au quotidien, et l'essentiel des déclarations de violences physiques et des arrêts de travail pour incapacité.

C'est pourquoi il doit aussi s'accompagner d'une prise de conscience collective, en développant une culture de la sécurité.

On pourrait ainsi envisager la formation du personnel, en les sensibilisant à la vigilance, sous forme de quart d'heure sécurité :Un responsable prévention et sureté passerait dans chaque service faire une mini-formation (rappeler les règles principales de sécurité), en fonction du bâtiment, et de la spécificité de l'activité. On vérifierait ainsi la connaissance des basiques du PSE, on mettrait en place des exercices d'évacuation, ainsi que des formations à la gestion des conflits, afin que tous les personnels participent à l'effort de sécurité globale.

2) Convention entre Santé – Sécurité – Justice

Tout comme une intervention chirurgicale, nécessite l'intervention, d'un anesthésiste, d'une infirmière de bloc et du chirurgien, la sécurité pour être plus efficace peut aussi compter sur la coopération « Santé-Sécurité-Justice ».

Ainsi cette convention tripartite, aura pour but de coordonner l'action, les procédures d'information de l'autorité judiciaire, le diagnostic des situations à risques, et les modalités d'intervention des forces de sécurité auprès des établissements et des professionnels. Au-delà de cette alliance, la convention a pour objectifs d'améliorer la sécurité au sein et aux abords des centres hospitaliers.

Elle s'inscrit dans le protocole national du 10 juin 2010, qui tend à garantir aux professionnels de santé des conditions de travail sécurisés.

La convention locale de coopération de sécurité hôpital-police-justice vise à :

- Renforcer les dispositifs de sécurité des personnes au sein des Centres Hospitaliers;
- Actualiser les protocoles d'intervention des forces de sécurité au sein de l'établissement en cas de recours ;
- Adapter la réponse juridique proposée à chaque situation de violence ou de dégradation particulière, graduer les modes de recours aux forces de police et aux services de la justice ;
- Garantir une meilleure information et sensibilisation des personnels hospitaliers à la prévention et la gestion des conflits. A ce propos les directeurs doivent présenter à l'ensemble du personnel leur PSE, et s'assurer que les consignes « alerte-attentat » et les mesures de protection propres à chaque site et à chaque service sont connues et maîtrisées.
- Produire un diagnostic des situations à risques et des dispositifs de prévention notamment dans les services les plus exposés à des risques d'incivilité et de violences ;
- Faciliter le dialogue entre professionnels de santé, de la police et de la justice pour améliorer l'efficacité et la rapidité de la réponse apportée aux demandes des uns et des autres ;
- Optimiser les procédures internes au CHU et aux CH dans le cadre des dépôts de plainte pour ne pas surcharger les services de la police nationale.

Concernant les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), les dispositions ne sont pas les mêmes, car c'est la circulaire « fiche de sécurité » N° SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2017 qui s'applique. Les ESSMS n'ont pas de PSE aussi complet et exigeant que les hôpitaux à rédiger. Ces établissements doivent réaliser une fiche de sécurité et engager une politique globale de sûreté visant à garantir la sécurité des patients ou résidents, du public et du personnel. Cette fiche de sécurité permettra après une analyse de risques et identification des vulnérabilités des ESSMS d'identifier les mesures organisationnelles à mettre en œuvre tant sur le plan de la vigilance, de la prévention que de la protection (notamment en cas d'attentat). La fiche ainsi formalisée sera à annexer au Plan bleu de l'établissement. Celui-ci élaboré sous la responsabilité du directeur d'établissement médico-social, permettra la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables qui permettront de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature.

Le plan bleu permet aux ESSMS de s'inscrire dans une démarche qualité opérationnelle, en réalisant un bilan exhaustif de leurs capacités de fonctionnement et en évaluant leur réactivité face à une situation exceptionnelle voire en situation de crise.

Au-delà de la démarche qualité qu'il permet d'initier, le Plan bleu doit être un véritable outil de travail à partager avec l'ensemble des agents de l'établissement médico-social afin de développer la culture du risque au sein de l'établissement.

2 NDE PARTIE

I) Les différents acteurs d'une politique de sécurité (CHU, Justice, Police, ARS)

1) Cas d'un établissement sanitaire de grande taille : Le Centre Hospitalier Universitaire de Lille

Pour illustrer cette thématique sécuritaire, et voir comment s'articule dans les faits, cette organisation entre le CHU (en l'occurrence la Direction de la Sécurité), la justice et la police, il me semble intéressant de prendre l'exemple du Centre Hospitalier Universitaire de Lille.

De par sa taille et sa configuration, le site permettra de visualiser et comprendre, la difficulté et la complexité de la sécurisation des hôpitaux français.

Afin de comprendre les problématiques, organisationnelles, humaines, matérielles et bâtementaires, je vais au préalable faire un petit descriptif du CHU de Lille.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Lille, anciennement « Cité Hospitalière » fut inauguré en 1953 à la suite de la construction de l'hôpital Claude Huriez. Depuis, le Campus n'a cessé de s'agrandir. Dans les années 90, une modernisation de l'hôpital Claude Huriez a été entreprise et s'est accompagnée d'une urbanisation du sud du site hospitalier, avec la construction d'une nouvelle faculté de médecine en 1996 (faculté Henri Warembourg), de l'hôpital Jeanne de Flandres en 1997 puis une urbanisation de l'ouest avec la construction du Centre de Biologie-Pathologie en 2006.

Avec la refonte des régions en 2016, Le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille, a perdu son appellation de régional, puisque il y a également le CHU d'Amiens dans la région des Hauts-de-France. Il représente un acteur capital de la santé de la région, et répond ainsi aux missions d'offres de soins, d'enseignements, de formation des professionnels de santé et de recherche pour les 4 millions d'habitants de la région.

En chiffres (2018) le CHU de Lille, c'est :

-11 sites, 1 centre de soins dentaires et 1 centre de Biologie-Pathologie répartis sur 190 hectares

- 15 600 personnels dont 3 599 médicaux et 12 001 personnels non-médicaux

- 1 338 568 venues en consultation, 233 730 prises en charge en hospitalisation
- 3 245 lits et places installées
- 5643 naissances
- 121 466 passages aux urgences
- 205 865 hospitalisations
- 3 facultés (dentaire, médecine et pharmacie), 7 écoles de formations paramédicales et 1 école médicale (sage-femme).

Le CHU est composé de 16 pôles d'activités médicales qui sont les suivants :

- Pôle Anesthésie réanimation
- Pôle Biologie, pathologie, génétique
- Pôle Cardio vasculaire et pulmonaire
- Pôle Enfant
- Pôle Femme, mère et nouveau-né
- Pôle Imagerie, médecine nucléaire, et explorations fonctionnelles
- Pôle Médico-chirurgical
- Pôle Neurosciences et appareil locomoteur
- Pôle Psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire
- Pôle Réanimation
- Pôle Rééducation, réadaptation et soins de suite
- Pôle Santé publique, pharmacologie et pharmacie
- Pôle Spécialités médicales et oncologiques
- Pôle Gériatrie
- Pôle Spécialités médico-chirurgicales
- Pôle de l'Urgence

Toutes ces données nous indiquent le nombre de personnels travaillant sur le site du CHU, et le volume important de prise en charge faites sur l'année, que, ce soit pour les hospitalisations, les consultations médicales, et aussi les urgences en constante augmentation.

Nous voyons aussi que l'étendue importante du CHU de Lille sur plus de 350 hectares avec tous ces bâtiments constitue un paramètre important.

Autrement dit, tous ces mouvements et passages dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire de Lille (en Annexe 1), sont autant de flux de patients, de visiteurs, mais aussi de personnels dont il faudra tenir compte dans la sécurisation du site. Le CHU grâce à son envergure et à son projet d'établissement visant à garantir à la population du Nord

Pas-de-Calais un accès aux soins et une prise en charge de qualité, est le 2ème centre hospitalier de France⁵, ainsi que le 1er centre hospitalier du nord de l'Europe.

On comprend bien qu'à l'échelle du CHU, qui est un peu « une ville, dans la Ville », avec toute cette population mobile, que la gestion des risques et notamment la gestion de la prévention et de la sécurité de l'établissement, doit faire partie intégrante d'un schéma général de management.

On ne peut pas raisonner et opérer de la même façon pour un établissement dont la capacité serait de 2 000 lits comme le Centre Hospitalier de Valenciennes (Hôpital Jean Bernard), et le CHU de Lille.

Aussi lorsque l'on aborde la question de la Sécurité à l'hôpital, il faut s'interroger sur ce que l'on attend d'une politique sécuritaire.

Compte tenu des principes, et des schémas de pensées que nous venons d'énoncer, on pourrait dire que sécuriser l'hôpital, c'est lui permettre de fonctionner en toute circonstance, et ainsi assurer la continuité de services ou de soins, mais également d'apporter aux personnes qui s'y trouvent (personnels, visiteurs, prestataires...), le sentiment d'être en sûreté.

On ne peut pas, réaliser l'un sans l'autre, car pour l'hôpital, et « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée »⁶. Telle est sa mission première de service public.

Elle doit pouvoir parer à des situations d'attentats, et même de sur-attentats. C'est une difficulté supplémentaire que les directeurs d'hôpitaux se doivent d'intégrer dans la politique de sécurité de leurs établissements.

La sûreté quant à elle traduit quelque chose qui est exempt de danger, et selon le Larousse décrit « l'état de quelqu'un ou de quelque chose qui est à l'abri, et qui n'a rien à craindre ».

La sécurité, selon une des définitions possibles, « est la situation dans laquelle quelqu'un, quelque chose, n'est exposé à aucun danger, à aucun risque, en particulier d'agression physique, d'accidents, de vol, de détérioration, et dans le cas qui pourrait nous intéresser d'actes terroristes ».

⁵Selon un classement du Point Santé « Spécial hôpitaux et cliniques- Un palmarès 2019 riche en nouveautés » publié le 21/08/2019 sur Le Point.fr

⁶Selon l'Article R 4127-47 du Code de la Santé Publique (entrée en vigueur 08-08-2004)

Nous voyons donc, que ce sont deux notions très proches, pour ainsi dire synonymes. La Sécurité peut être passive, c'est alors un moyen de prévention, mais également active, et cela devient de la protection. Ces deux notions sont fondamentales, mais aussi un préalable indispensable à toute politique sécuritaire.

Enfin dernier terme à définir, c'est le concept de sécurisation, qui lui recouvre les notions de sécurité et celle de sureté.

Au sens littéral du terme, c'est faire passer d'un sentiment d'angoisse à un sentiment de sécurité, à une impression de confiance.

Toutes ces notions traduisent une absence de danger, ou du moins veulent tendre vers un état qui s'en rapproche, et tel est le défi pour tout directeur d'établissement puisque précisément les hôpitaux sont plus que jamais soumis à une multitude de risques.

Cela constitue une bonne transition pour évoquer les différents risques que l'on rencontre à l'hôpital, et en l'occurrence au CHU de Lille avec notamment la malveillance, qui selon une définition du dictionnaire est « une mauvaise disposition d'esprit à l'égard de quelqu'un ».

Mais dans les faits, et surtout dans les services de l'hôpital, la définition prend un tout autre sens.

A savoir que le CHU, a déclaré 255 interventions pour agressions verbales et 56 pour agressions physiques en 2017.

Les chiffres fluctuent (ils étaient plus élevés en 2016 : 336 interventions pour agressions verbales et 83 pour agressions physiques ; +48%), d'année en année, mais restent dans des niveaux qui sont difficilement tolérables.

Parallèlement, et en ce qui concerne la violence au niveau nationale, et les risques de menace, le constat est le même.

Juste un chiffre pour illustrer ce propos. En 2018 l'observatoire national des violences en milieu hospitalier nous précise que 426 établissements, soit 7,35% d'entre eux, ont déclarés 23 360 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens. Soit une hausse de 5,95% des signalements par rapport à 2017.

Ces chiffres traduisent une réalité sociale, dans laquelle certaines personnes n'ont plus le sens des réalités, et où leurs exigences et leurs impatiences n'ont plus de limites.

Ils confondent service public et au service du public. Cela crée des situations de tensions, et des échanges verbaux avec parfois des noms d'oiseaux qui circulent. Cela peut dégénérer en agressions physiques.

Tous les services de l'hôpital sont touchés. Si je reprends mes chiffres de 2017 (car à ce jour les chiffres pour l'année 2018, ne sont pas encore traités par la personne en charge des statistiques) :

- **255 Interventions pour Agressions Verbales (AV) en 2017**

Sur ces 255 AV la répartition par secteur est comme suit :

Pour les services médicaux :

- **53% pour les services des urgences (SU)**
- **34% pour les services de soins (SS)**

Pour les services non médicaux :

- 5% accueils/Administratifs
- 3% Parkings/Voies
- 2% Consultations
- 2% Chambres patients

- **336 Interventions pour Agressions Verbales (AV) en 2016**

Sur ces 336 AV la répartition par secteur est comme suit :

Pour les services médicaux :

- **45 % pour les services des urgences**
- **36 % pour les services de soins**

Pour les services non médicaux :

- 7 % accueils/Administratifs
- 3 % Parkings/Voies
- 6 % Consultations
- 2 % Chambres patients

Juste pour information en 2015 : **45 % SU** et **35 %SS** sur 277 interventions pour AV

Nous voyons nettement que ce sont les services médicalisés (87%), qui sont le plus touchés ; plus 7 % en 3 ans.

Et là, nous parlons uniquement de la Violence Verbale, la plus fréquente, et celle dont nous avons le moins peur. Peut-être parce qu'elle ne laisse pas de blessures physiques. On pourrait penser que les séquelles ne laissent que peu de traces, mais nous savons tous que la violence verbale est parfois bien plus pernicieuse, et qu'elle peut faire aussi mal que des coups physiques portés à autrui. Les séquelles psychologiques peuvent être tout autant indélébiles. Nous n'analyserons pas plus longuement l'étiologie de la violence verbale, mais retiendrons pour notre propos qu'elle peut se transformer en harcèlement pouvant entraîner des dépressions, et finir en arrêts de travail. Ceux-ci perturbent l'activité de l'hôpital en impactant l'effectif des équipes.

C'est le personnel du CHU qui en est la première victime. Ce sont majoritairement des femmes, travaillant en service de soins (aide-soignante, infirmière, agent de service hospitalier...), même si tous métiers peuvent y être confrontés un jour ou l'autre. Ce triste constat, nous pouvons malheureusement le faire, dans beaucoup d'établissements en France.

Pour illustrer les faits, exemple au CHU de Lille :

« Une infirmière et une aide-soignante ont été agressées les samedi 29 et Dimanche 30 décembre 2018, au CHU de Lille. La direction a décidé de prendre des mesures

- Les 2 agressions ont eu lieu entre Noël et Nouvel an. La première a eu lieu le 29 décembre. « Ce jour-là, une victime a subi des attouchements sexuels et des menaces dans les vestiaires du CHU de Lille. Le lendemain une autre victime a été l'objet d'une tentative de vol sur le parking de la maternité Jeanne de Flandre. Les deux victimes choquées, n'ont pas été blessées. Une aide psychologique et médicale leur a été proposée ».

« Les deux faits ont suscité de l'émoi dans le personnel, rapporte le journaliste de la Voix du Nord. Les infirmières se montrent très affectées », affirme un médecin. La Direction a réagi en annonçant un renforcement de la sécurité : augmentation du nombre, de rondes, vérifications, des accès soumis à des contrôle par badge.

Deux plaintes, ont été déposées. Le parquet de Lille a été saisie et l'enquête a été confiée à la Sureté Urbaine de LILLE ». ⁷

Au passage l'hôpital n'est pas le seul endroit où la violence verbale a lieu. Dans la vie de tous les jours, dès lors que deux personnes sont en présence, il peut y avoir des échanges qui peuvent se dégrader. Je citerai malheureusement les violences verbales faites aux femmes. Huit femmes victimes sur 10 âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir été soumises à des atteintes psychologiques ou des agressions verbales.

Cette violence verbale, bien qu'ayant des répercussions sur l'activité de l'hôpital, ne fait malheureusement que peu de fois l'objet de poursuite judiciaire (même s'il y a parfois des rapports écrits, des signalements), mais viennent alimenter les statistiques des bilans annuels d'activité du service prévention sécurité. C'est un facteur parmi d'autres qui limite l'efficacité de la politique de prévention et sécurisation de l'hôpital.

Malheureusement, la violence physique prend le pas sur la violence verbale. Ainsi sur les mêmes années, nous pouvons faire le bilan suivant :

- **56 Interventions pour Agressions Physiques (AP) en 2017**

Sur ces 56 AP la répartition par secteur est comme suit :

Pour les services médicaux :

- **41% pour les services des urgences (SU)**
- **43 % pour les services de soins (SS)**

Pour les services non médicaux :

- 12 % Parkings/Voies
- 2 % Consultations
- 2 % Chambres patients

- **83 Interventions pour Agressions Physiques (AP) en 2016**

Pour les services médicaux :

- **36 % pour les services des urgences**
- **41 % pour les services de soins**

⁷Reportage France 3 Hauts-de-France du 5/01/2019

Pour les services non médicaux :

- 5 % accueils/Administratifs
- 8 % Parkings/Voies
- 5 % Consultations
- 2 % Chambres patients
- 1 % Bureaux
- 4 % Divers

Juste pour information en 2015 : **30 % SU** et **49 %SS** sur 83 interventions pour AP.

Même constat, nous voyons une hausse significative de **11 % pour les agressions physiques dans les services d'urgences.**

Autrerenseignement que nous pouvons tirer de ces statistiques :

Sur 2017, 2016 et 2015 C'est toujours les trois mêmes bâtiments qui sont le plus visés dans le cadre des agressions verbales et physiques :

- Salengro = 437 interventions (en 2017)
- Hôpital Fontan 2 = 57 interventions (en 2017)
- Hôpital C.Huriez = 25 interventions (en 2017)

On peut même dire qu'il y a eût en moyenne (sur ces 3 années) plus de :

- 400 interventions pour l'Hôpital R.Salengro
- 68 interventions pour l'hôpital Fontan 2
- 43 interventions pour l'hôpital C. Huriez

L'hôpital R.Salengro est le bâtiment qui abrite des services de consultations ophtalmologie, neurochirurgie, des services de convalescence et surtout le service des urgences.

L'hôpital Fontan 2 abrite les unités de psychiatrie, où la population hospitalisée souffre de lourdes pathologies mentales, et qui est aussi connue pour ses tendances agressives.

Toutes ces statistiques qui sont en premier lieu des chiffres, sont surtout par leur évolution, des marqueurs de l'intensification des violences perpétrées au sein de nos Hôpitaux.

Cela fait partie des éléments à prendre en considération dans la politique de sécurisation des nombreux bâtiments faisant partie du CHU de Lille.

Au vu de ces chiffres, le constat est simple et alarmant, les violences ne reculent pas, et au contraire s'intensifient. C'est presque à **90 %** les secteurs des soins qui sont visés. Et dans ces secteurs c'est le service des urgences qui a la plus forte augmentation : **+ 11 % en 3 ans**.

Même si l'on sait que c'est un service qui est toujours en tension, rythme des arrivées aux urgences, absentéisme, et que l'on vient souvent là suite à des accidents, ou des drames cela ne justifie en rien autant de violence.

C'est là tout le paradoxe, que je mentionnais en première partie, que l'hôpital dans sa mission de soigner, est victime de tels comportements de violence. Même si on peut considérer que l'agressivité est un phénomène naturel, elle apparaît quand s'instaure une zone d'incertitude difficilement contrôlable par l'individu lui-même. En psychologie, cette situation de perte de repères, de déséquilibre émotionnel est généralement déclenché par une situation qui renvoie à une peur, une frustration, une situation d'impuissance, un complexe, un manque de reconnaissance, et qui au final s'exprime par une réaction supposée de défense non appropriée, mais qui s'apparente à de la violence. Il y a bien évidemment des facteurs concomitants et qui amènent ces situations. Les raisons d'apparitions, selon Gabriel MOSER⁸ sont en relation avec les situations (peur, anxiété, parfois culpabilité), avec les facteurs favorisants (le sentiment d'insécurité, le stress, les émotions...), mais aussi avec des motifs conjoncturels et sociétaux (la zone où se trouve l'hôpital, le chômage, l'appartenance à un groupe, ou une communauté, et la provocation...).

En ce qui concerne le CHU de Lille, on retrouve bien évidemment tous ces ingrédients : la situation dans les quartiers sud de Lille, le taux de chômage, la forte densité, la mixité sociale...auxquels on peut ajouter des facteurs architecturaux (agencement des locaux, exigüité des urgences, ce qui provoque des problèmes de place : patients sur des brancards en cas d'affluence aux urgences et d'où les tensions entre personnels et patients), mais aussi le niveau de formation des personnels aux situations de gestion des conflits.

⁸Gabriel MOSER Professeur émérite à l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes – « l'Aggression » Presse Universitaire de France 1987, Collection Que sais-je ?

Sur d'autres sites du CHU (cage escalier, parkings, hôpitaux psychiatriques Fontan...) et aussi à l'extérieur (dans les buissons), l'alcoolisme et la drogue, constituent des facteurs qui exacerbent les réactions et la violence des personnes. Ce sont souvent des Toxicomanes, des squatters qui cherchent un endroit tranquille où se cacher, ou pour dormir (dans les bois, escaliers extérieurs, couloirs du sous-sol, local vide...).

Les membres de la sécurité du Centre Hospitalier de Lille, sont souvent sollicités pour des interventions en journée ou la nuit, et ne sont pas toujours en capacité de rétablir le calme, dans des situations où par exemple, ils se retrouvent face, à des individus ivres ou à plusieurs membres d'une famille de la communauté des gens du voyage. Ils se retrouvent souvent face à des hommes agressifs, armés d'armes blanches (cutter, couteaux, tournevis...), tessons de bouteilles, barre de fer, ou bien des seringues dont on ne connaît pas la contenance. Ils reçoivent des coups de poings, et parfois même des crachats de la part d'individus ou de patients qui peuvent être porteur de pathologies contagieuses (Hépatites, H.I.V.). Tel est le quotidien de ces hommes qui occupent le terrain 24H/24 et 7Jours/7. Lorsque parfois, ils appréhendent un individu pour des raisons de malveillance, violence, menaces, on ne peut pas dire qu'ils procèdent à une arrestation, car ils n'ont pas les mêmes droits et prérogatives que les agents de la police municipale. Ils ne peuvent pas non plus retenir l'individu interpellé et le garder dans une pièce, comme ça serait le cas au commissariat. Les agents de la sécurité doivent appeler et attendre pour que des policiers viennent sur le site du CHU, et ainsi récupérer l'auteur des faits reprochés.

Les agents du service prévention-sureté ne sont pas toujours suffisamment nombreux dans de telles situations, même si le cadre de fonctionnement tel que prévu par le règlement intérieur est respecté (8 ou 9 agents avec toujours un chef de poste qui reste au Poste Central de Sécurité-PCS, et un deuxième qui est sur le terrain).

Les quelques 180 caméras de vidéo protection, réparties sur tout le site du CHU, servent à observer les lieux et les services plus à risques, pour pouvoir intervenir plus rapidement. Malheureusement le parc étant vieillissant la qualité n'est pas toujours suffisantes, et les images ne sont pas toujours exploitables pour la suite.

Leur rapidité d'intervention, due à la connaissance des lieux qui est un atout, se trouve limité par leurs prérogatives restreintes, ainsi qu'un équipement qui n'est pas toujours suffisamment adapté. Cela fera l'objet d'un développement dans la 3ème partie.

Outre les malveillances, les violences verbales et physiques, l'hôpital peut être aussi le lieu d'autres actes répréhensibles et que l'on pourrait qualifier d'odieux.

Je veux parler des « vols », ou rapt de nouveau-nés. La maternité Jeanne de Flandre du CHU de Lille, en a fait à plusieurs reprises, le titre des journaux.

Même si dans la majorité des cas le bébé est retrouvé dans les 72 heures après sa disparition, sain et sauf, il n'en reste pas moins que cela constitue aussi un acte d'une violence extrême pour les parents et le personnel de l'hôpital. Acte désespéré et parfois non prémédité, qui se produit souvent chez une femme en manque de maternité.

Au vu de ses différentes situations relatées, nous comprenons bien toute la difficulté d'assurer la sécurité d'un site tel que Le CHU : avec tous ces secteurs, ces recoins, ces contraintes matérielles et financières, ses populations qui y travaillent, et celles plutôt « parasites », ses nombreux points d'entrées, ses limites de compétences territoriales sur le site même du CHU vis-à-vis des policiers municipaux, qui eux représentent l'autorité de l'institution..., bref nous voyons là, les limites et la complexité d'une politique de sécurité aux moyens contrôlés et limités, et qui se confronte à un contexte international et national de plus en plus teinté de menaces terroristes.

Même si jusqu'à maintenant les menaces avérées sur le CHU, restent à un niveau préoccupant, mais contrôlable, la perspective de situations d'attaques terroristes, pour l'heure inexistantes, mais potentiellement envisageables mettent la Direction de la Sécurité et la Direction Générale, dans l'obligation de parer à toutes éventualités en utilisant les moyens du PSE.

2) Cas d'un établissement sanitaire de plus petite taille : Le Centre Hospitalier Universitaire de CAEN

Le CHU de Caen (en Annexe 2) est également un établissement public de santé pour l'agglomération Caennaise. Dans le système sanitaire régional, il est reconnu hôpital de référence de par l'éventail de ses spécialités médicales et chirurgicales. Dans le

classement des 50 meilleurs hôpitaux français paru dans le point, le CHU de Caen est classé 19^{ème}.

Le CHU de Caen en quelques chiffres :

- 1790 lits répartis sur 4 sites
- 14 Unités de travail
- Environ 94 000 entrées par an
- 244 000 m² de plancher construits
- Personnel non médical : 5380 agents
- Personnel médical : 781 Professeurs, Médecins, Internes...

J'ai fait le choix d'un hôpital plus petit et situé dans une autre région, pour voir comment cela se passe au quotidien, et si l'établissement est confronté aux mêmes facteurs et contraintes.

Comme tous les Hôpitaux, le CHU de Caen, s'est lui aussi doté d'un PSE, qui faisait partie du règlement intérieur de l'établissement (au 31/10/2017).

La finalité de ce plan, prévoir une stratégie de protection au sein de l'établissement.

Il comprend deux volets distincts :

- Un volet de portée générale composé de mesures globales de sécurisation liées à la protection du CHU, dans la durée et intégrant les mesures du Plan Vigipirate ;
- Un volet de gestion de crise, traitant des mesures particulières et immédiates de sécurité à mettre en œuvre notamment en cas de survenance d'un attentat au niveau local et de risques potentiels de sur-attentat pour l'établissement.

En lisant cela, on a l'impression, que ce plan a été pensé et inclus dans une stratégie globale de management, voulue et accompagné par la direction.

Le CHU de Caen, a formalisé les dispositions relatives à la Sécurité des bâtiments, sous forme de huit articles inscrits dans le règlement intérieur.

Sans tous les citer, je rappellerai quelques points importants du règlement :

- Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptible de nuire à la permanence, à la sureté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers.

- Autre point important, les règles de sécurité doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances. Et surtout elles visent également à protéger les membres du personnel et leur outil de travail, ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Les articles 16 et 17 stipulent les conditions d'accès et de circulation dans l'enceinte du CHU, et le cas échéant les mesures d'exclusion du site.

Le règlement prévoit que le site soit équipé de caméras de vidéo protection. C'est le terme qui est préféré à vidéo surveillance, qui à une autre connotation. Le système de caméras et leur fonctionnement doit répondre aux règles énoncées par La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'équipe de la sûreté du CHU de Caen est composée par une quinzaine d'agents, qui assurent la sécurité du site et des bâtiments 24H/24 et 7J/7.

Ils participent aussi à la prévention du risque incendie et aux effets de panique relatifs aux établissements recevant du public et aux immeubles de grandes hauteur, ainsi qu'aux dispositions spécifiques relatives aux établissements de santé.

Pour cela, tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation interne relative à la sécurité contre l'incendie.

L'ensemble des agents du CHU est de fait concerné par la sécurité incendie, et doit tout mettre en œuvre pendant l'exercice des ses fonctions, pour éviter tout risques d'incendie :

- Se conformer aux consignes
- Contrôler les matériels et équipements de prévention et lutte contre l'incendie
- Veiller à la vacuité des voies de circulations, et des issues de secours

C'est d'ailleurs un problème crucial et récurrent dans de nombreux hôpitaux, où les issues de secours restent ouvertes pour permettre a certains d'aller fumer dehors, et où l'on constate également que les portes coupe-feu sont parfois désactivées, pour éviter de devoir faire le tour pour accéder au service.

Nous le voyons donc la sécurité ne doit souffrir d'aucunes défaillances si elle veut garantir la sûreté de tous.

Ce qui me permet de faire la transition avec une situation exceptionnelle, qui s'est passé au CHU de Caen.

Une importante opération de police s'est déroulée dans la nuit du vendredi 9 mars au samedi 10 mars 2018 au sein du centre hospitalier.

Les forces de police ont été appelées sur place pour tenter de retrouver un homme ayant tenu des propos menaçants, envers des patients et du personnel médical. Selon des témoignages de patients, rapportés par les services de la Préfecture du Calvados, l'individu s'est introduit au service des urgences de l'hôpital. Celui-ci avait le comportement d'une personne démente,

Voici une petite chronologie des faits :

Le soir du vendredi 9 mars 2018, vers 20h00, un jeune homme portant un grand sac, se présente à l'accueil de l'un des bâtiments du CHU. Devant le refus du personnel hospitalier de le laisser monter, il tient des propos menaçants : « je suis islamiste et j'ai des explosifs et un fusil à pompe » ; Il se dirige alors vers les ascenseurs, la sécurité du site est prévenue, puis les forces de l'ordre arrivent vers 20h30 ; d'abord la patrouille de police secours, ensuite la brigade anti-criminalité.

Le profil du suspect, et les menaces proférées sont suffisamment crédibles pour demander, vers 22heures l'intervention du Groupe « Recherche Assistance Intervention Dissuasion » (Raid). L'unité d'élite de la police nationale arrive sur les lieux à 23 heure, et se coordonne immédiatement avec les unités en place (la police, mais aussi le service de sûreté-sécurité du site gestionnaire de l'établissement).

Au total plus d'une centaine d'hommes sont sur place pour tenter d'appréhender le suspect. Pendant plus de huit heures chaque recoin de ce vaste bâtiment haut (une vingtaine d'étages), est minutieusement fouillé. Beaucoup de patients hospitalisés et angoissés, sont alors confinés dans leur chambre.

Au matin du samedi 10 mars, la préfecture de police annonce la fin de l'intervention dans un communiqué. Le suspect n'a pas été retrouvé et la présence d'armes n'a pas encore été confirmée par les images de vidéo protection.

C'est seulement le mardi 13 mars qu'un jeune homme qui serait âgé de 16 ans, aurait été interpellé dans le Calvados. Cette interpellation fait suite à l'intrusion au CHU de Caen. L'enquête a été confiée à l'antenne caennaise du Service Régional de Police Judiciaire (SRPJ).

Le dénouement heureux de cette attaque, nous montre malheureusement que la menace est réelle, et qu'il faut être prêt à toute éventualité.

Quatre jours après les faits, le Directeur Général du CHU, Christophe Kassel, invité d'une radio locale, est revenu sur la sécurité de son établissement. Il a remercié les professionnels de l'hôpital qui ont été remarquables cette nuit là, en permettant d'assurer dans une certaine sérénité la continuité des soins. Ils ont appliqués les consignes du règlement en cas de situation à risque, et le protocole a été respecté pour éviter une tuerie de masse. Le personnel soignant a évité les mouvements de panique, et à gérer les mesures de confinement. Les exercices de préparation et de simulation, ont permis d'agir dans une plus grande maîtrise des événements.

Bien sûr l'attaque interroge, sur les dispositifs de sécurisation mis en place dans nos hôpitaux et oblige leur Directeur à renforcer la sécurité dans et à l'extérieur des bâtiments. Cette première Attaque dans un hôpital, a fait écho dans d'autres hôpitaux du territoire, et certainement convaincu les pouvoirs publics de faire de cette situation à risques vécue au CHU de Caen, un exemple instructif en termes de retour d'expérience.

Alors, comment envisager une stratégie de défense et de sécurisation, qui ne transforme pas nos hôpitaux en bunker, mais qui permette de trouver le bon curseur entre une sécurité complémentaire et un maintien de l'accessibilité à l'établissement ?

3 ÉME PARTIE

I) Le PSE, la seule réponse aux menaces terroristes ?

1) Restitution et analyse des questionnaires des responsables de la sécurité.

En préambule de ce mémoire, j'ai retracé l'environnement législatif hospitalier français, montré l'évolution du système de santé, puis j'ai établi un état des lieux de l'environnement sécuritaire du CHU de Lille. J'ai aussi montré certaines contraintes, les attentes, et les limites face à la menace, pour voir quelle sécurité envisager dans ce contexte menaçant.

Pour ce faire, j'ai rédigé et formalisé un questionnaire, destiné à 5 responsables opérationnels de la Sécurité (sauf le Directeur qui avait quitté ses fonctions), car ce sont eux qui appliquent et coordonnent le règlement au sein du CHU. Ils sont les témoins au quotidien des faits de malveillance, violence, dysfonctionnements... Ils sont tous responsables opérationnels au sein de la direction de la sécurité, et certains d'entre eux, sont passés par la fonction de chef de poste. A ce titre, et avec plusieurs années d'expérience dans cette direction, ils ont légitimement l'expertise et la vision pour améliorer les dispositifs actuels.

Le questionnaire propose 23 questions, et certaines d'entre elles traitent de la sécurité sur le CHU, il y a 10 ans ; non pas pour établir un parallèle, mais pour voir l'évolution car le contexte était différent. Les derniers attentats meurtriers du Bataclan et de l'Hyper Cacher n'ayant pas encore été perpétrés.

Je ne vais pas reprendre toute les réponses, mais celles qui me paraissent les plus significatives :

1) - Pouvez-vous me dire, comment était la sécurité sur le CHU, il y a 10 ans ?

Il en ressort que la sécurité, était alors essentiellement orientée sur le risque incendie, en raison des obligations réglementaires que nous avons détaillées. Elle correspondait globalement au contexte de l'époque.

La **violence** sur les **urgences** (malveillance, VV et VP), n'a cessé d'augmenter ces dernières années, ainsi que l'émergence d'un véritable contexte terroriste national. L'équipe composant la sécurité (58 opérationnels et 7 encadrants –effectif théorique)

apparaît aussi moins "professionnelle", bien que comptant un effectif similaire, les agents n'étaient pas **suffisamment équipés en matériel**, (notamment en caméras de vidéo protection) et ils n'étaient pas suffisamment préparés à certaines interventions.

Les **contrôles d'accès** étaient déjà **insuffisants**, et galeries pas « hermétiques », à savoir, qu'elles n'étaient pas suffisamment contrôlées, permettant ainsi l'intrusion et le passage d'individus entre les bâtiments.

⇒ Prise de conscience et réorientation.

Nous le comprenons d'ailleurs avec la 2nd question :

2) - Selon vous y-avait-il plus d'insécurité !

La réponse faite par le Coordonnateur du Service Prévention Sécurité, est significative de l'évolution, puisqu'il écrit : « *Le risque terrorisme était moins prégnant et le seuil de tolérance à l'agressivité était plus haut. Il y a moins d'incivilités mais les faits étaient parfois plus grave (faible occurrence et forte gravité)* ».

Les risques identifiés étaient principalement, vols (chambres patients, voitures sur les parkings), stationnement anarchique, présence de radeaux, fugues de malades, et patients agressifs surtout au niveau des urgences.

Les priorités du directeur de la sécurité il y a 10 ans, étaient de respecter les exigences réglementaires et opérationnelles, d'assurer la sécurité sur le site (parking, voiries) et des bâtiments ERP et surtout veiller à maintenir des avis favorables à l'exploitation.

Sur l'aspect risque incendie, la direction de la sécurité souhaitait diminuer le délai d'intervention, par des accès plus rapides.

Par contre, quand on évoque la sécurité d'aujourd'hui sur le site du CHU, le discours des responsables n'est plus le même :

- On constate de nouvelles populations à risque (toxicomanes, mendiants, "gens du voyage"...), notamment en lien avec la mendicité et la toxicomanie. Les faits de violence sont moins graves mais la récurrence accentue le sentiment d'insécurité.

- L'insécurité a progressé dans le domaine des agressions verbales et physiques dans les services de soins et urgences (pour rappel les statistiques en 2nd Partie grand I) ; « ***c'est le reflet de notre société*** » a dit l'un d'entre eux.
- « ***Aujourd'hui, le risque d'attaque est omni présent, c'est pour cela qu'il faut continuer à apporter du renforcement*** », a répondu un autre.

8) - De quoi est composé l'équipement des agents ?

- Gants anti-coupures et anti-piqures (Equipement de Protection Individuelle-EPI)
- Radio portative
- Uniforme, rangers (chaussures de protection)
- Gilets de protection (pare lame c'est l'appellation qu'il faut utiliser, et non gilet pare-balle), une commande est en cours.

Autre point d'importance, ce sont les prérogatives dont peuvent se prévaloir les agents. Car nous l'avons vu un peu dans les récits d'intervention sur le site du CHU ;

Les prérogatives des agents du service sécurité, autrement leurs compétences, ou plus exactement leurs limites d'intervention (leurs droits) sont bien cadrés par les lois et le code pénal en vigueur. Leur mission sur un plan général : prévention sur les risques, malveillance et interpellation, missions préventives et correctives.

Ils assurent la sécurité des biens et des personnes (sûreté et incendie), mais en réalité, comme le fait remarquer un responsable opérationnel, les agents n'ont malheureusement aucun pouvoir coercitif, contrairement aux forces de police.

C'est pour cela qu'ils sont tenus de collaborer avec la police, et doivent attendre obligatoirement leur arrivée après une interpellation dans l'enceinte du CHU. On voit que les agents qui ont la légitimité du terrain n'ont pas toute l'autorité de la Loi.

C'est là clairement, un obstacle, ou du moins un frein à une organisation plus efficace des interventions. Ne pourrait-il en être autrement ?

10) - Dans l'absolu qu'est-ce qu'il vous manque ?

Quand je pose cette question les réponses sont unanimes, ils réclament plus d'agents, pour assurer la surveillance et la sécurité des différents bâtiments du CHU et surtout une présence quasi permanente dans les bâtiments de premières importances, à savoir sur

l'hôpital R.Salengro, L'hôpital C.Huriez, La maternité Jeanne de Flandre, l'Institut Cœur Poumon, et bien évidemment Les Urgences.

L'idéal serait de passer à un cadre de fonctionnement actuel de 9 agents la journée, et 7 la nuit, à 12 agents en journée et 9 agents la nuit. IL faudrait donc 3 agents de plus le jour, et 2 la nuit. Cet effectif renforcé, permettrait d'assurer une présence terrain, plus dissuasive. Car le site du CHU étant très étendu, il faut parfois du temps pour que des agents se rendent à un autre point du site (délai d'intervention trop long). Les responsables réclament également des moyens matériels supplémentaires, et des heures de formation pour le personnel.

Un autre point important concerne les consignes de sécurité :

11) - Est-ce que vous diriez que les consignes de sécurité sont respectées par le personnel travaillant au CHU ? Que peut-on faire ?

Certains ont répondu que dans l'ensemble, les consignes d'alerte sont maîtrisées, mais qu'il s'agit plus de problème de comportement (porte ouverte, comportement de certains fumeurs,relationnel), alors que d'autres anciens chefs de postes, pensent plutôt que non !

Mais dans tous les cas, ils insistent sur plus de formation, de sensibilisation, et pensent même à d'avantage de sanctions de la part de la Direction des Ressources Humaines (DRH).

13) - Qu'est-ce que le PSE a changé dans l'organisation de la sécurité ?

Pour tous le PSE a apporté une méthodologie sur le diagnostic sureté, et doit permettre de définir une politique de sécurité et surtout d'investissement.

14) - Est-ce que vous pensez que le PSE répond aux besoins de sécurité des patients et du public et personnedu CHU ?

Dans la Gestion du Risque Attentat où l'hôpital, et notamment les urgences sont une cible.

Enfin les 2 dernières questions qui sont indissociables, que je reprendrai ;

15) - Quels seraient les points forts du CHU en matière de sécurité

16) - Quels seraient les points Faibles du CHU en matière de sécurité

Le ressenti, est que les personnes interrogées estiment que les équipes sont opérationnelles, professionnelles et efficaces.

En ce qui concerne les points faibles, on peut citer la prévention sécurité incendie. Et les agents qui ne sont pas postés sur les bons bâtiments.

2) Analyse et évolution nécessaire du dispositif existant.

Ces témoignages sont intéressants et riches d'enseignements et d'informations. Ils sont aussi le reflet d'une société en perte de repères, et dans laquelle la violence prend le pas sur certaines valeurs.

Nous l'avons vu, la sécurité renvoie à certains principes ;

La sécurité globale d'un établissement de santé nécessite un triptyque de plans directeurs et opérationnels qui ont chacun leur spécificité ;

Alors que le Plan Blanc s'attache au volet organisationnel de l'hôpital, en cas d'afflux massif de victimes (AMV) ou de situations sanitaires exceptionnelles, le PSE, comme nous l'avons rappelé, a comme finalité de mettre en place des mesures de sécurisation des personnes (personnel, patients), et des biens (équipements et bâtiments). A ces plans, s'ajoute 2 autres qui ont leur importance dans le maintien et la continuité de services pour l'hôpital.

Le Plan de Continuité de l'Activité (PCA), lié au Plan Blanc (et donc au PSE), s'attache au maintien de l'activité (continuité des soins en cas de sur-attentat), avec bien évidemment un mode dégradé. Le PCA n'est pas encore obligatoire réglementairement, mais les directeurs d'hôpitaux conscients des conséquences qu'un sinistre pourrait entraîner sur l'activité de leur établissement, préfèrent l'intégrer dans leur fonctionnement.

Le plan Vigipirate, est quant à lui directement intégré dans le PSE, dans la partie consacrée à la protection contre le terrorisme. Il comporte 2 objectifs principaux :

- Développer une culture de la vigilance et de la sécurité individuelle et collective élargie à l'ensemble de la société civile, et sur l'ensemble du territoire, afin de prévenir ou déceler le plus en amont possible, toute menace d'action terroriste.

- Assurer en permanence une protection adaptée des citoyens, du territoire et des intérêts de la France contre la menace terroriste.

Le plan comporte 3 niveaux gradués selon la criticité de la situation.

- niveau de vigilance (le plus bas) : posture permanente
- niveau sécurité renforcée-risque attentat (intermédiaire) : adapte la réponse de l'Etat à une menace terroriste élevée (gares, aéroports, lieux de cultes....).
- niveau urgence attentat (élevé) : peut être mis en place suite à un attentat, ou si un groupe terroriste identifié, entre en action.

Ci-dessous un schéma, qui permet de comprendre l'articulation entre les différents plans.

Concept de sécurité globale

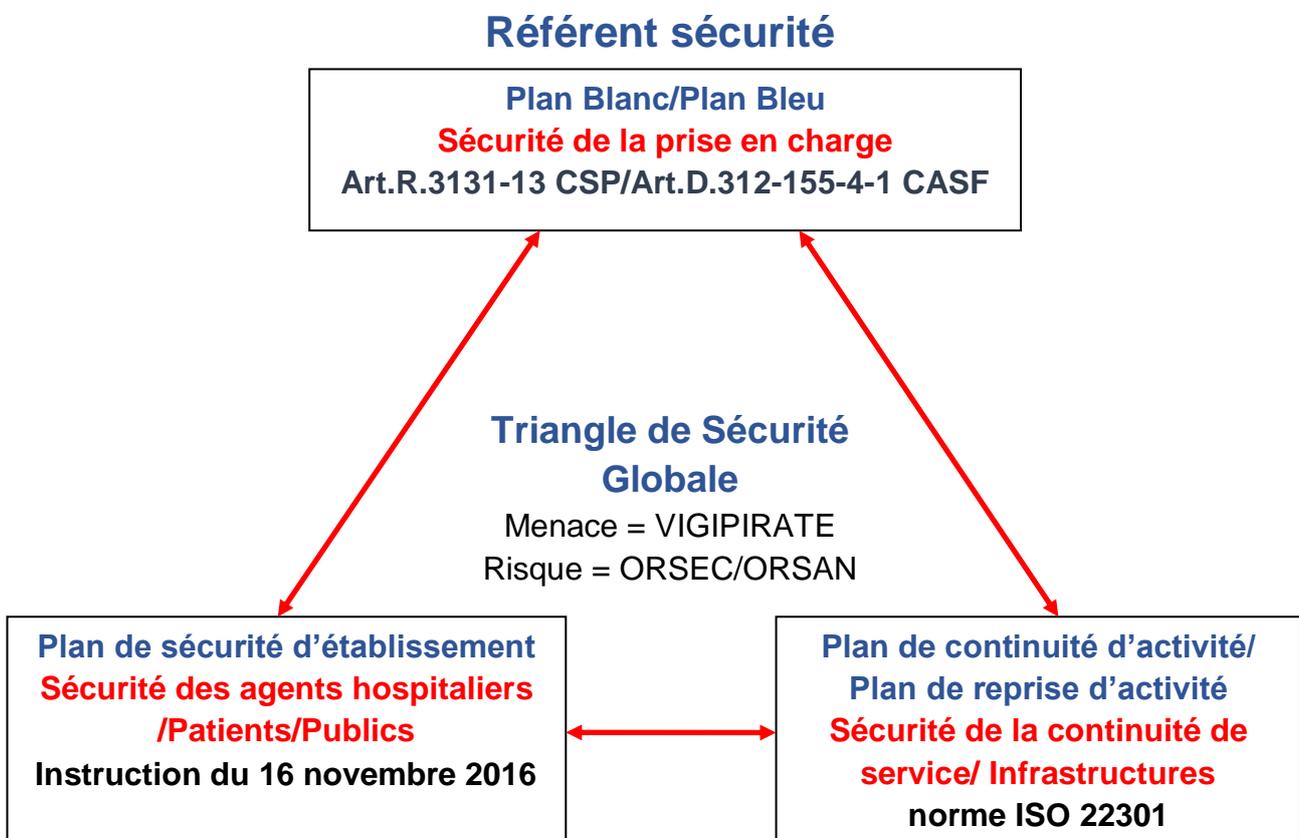


Figure 1 : Triangle de Sécurité globale⁹

⁹ Principes, outils et méthodes pour contribuer à la maîtrise d'une situation sanitaire exceptionnelle – Christophe Van Der Linde – Professeur IDM/EHESP

Ces plans sont indispensables pour le fonctionnement de l'hôpital, et certains établissements éprouvent des difficultés à les mettre en œuvre. Car la plupart des établissements de santé évoluent dans un contexte financier très contraignant. Le CHU de Lille n'échappe pas à cette réalité conjoncturelle. En effet, même avec un budget annuel d'un milliard deux cents millions d'euros (chiffre 2019), celui-ci doit essayer de respecter ses engagements, et les priorités définies par les autorités de tutelles.

Les investissements et les projets, sont scrupuleusement étudiés, et doivent faire l'approbation de la direction et des autorités compétentes.

Dans ce contexte, il n'est pas si simple, d'investir dans la sécurisation du site, plutôt que dans un scanner de dernière génération pour l'institut cœur poumon du CHU par exemple. Pour l'ICP, hôpital de notoriété nationale et précurseur dans les opérations cardiaques l'acquisition de cet appareil d'imagerie aura une toute autre utilité (financière).

D'autant que pour les établissements publics, toute dotation non utilisée intégralement, donnera une dotation inférieure l'année suivante.

Mon propos, n'est pas de polémiquer sur les dépenses (avec leur utilité), mais de rappeler que la sécurisation des hôpitaux est une obligation réglementaire, et surtout un principe qui devient prioritaire.

L'occasion aussi pour moi de rappeler que la date d'exigibilité du PSE était au 30 juin 2017. Un établissement de santé ne l'ayant pas déjà mis en place doit le faire dans les plus brefs délais, tout en soignant son élaboration. En ce qui concerne Le PSE du CHU de Lille, il est en cours de finalisation, compte tenu du nombre important (plus de 40 édifices sur et hors site du CHU) de bâtiments. Les études techniques des bâtiments, l'analyse de l'environnement, ainsi que l'identification des risques, prenant plus de temps. Certains bâtiments comme l'hôpital A.Calmette qui date de 1936, ou l'hôpital C.Huriez dont la construction fût terminée en 1953, sont des vieux hôpitaux, que l'on a essayé de remettre aux normes, mais qui restent extrêmement difficiles à sécuriser. Sans compter l'immensité du site. De nombreuses mesures ont déjà été appliquées en ce qui concerne la sécurité des bâtiments, mais compte tenu des réponses apportées par les différents responsables de la direction de la sécurité, nous comprenons qu'il faudra encore améliorer la sécurité dans l'enceinte de ce formidable établissement hospitalier.

Sur la base de ces témoignages, des actualités, des informations que nous pouvons lire dans les magazines spécialisés, voici des propositions, issues de ma réflexion, ainsi que mes observations et qui peuvent être vues comme des pistes d'améliorations possibles.

Avant d'en venir à mes préconisations, il me paraît utile et important à ce moment, de donner ou du moins d'essayer de donner une définition du terrorisme, qui représente la menace la plus importante pour tout établissement hospitalier.

Car si nous avons défini ce que représente la sécurité, nous n'avons pas donné d'acception du mot terrorisme.

Il n'existe pas de définition unique et partagée du terrorisme. Car dans un même lieu, à des moments différents, les mêmes actes ont parfois été condamnés ou célébrés, car tout dépend de la légitimité de ceux qui les commettent.

L'article L 412-2 du code pénal précise la notion d'attentat qui est : « *Le fait de commettre un ou plusieurs actes de violence de nature à mettre en péril les institutions de la République ou à porter atteinte à l'intégrité du territoire national* ». ¹⁰

Ainsi nous pouvons illustrer **le Triangle de la Menace Terroriste**, auquel **le Triangle de Sécurité Globale** apporte des réponses possibles.

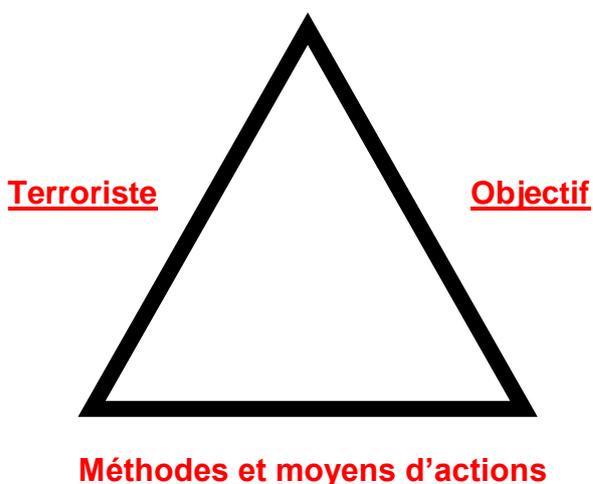


Figure 2 Le Triangle de la Menace

¹⁰ Magazine « Face au Risque N°531- Mars 2017

3) Propositions d'amélioration : des choix pour l'avenir !

Le contexte actuel, les menaces potentielles, et celles avérées, l'actualité inquiétante (attaque du CHU de Caen), la réglementation qui impose toujours plus de normes de sécurité aux établissements, ainsi que les baisses des financements, constituent en partie les éléments de bases de ma réflexion.

Mes propositions, ne sont pas forcément présentées dans l'ordre selon lequel elles devraient être appliquées, car les situations, les contextes et donc les priorités ne sont pas toujours les mêmes suivant les hôpitaux.

Il est sûr que compte tenu du contexte financier d'aujourd'hui, de l'endettement de certains établissements, et de la baisse des dotations, nos directeurs, soucieux de répondre aux impératifs réglementaires, sont dans l'obligation d'augmenter la productivité (et donc l'activité), pour dégager des marges, qui leur permettraient de financer d'autres activités que celles des soins. On peut aussi repenser l'organisation des services, pour essayer de trouver des moyens nécessaires à la réalisation de missions de sécurisation. Les économies ainsi générées seraient utilisées de façon optimale :

En favorisant les mesures organisationnelles de faible coût, en budgétisant les investissements à moyen terme, et si besoin à court terme en utilisant si possible, les ressources du budget (dotation) du service ou du pôle.

Proposition n°1 : Dégager de nouvelles ressources de financement, et mettre en place une planification budgétaire, en définissant les nouveaux postes de dépense liés à la sécurité dans le poste charge de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et du Plan Général de Financement Pluriannuel (PGFP).

Depuis des années, nous entendons les personnels des urgences parler des rythmes parfois lourds des gardes, des patients obligés de rester pendant des heures sur leurs brancards dans les couloirs. Ces mêmes patients confrontés à la promiscuité, préfèrent des violences verbales qui se transforment souvent en violences physiques. Dernièrement nous avons vu bon nombre de Services des Urgences se mettre en grève (249 SU, mouvement commencé il y a 6 mois), et celui du CHU de Lille, a vu un

rassemblement d'infirmiers et autres paramédicaux grévistes, le mardi 2 juillet 2019. Il y a "urgence aux Urgences !" ;

Proposition n°2 : Il faudrait repenser la conception des urgences (couloirs étroits, manque de places, afflux massif de patients (AMP), patients sur brancards, promiscuité (manque d'intimité)... générateur de Violences verbale et Physique.

Mais ce "ras-le –bol" des urgences, représente un peu « l'arbre qui cache la forêt ». Cette expression, un peu réductrice résume bien la situation. Depuis le début de l'année, chaque semaine des services d'urgences rejoignent les nombreux autres déjà en grève (et depuis le mois de juin le nombre de service en grève a doublé). Mais nous le savons bien (cf chiffres 2nd partie page 32 et suivantes), ce malaise est bien plus général. La violence verbale et physique, ne se limite pas qu'aux services des urgences, et touche malheureusement les services des soins et administratifs. Et bien que la ministre des solidarités et de la Santé ait annoncé une enveloppe de 70 millions d'euros (pour des primes et des recrutements dans les établissements "en tension"), je crains fort que la mesure qui permettrait déjà de palier aux manques d'effectifs, ne soit pas suffisante pour calmer le profond mal qui ronge nos hôpitaux depuis trop d'années. Alors, un peu à l'instar des sommets sur l'Ecologie, et plus dramatiquement des réactions contre les trop nombreux féminicides...

Proposition n°3 : Il faudrait mettre en place des "Etats Généraux" de la Violence ou pourquoi pas instaurer un « Grenelle de la Sécurité », pour les hôpitaux, pour espérer que les politiques et les institutions prennent des décisions capables d'endiguer la violence.

Une fois le stade de la prise de conscience gouvernementale passée, il faut aussi une prise de conscience collective et individuelle, que tout le monde n'a pas forcément. Il est évident que les directeurs d'établissements se sentent impliqués dans ce processus et leur formation y contribue. La connaissance pas toujours suffisante des règles de sécurité contenues dans le PSE, est un frein à la "Culture de la Sécurité", que veulent mettre en place les directeurs d'hôpitaux. Dans nos cours à l'Ilis (notamment en Risk Management), nous avons vu que si à un moment donné il y a un défaut (appelé événement indésirable), la chaîne sécuritaire est rompue.

La formation est déjà présente à l'hôpital (formation prévention incendie...), mais le personnel n'est pas toujours conscient que certains comportements ou habitudes (fumeurs qui sortent par les issues de secours, portes bloquées pour éviter d'avoir à faire le tour...), peuvent avoir des conséquences sur la sécurité !

Proposition n°4 :

Mettre en place une "politique de formation" à la sécurité plus contrôlée et coercitive.

- Instaurer des ¼ d'heure sécurité dans chaque service, pour rappeler les règles élémentaires importantes.
- Faire (régulièrement) des exercices de préparation aux situations de risques. D'ailleurs dans le cadre du PSE au CHU de Lille, des exercices d'évacuation ou de confinement en cas de situation d'attaque terroriste sont prévus.
- Favoriser les échanges entre les nouveaux embauchés, et le personnel du service, par le biais de l'acculturation (partage des expériences). Il faut que la culture de la sécurité se pérennise, et que chaque agent se l'approprie.
- Inscrire certaines mesures de sécurité dans le règlement intérieur que doit signer tout agent.
- Etre (Direction) plus intransigeant (suggéré dans les questionnaires), dans l'application du règlement (plus coercitif pour que le personnel le respecte).
- A un autre niveau, et en prenant exemple sur le CHU de Lille, embaucher un ancien gradé militaire (ou commissaire de police, commandant de gendarmerie en retraite) comme Directeur de la Sécurité. Ils ont la culture de la sécurité et de la discipline, mais aussi parfois l'expérience de la gestion des situations de crise.

Un autre facteur d'efficacité dans la conduite d'une politique sécuritaire, c'est la formation et la compétence des agents de sûreté. Ils doivent être suffisamment nombreux (cf cadre de fonctionnement, problème d'absentéisme : **15% dans le service sécurité au CHU de Lille**). L'équipement des agents aussi a son importance, et nous l'avons vu dans la description d'interpellation sur le site ; celui-ci se renforce (gilet pare-lame...) afin de mieux protéger les agents sur le terrain. Il ne peut s'agir d'une arrestation, car les agents de sûreté n'ont pas les mêmes prérogatives (droits) que les policiers municipaux. Pour l'instant leur pouvoir est restreint vis-à-vis d'individus très violents. Ils sont donc d'une certaine façon dépendant des policiers lors de certaines opérations....d'où ma proposition.

Proposition n°5 :

- Meilleure coopération avec la police municipale (redéfinir les modalités de la coopération entre les 2 corps de métier...).
- Parfois recours à une externalisation des agents de sûreté, ce qui au passage sera peut-être une solution/réponse pour l'avenir. (pour l'instant cela représente un coût pour le service, environ 100 000€ /an – cf questionnaire d'un responsable opérationnel).

Viennent ensuite des propositions, directement en lien avec le contexte environnemental, sociétal et les risques identifiés pour le CHU dans le cadre du PSE (étude et analyse des risques).

Une des problématiques essentielles du centre hospitalier de Lille, c'est son périmètre et son nombre important de points d'entrée (voir le plan du CHU de Lille). Comme tout établissement public, il a obligation d'un accès libre. Les accès donnant à l'intérieur ne sont pas systématiquement contrôlés. Mais, ils le sont uniquement par le biais des 180 caméras disposées sur l'ensemble du site, et par la vigilance des agents effectuant des rondes. Il n'y a pas de barrière, sauf pour accéder aux parkings et pour les urgences de l'hôpital R. Salengro. Il paraît donc extrêmement compliqué de contrôler et filtrer l'intégralité des personnes entrant au CHU. En effet, on compte environ 10 000 usagers/jours et 10 000 professionnels/jours qui transitent par le CHU.

Pour l'instant au CHU de Lille il n'y a pas de portiques détecteurs de métaux aux entrées du site ou de certains bâtiments, comme il y en a dans les aéroports, les prisons, certains bâtiments publics... (Hormis à L'UHSI – Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale et à la Prison de Sequedin – établissement pénitentiaire). Ces installations sont soumises à réglementation (en Annexes). Ces portiques qui ont un coût, aux alentours de 2000 € /portique, nécessitent selon le cadre réglementaire, le recours à une société privée (donc indépendante) pour son utilisation. Il y aurait le prix du matériel ainsi que le coût supplémentaire pour l'exploitation. A l'échelle du Centre Hospitalier de Lille, cela représenterait des frais importants. A voir également où l'on installerait ces portiques : entrées du site, certains bâtiments, ou alors tous les bâtiments ? Il existe aussi des détecteurs portatifs moins chers (environ 200€). Cela pourrait être une alternative, mais le

problème serait que cela prendrait beaucoup trop de temps à effectuer ces contrôles, compte tenu du nombre de patients qui transitent par le CHU. Mais il est sûr que cela représenterait une mesure supplémentaire pour sécuriser l'établissement, et empêcher le passage d'objets métalliques (tels que des armes à feu, des armes blanches : couteaux, ciseaux, cutter....). Pour être encore plus efficace il faudrait installer des détecteurs à rayons X pour voir dans les sacs.

Il apparaît donc pour le CHU, qu'installer ce genre de dispositif, est pour l'heure extrêmement compliqué et contraignant. Mais peut-être que dans un futur plus ou moins proche, les établissements hospitaliers seront peut être contraints d'y venir !

Cependant, pour renforcer le dispositif de caméras déjà installées, et que l'on remplace à cause de leur vétusté et de leur mauvaise définition (ne permet pas de visualiser ou d'identifier suffisamment- les vidéos sont à remettre à la police si plainte), le service sécurité pourrait recourir à l'utilisation de drones, comme le font déjà les militaires. Cela permettrait de couvrir des zones qui échappaient à la vidéo protection jusqu'alors ; pour ne pas dire la surveillance ou vigilance du service sécurité. Le coût d'un drone varie entre 500 et plus de 2 000 €. Mais il serait plus rapide et efficace pour suivre des individus aux comportements suspects et en mouvement, sur un site très étendu comme le CHU de Lille. Le drone permettrait également de repérer et suivre les éventuelles voitures béliers qui seraient stoppées par les plots anti véhicules béliers (bornes escamotables), déjà installés.

Proposition n°6 : Acquisition et utilisation de drones (nombre à définir) pour le site. Utilisation soumise à autorisation et permis pour faire voler un drone. Ils doivent être en conformité avec la loi, notamment avec les règles de l'ARCEP (Autorité de Régulation des Autorités et des Communications Electronique et des Postes).

Chaque établissement doit se préparer à toute éventualité, nous l'avons vu avec le CHU de CAEN (attaque terroriste). La crainte se nomme "active shooter", à savoir des situations lors desquelles un(ou plusieurs) tireur de masse lourdement armé s'en prend à la foule au hasard. C'est malheureusement le scénario le plus redouté pour tout ERP, car difficile à prévenir et à stopper.

Par rapport à ses situations à risques, les recommandations, que l'on peut lire dans les revues spécialisées, sont de s'échapper, se cacher, et alerter, à défaut d'affronter et d'essayer de maîtriser l'assaillant si possible.

Proposition n°7 : Faire une étude des risques (dans le PSE) pour déterminer les améliorations (aménagement) possibles. Par exemple, équiper de roulettes des meubles qui pourront ainsi être déplacé facilement pour bloquer une porte.

Préparer des exercices de confinement ou d'évacuation, suivant la situation. Procédure d'alerte (schéma en Annexe 5 et 6), que j'ai formalisé dans le cadre de ma mission au CHU. Choix des messages, voie de transmission, et détermination des pièces qui serviront au confinement en cas de nécessité.

Les explosifs au même titre que les armes à feu, peuvent représenter un danger pour les établissements de santé. On a tous en mémoire l'explosion au stade de France. C'est une possibilité à laquelle l'hôpital devrait aussi se préparer. La parade est difficile à opposer. Car pour détecter les explosifs il faut un scanner comme dans les aéroports, les musées, et certains bâtiments officiels qui en sont équipés, mais pas les hôpitaux ! En termes de mesure de protection, on pourrait utiliser des systèmes capables de brouiller les signaux des téléphones portables qui commandent à distance l'explosion, mais ceux-ci sont interdits. La question est posée, et pour l'instant n'a pas amenée de réponse appropriée au CHU de Lille.

Proposition n°8 : A défaut de pouvoir utiliser les moyens de brouillages ou de scanner (peut-être par la suite), on pourrait peut-être recourir à des chiens "renifleur", comme ceux utilisés par la police ou les douanes pour trouver des doses de drogue dissimulées.

A l'inverse du terrorisme physique, c'est à dire sur place (in situ), il existe un terrorisme invisible, du moins en apparence. On en parle moins, mais il peut toucher les banques, les grandes entreprises, des ministères, je veux parler du terrorisme informatique.

En effet certains établissements sont touchés. J'en veux pour preuve le groupe de clinique privé RAMSAY Générale de Santé dont 120 établissements ont fait l'objet d'une cyberattaque (pas d'incidence sur les patients, ni sur la « continuité des soins », a

déclaré la Direction- information révélée en août 2019). Pour la malveillance informatique, il s'agira dans ce cas, de pénétrer le serveur informatique de l'hôpital, en passant soit directement, soit par une voie détournée, et ainsi récupérer des données, qui serviront à être revendues, ou alors faire du chantage à l'hôpital (il s'agit de racket informatique). C'est un terrorisme moins meurtrier, mais qui pourrait faire des finances de l'hôpital sa victime. Le cyberterrorisme peut prendre d'autres visages. Le numérique a de plus en plus d'impact, d'emprise sur la vie, et peut dans certains cas, jouer un rôle majeur dans la radicalisation, dont une définition pourrait être : *« La radicalisation, est l'action de radicaliser ou de se radicaliser, c'est-à-dire de rendre plus radical, plus dur, plus sévère, plus intransigeant, plus extrême, un comportement ou un mouvement, de donner un caractère radical à quelque chose. C'est le cas en particulier, en matière de politique, de social, de religion voire d'économie »*. C'est une menace potentielle pour l'hôpital et qui s'attaque déjà à d'autres domaines (école, police, transport de fonds, administration et la sécurité notamment dans les aéroports). Le numérique a son importance dans la préparation, la logistique, et la réalisation d'infractions terroristes.

Proposition n°9 : Mettre en place à l'hôpital une surveillance du réseau pour permettre une détection des individus ayant tendance à se radicaliser. Il peut s'agir de personnel travaillant dans un hôpital, ou de personnes extérieures et qui essaient de rentrer en contact avec du personnel. Il en est de même concernant les agents publics, dont l'activité les met en contact régulier avec des mineurs.

Tout cela est encadré et accompagné par des mesures faisant partie du Plan National de Prévention de la Radicalisation, sous l'autorité du Gouvernement (CIPDR : Comité interministériel de Prévention de la Délinquance et de la Radicalisation – 23 février 2018).

Ces quelques propositions font partie d'une liste qui n'est pas exhaustive en matière de solutions qui pourront être apportées ultérieurement. Il est clair que certaines de ces préconisations, demandent bien évidemment plus de moyens et plus de temps à mettre en place. C'est pourquoi on peut parallèlement et le plus tôt possible agir sur d'autres points, comme la sensibilisation, la formation des personnels, et autres exercices de simulation, qui sont envisageables et applicables plus rapidement. Si aujourd'hui la question de la sécurité, est clairement posée au niveau d'un établissement, on est en droit de se la poser dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT), qui vont exister demain, et pour lesquels une direction à plusieurs sera une nouvelle expérience. Mais, on peut

imaginer certainement que la certification conjointe des établissements, qui devra être effective à partir de 2020, redéfinira les axes de la politique commune des établissements, et les enjoindra, à intégrer et à mutualiser la sécurité de leurs bâtiments.

CONCLUSION

La violence quotidienne, celle aux urgences comme dans les autres services, celle qui se développe contre les policiers et les pompiers, ainsi que les menaces terroristes qui se multiplient, sont autant de mèches qui s'allument en faveur d'une demande de sécurité plus accrue. La France est d'ailleurs toujours en Vigipirate sécurité renforcée - risque attentat, ce qui conditionne aussi l'état d'esprit général. La volonté des pouvoirs publics et des institutions d'aller vers plus de sécurité par le biais d'une réglementation toujours plus présente, va aussi dans ce sens. Mais si la prise de conscience des directeurs d'établissements est établie, leur implication les renverra vers de nouvelles obligations, mais aussi de nouvelles contraintes. La mise en place d'une politique de sécurité engagera la responsabilité des directeurs d'hôpitaux dans leurs stratégies de management. Il faut d'ailleurs inclure la Sécurité de l'établissement dans le projet d'établissement, et non plus comme une direction annexe. Si la contrainte financière est un frein, l'implication de tous les agents sera le ciment de toute démarche de sécurisation. Cette phase passera par une prise de conscience individuelle et collective, l'application des règlements et le changement de certaines habitudes et mentalités. Le directeur pourra également s'appuyer sur le triptyque (triangle) plan de sécurité globale, avec le plan blanc, le plan de continuité de l'activité, et surtout le plan de sécurisation de l'établissement, qui déterminera les risques donc les faiblesses en cas d'attaque. Ainsi au CHU de Lille, plusieurs risques ont été identifiés, et même si l'occurrence de certains d'entre eux est pour le moment faible, la direction de la sécurité doit être capable de faire face aux dangers potentiels qu'ils représentent.

La connaissance théorique devra être accompagnée par la pratique d'exercices d'évacuation ou de confinement, tels que prévus dans le PSE en cas d'attaque. Combattre le terrorisme, c'est accepter de changer de paradigme, puisqu'on ne peut tout prévoir, il faut parfois savoir se poser les questions qui dérangent.

L'arrivée des GHT, représente une formidable opportunité pour les établissements, de former un rempart contre le terrorisme, mais il faudra qu'ils s'organisent et qu'ils intensifient leurs coopérations pour mettre en place une sécurité efficiente.

On le voit bien, le besoin de sécurité, "le besoin de se sentir en sécurité" devrais-je dire, fait l'objet d'une demande grandissante. Alors, même si pour l'instant et fort heureusement, il n'y a pas eu d'attaque terroriste meurtrière à l'hôpital, la probabilité reste

forte. Il est du devoir et de la responsabilité de nos dirigeants, et des directeurs d'hôpitaux « d'imaginer le pire, pour éviter qu'il ne se réalise ».

N'oublions pas que la violence de demain, commence par la malveillance d'aujourd'hui, et qu'il est de notre devoir de la combattre.

Alors, même si parfois nous doutons de notre réussite dans notre combat contre le terrorisme et la violence, n'oublions pas que « *la sécurité de la Cité tient moins à la solidité de ses fortifications, qu'à la fermeté d'esprit de ses habitants* ». ¹¹

¹¹Thucydide . 460-395 av. J.-C.

BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs et réglementaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Code de la santé publique, articles L3131-1 relatifs aux mesures d'urgences et le Plan Blanc.

Code de la Santé publique, articles R3131-4 et 5 relatifs au Plan Blanc d'établissement.

Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP). (Légifrance)

Guides de bonnes pratiques

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

« Sécurisation des établissements de santé », Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement, DGOS, 1 ère édition – avril 2017

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

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

Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situation sanitaires exceptionnelles – 2014

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

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

Règlement intérieur du Centre Hospitalier Universitaire de Caen Normandie – 2017

Documents internes

Bilan d'activité du CHU (source Direction de la sécurité) : chiffres statistiques des interventions pour personnes agressives en 2017.

Ouvrages

Roger Le Doussal et Paul Laures-Colonna, 1992 - « La sécurité à l'hôpital »
ESF éditeur 1992, 178 p

Articles

KAPP David., mars 2017 «Terrorisme : se préparer », Face au Risque, n° 531,
pp 8-11

PARDINI Gérard., « Protéger le territoire : le continuum sécurité-défense » cahier de la
sécurité et de la Justice, n° 45, Dossier « La sécurité nationale. Un concept à enraciner »

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (Direction Générale de l'Offre de
Soins) – Observatoire National des Violences en Milieu de Santé – RAPPORT 2019
(Données 2018)

Thomas Quéguiner., « Les violences en établissements ne refluent pas malgré le peu de
déclarants» Article Hospimédia publié le 23/07/2019

Thèses et mémoires

BOUVIER-MULLER Gaëlle, 2017 « Le directeur, à l'épreuve des nouveaux risques :
enjeux de la sécurisation des établissements de santé – Mémoire pour le diplôme de
directeur d'hôpital de l'école EHESP –

AMRI KARIM, 2005 « La sécurité des personnes et des biens à l'hôpital : une gestion de
risques à part entière » (analyse développée à partir de l'exemple de l'hôpital Rothschild,
AP-HP) – Mémoire pour le diplôme de directeur d'hôpital de l'école ENSP –

Liens internet

[http://www.medecine.ups-
tlse.fr/DCEM2/module1/sous_module4/005_sys_hosp_francais.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/sous_module4/005_sys_hosp_francais.pdf)

<http://www.infoprotection.fr/renforcer-la-securite-des-etablissements-de-sante-un-enjeu-complexe/>

<https://www.cnfce.com/formation-sensibilisation-menace-attentat-hopital-medico-social-sant>

<https://www.til-technologies.fr/fr/votre-metier/sante.php>

<https://www.village-justice.com/articles/question-securite-hopital-place-centrale-Directeur-etablissement,25122.html>

<https://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/chronologie/>

<https://www.journaldunet.com/solutions/expert/62261/la-securite-du-personnel-soignant---une-priorite-pour-l-hopital-de-demain.shtml>

<https://www.lagazettedescommunes.com/222752/patient-violent-ou-arme-nouvelles-procedures-pour-les-hopitaux-parisiens/>

https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/nord-0/dunkerque/dunkerque_alerte-attentat-hopital-dunkerque-raid-place-1570610.html

<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>

<https://www.lindependant.fr/2019/01/10/les-chiffres-de-la-delinquance-stables-en-france-en-2018-en-baisse-de-pres-d1-dans-la-region,7765526.php>

<https://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/insecurite-delinquance-2018-premier-bilan-statistique.html>

<https://www.hopital.fr/Actualites/Hausse-du-nombre-de-violences-a-l-hopital-en-2009>

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F32351>

<https://www.juritravail.com/codes/code-sante-publique/article/R4127-47.html>

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s%C3%bbret%C3%A9/75680>

<https://www.cnrtl.fr/definition/s%C3%A9curisation>

<https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/nord-0/lille/chru-lille-securite-renforcee-apres-deux-agressions-dont-caractere-sexuelle-deux-jours-1601343.html>

<https://www.paca.ars.sante.fr/plans-bleus-dans-les-etablissements-medico-sociaux>

https://www.lepoint.fr/sante/hopitaux-et-cliniques-un-palmares-2019-plein-de-nouveautes-21-08-2019-2330944_40.php

<https://securite.pagesperso-orange.fr/CHUCAEN.pdf>

https://actu.fr/normandie/caen_14118/un-individu-suspect-chu-caen-une-operation-police-cours_15861510.html

<https://www.faceaurisque.com/2018/11/09/intervention-du-raid-sur-une-agression-au-chu-de-caen-retour-dexperience/>

<https://www.gouvernement.fr/risques/comprendre-le-plan-vigipirate>

http://expertise.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2016/E_mai_2016//86639_securite_detction_individuelle_Ets_services_PJJ.pdf

<https://www.20minutes.fr/sante/2583255-20190814-cyberattaque-groupe-hopitaux-cliniques-prives-ramsay-generale-sante-victime-virus-depuis-cinq-jours>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Triangle de Sécurité globale **P 49**

Figure 2 : Le Triangle de la Menace **P 51**

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Carte du site du CHU de Lille **P 68**

Annexe 2 : Carte du site du CHU de Caen **P 69**

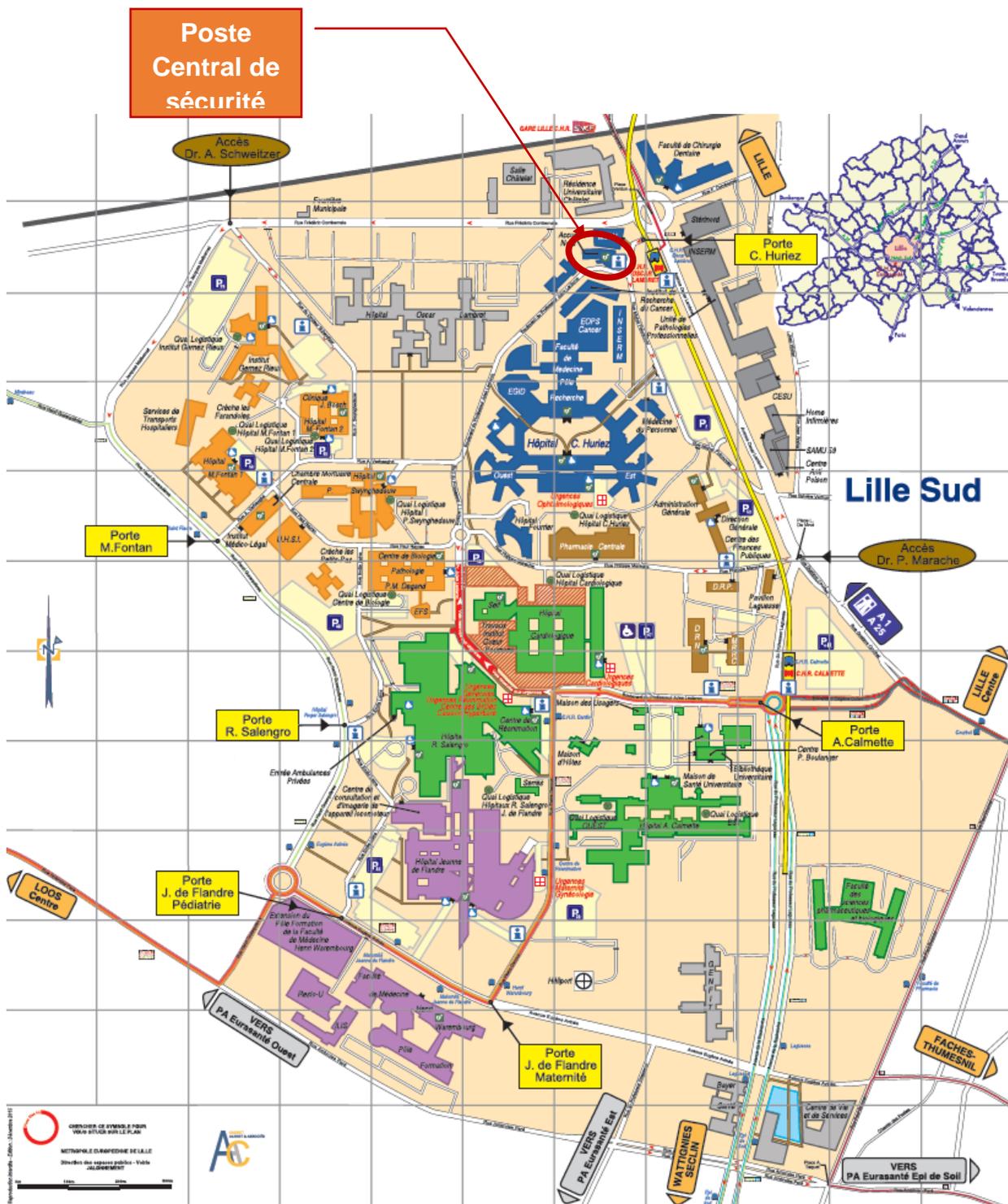
Annexe 3 : Questionnaire M. Laurent MARTINE **P 70**
(Coordonnateur Sécurité)

Annexe 4 : Questionnaire M. David SIX (Responsable opérationnel
Service Sécurité missionné sur le PSE) **P 73**

Annexe 5 : Schéma d'alerte (procédure) **P 76**
en cas d'attaque terroriste

Annexe 6 : Schéma d'alerte (procédure) **P 77**
en cas intervention simple

ANNEXE 1 : PLAN DU CHU DE LILLE



ANNEXE 3 : Questionnaire sur la sécurité au sein du CHU de Lille

		Mr MARTINE Laurent Fonction :Coordonnateur du Service Prévention Sécurité			
	Questions/Thématiques	Réponses			Remarques
	O : Oui ou satisfaisant N : Non ou A renforcer SO : Sans objet	O	N	SO	(description et influence sur les risques du site*) + influence positive, = sans incidence, -facteur de risque
1	Pouvez-vous me dire, comment était la sécurité sur le CHU, il y a 10 ans ?	X			La sécurité était essentiellement orienté sur le risque incendie et obligations réglementaires si rattachant. Puis la violence sur les urgences et le contexte terroriste ont réorienté la politique sécurité vers la sécurité des personnes et des biens par le prisme de la malveillance
2	Selon vous y-avait-il plus d'insécurité !		X		Le risque terrorisme était moins prégnant et le seuil de tolérance à l'agressivité était plus haut. Il y a moins d'incivilités mais les faits étaient parfois plus grave (faible occurrence et forte gravité)
3	Quels étaient les principaux risques identifiés ?				⇒ Stationnement anarchique ⇒ Vols ⇒ Agressions
4	Combien de personnes (environ) composait l'effectif de la sécurité, était-il suffisant pour la taille d'un tel CHU ?		X		58 opérationnels et 7 encadrants (effectif théorique) Manque de présence dans les bâtiments. Peu d'actions préventives et dissuasives
5	Quelles étaient les priorités du directeur en matière sécuritaire !				Pas de politique de sécurité connue et partagée mais une volonté de répondre aux exigences réglementaires et opérationnelles
6	La sécurité avait-elle la même importance pour la direction qu'aujourd'hui !	X			Les orientations ministérielles avec l'appui de l'ARS ont toujours plus ou moins définies le tempo en matière de politique sécurité.
7	Aujourd'hui que diriez-vous de l'insécurité sur le site du CHU ! qu'elle est-elle ? (malveillance, agression, attaque.... !)				⇒ Nouvelles populations à risque , notamment en lien avec la mendicité et la toxicomanie. Les faits de violence sont moins graves mais la récurrence accentue le sentiment d'insécurité.
8	De quoi est composé l'équipement des agents !				⇒ gant anti-coupure et anti-piqûre ⇒ Moyen d'alerte Une commande est en cours pour la dotation de gilets de protection (pare-lame)
9	Quelles sont vos prérogatives !				⇒ Définir une politique de sécurité en lien avec le PSE ⇒ Renforcer la formation et la sensibilisation auprès du personnel
10	Dans l'absolu qu'est ce qu'il vous manque !				⇒ Des ressources en personnel pour l'opérationnel, l'étude et la formation

11	Est-ce que vous diriez que les consignes de sécurité sont respectées par le personnel travaillant au CHU ? Que peut-on faire ?		X		Les consignes d'alerte sont maîtrisées, il s'agit plus de problème de comportement (porte ouverte, relationnel). L'axe principal est la formation théorique et pratique avec des exercices
12	Quel est votre Ministère de tutelle en matière de sécurité ? Vous apporte-t-il une aide matérielle, technique....				Ministère de la santé. Dans le cadre du PSE, il y a eu des appels à projet pour le financement d'opérations de sécurisation mais sinon aucune aide matérielle
	O : Oui ou satisfaisant N : Non ou A renforcer SO : Sans objet	O	N	S O	(description et influence sur les risques du site*) + influence positive, = sans incidence, -facteur de risque
13	Qu'est-ce que le PSE a changé dans l'organisation de la sécurité ?				A apporté une méthodologie sur le diagnostic sûreté et doit permettre de définir une politique de sécurité et surtout d'investissements
14	Est-ce que vous pensez que le PSE répond aux besoins de sécurité des patients et du public et personnel du CHU ?	X			Même si son but premier est la résilience des établissements de santé, son approche et la politique de sécurité qui en découlera, doivent permettre de répondre aux différents besoins.
15	Quels seraient les points forts du CHU en matière de sécurité !				Une équipe opérationnelle professionnelle et efficace. La traçabilité des interventions et des actions permet d'avoir plus ou moins une vision claire de la situation.
16	Quels sont les points faibles du CHU en matière de sécurité !				Avoir un site sans limite périphérique (clôtures, portails,...) et de disposer d'un réseau de galeries de liaison. En clair, la difficulté de maîtriser les flux. Les bâtiments ne sont pas conçus avec une approche sécuritaire
17	Si non, sur quoi faudrait-il agir ! (3points)				- Maîtrise des flux - Moyens d'alerte - Formation
18	Comment à évolué le budget alloué à la sécurité, au cours des 5 dernières années ?			X	A ce jour, il n'y a pas de budget alloué à la sécurité
19	En quoi le terrorisme qui menace depuis plusieurs années notre pays (attentats de novembre 2015), a influencé votre politique sécuritaire au CHU ?				La résilience de l'hôpital est devenue une priorité. Avant de protéger en priorité les professionnels et les patients, à présent on doit protéger nos installations et les circuits pour garantir une continuité de nos activités en cas d'attaque terroriste
20	Le plan Vigipirate mis en place a-t-il eut une incidence sur l'insécurité ?		X		Pas sur le CHU. Sur notre site, l'affichage est essentiellement à l'intérieur et aucune mesure de renforcement n'a été mise en place.
21	Que pensez-vous de votre coopération avec les forces de l'ordre ?		X		Les relations sont bonnes mais elles demeurent limitées majoritairement aux activités opérationnelles. Sur le volet expertise ou prévention, il n'y a pas de liens formels mais davantage par le biais du « réseau »

22	Quelles en sont les limites ?			Voir question n°21
23	Au final diriez-vous, que vous vous que la sécurité au sein du CHU est suffisante ?		X	Les 3 points évoqués à la question n°17 sont essentiels pour estimer une sécurité suffisante.

ANNEXE 4 : Questionnaire sur la sécurité au sein du CHU de Lille

Mr SIX David

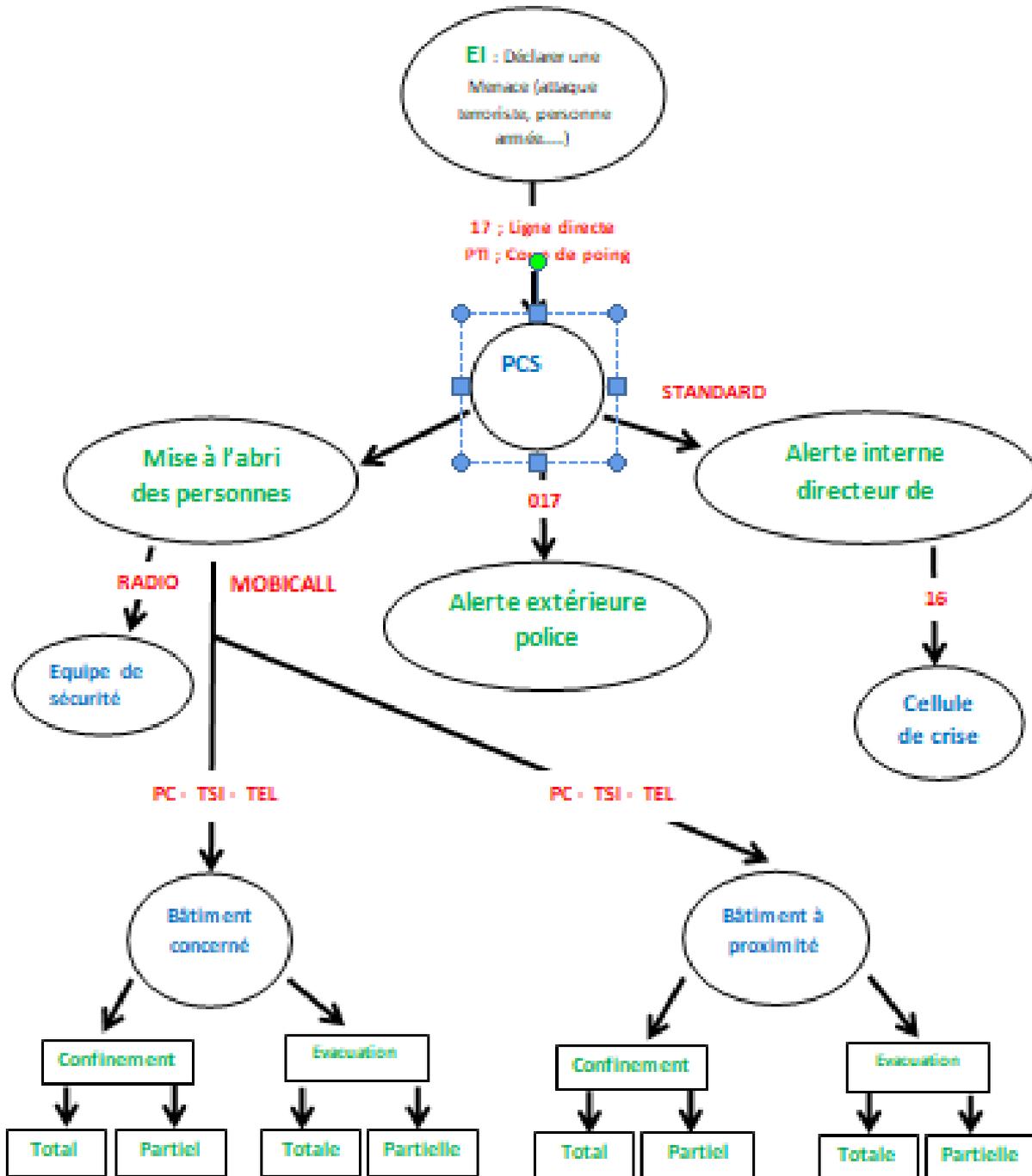
Fonction : **AGENT/CHEF D'EQUIPE/RESPONSABLE
OPERATIONNEL**

	Questions/Thématiques	Réponses			Remarques
		O	N	SO	
	O : Oui ou satisfaisant N : Non ou A renforcer SO : Sans objet				(description et influence sur les risques du site*) + influence positive, = sans incidence, -facteur de risque
1	Pouvez-vous me dire, comment était la sécurité sur le CHU, il y a 10 ans ?		x		Vidéosurveillance insuffisante Contrôle d'accès insuffisant
2	Selon vous y-avait-il plus d'insécurité ?	x			
3	Quels étaient les principaux risques identifiés ?				⇨ Vol sur les parkings ⇨ Présence de rodeurs
4	Combien de personnes (environ) composait l'effectif de la sécurité, était-il suffisant pour la taille d'un tel CHU ? êtes-vous suffisamment nombreux pour assurer la sécurité du site ?		x		Pas suffisant ! Absentéisme récurrent (env 15%)=> grève les effectifs (cadre de fonctionnement) 9 agents en Journée et 7 la nuit ! ; recours à la prestation (Lux'ant) gros budget (plus de 100 000 €/AN) ; il n'y a pas assez de postes fixes/permanents (surtout sur les gros bâtiments (Salengro, JDF, ICP, Huriez Urgences (1 agent qui assure le filtrage) Problèmes surtout la nuit du à la population ; Selon moi, il manquait à minima 3 agents pour atteindre un cadre de fonctionnement à 12 agents en journée (pour assurer les postes permanents) Et 2 agents supplémentaires la nuit (pour assurer une autre équipe terrain), en cas d'une autre intervention.... (il y a moins besoin d'agents dans les bâtiments la nuit, puisque les services, sont normalement fermés !)
5	Quelles étaient les priorités du directeur en matière sécuritaire ?			x	

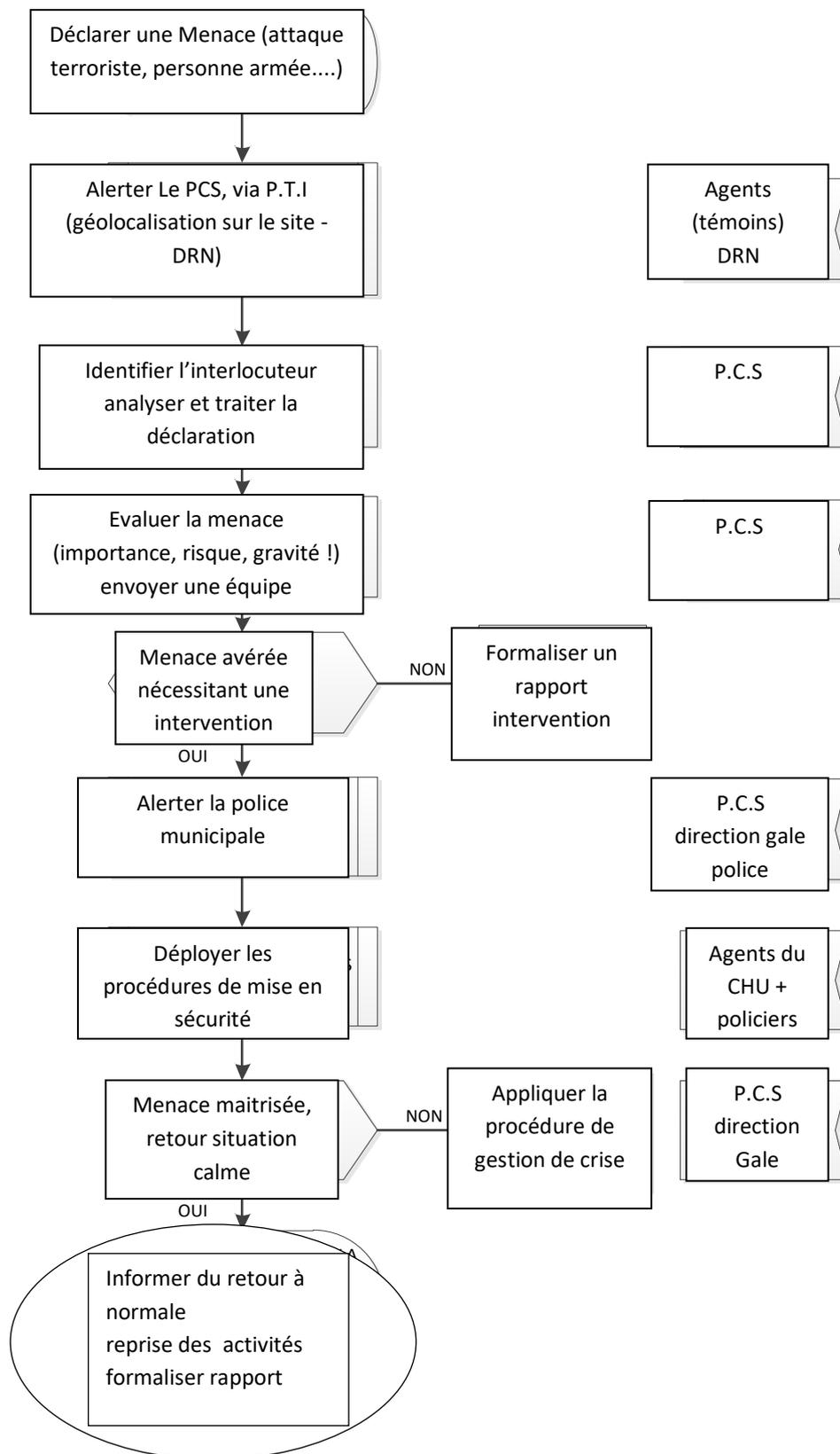
6	La sécurité avait-elle la même importance pour la direction qu'aujourd'hui ?		x		Les attentats et vigipirate ont donné une importance à la sécurité
7	Aujourd'hui que diriez-vous de l'insécurité sur le site du CHU ? qu'elle est-elle ? (malveillance, agression, attaque.... ?)				=>agression et malveillance Elle est le reflet de notre société
8	De quoi est composé (l'équipement des agents) votre équipement ?				⇒ 1uniforme – rangers-gants de protection
9	Quelles sont vos prérogatives (votre champ de compétences/vos droits) en matière de sécurité ? Vos mission ?				⇒ Prévention sur les risques malveillance et interpellation ⇒ Missions préventives et correctives
10	Dans l'absolu qu'est ce qu'il vous manque ?				=>des agents assermentés Des moyens de protection individuels Du personnel
11	Est-ce que vous diriez que les consignes de sécurité sont respectées par le personnel travaillant au CHU ? Que peut-on faire ?		x		De la formation et de l'information
12	Quel est votre Ministère de tutelle en matière de sécurité ? Vous apporte-t-il une aide matérielle, technique.... ?				
	O : Oui ou satisfaisant N : Non ou A renforcer SO : Sans objet	O	N	S O	(description et influence sur les risques du site*) + influence positive, = sans incidence, -facteur de risque
13	Qu'est ce que le PSE a changé dans l'organisation de la sécurité ? quels sont les faits principaux commis sur le CHU ?				Vols à l'intérieur- car avant c'était plus sur les parking (matériels , effets personnels sur patients et personnels) agressions verbales, physiques (coups portés, assistance à contention, tentatives de viol...)
14	Est-ce que vous pensez que le PSE répond aux besoins de sécurité des patients et du public et personnel du CHU ? La menace est-elle plus présente aujourd'hui ?				Elle s'est accrue (dû à la population qui passe par le chu), personnes alcoolisées, toxicomanes.....
15	Quels seraient les points forts du CHU en matière de sécurité ?	x			La vidéosurveillance Le service sécurité
16	Quels sont les points faibles du CHU en matière de sécurité ?		x		Site ouvert au public +++ Manque de personnel

17	Si non, sur quoi faudrait-il agir ! (3points)				Renforcer le contrôle d'accès Renforcer la présence d'agent Plus de vidéosurveillance
18	Comment a évolué le budget alloué à la sécurité, au cours des 5 dernières années ? Quels sont les moyens ou les équipements qu'ils vous manquent ?				Gilet anti coupure (en commande !) Matériel pour le déneigement
19	En quoi le terrorisme qui menace depuis plusieurs années notre pays (attentats de novembre 2015), a influencé votre politique sécuritaire au CHU ?				
20	Le plan Vigipirate mis en place a-t-il eut une incidence sur l'insécurité ?	x			Il a aidé à sécuriser le site
21	Que pensez-vous de votre coopération avec les forces de l'ordre ?	x			Bonne collaboration
22	Quelles en sont les limites ?		x		Le délai d'intervention
23	Au final diriez-vous, que la sécurité au sein du CHU est suffisante ?		x		Suffisante mais perfectible

ANNEXE 5 : SCHEMA D'ALERTE (Menace Attaque Terroriste)



ANNEXE 6 :SCHEMA - Chaine d'alerte (Intervention - Menace simple)



Dans le contexte actuel, quelle importance accorder à la sécurité des établissements sanitaires ?

Résumé :

C'est par l'instruction du 4 novembre 2016, que devient obligatoire la sécurisation des **établissements de santé**. Cela ne veut pas dire que la violence n'existait pas avant cette date, mais que la prise de conscience de la violence et de sa récurrence, s'est formalisée. Cette **violence** se manifeste sous différentes formes, allant de la malveillance à la **menace d'attentats** !

Face à cela les pouvoirs publics, et les **directeurs d'hôpitaux** se doivent d'apporter des réponses efficaces, dans un contexte où l'aspect financier est contraint. Cela amène à plus de **réglementations** sans pour autant plus de moyens. Alors si une **politique de sécurité** nécessite des moyens humains, matériels et financiers, elle demande aussi une implication de ses **agents**, qui passe par une prise de conscience. **Le Plan de Sécurisation de l'Établissement**, sera le vecteur de ce besoin de sécurité. Pour que la **sûreté**, et la sécurité des hôpitaux répondent aux menaces d'aujourd'hui et de demain, il faudra aussi pour lutter contre ces **risques** potentiels, passer par un changement des mentalités des habitudes, et pourquoi pas utiliser la création des GHT comme catalyseur.

Mots clés : établissements de santé, violence, menace d'attentats, hôpitaux, réglementations, politique de sécurité, agents, Le Plan de Sécurisation de l'Établissement, sûreté, risques.

In the current context, what importance should be attached to the safety of health establishments ?

Sum up :

It is by the instruction of November 4, 2016, that becomes mandatory the security of **health establishment**. This does not mean that violence did not exist before that date, but that the awareness of **violence** and its recurrence has become more formalized. This violence manifests itself in different forms, ranging from poor vigilance to the **threat of attacks**!

Faced with this, public authorities, and **hospital** directors must provide effective responses, in a context where the financial aspect is constrained. This leads to more **regulations** without more means. So if a **security policy** requires human, material and financial resources, it also requires the involvement of its agents, which requires awareness. The **Security Plan of the establishment**, will be the vector of this need for security. For **safety**, and security of hospitals to respond to the threats of today and tomorrow, it will also be necessary to fight against these potential **risks**, to go through a change in mentalities habits, and why not use the creation of GHT as catalyst.

Key words : health, establishment, violence, threat of attacks, hospital, regulations, security policy, agents, security plan of the establishment, safety, risks.