



N° 1455 – tome 1

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 25 février 2004.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE SUR ⁽¹⁾
LES CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES
DE LA CANICULE

Président

M. Claude EVIN,

Rapporteur

M. François d'AUBERT,

Députés.

TOME 1

RAPPORT

⁽¹⁾ La composition de cette commission figure au verso de la présente page.

La commission d'enquête sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule est composée de : M. Claude EVIN, Président ; MM. Pierre LASBORDES, Claude LETEURTRE, Vice-présidents ; M. Maxime GREMETZ, Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, Secrétaires ; M. François d'AUBERT, Rapporteur ; MM. Jean-Paul BACQUET, Gérard BAPT, Patrick BEAUDOUIN, Serge BLISKO, Alain CLAEYS, Georges COLOMBIER, Louis COSYNS, Bernard DEPIERRE, Jacques DOMERGUE, Mme Catherine GÉNISSON, MM. Pierre HELLIER, Christian JEANJEAN, Mmes Nathalie KOSCIUSKO-MORIZET, Marguerite LAMOUR, MM. Edouard LANDRAIN, Dominique PAILLÉ, Jean-Luc PRÉEL, Jean ROATTA, Jean-Marie ROLLAND, Jean-Marc ROUBAUD, Xavier de ROUX, Pascal TERRASSE, Jean-Sébastien VIALATTE, Philippe VITEL.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....	11
INTRODUCTION.....	15
PREMIÈRE PARTIE : UNE CATASTROPHE SANITAIRE EXCEPTIONNELLE.....	19
I.– DES CONDITIONS MÉTÉOROLOGIQUES SANS PRÉCÉDENT.....	19
A.– UNE VAGUE DE CHALEUR LONGUE ET EXTRÊME, DANGEREUSE POUR LA SANTÉ DES PLUS FRAGILES	19
B.– UNE CONJONCTURE SUSCEPTIBLE DE SE REPRODUIRE.....	22
C.– L'INCIDENCE DE LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE.....	22
II.– DES EFFETS DÉVASTATEURS ET CIBLÉS.....	24
A.– LES CHIFFRES DE LA SURMORTALITÉ.....	24
1.– Les dernières estimations	24
2.– La question de la compensation	27
B.– DES PROFILS DE VICTIMES SPÉCIFIQUES.....	29
1.– Les facteurs individuels.....	29
a) <i>Les incidences de l'âge</i>	29
b) <i>Les différences observées selon le sexe</i>	32
c) <i>L'influence de l'origine sociale</i>	33
d) <i>L'état de santé des victimes</i>	34
2.– Les disparités géographiques.....	36
3.– Le lieu de décès	41
III.– UN PHÉNOMÈNE DE MOINDRE AMPLEUR DANS LES AUTRES PAYS EUROPÉENS	46
DEUXIÈME PARTIE : UNE GESTION DE CRISE EMPIRIQUE.....	51
I.– UN RISQUE ENVISAGEABLE.....	52
A.– LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION	53

B.– RARETÉ MAIS AUSSI SOUS-EXPLOITATION DES ÉTUDES SUR LES RISQUES SANITAIRES	54
1.– La réflexion scientifique sur les effets sanitaires des fortes chaleurs.....	55
2.– Les travaux de la commission santé et biométéorologie du Conseil supérieur de la météorologie	56
C.– LES SIGNAUX D'ALERTE DE MÉTÉO FRANCE	58
II.– UNE CATASTROPHE IMPRÉVUE ET MAL DÉCELÉE	59
A.– LES DÉFAILLANCES DU DISPOSITIF DE VEILLE SANITAIRE	59
1.– Une veille sanitaire prise en défaut.....	59
a) <i>Un institut de veille sanitaire (InVS) qui n'a pas du tout joué son rôle</i>	<i>59</i>
b) <i>Une agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) absente</i>	<i>62</i>
c) <i>L'insuffisante remontée d'information des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS).....</i>	<i>63</i>
2.– Une direction générale de la santé (DGS) inconsciente de la gravité de la situation	65
B.– DES INTERVENANTS PÉRIPHÉRIQUES SANS RELAIS	69
1.– Les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).....	69
2.– Les urgences hospitalières	73
3.– Les services funéraires	76
C.– UNE COMMUNICATION TARDIVE ET INADAPTÉE.....	79
III.– UNE CRISE SUBIE	81
A.– DES ADMINISTRATIONS CLOISONNÉES.....	81
1.– Des directions centrales du ministère de la santé trop hermétiques.....	82
2.– La sous-évaluation de la situation par le centre opérationnel de gestion interministérielle des crises (COGIC) et certaines préfectures	83
3.– Le secteur social à l'écart des administrations sanitaires	87
B.– DES ACTEURS DE TERRAIN S'ATTACHANT PRIORITAIREMENT À RÉSOUDRE LES PROBLÈMES À LEUR NIVEAU	89
1.– Des collectivités territoriales qui ont réagi de leur mieux.....	89
2.– Les initiatives des établissements pour personnes âgées et des services médico- sociaux	91
C.– L'ABSENCE DE COORDINATION DES DIFFÉRENTS SERVICES.....	92
D.– LE RÔLE DES CABINETS MINISTÉRIELS	96

1.– Le cabinet du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, interface opérationnelle ?	96
2.– L'action des autres cabinets ministériels	99
TROISIÈME PARTIE : LES DIFFICULTÉS STRUCTURELLES DU SYSTÈME SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL FRANÇAIS.....	102
I.– LES CARENCES ET LES AMBIGUÏTÉS DE SON ORGANISATION.....	103
A.– LE FOISONNEMENT DES AGENCES SANITAIRES	103
B.– UN POSITIONNEMENT CONTESTABLE DE LA DGS.....	105
C.– LES LACUNES DE LA CHAÎNE DE VEILLE.....	109
1.– Des instruments de mesure insuffisamment réactifs et parcellaires	109
2.– Une mauvaise diffusion des informations en configuration de crise sanitaire.....	111
II.– LES PROBLÈMES DES HÔPITAUX AU GRAND JOUR.....	113
A.– LES URGENCES, PARENT PAUVRE DE L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE.....	113
B.– DES DYSFONCTIONNEMENTS DANS LA PLANIFICATION DES CAPACITÉS D'ACCUEIL ET D'HOSPITALISATION ET LA GESTION DE LA « FERMETURE » DE LITS	117
1.– Le manque de lits d'hospitalisation en aval	118
2.– Un phénomène accentué par des contraintes procédurales : les pesanteurs du dispositif de l'entente préalable	121
C.– UN SOUS EFFECTIF EN PERSONNELS DE SOINS	122
1.– Des recrutements en hausse mais difficiles	123
2.– Une tendance insuffisante pour compenser la réduction du temps de travail.....	124
D.– UNE PRISE EN CHARGE GÉRIATRIQUE QUI RESTE À AMÉLIORER	129
E.– UNE GESTION INADÉQUATE DES RESSOURCES.....	132
1.– La persistance des corporatismes internes à l'hôpital.....	132
2.– Des plans blancs inutilisés par les directeurs d'établissements.....	133
a) <i>Un dispositif utile.....</i>	<i>134</i>
b) <i>Un déclenchement trop tardif par les hôpitaux.....</i>	<i>134</i>
c) <i>Des procédures inadaptées face à une crise sanitaire de longue durée.....</i>	<i>135</i>
III.– L'AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES EN PROIE À DES DIFFICULTÉS.....	138
A.– LES MANQUEMENTS DE LA PRISE EN CHARGE.....	138

1.– Les faiblesses de l'hébergement	138
a) <i>Des places en nombre insuffisant</i>	138
– Au niveau national	138
– A Paris	143
b) <i>Des équipements inadaptés</i>	145
c) <i>L'absence de mise en réseau</i>	146
2.– Les difficultés du maintien à domicile	146
a) <i>Des services de soins et d'aide à domicile (SSIAD) trop limités</i>	146
b) <i>Le problème du logement</i>	149
c) <i>Une coordination insuffisante</i>	149
B.– DES PROBLÈMES D'EFFECTIFS AIGUS ET GÉNÉRALISÉS	151
1.– Dans les établissements d'hébergement	151
a) <i>Un taux d'encadrement insuffisant</i>	151
b) <i>Une pénurie de personnel particulièrement aiguë pendant la canicule</i>	153
c) <i>Une réforme de la tarification des établissements encore inachevée</i>	154
2.– Dans les services de soins et d'aide à domicile	158
C.– UN MANQUE DE RÉFLEXION SUR LA PLACE DES PERSONNES ÂGÉES DANS NOTRE SOCIÉTÉ	159
IV.– LES DIFFICULTÉS DE LA MÉDECINE DE VILLE	160
A.– UN SECTEUR EN RETRAIT LORS DE LA CRISE	161
1.– Les médecins généralistes libéraux	161
a) <i>Des effectifs moins nombreux mais plutôt disponibles</i>	162
b) <i>Un secteur en seconde ligne, à l'exception des associations de médecins assurant des visites 24 heures sur 24</i>	166
2.– Les infirmiers libéraux	168
3.– Une participation malgré tout non négligeable à la régulation médicale	169
B.– UNE ILLUSTRATION DU DÉFI DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE	170
QUATRIÈME PARTIE : ÉVITER QU'UN TEL DRAME SE RENOUVELLE	172
I.– PRIVILÉGIER, EN AMONT, LA PRÉVENTION ET L'ALERTE	172
A.– L'INDISPENSABLE APPROFONDISSEMENT DE L'EXPERTISE SCIENTIFIQUE ET SANITAIRE SUR LES CONSÉQUENCES DES CANICULES	172
B.– LA NÉCESSITÉ D'AMÉLIORER LE SYSTÈME D'ALERTE	174
1.– Une redéfinition des rôles des administrations de la santé	175
2.– Une meilleure articulation avec Météo France	177
3.– Vers la création d'un réseau Sentinelles élargi au secteur gériatrique ?	178
4.– Quel positionnement des médias ?	179

5.– Pour une véritable culture de gestion de crise	181
II.– MIEUX COORDONNER, EN AVAL, L’ACTION DES SERVICES SANITAIRES ET DE PROTECTION CIVILE	183
A.– LE BESOIN ABSOLU DE DIALOGUE ENTRE LES ADMINISTRATIONS CHARGÉES DE GÉRER LA CRISE.....	183
1.– L’impératif d’échanges fréquents entre les différentes administrations sanitaires et sociales	184
2.– Donner au COGIC une compétence en matière sanitaire.....	185
3.– La nécessaire réaffirmation de la prééminence des préfets dans la gestion de crise aux niveaux régional et départemental.....	186
4.– L’enjeu d’une remontée des informations depuis l’échelon local	187
B.– LA PRÉPARATION DE PLANS DE RÉACTION FACE À CE TYPE DE CRISES.....	188
C.– L’INDISPENSABLE MODERNISATION DE L’ORGANISATION HOSPITALIÈRE.....	192
D.– LA REVALORISATION DU RÔLE DE LA MÉDECINE LIBÉRALE DANS LE MAILLAGE SANITAIRE NATIONAL.....	194
E.– UNE MEILLEURE ADAPTATION DU SECTEUR FUNÉRAIRE AUX CAS DE CRISE.....	195
III.– INTÉGRER DAVANTAGE LA PROBLÉMATIQUE DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION	196
A.– LA RÉNOVATION DES STRUCTURES ET DES MOYENS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES.....	197
1.– La modernisation des établissements	197
a) <i>Un personnel plus nombreux et plus qualifié.....</i>	<i>197</i>
b) <i>Des bâtiments mieux adaptés</i>	<i>199</i>
c) <i>Les plans bleus</i>	<i>200</i>
2.– Le développement des services de soins et d’aide à domicile.....	200
a) <i>Les personnels.....</i>	<i>201</i>
b) <i>Le regroupement des services</i>	<i>202</i>
c) <i>L’aménagement de l’habitat.....</i>	<i>203</i>
d) <i>D’autres mesures destinées à améliorer la qualité de vie.....</i>	<i>204</i>
e) <i>Le « repérage » des personnes âgées à domicile</i>	<i>205</i>
3.– Mieux s’adapter aux besoins des personnes âgées.....	206
4.– Instaurer des réseaux gériatriques	208
5.– Développer le rôle du département	209
B.– DES FINANCEMENTS À PRÉVOIR.....	209
1.– Les financements actuels confortés	209
a) <i>L’allocation personnalisée d’autonomie (APA).....</i>	<i>209</i>

<i>b) Le plan d'urgence d'octobre 2003</i>	210
2.– Vers une meilleure prise en charge du risque dépendance	211
PROPOSITIONS DE LA COMMISSION	213
EXAMEN DU RAPPORT	219
EXPLICATIONS DE VOTE	221
EXPLICATIONS DE VOTE DU GROUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS	223
EXPLICATIONS DE VOTE DU GROUPE UNION POUR LA DÉMOCRATIE FRANÇAISE	228
EXPLICATIONS DE VOTE DU GROUPE DES DÉPUTÉ-E-S COMMUNISTES ET RÉPUBLICAINS	233

AVANT-PROPOS

Près de 15 000 personnes sont décédées entre le 1^{er} et le 20 août 2003 des suites de la canicule. Ce chiffre représente une augmentation de plus de 75 % comparativement à la moyenne des années précédentes pour la même période et contrairement à ce que certains avaient exprimé à ce moment-là, il n'est pas possible de considérer qu'il s'agissait « de morts prématurées ». Les chiffres de la mortalité n'ont pas marqué d'inflexion à la baisse pour les mois qui ont suivi.

L'Assemblée nationale se devait de chercher à comprendre ce qui s'est passé. D'abord pour éclairer nos concitoyens sur le déroulement de ces événements, ensuite pour identifier les dysfonctionnements que cette crise a révélés afin d'en tirer des leçons pour l'avenir. Rien ne permet en effet de penser que nous n'aurons pas à connaître de nouvelles périodes de chaleurs extrêmes. Mais, au-delà de cette hypothèse, nous devons surtout faire notre maximum pour que la gestion de crises sanitaires comparables, quelle qu'en soit l'origine, ne se déroule pas dans les mêmes conditions et que les lacunes de nos politiques concernant les personnes les plus fragiles soient le plus rapidement possible compensées.

Le travail d'audition et d'investigation qu'ont conduit les membres de la commission d'enquête a certes permis de mesurer le caractère spécifique de cette crise (le niveau particulièrement exceptionnel de la température, notamment nocturne, la quasi absence de recherches et d'études sur les effets de tels phénomènes sur la santé de la population), mais il a surtout permis d'identifier les carences dans la gestion de cette crise par le gouvernement ainsi que dans l'organisation même de notre système de santé et la prise en charge des personnes âgées. Ces carences sont développées dans ce rapport qui formule des propositions afin d'y remédier. C'est aussi le regard que notre société porte sur les personnes âgées qui a été interpellé par cette crise.

Plus que la mission d'information qui l'avait précédée et qui avait insisté sur la nécessité de « prévoir l'imprévisible », la commission d'enquête met en évidence la question de la gestion de crise. On peut toujours trouver toutes les explications pour justifier les retards dans la prise de conscience de l'ampleur du phénomène, pour considérer que c'était presque une fatalité, d'autant qu'il s'agissait d'une origine climatique et qu'on ne contrôle pas les effets climatiques immédiats. La commission a acquis la conviction que les effets de cette situation n'étaient pas le résultat d'un fâcheux hasard de circonstances : il y a eu carence dans la gestion politique de cette crise. Les insuffisances de la veille sanitaire n'ont certes

pas permis que des informations exhaustives soient transmises suffisamment tôt, mais la situation de crise se caractérise justement par le fait qu'en général elle n'est pas prévue. C'est justement l'une des fonctions du politique que de gérer l'inattendu. Or, en la circonstance, le politique a été dramatiquement absent. Certains ministres l'ont d'eux-mêmes reconnu devant la commission d'enquête.

Il est dommage que cette lucidité n'ait pas été exprimée plus tôt et que, pendant trop longtemps, au cours de la crise elle-même et dans les jours qui ont suivi, le gouvernement se soit plutôt attaché à en minimiser l'importance et les circonstances.

Cet aveuglement n'est pas fortuit. Il n'est pas non plus lié à la particularité de la période estivale. Autant, sinon davantage, que les réels dysfonctionnements ponctuels des ministres concernés, c'est leur conception de la politique de protection de la santé et donc de la santé publique qui s'est trouvée en cause.

Si nous voulons réellement éviter que des drames comparables ne se reproduisent c'est sur ce sujet qu'il faut essentiellement faire porter l'analyse critique.

Face aux drames sanitaires que nous avons connu dans les années 80 deux approches se sont en effet développées. L'une s'est fixée pour priorité d'identifier, de prévenir et de gérer les risques, l'autre s'est attachée à la surveillance de l'état de santé de la population, l'identification et le suivi des maladies et des accidents.

Ces deux approches sont éminemment complémentaires. Elles permettent d'exercer une vigilance sur les causes (les risques) et les effets (les pathologies et accidents). Le système institutionnel a lui-même été constitué sur ce face à face. D'un côté les agences exerçant les vigilances (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – AFSSAPS, Agence française de sécurité sanitaire des aliments – AFSSA, Agence française de sécurité sanitaire environnementale – AFSSE, Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire – IRSN,...) et de l'autre l'institut de veille sanitaire (InVs) chargé de la surveillance épidémiologique. Mais cette complémentarité fonctionnelle n'a pas conduit au développement d'une méthodologie commune.

L'approche « épidémiologique » est fondée sur l'élaboration de modèles et l'exploitation de statistiques. Elle permet la compréhension des phénomènes épidémiques et est particulièrement bien adaptée à la définition

de programmes et l'établissement d'objectifs quantifiés. Cette démarche, qui symbolise la revanche tardive d'une épidémiologie « scientifique » trop longtemps négligée par la collectivité, repose sur un paradigme technique inapproprié en cas de crise.

L'approche de sécurité sanitaire repose sur une méthodologie de l'évaluation et de la gestion des risques qu'ils soient potentiels, suspectés ou identifiés. Elle s'inscrit dans un paradigme plus « politique » où la décision est conçue comme une prise de position pragmatique des autorités. Elle appelle la mise en œuvre de mesures progressives, d'autant moins « scientifiques » que l'incertitude est plus grande : politique de précaution fondée sur les données disponibles mais le cas échéant établie sur le seul fondement d'hypothèses plausibles, stratégie de réponse à l'urgence quel qu'en soit le contexte.

L'épisode de la canicule a mis en évidence la toute puissance de l'approche épidémiologique dans les administrations et au sein du pouvoir politique. La réaction des autorités sanitaires a reposé sur l'observation de « seuils » d'alerte et l'identification de « phénomènes épidémiques ». Certaines auditions ont mis en évidence la confiance absolue dans les modèles épidémiologiques dont ont fait preuve les décideurs. Il suffit pour s'en convaincre de reprendre les expressions tenues devant la commission : *« notre seuil météorologique n'était donc pas le bon »* ou *« la direction générale de la santé et l'institut de veille sanitaire ont fonctionné sur une dizaine de décès rapportés et non sur 3 000 (...). Le modèle n'était pas le bon »...*

Une conception purement technique de la santé publique a conduit, par aveuglement méthodologique, à ne pas réagir rapidement à l'émergence des risques. La réaction sanitaire aux risques liés aux fortes températures a été subordonnée au déclenchement d'une alerte épidémiologique alors que la connaissance du risque suffisait à organiser les premières mesures de précaution ou de prévention. La carence n'a pas été celle de l'alerte – l'accroissement des températures était patent – mais celle des autorités chargées de la gestion des risques.

Non que l'approche épidémiologique ne soit pas utile. Elle est indispensable pour définir et organiser des programmes de santé publique efficaces et cohérents, mais elle ne doit pas être confondue avec l'exercice

des responsabilités, par nature politiques, de sécurité. On ne peut impunément négliger la dimension politique de l'évaluation et de la gestion des risques, de la réponse à l'urgence en situation de crise. Or, depuis 2002, les questions de santé publique ont été regardées comme fondamentalement techniques et par conséquent déléguées par le politique à l'administration.

La sécurité sanitaire est comme toutes les fonctions de sécurité une mission régaliennne. Elle ne peut être commandée par la mise en œuvre de modèles statistiques ou théoriques. Elle est éminemment politique.

C'est pour avoir oublié ce principe que, au cours de l'été 2003, les responsables concernés n'étaient malheureusement pas au rendez-vous.

Claude EVIN
Président

INTRODUCTION

La commission d'enquête sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule a été souhaitée par tous les groupes composant l'Assemblée ¹ afin d'approfondir les travaux de la mission d'information réunie en septembre.

Créée le 7 octobre 2003, elle est le premier exemple d'application du nouvel article 140-1 du Règlement qui fait revenir de droit le poste de Président ou Rapporteur à un membre du groupe ayant déposé en premier la proposition de résolution à l'origine de la création de la commission d'enquête.

Le travail accompli a montré toute l'utilité d'un nouvel examen des événements survenus au mois d'août. Compte tenu des délais qui lui étaient impartis, la mission n'avait en effet pu disposer des chiffres exacts de la surmortalité, ni de l'analyse approfondie des lieux d'hébergement les plus concernés par les décès. De fait, les données fournies à la commission par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) lui ont permis d'aborder la question d'une éventuelle sous-mortalité après le mois d'août. De même, la plus grande mortalité constatée dans les maisons de retraite, par rapport à ce qui avait été initialement annoncé, lui a permis de traiter de façon plus complète le sujet de l'accueil et de l'accompagnement des personnes âgées.

Les auditions supplémentaires qu'avaient souhaité les membres de la mission – et notamment celles du ministre de l'intérieur – ont nourri la réflexion sur les moyens de mieux coordonner les dispositifs de veille et d'alerte sanitaire.

De la même façon, les personnalités que la commission a décidé de réentendre – comme le professeur San Marco par exemple – lui ont apporté des nouvelles pistes, fruit de la poursuite de leur propre travail d'analyse.

La commission a également pu entendre des comptes rendus complets des événements survenus dans les régions les plus touchées par le

¹ Quatre propositions de résolution ont été déposées :
n° 1056 du groupe socialiste, le 20 août 2003,
n° 1057 du groupe communistes et républicains, le 20 août 2003,
n° 1059 du groupe UMP, le 9 septembre 2003,
n° 1062 du groupe UDF, le 11 septembre 2003.

drame – comme la Bourgogne, avec l’audition des membres de la mission d’expertise de Côte d’Or, et l’Ile-de-France avec celle du maire de Paris – ; elle s’est rendue, par ailleurs, dans la région Centre. Elle a enfin cherché à obtenir, par ses propres moyens et au plus près du terrain, les informations les plus actualisées en adressant à toutes les parties prenantes – mairies des grandes villes, conseils généraux, responsables d’hôpitaux et de maisons de retraite, directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS)... – des questionnaires sur le vécu de la crise et les réformes envisagées. Que tous soient ici remerciés de leur coopération.

Le débat engagé à plusieurs reprises sur le point de savoir si la catastrophe a été avant tout naturelle ou sanitaire est vite devenu sans objet tant les témoignages, lors des auditions, se sont révélés concordants.

La situation de chaleur que notre pays a connue est sans précédent depuis le début des mesures météorologiques et personne ne pouvait, au début du mois d’août, en mesurer les conséquences. Pour autant, la crise n’a pu être gérée correctement.

La responsabilité de ce drame, qui laisse meurtris bien des acteurs et responsables, est collective. De graves anomalies sont apparues à la commission dans le domaine de la veille et de l’alerte. Si, sur le terrain, les professionnels se sont, dans les villes, les hôpitaux, les maisons de retraite, au sein des services funéraires, dépensés sans compter, le caractère anormal de la situation ne leur est sans doute pas apparu et, en tout état de cause, l’information n’est pas remontée aux responsables qui auraient pu la recouper et prendre la mesure de la catastrophe.

Le cloisonnement entre le sanitaire et le social, les dysfonctionnements du ministère de la santé, clairement mis en évidence, ont conduit la commission à formuler des propositions pour améliorer la coopération et la réactivité des différents acteurs.

Mais sa réflexion est allée au-delà de l’attention aux phénomènes climatiques dont la violence risque de s’amplifier au cours de ce siècle.

Comme l'a expliqué, lors de son audition, M. Patrick Lagadec,¹ c'est bien une nouvelle culture de la crise qu'il s'agit de bâtir, une nouvelle manière de réagir à des événements qui ne seront sans doute pas encore répertoriés, bref à « l'inconnu » qui, jusqu'à aujourd'hui, provoque surtout peur et attentisme.

De même, tous les membres de la commission sont convaincus que c'est le regard que notre société tout entière porte sur les personnes âgées qui doit changer parce que les 15 000 décès de cet été 2003 ne pourront jamais être oubliés ou considérés comme une fatalité.

* *

*

Le rapport expose tout d'abord les éléments climatologiques de la crise en fournissant les dernières évaluations de la surmortalité (Première partie).

Il analyse les carences constatées tant dans le dispositif d'alerte que dans la gestion proprement dite de la crise (Deuxième partie).

Il fait état des dysfonctionnements structurels du système sanitaire et médico-social de notre pays (Troisième partie).

Enfin, il présente des pistes susceptibles d'éviter de telles catastrophes sanitaires et, plus généralement, d'améliorer la prise en charge des personnes âgées (Quatrième partie).

¹ Audition du 2 décembre 2003.

PREMIÈRE PARTIE : UNE CATASTROPHE SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

L'été 2003 a été caractérisé par trois facteurs essentiels : températures moyennes très élevées sur les 2/3 du territoire, faible amplitude des températures diurnes et nocturnes et longueur exceptionnelle de l'épisode de canicule.

Ces phénomènes, conjugués à d'autres facteurs comme la pollution ou l'habitat, ont eu des conséquences sanitaires dramatiques provoquant nombre de décès par hyperthermie ou déshydratation.

Pour extrême et inédit qu'il ait été, un tel épisode est susceptible de se reproduire, compte tenu du réchauffement de la planète prévu par de nombreux experts.

I.- DES CONDITIONS MÉTÉOROLOGIQUES SANS PRÉCÉDENT

A.- UNE VAGUE DE CHALEUR LONGUE ET EXTRÊME, DANGEREUSE POUR LA SANTÉ DES PLUS FRAGILES

Il n'existe pas de définition de la vague de chaleur faisant autorité. Etant souvent liée à la notion de température ressentie, elle varie en effet selon les pays ¹.

Comme l'indique le professeur Jean-Pierre Besancenot, une personne qui a l'habitude de la chaleur sera moins vulnérable à une vague de canicule ².

Pour les météorologistes français, il s'agit d'une période pendant laquelle la température maximale dépasse le seuil de 30°C.

¹ Les Américains la définissent en général comme une période où la température maximale dépasse le seuil de 32,2°C, pendant trois jours consécutifs. Le National Service of Meteorology en a cependant proposé une autre : persistance d'un indice de chaleur diurne supérieur ou égal à 40,6°C associé à un indice de chaleur nocturne supérieur ou égal à 26,7° C pendant au moins 48 heures.

Pour les Britanniques, une vague de chaleur correspond à une augmentation de la température de 4°C au dessus de la moyenne trentennale du lieu et du mois.

L'Institut royal de Météorologie des Pays-Bas la définit comme une période d'au moins cinq jours consécutifs pendant lesquels la température minimale atteint 25°C et la température maximale 30°C.

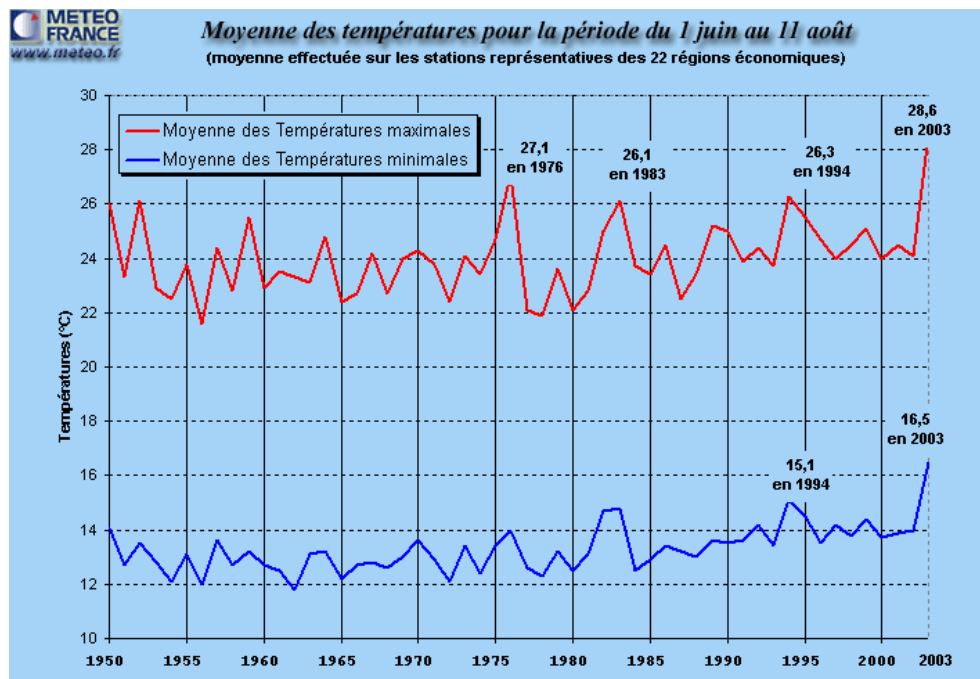
² Jean-Pierre Besancenot : « Vagues de chaleur et mortalité dans les grandes agglomérations urbaines. ». Environnement, risques et santé ; octobre 2002.

L'été 2003 a été exceptionnel, ainsi que l'a souligné M Jean-Pierre Beysson, président directeur général de Météo France : « *la canicule a dépassé de très loin les températures enregistrées depuis 1873, par son intensité, son étendue géographique et sa longueur dans le temps, tant pour les températures minimales que pour les températures maximales* »¹.

Les températures maximales se sont, en moyenne, situées à 2° C au dessus de celles des trois derniers étés les plus chauds (1976, 1983 et 1994). Des températures supérieures à 35°C ont été enregistrées dans deux tiers des stations météorologiques réparties sur le territoire.

Les températures minimales se sont situées à 3,5°C au dessus de celles enregistrées au cours de l'été le plus chaud, celui de 1976 ; elles ont été particulièrement élevées notamment à Nice et Marseille, ainsi qu'à Lyon le 11 août et à Paris les 11 et 12 août, où elles étaient supérieures de 6°C à celles de Madrid.

Les courbes ci-dessous comparent les moyennes de 2003 à celles des cinquante dernières années.

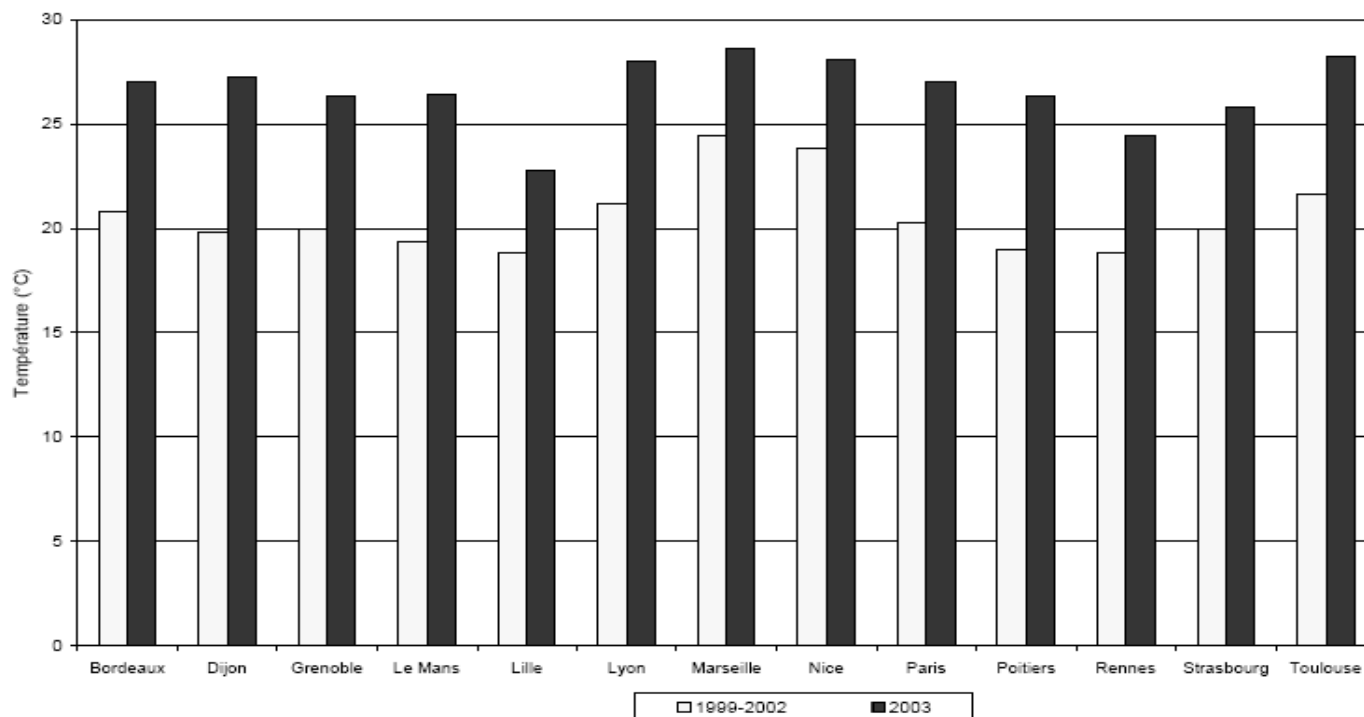


Source : Météo France

La faiblesse de l'écart entre températures diurnes et nocturnes est une caractéristique de l'été 2003. C'est ainsi que la nuit, les minima ont quelquefois dépassé de 10 degrés la normale ; Paris notamment a connu une température nocturne de 25,5°C.

¹ Audition du 19 novembre 2003.

Le graphique ci-après compare les températures moyennes au cours de la période 1999-2002 et en 2003 dans treize grandes villes françaises.



Source : InVS

La durée de la vague de chaleur a été inhabituelle. A partir du 25 mai, la température a été sensiblement supérieure à celle des quatre années précédentes. La canicule s'est, elle, installée à partir du 3 août, la chaleur décroissant à compter du 13.

Dans certaines villes, la température (y compris minimale) s'est maintenue à une valeur élevée pendant plusieurs jours consécutifs. Une très grande partie de la France (61 départements) a été touchée par des températures supérieures à 35°C durant au moins 10 jours et même par des températures supérieures à 40°C pendant au moins deux jours. Paris a ainsi connu durant 9 jours consécutifs une température supérieure à 35°C, ceci pour la première fois depuis 1873.

La chaleur extrême pendant plusieurs jours et le maintien de températures élevées la nuit expliquent que les personnes âgées aient été particulièrement touchées par les conditions météorologiques.

Comme l'a souligné le professeur San Marco devant la commission ¹, il leur a manqué un repos nocturne réparateur qui leur aurait permis de mieux affronter la chaleur au cours de la journée.

B.- UNE CONJONCTURE SUSCEPTIBLE DE SE REPRODUIRE

La probabilité de survenue d'une nouvelle vague de chaleur risque de s'accroître avec le réchauffement climatique ; son impact sanitaire éventuel sera amplifié par le vieillissement de la population. Selon le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC) ², il est probable que le réchauffement observé au XX^{ème} siècle ait été le plus important des 1 000 dernières années, et que dans l'hémisphère nord, les années 90 aient été la décennie la plus chaude. La température moyenne de la planète augmenterait de 1,4 à 5,8°C d'ici à 2100. Le même organisme écrivait dès 2001 que l'accroissement de la fréquence et de l'intensité des vagues de chaleur augmenterait les risques de maladie et de mortalité, principalement chez les plus démunis dans les villes.

D'après le centre national de recherches météorologiques de Météo France, le réchauffement attendu pour la France au cours du siècle se situerait aux alentours de 2°C. Pour le mois de janvier, des températures moyennes inférieures à 4°C ne seraient plus observées à partir de 2020.

Selon M. Jean-Pierre Besancenot, une saison estivale semblable à celle de 2003 pourrait revenir en moyenne tous les trois à cinq ans au milieu du siècle.

C.- L'INCIDENCE DE LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE

Les anticyclones, favorables à un large ensoleillement, participent à la formation massive d'ozone en empêchant la dispersion des polluants.

Les études réalisées à propos des canicules meurtrières à Athènes en 1987, en Belgique en 1994 et au Royaume-Uni en 1995, ont mis en évidence une interaction forte entre la température et le niveau d'ozone et un effet synergique de la pollution atmosphérique et de la température sur la mortalité. En Angleterre et au pays de Galles, en 1995, la pollution atmosphérique a été reconnue comme pouvant être à l'origine de 62 % des décès.

¹ Audition du 4 février 2004.

² Le GIEC a été mis en place en 1988, par l'Organisation météorologique mondiale et par le Programme pour l'environnement des Nations unies.

D'une manière générale, on sait que les enfants, les personnes âgées, les asthmatiques et les insuffisants respiratoires sont particulièrement vulnérables à ce type de pollution.

Aucune étude n'a, pour le moment, permis de mesurer l'impact exact de la canicule et de la pollution au cours de l'été 2003. Selon le rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé conduite par Mme Françoise Lalande ¹, le rôle joué par la combinaison de la chaleur et de la pollution ne semble pas parfaitement démontré et « *la surmortalité et la pollution ont été très différentes selon les régions sans qu'aucun parallélisme ne saute aux yeux* ». Mais il est de fait que les températures très élevées et les rejets de polluants ont entraîné une augmentation importante des niveaux d'ozone qui ont dépassé plusieurs fois le seuil ² de 180 µg/m³.

Dans l'agglomération parisienne, la durée de l'épisode de pollution a été de 10 jours en août, avec plusieurs séquences de dépassement continu du seuil d'information de 180 µg/m³ entre le 1^{er} et le 13 août.

L'institut de veille sanitaire (InVS) a annoncé qu'il mènerait des travaux sur le sujet, en lien avec Météo France.

¹ Rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, Françoise Lalande, Sylvie Legrain, Dominique Meyniel, Alain-Jacques Valleron, septembre 2003.

² De nombreuses études épidémiologiques ont associé les niveaux d'ozone urbains avec la mortalité. En France, le programme PSAS de l'InVS a ainsi estimé à 0,7 % la progression de la mortalité lorsque le taux d'ozone journalier sur 8 heures augmente de 10 µg/m³. Sur un plan réglementaire, la loi n° 96-1236 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie du 30 décembre 1996 et ses textes d'application ont mis en place deux niveaux d'action en fonction des concentrations de polluants mesurées. Le premier des deux niveaux est le seuil d'information, à 180 µg/m³ en moyenne horaire, seuil au-delà duquel une exposition de courte durée a des effets limités et transitoires sur la santé des catégories sensibles de la population. Il conduit à une information de celle-ci quand il est atteint sur deux stations de mesure à moins de trois heures d'intervalle. Le deuxième seuil, dit seuil d'alerte, est de 360 µg/m³ en moyenne horaire, prochainement ramené à 240 µg/m³ avec les nouvelles directives européennes : il peut amener les autorités locales à prendre des mesures d'urgence pour réduire les émissions de polluants.

II.- DES EFFETS DÉVASTATEURS ET CIBLÉS

La surmortalité a été beaucoup plus importante qu'il n'était escompté fin septembre et le débat n'est pas totalement clos sur l'évolution des décès postérieurs à la canicule. La commission a cherché à analyser les facteurs aggravant le phénomène de chaleur. Des paramètres comme l'âge, l'état de santé, l'environnement architectural, sans qu'ils puissent être mesurés avec précision, sont autant de causes qui, corrélées, peuvent expliquer les décès de cet été.

A.- LES CHIFFRES DE LA SURMORTALITÉ

La mortalité observée cet été en France a été très supérieure à ce qu'elle avait été par exemple lors de la canicule de 1976, qui avait touché une grande partie du pays pendant environ 10 jours. Les conséquences sanitaires avaient alors été peu soulignées mais la surmortalité avait pu être établie à 6 000 personnes environ. L'été avait été moins meurtrier, car la hausse de la température avait été plus progressive. Comme on le verra dans l'analyse du contexte démographique, l'espérance de vie et le nombre de personnes âgées étaient également plus faibles.

La surmortalité globale du 1^{er} au 15 août a été, dans un premier temps ¹, estimée par l'InVS à 11 345 décès.

1.- Les dernières estimations

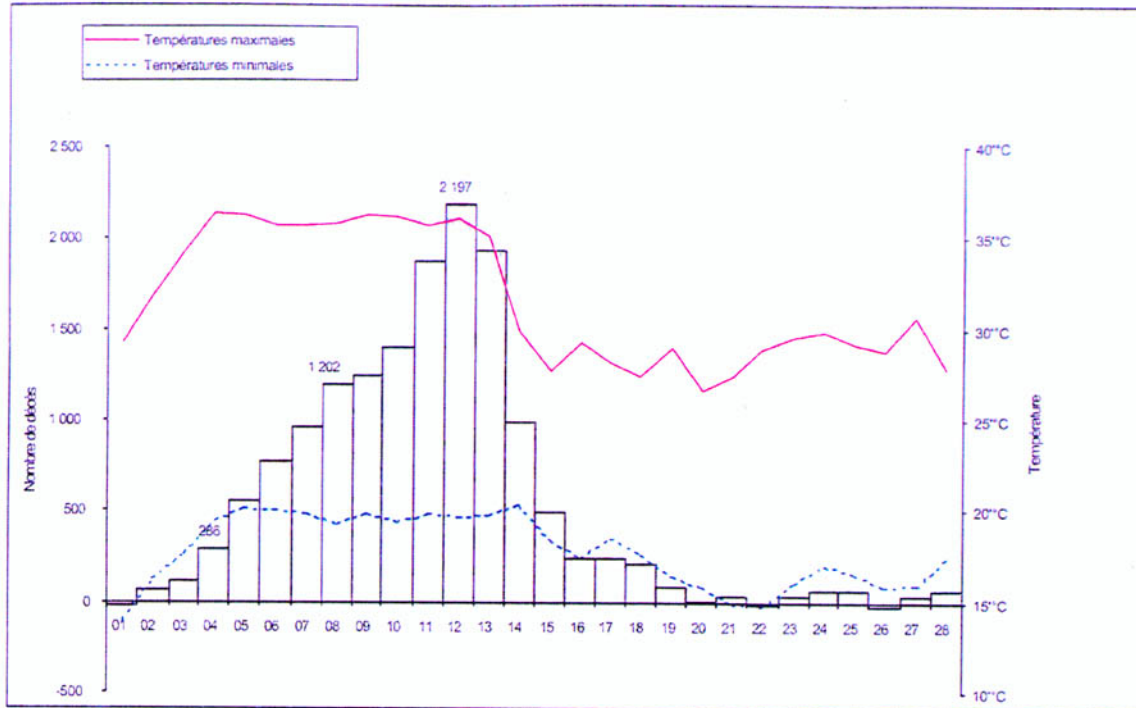
L'INSERM a, à la fin septembre, réalisé une enquête plus approfondie en confrontant trois sources de données : les certificats de décès transmis par les mairies aux DDASS, puis par les DDASS au Cépi-INSERM ; les avis transmis par les mairies à l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), et le comptage de décès des mois d'août transmis par les DDASS à l'InVS.

Lors d'une première analyse, elle a estimé à **14 802 décès la surmortalité consécutive à la canicule entre le 1^{er} et le 20 août** en comparant, d'une part, les décès enregistrés et, d'autre part, ceux qui pouvaient être attendus, d'après la moyenne des décès recensés quotidiennement sur les étés 2000, 2001 et 2002.

L'excès quotidien a augmenté régulièrement et massivement atteignant 1 200 décès le 8 août et près de 2 200 décès le 12 août, régressant à partir du 13.

¹ Il s'agit d'une estimation basée sur des données provisoires établies au 26 août, sur la base des informations fournies par les DDASS.

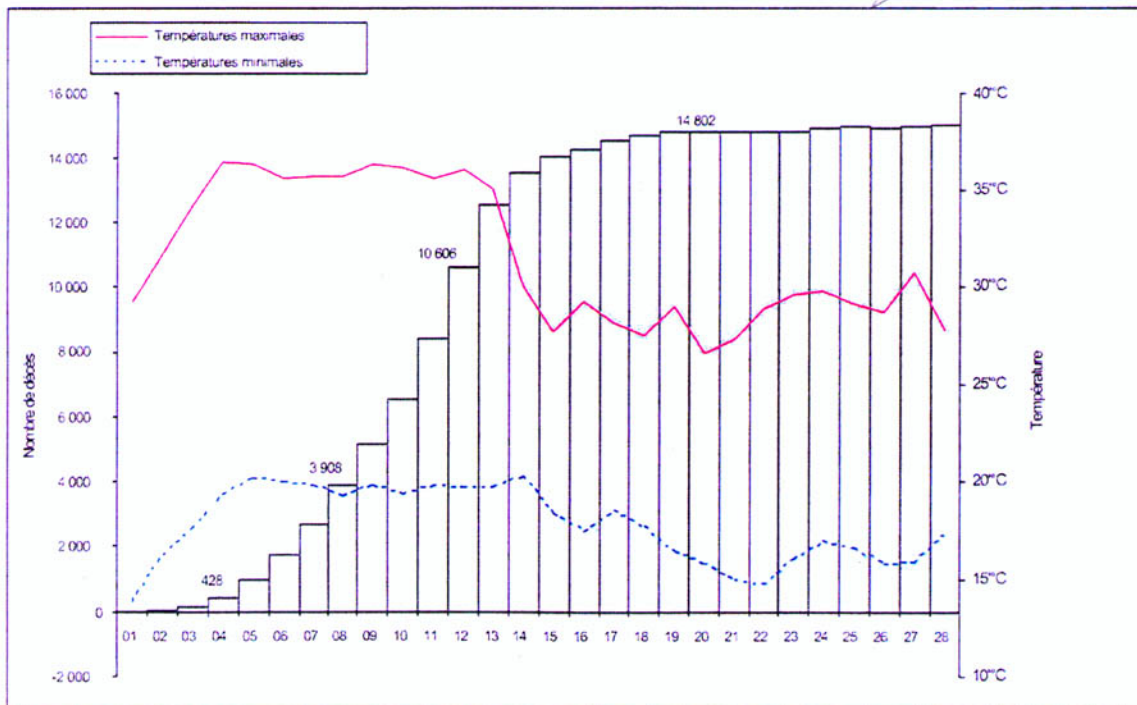
**EXCÈS DE DÉCÈS OBSERVÉS QUOTIDIENNEMENT PENDANT LE MOIS D'AOÛT 2003
ET RELEVÉ DES TEMPÉRATURES EXTÉRIEURES**



Source : INSERM

La période de surmortalité a étroitement épousé la période de canicule. Près de 6 000 décès ont été enregistrés sur 3 jours : les 11, 12 et 13 août ; 80 % d'entre eux sont concentrés sur 8 jours.

**EXCÈS DE DÉCÈS CUMULÉ PENDANT LE MOIS D'AOÛT 2003
ET RELEVÉ DES TEMPÉRATURES EXTÉRIEURES**



Source : INSERM

A la demande du Rapporteur, l'INSERM a effectué ultérieurement des analyses complémentaires¹. Au 12 décembre, pour la seule période de référence du 4 au 18 août, les chiffres montrent une mortalité légèrement supérieure, de 14 947 décès.

NOMBRE DE DÉCÈS SURVENUS ENTRE LE 4 ET LE 18 AOÛT, SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Nombre moyen de décès entre le 4 et le 18 août	Nombre de décès entre le 4	Différentiel	Différentiel en %

¹ L'INSERM a envisagé trois méthodes d'estimation du nombre de décès en août 2003 : comparaison au nombre de décès des années 2000, 2001 et 2002 ; prise en compte des jours de mortalité de 2000-2002 et de l'estimation de la population 2003 ; modélisation de l'évolution de la mortalité au cours des dix dernières années.

		de 2000 à 2002	et le 18 août 2003		
moins de 50 ans	Hommes	1 301	1 582	281	21,6
	Femmes	577	623	46	7,9
entre 50 et 70 ans	Hommes	2 718	3 645	927	34,1
	Femmes	1 209	1 829	620	51,3
entre 70 et 85 ans	Hommes	4 161	6 903	2 742	65,9
	Femmes	3 296	6 811	3 515	106,6
85 ans et plus	Hommes	2 077	3 505	1 428	68,7
	Femmes	4 439	9 826	5 387	121,4
TOTAL		19 777	34 724	14 947	75,6

Source : INSERM

Le tableau fait clairement apparaître une surmortalité importante globale à partir de 70 ans et une surmortalité des femmes par rapport aux hommes encore plus forte (+ 106,6 % contre + 65,9 % entre 70 et 85 ans et, surtout, + 121,4 % contre + 68,7 % pour les 85 ans et plus).

Comme on le verra ¹, l'âge et le sexe ont été des facteurs discriminants importants dans les causes de mortalité en août dernier.

Ce sont donc, au total, près de 15 000 décès qui sont à déplorer du fait de la canicule.

2.- La question de la compensation

¹ Cf. B de cette partie.

L'INSEE vient de publier ¹ le bilan démographique faisant apparaître une augmentation de 3 % des décès par rapport à 2002 : 549 600 en France métropolitaine contre 534 183 l'an dernier (soit + 15 417). Il est habituel de constater, notamment pour les personnes âgées, de fortes fluctuations mensuelles dans le nombre de décès. De fait, l'année 2003 a débuté favorablement avec 6 000 décès en moins en janvier par rapport à 2002, mois marqué il y a deux ans par une forte épidémie de grippe. En revanche, jusqu'en juillet, les décès ont été un peu plus nombreux que l'année précédente. La fin de l'année a également connu une épidémie de grippe sévère.

Ainsi donc, le bilan global établi par l'INSEE fait apparaître une surmortalité à peu près équivalente à celle estimée pour la période d'août.

Il met ainsi un terme au débat qui s'est fait jour dès la fin de l'été sur l'évolution de la mortalité au cours des mois suivants. Elle pouvait soit diminuer par rapport aux années précédentes, ce qui aurait signifié que seules les personnes les plus faibles étaient décédées et que ces décès seraient, sans canicule, intervenus dans un délai relativement bref, soit, au contraire, rester stable ou même augmenter par rapport aux années précédentes. Les chiffres de l'INSEE démontrent que ce phénomène à la dénomination scientifique si mal à propos d'« effet de moisson » n'a pas eu lieu, et que les conséquences de la canicule ont pesé durablement sur des personnes dont l'état de santé a été définitivement compromis.

Les enquêtes menées par l'INSERM confirment cette situation. Certes, le délai de comptabilisation des décès étant de deux mois et demi, on ne disposera de l'analyse des décès de février (six mois après la canicule) qu'en avril. Mais la commission a pu obtenir les premières estimations de la mortalité pour septembre et octobre 2003. Elle est équivalente à celle des mêmes mois pour les trois années précédentes, ce qui tendrait à prouver qu'il n'y a pas eu de compensation au plan national.

Ce phénomène de compensation semble cependant apparu dans un département appartenant à une région particulièrement touchée : la Côte d'Or ², où l'on a observé en septembre et novembre, une sous-mortalité par rapport aux trois années précédentes pour la même période et en octobre et décembre des chiffres semblables à ceux des trois années précédentes. En outre, une sous-mortalité était déjà observée pendant les six premiers mois de l'année 2003, ce qui fait que les chiffres de mortalité sont très voisins pour les années 2002 et 2003. Au total, la mortalité sur l'année 2003, dans

¹ Bilan démographique 2003, INSEE première n° 948 – février 2004.

² Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise sur les effets de la canicule.

ce département, a cru de 1,43 % par rapport aux trois années précédentes. Il sera cependant intéressant de corroborer ces chiffres par l'examen de la situation fin février, six mois après la canicule.

B.- DES PROFILS DE VICTIMES SPÉCIFIQUES

On observera en préambule que la cause du décès n'est pas toujours certaine. L'hyperthermie maligne étant jusque là très mal connue en France, les diagnostics ont été mal formulés pendant les premiers jours de la vague de chaleur, et les causes de décès ont pu être renseignées de manière approximative *a posteriori*.

La commission a tenté d'analyser les facteurs environnementaux et individuels qui, corrélés à la chaleur, expliquent la surmortalité. Même si tous ne peuvent encore être exactement quantifiés, il apparaît que le grand âge, l'état de santé et de dépendance, la prise de médicaments ont joué, comme on pouvait s'y attendre compte tenu des expériences passées à l'étranger et en France, un rôle aggravant.

La crise de cet été 2003 apparaît également comme un drame essentiellement urbain. Les chiffres pour Paris sont, à cet égard, significatifs. Les conditions du logement dans la capitale et l'isolement des personnes âgées ont été des éléments déterminants du drame.

1.- Les facteurs individuels

a) Les incidences de l'âge

Comme l'indique le premier rapport d'étape de l'INSERM, **la surmortalité a surtout frappé les personnes de plus de 75 ans**. Elle est alors très impressionnante, puisqu'elle varie de + 100 % à + 245 % selon les départements. La tranche d'âge des plus de 85 ans compte 37 % des personnes décédées, alors qu'ils ne représentent que 1,96 % de la population. Au total, entre le 4 et le 18 août 2003, 13 331 personnes de plus de 85 ans sont mortes, contre un nombre moyen de décès pour la même période, de 2000 à 2002, de 6 516 (soit une augmentation des décès de 105 %).

Le tableau ci-après présente la liste des départements où le nombre de décès de personnes de plus de 85 ans a augmenté de plus de 120 %. Il n'y

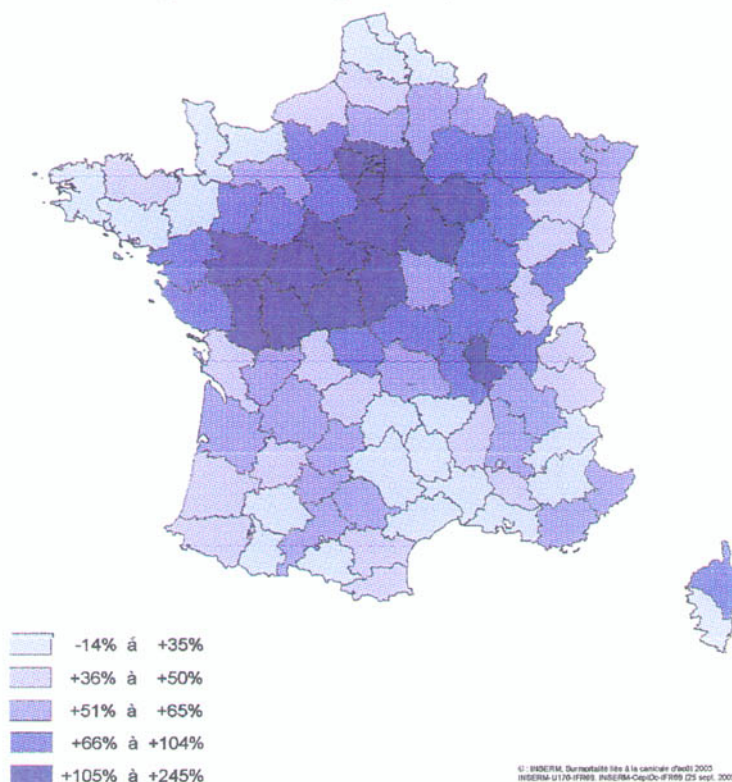
a pas de corrélation systématique entre ces forts pourcentages et une proportion particulièrement importante de personnes âgées dans ces départements, au regard de la moyenne nationale.

Département	Nombre moyen de décès entre le 4 et le 18 août de 2000 à 2002 85 ans et +	Nombre de décès entre le 4 et le 18 août 2003 85 ans et +	% d'augmentation
Aube	37	90	143
Cher	45	155	244
Côte d'Or	58	164	183
Doubs	44	98	123
Eure	49	112	129
Eure-et-Loir	46	114	148
Indre	45	120	167
Indre-et-Loire	72	219	204
Loir-et-Cher	45	137	204
Loiret	75	190	153
Maine-et-Loire	86	147	212
Mayenne	36	84	133
Meuse	20	44	120
Nièvre	40	94	135
Rhône	149	356	139
Saône-et-Loire	83	183	120
Paris	158	697	341
Yvelines	100	315	215
Deux-Sèvres	46	116	152
Vienne	58	153	174
Yonne	52	128	146
Territoire de Belfort	12	29	142
Essonne	102	367	260
Hauts-de-Seine	128	518	305
Seine-Saint-Denis	58	297	412
Val-de-Marne	100	473	463

Les facteurs autres que celui de l'âge – l'isolement ou non de la personne âgée, la nature de son environnement, la qualité des soins qui lui

sont prodigués –se révèlent donc essentiels pour appréhender la surmortalité de cet été.

France métropolitaine - 1er au 20 août 2003
Surmortalité par département :
personnes âgées de plus de 75 ans

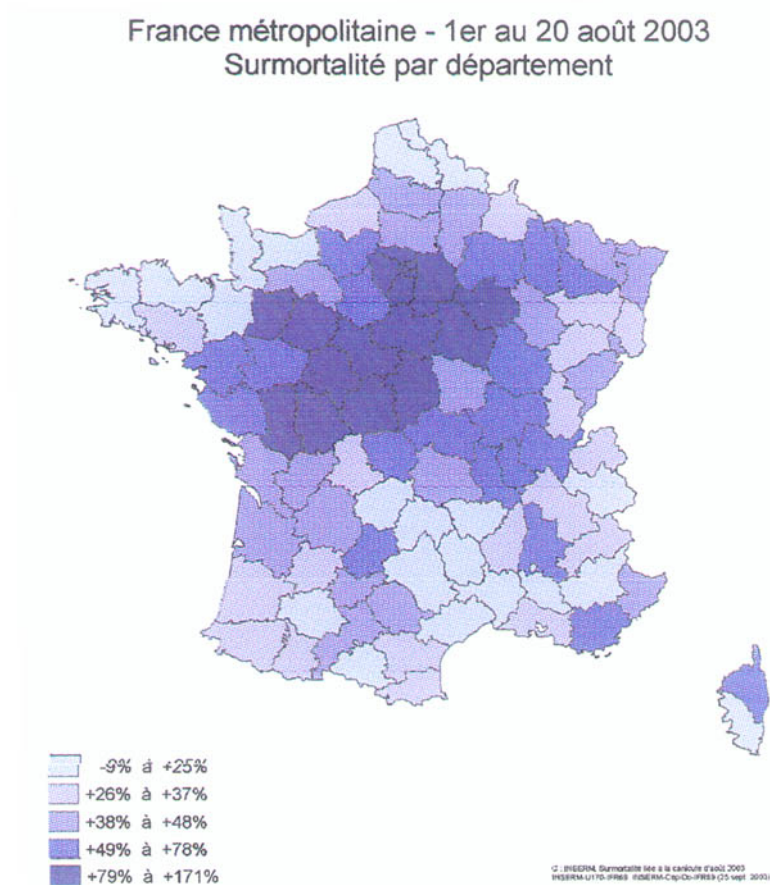


Source : INSERM

L'effet cumulatif de plusieurs jours consécutifs d'exposition à la canicule sur la mortalité a été étudié sur les décès survenus pour chaque département chez les sujets de 75 ans et plus : le nombre de décès a augmenté dès le premier jour où une température maximale de plus de 35°C a été enregistrée. **Plus le nombre de jours cumulés au-delà de 35°C a été élevé dans un département, plus l'accroissement du nombre de décès a été important.** La surmortalité la plus forte a été enregistrée le 12 août, ce qui correspondait, pour beaucoup de sujets, au 9ème jour ou au 10ème jour consécutif au-delà de 35°C. On a observé beaucoup moins de décès dans les départements où la température se maintenait durablement entre 30 et 35°C.

Certains départements ont connu des situations assez atypiques. Ainsi, la DDASS du Morbihan, qui a donné l'alerte dès le 6 août, a notifié le décès de trois personnes de 35, 45 et 56 ans ; les réponses au questionnaire de la commission d'enquête montrent qu'à Angoulême, du 4 au 18

août 2003, trois des dix personnes décédées avaient 27, 38 et 39 ans. La mortalité de gens relativement jeunes doit être mise en rapport avec d'autres facteurs comme l'état de santé ou la prise de médicaments... La surmortalité a été de 327 décès pour les personnes âgées de moins de 50 ans, de 1 547 pour les personnes entre 50 et 70 ans, de 6 257 entre 70 et 85 ans et de 6 815 pour les personnes de 85 ans et plus.



: INSERM

Source

La vague de chaleur n'a en revanche pas entraîné de surmortalité parmi les nourrissons et les jeunes enfants, pas plus que cela n'avait été le cas en 1976 et à Marseille en 1983, grâce à la vigilance des parents.

b) Les différences observées selon le sexe

Le rapport de l'INSERM confirme que **les femmes ont été beaucoup plus touchées que les hommes, avec des augmentations respectives de mortalité de 70 % et 40 %**. En ce qui concerne les personnes de 75 ans et plus, exposées à cinq jours de grande chaleur à Paris, la surmortalité a été de + 135 % pour les hommes et de + 257 % pour les femmes. D'après M. Besancenot, ce déséquilibre est imputable à la féminisation croissante de la population âgée, mais aussi au fait qu'à partir d'un certain âge, les femmes présentent plus que les hommes des troubles de la thermorégulation.

c) L'influence de l'origine sociale

Des études ont montré que les catégories sociales ayant un revenu faible présentaient un risque accru de décéder d'une vague de chaleur. Une enquête réalisée dans sept grandes villes de l'est des Etats-Unis ¹ mettait en évidence la relation entre des indicateurs de faible niveau socio-économique et la surmortalité en période de canicule. Dans le même pays, selon une autre étude, un épisode caniculaire multiplie la mortalité par quatre dans les familles aux plus bas revenus. ²

On ne dispose malheureusement pas de l'origine sociale des victimes de la canicule de l'été dernier. Aucune information ne permet actuellement de vérifier le lien observé aux Etats-Unis ³.

Une des questions adressées aux DDASS par le Rapporteur portait sur le profil social des personnes décédées. Trop peu d'entre elles ont été en mesure de fournir des éléments d'information pour qu'une conclusion définitive puisse en être tirée. En effet, les bulletins de décès adressés par les communes aux DDASS qui ont permis de chiffrer les conséquences de la canicule sont anonymes ; ils ne permettent donc pas de procéder à des recoupements avec la situation sociale des victimes.

Elles n'ont pas pu non plus, pour la plupart d'entre elles, indiquer le nombre de victimes parmi les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Quelques précisions ont pu parfois être fournies par les

¹ Rapport de l'InVS « Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 en France. Bilan et perspectives ». Octobre 2003.

² Voir l'article précité de M. J.P. Besancenot.

³ Cf. les regrets précités du professeur San Marco à ce sujet.

départements (qui sont chargés de l'octroi de la prestation) et par certaines communes.

En ce qui concerne les personnes décédées à Paris – qu'elles soient parisiennes ou pas – le nombre de décès pendant le mois d'août a atteint 630 personnes sur 16 731 allocataires percevant l'APA, ce qui correspond à 3,7 % (contre 2 % en août 2002). Dans le département du Val de Marne, le pourcentage est de 3,9 % en août 2003, mais on ne dispose pas de comparaison avec les années précédentes. Dans le Finistère, 2,8 % des bénéficiaires de l'APA sont décédés. En Haute-Vienne, le taux est de 1,2 %. Pour ce même département, si l'on considère les seuls décès en établissements pour personnes âgées, 88 % des victimes percevaient l'APA.

A Conflans-Sainte-Honorine, et à Sainte-Geneviève-des-Bois, 50 % des personnes décédées étaient allocataires de l'APA.

La mission d'évaluation et d'expertise sur les effets de la canicule en Côte d'Or a comparé les décès parmi les bénéficiaires de l'APA à la population totale des bénéficiaires de cette prestation. Elle a constaté que 1,78 % des bénéficiaires sont décédés, ce qui correspond à une progression de la mortalité de 87 % pour le mois d'août. Il s'avère que la proportion d'hommes est importante, la dépendance plus lourde, qu'une très forte majorité bénéficie d'un entourage familial, et de services de soins à domicile, ce qui prouve que la canicule n'a pas toujours été la tragédie de l'isolement.

De nombreuses DDASS ont fait valoir que l'état de santé des personnes compte plus que leur origine sociale. Il serait toutefois intéressant que des recherches soient poursuivies en ce sens, afin d'obtenir des données plus nombreuses et d'essayer d'en tirer un enseignement.

En revanche, il semble d'après les diverses informations parvenues au Rapporteur, que les sans domicile fixe ont été épargnés pendant la canicule, alors qu'ils sont, en général, les premières victimes du froid.

d) L'état de santé des victimes

D'une manière générale, l'état de santé des personnes influe sur les effets des vagues de chaleur.

Les troubles mentaux renforcent ainsi les risques : cette sensibilité ne s'explique pas seulement par la prise de médicaments, mais aussi par la vulnérabilité physiologique et par l'insuffisante prise de conscience par les patients du danger représenté par la chaleur.

Certains traitements constituent des facteurs aggravants : il s'agit en particulier des diurétiques, neuroleptiques (qui interfèrent avec les mécanismes de thermorégulation) ou des médicaments à propriétés anticholinergiques. Des interrogations existent quant à l'effet des périodes de canicule sur les usagers de drogues. Par ailleurs, la polyopathie, qui augmente fortement après 75 ans, est également un facteur de risque d'hyperthermie. Les personnes présentant des handicaps associés et/ou des polyopathologies complexes sont également plus vulnérables. Or selon une enquête menée en 2000 par le centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), les personnes de 65 ans et plus déclaraient en moyenne être atteintes de 3,4 affections si l'on exclut les problèmes dentaires et de vue ¹. Malheureusement, il semble, d'après les déclarations du professeur San Marco devant la commission que peu d'analyses scientifiques aient été réalisées sur ces sujets ².

Une analyse a cependant pu être faite en région Centre et en Côte d'Or. Les certificats de décès survenus entre le 1^{er} et le 20 août dans la région Centre montrent une augmentation de la mortalité par troubles mentaux multipliée par six chez les personnes de plus de 75 ans. De même, une étude menée sur les décès par coup de chaleur en établissement de santé révèle que chez les personnes de moins de 65 ans, la moitié des personnes décédées souffraient de maladie mentale ³.

Le rapport de la mission d'évaluation et d'expertise sur les effets de la canicule en Côte d'Or, s'appuyant sur l'enquête de l'InVS, précise que 76 % des personnes décédées présentaient des handicaps associés (mentaux, moteurs, démence, troubles cognitifs) et/ou des pathologies complexes (insuffisance cardiaque, respiratoire, maladies neurologiques évolutives, néoplasies, souvent en phase terminale) et que 71 % présentaient des facteurs susceptibles de favoriser l'apparition de complications organiques à la suite d'un coup de chaleur (traitements diurétiques, psychotropes, alcoolisation...). Elle a noté, en particulier, que 43 % des personnes

¹ CREDES : Enquête « santé, soins et protection sociale », 2000.

² Audition du 4 février 2004.

³ Rapport de l'InVS : « Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 en France. Bilan et perspectives ». Octobre 2003.

décédées souffraient de troubles cognitifs évolués, ce qui confirme l'extrême fragilité de cette population de personnes très dépendantes. Elle en conclut que la canicule est venue aggraver un état préexistant excessivement précaire dans une population très âgée et polypathologique.

L'InVS devrait étudier plus précisément ces différents éléments, grâce notamment à une enquête réalisée dans trois grandes villes (Bordeaux, Dijon et Montpellier) ¹.

2.– Les disparités géographiques

Le rapport de l'INSERM montre que la surmortalité la plus élevée a été observée en Ile-de-France, et dans la région Centre, où la mortalité a plus que doublé (elle a été multipliée respectivement par 2,3 et 2) ainsi qu'en Bourgogne, où elle a été multipliée par 1,7. **La région Ile-de-France a contribué à elle seule à 33 % de la surmortalité totale survenue en France.** Plus généralement, une élévation de la mortalité de plus de 80 % a été observée sur l'ensemble des départements de l'Ile-de-France, et une partie des départements des régions Champagne-Ardenne, Centre, Pays de Loire, et Poitou-Charentes.

En Ile-de-France et région Centre, la surmortalité est partout très élevée, tout particulièrement dans les départements de l'Essonne, des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis et du Val de Marne (+ 150 %).

Le tableau ci-après présente le nombre de personnes décédées pour les départements de la région Ile-de-France, par tranche d'âge.

Département	Age	Sexe	Nombre moyen de décès entre le 4 et le 18 août de 2000 à 2002	Nombre de décès entre le 4 et le 18 août 2003
Paris	moins de 50 ans	Hommes	62	86
		Femmes	33	40
	entre 50 et 70 ans	Hommes	95	190
		Femmes	49	110
	entre 70 et 85 ans	Hommes	96	240
		Femmes	85	379
	85 ans et plus	Hommes	54	155
		Femmes	104	542
Seine-et-Marne	moins de 50 ans	Hommes	11	31
			8	10

¹ *Ibidem.*

	entre 50 et 70 ans	Femmes	38	69
		Hommes Femmes	18	31
	entre 70 et 85 ans		51	113
		Hommes Femmes	47	131
	85 ans et plus		35	63
		Hommes Femmes	77	182
Yvelines	moins de 50 ans		12	26
		Hommes Femmes	9	5
	entre 50 et 70 ans		44	63
		Hommes Femmes	18	30
	entre 70 et 85 ans		50	118
		Hommes Femmes	47	151
85 ans et plus		30	85	
	Hommes Femmes	70	230	
Essonne	moins de 50 ans		17	22
		Hommes Femmes	8	11
	entre 50 et 70 ans		30	74
		Hommes Femmes	14	47
	entre 70 et 85 ans		55	126
		Hommes Femmes	46	165
85 ans et plus		29	80	
	Hommes Femmes	73	287	
Hauts-de-Seine	moins de 50 ans		21	36
		Hommes Femmes	14	19
	entre 50 et 70 ans		44	116
		Hommes Femmes	27	58
	entre 70 et 85 ans		59	174
		Hommes Femmes	57	229
85 ans et plus		36	102	
	Hommes	92	416	

Seine-Saint-Denis	moins de 50 ans	Femmes		29
		Hommes	16	15
	entre 50 et 70 ans	Femmes	9	95
		Hommes	40	47
	entre 70 et 85 ans	Femmes	19	148
		Hommes	55	212
	85 ans et plus	Femmes	43	59
		Hommes	16	238
Val-de-Marne	moins de 50 ans	Femmes		42
		Hommes	23	24
	entre 50 et 70 ans	Femmes	13	98
		Hommes	50	58
	entre 70 et 85 ans	Femmes	24	132
		Hommes	54	246
	85 ans et plus	Femmes	56	105
		Hommes	28	368
Val d'Oise	moins de 50 ans	Femmes		20
		Hommes	16	6
	entre 50 et 70 ans	Femmes	6	52
		Hommes	39	50
	entre 70 et 85 ans	Femmes	19	97
		Hommes	43	134
	85 ans et plus	Femmes	43	41
		Hommes	25	176
		Femmes	62	
		Hommes		

Source : INSERM.

Les ratios de mortalité les plus bas ont été relevés dans les régions à composante côtière de Basse-Normandie, Bretagne et Nord-Pas-de-Calais. **Les régions habituellement très chaudes – Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d’Azur (PACA), Corse, Midi-Pyrénées – ont**

connu également une augmentation de la mortalité moins importante que la moyenne nationale.

La surmortalité a, en général, été moins marquée dans les zones rurales, et les petites agglomérations ; elle s'est avérée sensible en revanche dans les villes de moyenne et de grande taille (environ + 40 %) et très forte dans la région parisienne (+ 141 %) ¹. Le drame de cet été semble être donc un phénomène essentiellement urbain ; il témoigne aussi de l'isolement de beaucoup de personnes âgées dans les grandes villes. Le pourcentage d'augmentation du nombre de décès à domicile pour Paris s'est ainsi établi à + 581 % (919 décès contre 135 en 2002). De même, le rapport de la mission d'évaluation et d'expertise en Côte d'Or souligne que l'arrondissement de Dijon a été particulièrement touché, alors que le milieu rural semble avoir été mieux préservé. Les raisons en sont probablement multiples : effet d'îlot de chaleur moindre, pollution atmosphérique plus faible, températures nocturnes plus fraîches : dans le nord du département, elles n'ont pas dépassé 17,6°C, alors qu'à Dijon, elles ont été supérieures à 22°C.

Pour Paris, s'ajoute la caractéristique technique d'une grande majorité d'immeubles à toiture en zinc, un métal transmettant d'autant plus facilement la chaleur que l'isolation thermique des plafonds des appartements du dernier étage des immeubles est souvent insuffisante, voire inexistante.

L'ENQUÊTE SUR 13 GRANDES VILLES

¹ Les activités humaines (chauffage, circulation automobile, industries) sont sources de chaleur. La densité de la construction fait obstacle au vent, les murs et les revêtements de la chaussée emmagasinent la chaleur dans la journée, alors que la déperdition nocturne par rayonnement infrarouge vers le ciel est ralentie par la verticalité des façades. En outre, la rareté de la végétation réduit l'évapotranspiration. Ces divers phénomènes conduisent à la constitution d'îlots de chaleur urbains, la température étant la plus élevée en centre ville. Il existe même des microclimats au niveau des rues, selon, par exemple leur orientation et la nature des matériaux de construction. Or les stations météorologiques, souvent localisées en milieu suburbain ne donnent pas toujours une idée exacte de la chaleur dans le centre. La position de l'appartement dans l'immeuble entre également en ligne de compte : les victimes de la canicule habitaient en majorité à des étages élevés, voire sous les toits. Les études réalisées à Chicago après la canicule ont montré que le seul fait de vivre au dernier étage multipliait le risque par quatre.

Une enquête a été réalisée par l'InVS afin de décrire les tendances journalières des décès selon les variations météorologiques dans treize grandes villes françaises (Bordeaux, Dijon, Grenoble, Le Mans, Lille, Lyon, Marseille, Nice, Paris, Poitiers, Rennes, Strasbourg et Toulouse).

Elle a porté, d'une part, sur les décès enregistrés par l'état civil dans les mairies du 25 juin au 15 septembre et, d'autre part, sur les décès hospitaliers du 25 juillet au 15 septembre.

Les treize villes ont été touchées par la vague de chaleur, définie par une température maximale supérieure à 30°C. Dans sept villes réparties sur toute la France (Bordeaux, Dijon, Le Mans, Lyon, Marseille, Paris et Toulouse), la vague de chaleur a été caractérisée par des températures minimales et maximales très élevées (supérieures à 20 et 35°C), de façon simultanée et sur une longue période (9 à 16 jours), alors que dans les autres villes, elle a été moins marquée.

L'impact sanitaire de la canicule a été très variable d'une ville à l'autre : à Lille, Rennes et Grenoble, la surmortalité a été très limitée, alors que dans le groupe de villes où les températures ont été le plus élevées pendant 9 à 16 jours, Paris, Lyon, Dijon et Le Mans, le différentiel de mortalité a été important, avec plus d'un doublement de la mortalité pendant la période de pic épidémique. Ont ainsi été enregistrés, du 1^{er} au 20 août 2003 : 1 895 décès en excès à Paris (12,6 % de la surmortalité totale, en augmentation de 142 % par rapport aux trois années antérieures), 456 à Lyon (3 % de la surmortalité totale, soit une hausse de 80 %), 180 à Dijon (1,2 % de la surmortalité totale, en augmentation de 93 %) et 209 au Mans (1,4 % de la surmortalité totale, soit un accroissement de 82 %).

L'étude a également montré une surmortalité plus importante dans ces villes que dans leurs régions respectives, ce qui *a priori*, n'est pas étonnant, puisque les températures nocturnes y sont plus hautes ; toutefois, ce phénomène n'a pas été constaté à Marseille (ainsi qu'à Lille et Grenoble, qui n'ont toutefois pas connu de pic de surmortalité).

Il peut sembler paradoxal que la surmortalité ait été moins importante dans la région PACA que dans l'ensemble de la France. A Marseille en particulier, la mortalité n'a augmenté que de 25 %, ce qui montre que les recommandations pour la prévention et la prise en charge des pathologies à la lumière de l'expérience de 1983 ont été efficaces. A cela s'ajoute certainement une « culture » de la chaleur qui aide à mieux se protéger.

La combinaison des trois facteurs – âge, sexe et localisation géographique – a ainsi eu un effet déterminant sur la mortalité.

Selon l'INSERM, « *On passe, en effet,*

– d’une surmortalité non significative chez les hommes de moins de 45 ans, exposés au maximum à un jour de grande chaleur en dehors de Paris, à une surmortalité de + 135 % chez les hommes de 75 ans et plus, exposés à plus de 5 jours de grande chaleur à Paris,

– d’une surmortalité non significative chez les femmes de moins de 45 ans, exposées à un jour ou moins de grande chaleur, en dehors de Paris, à une surmortalité de + 275 % chez les femmes, âgées de 75 ans et plus, exposées à plus de 5 jours de grande chaleur à Paris ». ¹

3.– Le lieu de décès

Selon le dernier rapport de l’INSERM, les augmentations de décès les plus importantes sont constatées dans les maisons de retraite (nombre de décès multiplié par 2,35), à domicile (nombre de décès multipliés par 2). Dans les hôpitaux, le nombre de décès a été multiplié par 1,6 et dans les cliniques privées, il a été multiplié par 1,3.

Cette situation est donc légèrement différente de celle initialement estimée qui faisait état d’une surmortalité surtout en hôpital.

Le même rapport précise que **42 % des décès ont eu lieu dans les hôpitaux, 35 % à domicile, 19 % dans les maisons de retraite ou hospices et 3 % en cliniques privées**. On constate une proportion plus importante de décès survenus en maison de retraite pour les femmes (22 % contre 13 % chez les hommes) et pour les plus de 75 ans (24 % contre 15 % pour les moins de 75 ans).

Le tableau suivant fait apparaître la mortalité selon le lieu de décès.

	Nbre moyen de décès, 4-18 août 2001-2002	Nbre moyen de décès, 4-18 août 2003	Surmortalité	
Domicile :	5 032	10 114	5 082	+ 101 %
Hôpitaux :	9 709	15 927	6 218	+ 64 %
(dont AP-HP, du 1 ^{er} au 31 août :			2 133	+ 90 %)
Maisons de retraite :	1 964	4 610	2 646	+ 135 %
Cliniques privées :	1 720	2 178	458	+ 27 %
Voie publique :	459	477	18	+ 4 %
Autre ou non précisé :	893	1 418	525	+ 59 %
Total	<u>19 777</u>	<u>34 724</u>	<u>14 947</u>	<u>+ 75,6 %</u>

Il faut toutefois interpréter ces chiffres avec prudence, dans la mesure où l’état de santé des sujets résidents ou transférés dans les

¹ INSERM, rapport d’étape ; 25 septembre 2003.

différentes structures de soins est variable et que ce facteur est déterminant pour expliquer le niveau de mortalité. D'autre part, le chiffre de mortalité à l'hôpital concerne également les personnes qui, auparavant, vivaient soit chez elles, soit dans une institution.

Ainsi, sur 2 851 décès recensés comme consécutifs à un coup de chaleur ¹ entre le 8 et le 19 août dans les établissements de santé susceptibles de prendre en charge les coups de chaleur, (78 % des établissements publics, 61 % des établissements privés à but non lucratif et 50 % des établissements privés à but lucratif concernés), environ 63 % (soit 1 796) concernaient des personnes âgées vivant en institution (hôpitaux, maisons de retraite et services de long séjour). Parmi ces 1 796 personnes, 43 % résidaient en maisons de retraite, 25 % en centres de long séjour, 25 % dans un établissement hospitalier et 3 % dans une clinique ou un centre spécialisé. L'âge médian de ces personnes (86,2 ans) était significativement plus élevé que celui des personnes vivant en logement individuel (81,7 ans) ².

De fait, on entre plus âgé qu'auparavant en maison de retraite, lorsque l'état de santé ne permet plus le maintien à domicile.

Une difficulté supplémentaire provient du fait que la mortalité intervenue dans les établissements hébergeant des personnes âgées peut se ventiler entre les rubriques « *domicile* » (logements-foyers), « *maisons de retraite* » (EHPA) et « *hôpital* » (USLD), comme l'a souligné le rapport de l'IGAS remis au ministre des affaires sociales et au secrétariat d'Etat aux personnes âgées ³.

D'après ces observations, l'on peut déduire que les chiffres de mortalité avancés dans les maisons de retraite font l'objet d'une sous-

¹ Le coup de chaleur recouvre deux entités nosologiques survenant dans des contextes très contrastés et touchant des populations différentes. Le coup de chaleur dit « classique » se produit à des températures ambiantes très élevées, chez des sujets au repos, généralement aux âges extrêmes de la vie, alors que l'hyperthermie d'effort survient chez des sujets jeunes, au cours d'une activité musculaire intense (sport, travail) pratiquée à des températures ambiantes modérées.

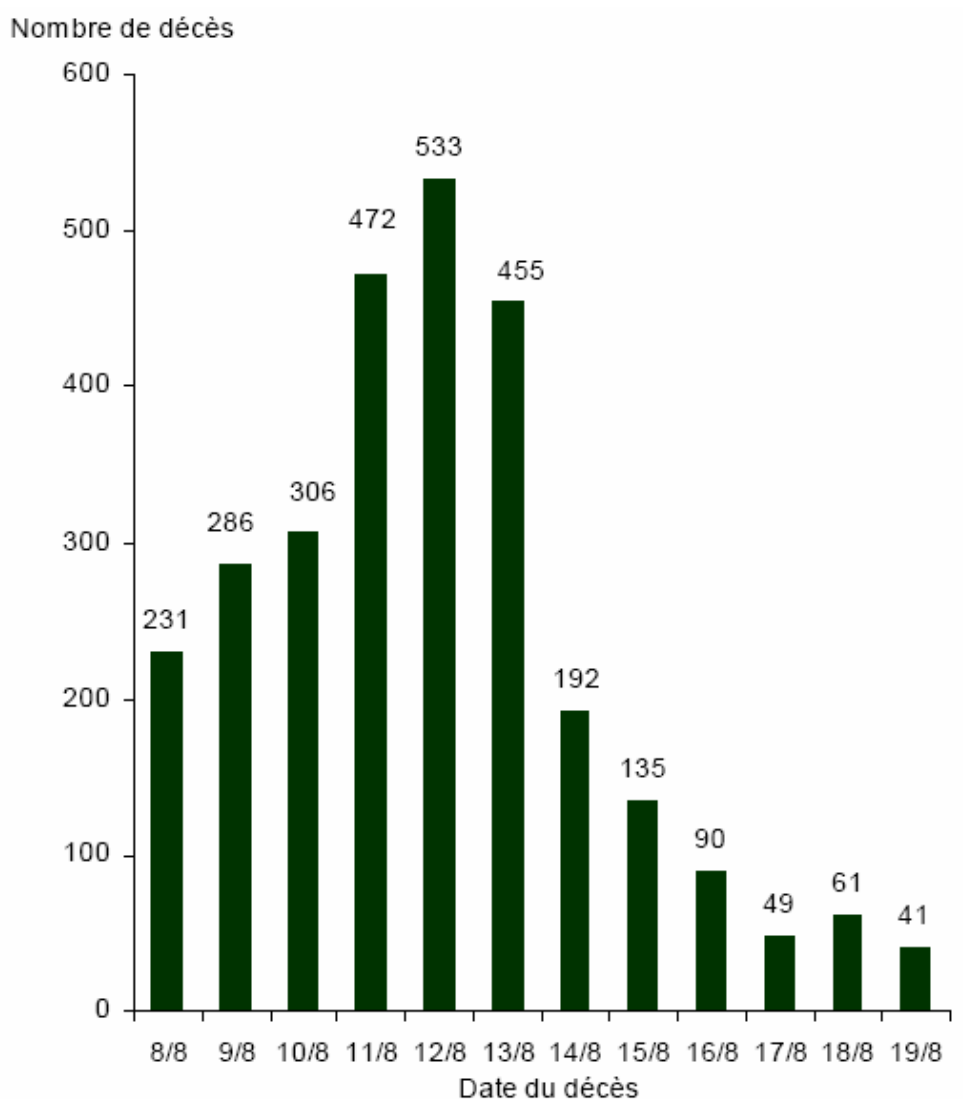
Il est caractérisé par un début rapide, parfois précédé de céphalées, vertiges et asthénie. La sudation est généralement diminuée, la peau est chaude et sèche ; la température corporelle s'élève rapidement à 40-41°C ; un épisode de désorientation peut précéder le coma et les convulsions. Les autres signes comprennent tachycardie, hyperventilation, vomissements et hypotension artérielle.

² Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 45-46, p. 226.

³ La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003 ; rapport présenté par Mme Anne-Marie Léger et MM. Didier Lacaze, Michel Laroque et Didier Noury ; janvier 2004.

évaluation statistique, alors même que la surmortalité apparaît déjà comme la plus élevée ¹.

RÉPARTITION DES DÉCÈS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SELON LE JOUR DU DÉCÈS



Source : InVS

Dans les établissements pour personnes âgées, les résultats collectés par la direction générale de l'action sociale (DGAS) mettent également en lumière les disparités importantes entre les régions et parfois

¹ Les réponses aux questionnaires font état, pour certains départements, de nombreuses personnes transférées d'une maison de retraite à l'hôpital, où elles sont décédées.

au sein d'une même région. Parmi les régions les plus fortement touchées figurent l'Ile-de-France (+ 81 %), la Bourgogne (+ 75 %), la Franche-Comté (+ 57 %) et le Centre (+ 56 %). Au contraire, la surmortalité a été de 11 % en Aquitaine, 15 % en Haute-Normandie et en Languedoc-Roussillon et de 16 % en Bretagne. Dans certains départements, le nombre de décès a même diminué (Hautes-Alpes, Aveyron, Gers, Corse du sud, Hautes-Pyrénées, Ardennes, Gironde, Hérault), alors qu'à Paris, il a augmenté de 189 % et en Haute-Corse de 290 %.

**DES DIFFÉRENCES TRÈS IMPORTANTES DE MORTALITÉ
SELON LES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES**

L'accroissement des taux de décès est généralisé mais toutefois non uniforme. Les différences sont multiples : d'une région à l'autre, d'un département à l'autre, mais aussi à l'intérieur d'un même département.

Les différences à l'intérieur d'un même département peuvent être illustrées par l'exemple de la Seine-Saint-Denis, où la surmortalité dans les établissements a varié de + 25 % à + 400 %. En Côte d'Or, on a pu constater une progression, dans un établissement, de 360 %.

Dans la mesure où les pourcentages de progression de la surmortalité ne sont pas suffisamment significatifs en cas de chiffres trop réduits (le passage de 1 décès moyen à 3 décès est égal à une augmentation de 300 %), il convient aussi de rapporter le nombre de décès au nombre de résidents (nombre de décès pour 100 places), tout en portant une attention méthodologique particulière pour les établissements où le nombre de résidents est très réduit.

Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des ministères des affaires sociales et de la santé a tenté d'analyser les taux moyens de décès dans les établissements pour personnes âgées pendant la canicule. Cette étude portant sur 56 % des places des établissements ¹ fait le constat sur la période 1^{er} juillet au 15 août 2003 de 13 715 décès, soit 4,1 décès pour 100 places.

En revanche, les statistiques de l'INSERM fournies le 24 février 2004 au Rapporteur, ne font état que de 9 176 décès entre le 1^{er} juillet et le 15 août (contre 6 097 en moyenne 2000-2002 pendant la même période).

En tout état de cause, à l'analyse, la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées est très problématique.

La DREES a pu établir que, parmi les établissements ayant répondu (56 % des places), 63 établissements avaient connu un taux de décès supérieur ou égal à 20 % entre le 1^{er} juillet et le 15 août 2003, ceux-ci représentant à eux seuls 823 personnes décédées. Dans 10 établissements comptant plus de vingt places installées, le taux de décès pendant cette période a été supérieur à 40 %.

¹ En prenant comme hypothèse 600 000 places en maisons de retraite, foyers logements et USLD.

– 31 de ces 63 établissements sont situées dans la zone « plus affectée par la canicule » selon la terminologie de l'InVS (10 dans le département du Rhône, 11 dans la région Ile-de-France, 3 en Bourgogne et 2 dans la région Centre), mais 32 établissements sont dans la zone « moins affectée » (5 en PACA et 7 dans la région Aquitaine dont 6 en Dordogne) ;

– 35 des ces établissements ont un GIR moyen pondéré supérieur à 700.

Par ailleurs, toujours selon cette étude de la DREES, pour les seules maisons de retraite, à l'exclusion des USLD et des foyers logements, à Paris, dans les départements du 92, 93 et 94, plus de 25 % des maisons de retraite ont connu pendant la période du 1^{er} juillet au 15 août 2003 des taux de décès supérieurs à 10 %.

Toujours selon la DREES, et en contradiction avec les données régionales de l'URHIF, les unités de soins de longue durée (USLD), rattachées aux hôpitaux, semblent avoir enregistré une mortalité supérieure à celle des autres établissements : le double de la moyenne nationale en maison de retraite. Le Rapporteur en a relevé, à titre d'exemple, une en Haute-Vienne où la mortalité a augmenté de 116 %, une dans le Cher, où elle a progressé de 214 % et une autre en Côte d'Or, où elle a cru de 300 %. Ces chiffres s'expliquent en particulier par une dépendance importante des résidents. Mais on observera *a contrario* que leur rattachement à des hôpitaux assure une fongibilité des moyens des deux secteurs. Par ailleurs, l'intégration dans une filière gériatrique ne peut être que bénéfique.

L'importance de la surmortalité peut être due à d'autres facteurs : l'une des maisons de retraite du Loiret où les décès ont triplé pendant les mois de juillet et août pour atteindre 111 % souffre d'un manque de personnel avéré. Souvent, plusieurs facteurs ont dû se cumuler : il en est ainsi d'un autre établissement du même département, dont le patrimoine bâti est vétuste, le personnel insuffisant et qui fait l'objet d'une restructuration complète.

A l'opposé, les facteurs favorables peuvent également se cumuler : parmi les établissements n'ayant pas enregistré de mortalité ou une mortalité très faible, dans la même région, le Rapporteur en a relevé un dont aucune façade n'est au sud, et qui est situé en zone boisée, équipé de stores et de nombreux ventilateurs et un autre, installé en zone urbaine, mais équipé de volets, de stores, de deux climatiseurs et de huit ventilateurs, et doté d'un médecin en équivalent temps plein, de trois infirmiers et de 11 aides soignants.

Enfin, certains chiffres semblent difficilement explicables. **La grande diversité des établissements et des facteurs à prendre en compte obligent à conclure que seule une étude établissement par établissement permettra de déterminer les causes de surmortalité et d'en tirer toutes les conséquences.** A ce propos, il faut remarquer que, malgré les relances répétées de la DGAS, de la DRESS, des DRASS, des DDASS et de la commission d'enquête, plus du tiers des établissements hébergeant des personnes âgées n'ont pas répondu aux questionnaires qui leur avaient été adressés. Une majorité d'entre eux n'a pu, par ailleurs, donner le chiffre exact des personnes décédées entre le 4 et le 18 août 2003. Le Rapporteur estime urgent de mettre en place un dispositif permettant de suivre au mieux la qualité des établissements.

• La surmortalité des personnes vivant à domicile

Elle est importante en proportion de la surmortalité totale dont elle représente, avec 5 082 victimes, 34 %.

– D’une façon générale, elle est concentrée sur les départements les plus urbanisés : à eux seuls, Paris, les départements d’Ile-de-France, les Bouches-du-Rhône et le Rhône en représentent plus de 48 % – Paris avec une surmortalité de 784 victimes, plus de 15 %.

– Dans 6 départements (04, 09, 23, 32, 48, 90), parmi les plus ruraux de France, le nombre de personnes décédées chez elles a été inférieur à celui constaté sur les années 2000-2002.

Les conditions et les causes de cette dizaine de milliers de personnes décédées chez elles (10 114 entre le 4 et le 18 août) restent mal connues, plus de 6 mois après la vague de chaleur.

La concentration de la surmortalité sur les grandes villes touchées par la canicule, et notamment sur Paris et Lyon, met évidemment en cause l’isolement des personnes âgées dans des agglomérations hyperurbanisées, où le lien social entre générations est considérablement distendu, où les relations de voisinage peuvent être quasi inexistantes, où la solidarité familiale joue de moins en moins son rôle.

Vacances et RTT obligent, en juillet et août, les villes sont de plus en plus désertées par la population active, laissant sur place celles et ceux qui ne peuvent partir en vacances par obligation professionnelle, manque de moyens financiers ou encore – et cela concerne de nombreuses personnes âgées – parce qu’elles ne savent pas où aller, ni avec qui.

Le nombre global des victimes doit être considéré avec précaution étant donné le fait que les 9/10^{èmes} des plus de 65 ans vivent à domicile. Toutefois, la surmortalité à domicile est problématique car elle traduit une augmentation de plus de 100 % par rapport à la mortalité normale.

Ces statistiques confortent les exemples rappelés depuis août 2003 lors de nombreux reportages télévisés.

Les problèmes de l’isolement des personnes âgées et l’insuffisance de moyens des services d’aide à domicile sont des défis structurels majeurs révélés par le drame de la canicule. Le gouvernement et la société doivent s’attacher à les relever.

III.– UN PHÉNOMÈNE DE MOINDRE AMPLEUR DANS LES AUTRES PAYS EUROPÉENS

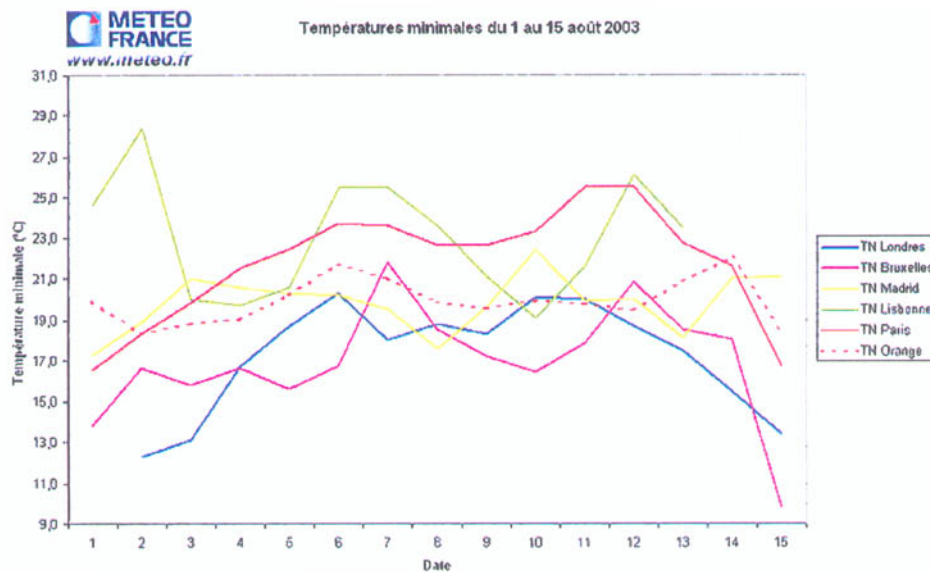
Ainsi que le souligne le rapport de l'INSERM du 25 septembre 2003, neuf vagues de chaleur importantes à l'étranger ont été documentées dans la littérature scientifique ; aucune d'entre elles ne présente des caractéristiques aussi exceptionnelles que celles de la canicule de 2003 en France, en termes d'intensité, de durée, et d'étendue géographique. La surmortalité n'est pas non plus du même ordre.

VAGUES DE CHALEUR DOCUMENTÉES À L'ÉTRANGER

Référence	Caractéristiques de la canicule				Surmortalité		
	Lieu	Année	Mois	Durée	T maximale	Toutes causes	"chaleur excessive"
Oechli et al, 1970	Los Angeles, USA	1955	Septembre	9 jours	39,3°C	946 (122%)	-
Oechli et al, 1970	Los Angeles, USA	1963	Septembre	8 jours	39°C	580 (172%)	-
Ellis et al, 1975	New York, USA	1972	Juillet	14 jours	34,4°C	891	-
Smoye et al, 1998r	St Louis Missouri, USA	1980	Juillet	13 jours	41,7°C	(57%)	308
Katsouyanni et al, 1988	Athènes, Grèce	1987	Juillet	10 jours	44°C	2000	926
CDC et al, 1994	Philadelphie, USA	1993	Juillet	8 jours	38,3°C	-	118
Sartor et al, 1995	Belgique	1994	Juillet-Août	-	39,2°C	1226	-
Rooney et al, 1998	Angleterre-P. de Galles, UK	1995	Juillet-Août	4 jours	35,2°C	619	-
Whitman et al, 1997	Chicago, USA	1995	Juillet	6 jours	40°C	739 (147%)	485

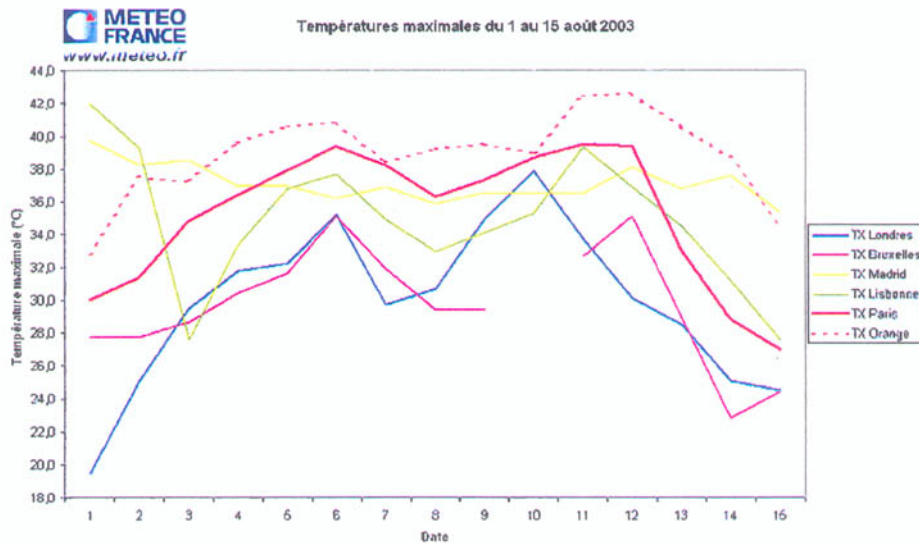
Source : InVS.

Les graphiques de Météo France ci-dessous montrent que les villes françaises ont été parmi les plus fortement touchées.



Source : Météo

France



Source : Météo

France

S'agissant de l'été 2003, le bilan de l'impact de la vague de chaleur dans les autres pays européens est connu principalement grâce à un chapitre spécifique du rapport de l'InVS d'octobre 2003. L'institut a pris contact avec la délégation aux affaires européennes et internationales du ministère de la santé en France, ses partenaires internationaux, ainsi qu'avec les experts des programmes communautaires (APHEIS, PHEWES, ECOEHIS) concernant l'ensemble des pays de l'Union européenne et de l'Europe de l'est.

Au Royaume-Uni, une vague de chaleur a été enregistrée, en particulier dans le sud, l'est et le sud-est de l'Angleterre, du 4 au 13 août, avec des températures supérieures à 30°C.

Cette période de canicule, moins forte qu'en France, a entraîné une surmortalité de 2 045 décès, soit une augmentation de 15,6 % par rapport à la moyenne des décès survenus pendant la même période durant les cinq dernières années. Le pic de mortalité a été constaté le 11 août, soit 24 heures après le pic de température, avec un excès de mortalité de 27,3 %. Ce sont les régions de Londres, de l'est et du sud-est qui ont été les plus touchées.

En 1995, une vague de chaleur avait causé une augmentation de la mortalité de 9,8 % sur l'ensemble de l'Angleterre et du pays de Galles et de 16,1 % sur le Grand Londres.

Il faut toutefois souligner que la mortalité constatée pendant la canicule est inférieure à celle enregistrée pendant les mois d'hiver : le pic de

mortalité du 11 août est moins élevé que la moyenne journalière de décès des mois de décembre (1 725) et janvier (1 872) de 1998 à 2002.

En Allemagne, la canicule a touché les Länder de l'ouest et du sud du 3 au 14 août avec des températures très souvent supérieures à 32°C et dépassant en divers endroits, de façon non continue, 38°C. Toutefois, cette vague de chaleur a été moins intense que dans le centre de la France.

On ne dispose pas encore de bilan officiel de son impact, d'autant qu'aucun organisme n'a été chargé officiellement de l'évaluer. Il ne semble pas que les hôpitaux aient été débordés, et aucun Land n'a mis en place de protocole de gestion particulier. Les informations fournies par les deux principales fédérations de pompes funèbres sont contradictoires : l'une d'entre elles a estimé que le nombre de morts en excès atteignait 3 500 à 7 000 pour le mois d'août, alors qu'une autre n'aurait pas constaté de variation significative de ceux-ci.

Bien que de moindre ampleur qu'en France, la vague de chaleur en Belgique a été importante et prolongée et accompagnée à Bruxelles d'une pollution à l'ozone élevée et de longue durée. Il n'a pas été mentionné de services d'urgences débordés. Aucune estimation de l'impact sanitaire n'a été réalisée en urgence. L'InVS disposera dans quelques mois du nombre de décès.

L'Italie a été touchée par la canicule pendant l'ensemble de l'été 2003, en juin en juillet dans le sud et au nord au mois d'août où des records historiques de température ont été relevés. Cette phase a duré jusqu'au 22 août. A Rome, la température moyenne journalière entre le 1^{er} juin et le 15 août a été de plus de 3°C plus élevée que les normales de la saison avec plusieurs vagues de chaleur majeures : une entre le 9 juin et le 2 juillet, une autre dans la dernière décade de juillet, et une dernière entre le 11 et le 16 août.

Le ministère de la santé estime à 4 175 le nombre de morts en excès chez les plus de 65 ans pour la période du 15 juillet au 15 août, par rapport à la même période pour 2002. Les villes du nord, où des records absolus de température ont été enregistrés, ont été les plus touchées : pour les plus de 75 ans, la surmortalité a été de 108 % à Turin, de 89 % à Gênes, contre 41 % à Naples et 16 % à Palerme ¹.

¹ Pour la période s'étendant du 1^{er} juin au 15 août, Rome – première ville européenne à s'être dotée d'un système de détection des vagues de chaleur et de leur impact sanitaire sur les populations, actif depuis deux ans, le *Heat Health Watch Warning System* (HHWWS) – a pu établir une première comparaison du nombre de morts observé et de celui du nombre de morts prédit par le système sur la base des données fournies par le registre des décès de

En Espagne, la vague de chaleur a été semblable à celle constatée en France entre le 1^{er} et le 15 août. Auparavant, une autre vague de chaleur avait touché le pays au mois de juin.

La presse a signalé une augmentation de 60 % des décès à Barcelone du 1^{er} juillet au 15 août, un doublement des décès à Séville entre le 9 et le 18 août, comparés à l'année précédente. Selon un rapport de l'Agencia de Salut Publica de Barcelone, l'excès de mortalité pour la ville même a été de 118 % par rapport à la même semaine de l'année précédente et de 52 % pour l'ensemble du mois d'août, comparé à la moyenne mensuelle des sept années antérieures ; elle a touché principalement les personnes de plus de 80 ans. Toutefois, les activités des urgences des hôpitaux de la ville ont peu augmenté durant le mois d'août par rapport à l'année précédente.

Au niveau national, le gouvernement espagnol s'est refusé à donner une première estimation officielle malgré l'achèvement d'une enquête effectuée avec le recueil, en urgence, des certificats de décès de juin, juillet, et août 2003 dans les capitales des 50 provinces, ainsi que dans un échantillon de communes de 10 000 habitants. Mais les premières estimations de la mortalité réalisées par des experts espagnols dans 15 villes, fondées sur des sources diverses (certificats de décès, dénombrements d'enterrements) semblent confirmer l'ampleur de l'impact signalé par la presse.

Le Portugal a connu une période de chaleur équivalente à la nôtre en durée et en intensité. Les premières estimations, fondées sur 31 registres civils nationaux couvrant toutes les capitales de district de la métropole portugaise font état de 1 316 décès supplémentaires pendant la période du 30 juillet au 12 août, comparés à ceux de la quinzaine précédente¹.

la ville. Pour la période constatée, la moyenne observée en 2003 a été plus élevée que la mortalité moyenne constatée pendant les années 1995-2002. On constate 708 morts en excès contre 467 morts prévus par le HHWWS. La période de chaleur ayant continué au delà de la mi août, une analyse sur une période plus longue permettra de dresser un bilan plus complet. Pour Turin, les premières analyses effectuées au moyen du modèle ont sous-estimé considérablement l'impact de la chaleur.

¹ Le Portugal a mis au point un modèle destiné à prévoir trois jours à l'avance les vagues de chaleur et leur impact sur la mortalité. Actuellement basé sur les données fournies par Lisbonne, il est destiné à s'étendre au niveau national. Une alerte sur la survenue de la vague de chaleur a pu être lancée ; l'efficacité des mesures de prévention et des actions n'a pas été complètement évaluée. Mais une enquête sur l'impact des messages de prévention diffusés publiquement est en cours auprès d'un échantillon de la population.

Les Pays-Bas ont été moins touchés par la vague de chaleur. Mais les températures relevées entre le 1^{er} juin et le 31 août 2003 ont été plus élevées qu'habituellement : le premier bilan montre une surmortalité corrélée aux températures, soit, sur l'ensemble de la période, entre 1 000 et 1 400 morts en excès, et pour le mois d'août, entre 450 et 650 morts.

En Suède, en Finlande et au Danemark, où des températures anormalement élevées ont été constatées, aucune évaluation spécifique ne semble avoir été entreprise, mais l'impact en résultant ne paraît pas majeur.

Quant à la Grèce, où la canicule avait été très meurtrière en 1987 et moindre l'année suivante, elle n'a pas connu de vague de chaleur particulière au mois d'août dernier.

En définitive, des vagues de chaleur, d'intensité et de durées diverses ont été constatées cet été en Europe, avec un effet important.

Il semble toutefois que la canicule a été caractérisée en France par des températures maximales et surtout minimales élevées, contrastant avec les autres pays qui ont connu des températures minimales plus faibles. Ainsi, en Espagne, les températures maximales étaient proches des températures françaises, alors que les minimales étaient plus faibles : à Madrid, les 11 et 12 août, celles-ci étaient inférieures de 6°C à celles de Paris.

Les premiers bilans réalisés montrent l'importance du problème de santé que posent les périodes de canicule. Ce problème est d'autant plus aigu que ces phénomènes risquent de se reproduire dans un avenir proche, comme on l'a déjà indiqué.

DEUXIÈME PARTIE : UNE GESTION DE CRISE EMPIRIQUE

Il ressort clairement des auditions conduites par la commission d'enquête que les conséquences des fortes chaleurs sur la population n'avaient pas été véritablement analysées ni anticipées par les services en charge de la sécurité sanitaire avant l'épisode tragique de l'été dernier. Plusieurs ministres en ont convenu.

M. Nicolas Sarkozy, ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, a ainsi déclaré :

« Nous avons, devant la gravité des conséquences, un devoir d'honnêteté et de vérité. C'est le moins que l'on puisse faire à l'endroit des

morts et des familles qui ont perdu des proches. La catastrophe n'a été ni anticipée, ni perçue comme telle.

L'anticipation ne concerne pas seulement les quelques jours précédant le drame ; aucun de nous n'a jamais imaginé qu'une catastrophe de cette nature pouvait se produire dans notre pays. D'ailleurs, si cela avait été imaginé, il existerait depuis bien longtemps un plan canicule comme il existe un plan "grands froids". ».¹

M. François Fillon, ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, a tenu des propos similaires :

« Les conséquences dramatiques de la canicule du mois d'août ont souligné l'insuffisance des dispositifs de veille et d'alerte dans le domaine des personnes âgées et, naturellement, l'ensemble des pouvoirs publics et les ministres concernés ont une part de responsabilité dans cette situation.

Je voudrais dire, toutefois, que des dispositions avaient été prises bien avant cet événement climatique exceptionnel pour en prévenir ou, en tout cas, pour en atténuer les conséquences.

(...) Mais tout cela, comme vous pouvez le constater, relève d'initiatives isolées qui ne peuvent pas dissimuler combien les risques liés à la canicule étaient globalement ignorés. ».²

A la différence des rigueurs de l'hiver, les dangers de la canicule n'ont pas fait l'objet de procédures d'alerte spécifiques. **Les services de l'Etat et des collectivités locales ainsi que les différents acteurs du système de soins français ont donc fait face au coup par coup et en ordre dispersé à une catastrophe qui n'était pas prévue, bien qu'elle n'ait pourtant pas été imprévisible.** A bien des égards, la chaleur de cet été a eu, dans un premier temps, des effets insidieux – le nombre de victimes quotidien n'ayant pu être évalué au plan national – s'apparentant à un incendie sans flammes.

I.- UN RISQUE ENVISAGEABLE

S'il est indéniable que le drame de l'été 2003 est le résultat d'une conjonction de paramètres climatiques exceptionnels pour un pays au climat tempéré tel que la France, il n'en demeure pas moins que l'hypothèse d'une

¹ Audition du 17 décembre 2003.

² Audition du 28 janvier 2004.

canicule importante ne pouvait pas être considérée comme un simple cas d'école théorique et improbable.

A.- LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

La canicule a frappé majoritairement les personnes âgées. Cela n'est pas un hasard, car il s'agit d'une catégorie de population très fragile, dont l'organisme récupère moins facilement, surtout lorsqu'il est atteint des pathologies multiples.

Depuis plusieurs années, les instituts de statistique officiels (INSEE – et institut national d'études démographiques – INED) soulignent que la France vieillit. Au 1^{er} janvier 2003, les Français de plus de 65 ans représentaient 16 % de la population totale, et ceux de plus de 85 ans 1,8 %. Le tableau ci-après offre un aperçu plus détaillé, en fonction des sexes et des tranches d'âge.

PROFIL DÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION FRANÇAISE AU 1^{ER} JANVIER 2003

	Population totale		Hommes		Femmes	
	Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %
Moins de 20 ans	15 593 731	25,4%	7 973 596	13,0%	7 620 135	12,4%
De 20 à 64 ans	35 916 426	58,5%	17 819 537	29,0%	18 096 889	29,5%
De 65 ans à 84 ans	8 754 800	14,3%	3 726 169	6,1%	5 028 631	8,2%
Plus de 85 ans	1 122 081	1,8%	306 584	0,5%	815 497	1,3%
Total	61 387 038	100 %	29 825 886	48,6 %	31 561 152	51,4 %

Source : INSEE.

En soi, cette réalité démographique aurait dû constituer un motif de précaution particulière lorsque les températures ont augmenté et se sont maintenues à des niveaux sans précédent. De fait, les événements de l'été dernier ont démontré que le **vieillissement de la population française est resté trop longtemps insuffisamment pris en compte dans les différents volets de la prévention sanitaire.**

La canicule de 1976 s'était soldée par 6 000 morts. Sa moins longue durée, le niveau plus faible des températures extrêmes expliquent sans doute pour partie le différentiel important avec la surmortalité de l'été dernier. Cependant, la différence du nombre de personnes âgées est certainement un autre facteur explicatif. Soulignons d'abord que l'espérance de vie était alors de 69,2 ans pour les hommes (contre 75,6 ans en 2002) et de 77,2 ans pour les femmes (contre 82,9 ans en 2002). En outre, le nombre de personnes

âgées de plus de 90 ans a augmenté de 250 % (455 000 contre 130 000), celui des personnes de plus de 95 ans de 410 % (97 000 contre 19 000).

Il serait plus que temps d'infléchir les politiques, au vu des projections statistiques qui soulignent que la tendance est appelée à s'accroître fortement au cours des années à venir. Au rythme actuel, le nombre de plus de 65 ans devrait dépasser le quart de la population totale et celui des plus de 85 ans, les plus sujets au problème de la dépendance, devrait doubler d'ici 2020.

PROJECTIONS SUR L'ÉVOLUTION DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE D'ICI 2050 ⁽¹⁾

Horizon temporel	Population au 1 ^{er} janvier ⁽²⁾	Plus de 65 ans		Plus de 75 ans		Plus de 85 ans	
		Nombre ⁽²⁾	En %	Nombre ⁽²⁾	En %	Nombre ⁽²⁾	En %
2005	60 642	12 611	20,8%	4 892	8,1%	1 055	1,7%
2010	61 721	14 102	22,8%	5 506	8,9%	1 514	2,4%
2015	62 648	15 617	24,9%	5 834	9,3%	1 853	2,9%
2020	63 453	16 989	26,7%	6 009	9,5%	2 099	3,3%
2025	64 177	18 357	28,6%	7 083	11,0%	2 205	3,4%
2030	64 790	19 615	30,3%	8 231	12,7%	2 310	3,6%
2035	65 212	20 791	31,9%	9 232	14,1%	3 048	4,7%
2040	65 374	21 244	32,5%	10 077	15,4%	3 677	5,6%
2045	65 301	21 673	33,2%	10 673	16,3%	4 104	6,3%
2050	65 098	21 967	33,7%	11 204	17,3%	4 474	6,9%

⁽¹⁾ Estimations sur la base du maintien du taux de mortalité tendanciel, d'un taux de fécondité de 1,8 enfant par femme et d'un excédent migratoire annuel de 50 000 personnes.

⁽²⁾ En milliers.

Source : INSEE, Résultats, n° 412, Démographie-Société, n° 44, août 1995.

B.- RARETÉ MAIS AUSSI SOUS-EXPLOITATION DES ÉTUDES SUR LES RISQUES SANITAIRES

Quand bien même il n'était pas possible de concevoir *a priori* l'ampleur et les incidences de la canicule de l'été dernier, le risque sanitaire que représentent les fortes chaleurs pouvait être identifié.

Certaines études – certes peu nombreuses – existaient sur les conséquences des vagues de chaleur et des instances, au sein de Météo France notamment, avaient mené des travaux sur le sujet.

1.– La réflexion scientifique sur les effets sanitaires des fortes chaleurs

La littérature scientifique sur la mortalité et la morbidité entraînées par des vagues de chaleur estivales ainsi que sur les facteurs de risques et les méthodes de prévention face à ce défi sanitaire particulier est essentiellement anglo-saxonne : sur les 88 références citées par l'article Basu and Samet en 2002, dans la revue *Epidemiologic Reviews*, aucune n'est française. La même année, un article de M. Jean-Pierre Besancenot, intitulé « *Vagues de chaleur et mortalité dans les grandes agglomérations urbaines* » et paru dans une revue française ¹, ne mentionnera d'ailleurs qu'une thèse de médecine et deux travaux originaux français ² sur un total de 61 références sélectionnées parmi plus de 1 000 publications.

En France, jusqu'à très récemment, les publications n'ont été le fait que de professionnels ayant été confrontés à une expérience de vague de chaleur. Elles se sont donc essentiellement résumées, outre celles du professeur Besancenot, aux travaux de M. San Marco. Il est vrai que le Laboratoire de santé publique de Marseille, qu'il dirige, a produit plusieurs études et thèses depuis l'épisode caniculaire de 1983.

L'étude collective de MM. Thirion, Simonet et San Marco, publiée en 1992, soulignait : « *on entre dans une zone dangereuse* :

- *lorsque la température maximale atteint ou dépasse 35° ;*
- *et qu'elle survient après une nuit où il a fait 22° ou plus.*

Il semble que le danger survient lorsque de telles conditions persistent plus de deux jours de suite. ».

De même, l'article de M. Besancenot annonçait-il, dès son résumé, la teneur des risques encourus en des termes on ne peut plus clairs : « *Malgré l'absence d'une définition rigoureuse et normalisée de ces phénomènes météorologiques, on sait depuis longtemps que les vagues de chaleur*

¹ Etude publiée dans la revue *Environnement, risques et santé*, volume 1 n° 4, septembre-octobre 2002.

² Thèse de M. Simonet en 1985, titrée : « *Vague de chaleur de juillet 1983, étude épidémiologique et physiopathologique* » ; essai de MM. Thirion, Simonnet et San Marco publié en 1992 dans la revue *Santé publique et intitulé* : « *La vague de chaleur de juillet 1983 à Marseille : enquête sur la mortalité, essai de prévention* » ; article « *Chaleur et mortalité* » de M. Escourrou, au sujet de la vague de chaleur de 1976, publié en 1978.

provoquent de terribles hécatombes. Des températures se maintenant à un niveau anormalement élevé peuvent faire des centaines, voire des milliers de victimes. La surmortalité touche principalement les personnes âgées, plutôt de sexe masculin en Amérique du Nord et de sexe féminin en Europe. Les sujets à plus haut risque sont ceux qui vivent seuls, malades ou grabataires, ceux qui prennent à dose excessive des médicaments favorisant la surcharge calorique et/ou les individus de faible niveau socio-économique, habitant des logements mal ventilés et non climatisés. [...] Par ailleurs, les vagues de chaleur ont un impact sanitaire beaucoup plus marqué dans les centres-villes que dans les quartiers périphériques et dans les campagnes. ».

Formalisée un peu moins d'un an avant la catastrophe de l'été 2003, une telle analyse revêt presque, *a posteriori*, un caractère prémonitoire. En tout cas, elle démontre que la réflexion des scientifiques était suffisamment aboutie pour que les incidences sanitaires et sociales des vagues de chaleur soient prises en considération, à défaut de pouvoir être complètement anticipées.

2.- Les travaux de la commission santé et biométéorologie du Conseil supérieur de la météorologie

La commission santé et biométéorologie du Conseil supérieur de la météorologie rassemble périodiquement un certain nombre de scientifiques chargés d'attirer l'attention de Météo France sur divers sujets et travaille sur les phénomènes climatiques susceptibles d'avoir des effets sanitaires notables. Les fortes chaleurs ont logiquement constitué l'un de ses sujets de travail, au même titre que les grands froids, surtout depuis 1998.

A titre d'illustration, on indiquera qu'elle a débattu d'une étude sur les coups de chaleur, menée par le docteur Coulombier, de l'InVS, lors de sa réunion du 17 mai 1999. Le compte rendu de cette réunion indique : « *Les groupes à risques sont les personnes jeunes ou âgées et les patients présentant des troubles mentaux (c'est-à-dire des personnes dont la perception de soif est altérée)* »¹.

Plus récemment, lors de sa réunion du 31 mars 2003, elle a entendu une communication de M. Besancenot au titre pour le moins évocateur : « *Les changements climatiques et la santé – La mortalité en France selon le contexte thermique : réalité présente et scénarios pour le XXI^{ème} siècle* ». Sans annoncer la canicule à venir, cette étude, co-financée par le ministère de l'écologie et du développement durable ainsi que par le ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies (mais curieusement pas celui de la santé) et par le conseil régional de Bourgogne, soulignait tout de même clairement que : « *le risque majeur paraît bien résider dans la recrudescence*

¹ Rapport d'information n° 1091, tome 2, volume 2, p. 465 et 466.

des paroxysmes thermiques de grande ampleur, tous les scénarios d'évolution du climat faisant état d'une fréquence accrue des fortes vagues de chaleur entre le milieu du printemps et le début de l'automne »¹.

Toutes ces réflexions avaient d'autant plus d'intérêt qu'elles se situaient dans une démarche à la fois prospective et opérationnelle. Lors de son audition conjointe avec le président directeur général de Météo France, le secrétaire de la commission santé et biométéorologie du Conseil supérieur de la météorologie, M. Jean-Claude Cohen, a d'ailleurs souligné une étroite collaboration avec le professeur San Marco, de 1985 à 1995, au sujet de la définition de procédures d'alerte en cas de vague de chaleur. Cette réflexion a donné lieu à la mise en place de mesures de prévention à Marseille, dont on peut penser qu'elles ont contribué à limiter les effets de la canicule de 2003².

De même, en 1993, la commission santé et biométéorologie du Conseil supérieur de la météorologie avait initié une expérimentation avec le service d'aide médicale urgente (SAMU) de Paris qui consistait à associer aux prévisions météorologiques quotidiennes les principaux risques sanitaires susceptibles d'en découler. Cette démarche a malheureusement été abandonnée³.

La commission d'enquête s'étonne que les travaux de la commission santé et biométéorologie du Conseil supérieur de la météorologie n'aient pas eu davantage d'écho auprès des experts sanitaires de l'InVS et de la DGS, censés pourtant participer aux réunions. Il est vrai que, d'après M. Cohen, l'InVS n'était pas assidu : *« le représentant de l'InVS ne venait pas à nos réunions de commission depuis des années alors que l'InVS en est membre. »*.

Cette absence d'intérêt est d'autant plus troublante qu'une telle expertise, de qualité, était accessible à l'InVS et pouvait permettre de combler à peu de frais ses carences dans le domaine de l'alerte climatologique, reconnues par son directeur général lui-même, le professeur Gilles Brücker ayant déclaré devant la commission que *« le phénomène "canicule" et les chaleurs (...) n'ont pas été inscrits dans la construction des réseaux de surveillance »* de l'institut⁴.

¹ *Ibidem*, p. 485.

² 167 victimes entre le 1^{er} et le 30 août 2003, selon la municipalité de Marseille, contre 400 à l'été 1983, d'après le professeur San Marco.

³ Audition de M. Jean-Claude Cohen, le 19 novembre 2003.

⁴ Audition du 19 novembre 2003.

D'une manière générale, il est certain que, dans notre pays, la chaleur a une connotation extrêmement positive, contrairement au grand froid vécu par tous comme un danger potentiel.

C.- LES SIGNAUX D'ALERTE DE MÉTÉO FRANCE

Les prévisions de Météo France ont rapidement mentionné le caractère exceptionnel des températures accablant la France métropolitaine.

Certes, un communiqué de presse publié le 1^{er} août à 10 heures 53 s'est contenté d'évoquer une « *nouvelle vague de chaleur* », mais un nouveau communiqué émis quelques jours plus tard, le 7 août à 16 heures 43, s'est montré plus explicite en indiquant : « *L'air très chaud qui s'est installé sur la France se maintiendra durant les sept prochains jours (jusqu'au jeudi 14 août). [...] La persistance de cette situation, qui conjugue températures minimales et maximales élevées, est exceptionnelle et constitue un risque sanitaire pour les personnes sensibles (personnes âgées, personnes malades, et nourrissons).* ».

Parallèlement, dès le 4 août, Météo France a affiché des conseils de comportement sur son site Internet, en soulignant que « *La chaleur accablante ne présente des atteintes graves à la santé qu'au terme de deux journées consécutives* », et en insistant sur les besoins d'aide à la sudation et de rafraîchissement ¹.

Il est **regrettable que ces messages n'aient pas suffisamment été relayés auprès du grand public**, et notamment auprès des personnes âgées, qui ne sont pas les utilisateurs les plus assidus d'Internet. Et on peut s'étonner que les démarches de Météo France n'aient pas suscité plus d'inquiétude de la part de la direction générale de la santé (DGS) et de l'InVS. Il est vrai que ces administrations n'étaient pas destinataires de ses communiqués de presse et que leurs rapports avec cet organisme étaient assez ténus.

Il importe de les conforter dans le cadre des futurs dispositifs d'alerte.

¹ Cité dans le rapport d'information n° 1091, tome 1, p. 440 à 443.

II.- UNE CATASTROPHE IMPRÉVUE ET MAL DÉCELÉE

L'anticipation des risques conditionne bien souvent la manière de les éviter ou de les juguler. Or, en l'occurrence, **le système français de veille et d'alerte sanitaire s'est révélé inefficace face à la canicule**. Comme l'a souligné la mission conduite par le docteur Françoise Lalande : « *l'absence d'anticipation, le caractère très imparfait des systèmes d'information, de veille et d'alerte, le cloisonnement des administrations et des structures n'ont pas facilité la compréhension de l'ampleur du phénomène* »¹.

A.- LES DÉFAILLANCES DU DISPOSITIF DE VEILLE SANITAIRE

Les structures spécialisées dans la veille sanitaire se sont montrées moins performantes que les services de prise en charge des victimes (urgences, pompiers) pour déceler la catastrophe et attirer l'attention des pouvoirs publics ainsi que celle des Français. Cette défaillance a vraisemblablement eu des conséquences d'autant plus significatives que le système français de veille sanitaire avait été montré en exemple, à juste titre, lors des dernières crises épidémiologiques, telle celle du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

1.- Une veille sanitaire prise en défaut

La canicule a révélé les faiblesses de notre système de veille sanitaire. Celles-ci s'expliquent pour partie par des défauts de jeunesse, mais aussi par une trop faible réactivité des organismes qui en ont la charge.

a) Un institut de veille sanitaire (InVS) qui n'a pas du tout joué son rôle

L'InVS a été créé récemment, sur la base du réseau national de la santé publique (RNSP)². Aux termes de l'article 1413-2 du code de la santé publique, sa mission, au moment des faits, consistait à effectuer une surveillance sanitaire permanente, dans le but :

¹ Rapport précité de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, conduite par le docteur Françoise Lalande, publié en septembre 2003, p. 27.

² Loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998.

« 1° – de détecter tout événement modifiant ou susceptible d’altérer l’état de santé de la population ;

2° – d’alerter les pouvoirs publics (...) en cas de menace pour la santé publique, quelle qu’en soit l’origine, et de leur recommander toute mesure ou action appropriée ;

3° – de mener à bien toute action nécessaire pour identifier les causes de modification de l’état de santé, notamment en situation d’urgence. ».

En outre, le contrat d’objectifs et de moyens 2000-2003, élaboré avec la DGS, avait fixé parmi ses objectifs prioritaires de « *consolider les capacités d’alerte et de réponse aux menaces de santé publique dans tous les champs de la veille sanitaire et notamment en matière de bioterrorisme* ». De fait, même si les risques sanitaires liés aux conditions météorologiques n’étaient pas explicitement mentionnés parmi les « *menaces* » qu’il lui appartient de suivre et de détecter, l’InVS était bien, selon la loi, l’organisme en charge de la veille sanitaire de ce type de dangers.

Lors de son audition, le directeur général de cet institut, le professeur Gilles Brücker, a cherché à nuancer ce constat, en soulignant que la définition du contrat d’objectifs et de moyens avait nécessité de faire des choix et que, faute d’un consensus sur le caractère prioritaire du risque climatologique, ce dernier n’avait pas été retenu ¹.

On ne peut que constater que l’InVS n’a pas permis de prévenir la crise comme il l’aurait dû, du moins au regard de la loi. Il existe plusieurs raisons à cela.

En premier lieu, en l’absence de connexion en temps réel avec les services d’urgence des hôpitaux et les services de secours (sapeurs pompiers ou SAMU, notamment), il ne lui a pas été possible de déceler la gravité de la crise sanitaire qui a découlé de la canicule.

Le professeur Brücker lui-même a convenu des limites des capteurs dont disposait l’InVS : « *L’information, certes, ne nous parvient pas de partout aussi bien que nous le voudrions, et cela mérite une évaluation. Je suis bien convaincu que l’on pourra trouver des cas où elle n’est pas remontée de façon satisfaisante et cela pose la question de savoir comment elle peut être recueillie sur le terrain le mieux possible.* ».

¹ Cf. audition du 19 novembre 2003.

En second lieu et c'est un problème de fond pour son fonctionnement, l'InVS reste marqué par l'héritage du RNSP dont le champ d'action était, lui, limité à la surveillance de certaines maladies infectieuses et à certaines interactions environnementales sur la santé. Selon le rapport de la mission Lalande, il s'est davantage apparenté « à un organisme d'observation et d'analyse scientifique a posteriori dans certaines types de pathologies » qu'à « un service opérationnel d'action et d'intervention généraliste en temps réel. »¹

On verra plus loin que la DGS souffre du même travers.

Comme l'a souligné le ministre de la santé : « Notre système de sécurité sanitaire s'est bâti sur la virologie, la bactériologie, la microbiologie et la toxicologie. »²

En dernier lieu, les effectifs de l'institut qui sont spécifiquement chargés d'apprécier les risques environnementaux pour la santé, au sein du département santé et environnement (DSE), ne représentent que 15 % des personnels de l'InVS, soit 39 personnes sur 259 en poste, et près de la moitié se trouvait en congés au moment des premiers symptômes de la crise (semaine du 4 au 8 août), soit un taux supérieur à la moyenne des personnels de l'InVS et notamment à celui des épidémiologistes sur le terrain, au sein des cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE)³, comme le démontre le tableau suivant.

ÉTAT DES EFFECTIFS PRÉSENTS À L'InVS ENTRE LE 4 ET LE 22 AOÛT 2003

Services	Effectifs	Effectifs présents		
		Du 4 au 8 août	Du 11 au 15 août	Du 18 au 22 août

¹ Rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, publié en septembre 2003.

² Et les services en charge de la veille sanitaire sont ou étaient dirigés par des médecins surtout formés à la lutte contre les maladies infectieuses.

³ Structures mixtes entre les services déconcentrés de l'Etat (DRASS) et l'InVS, les CIRE apportent un appui méthodologique et d'expertise en épidémiologie aux services sanitaires déconcentrés. Elles ne rassemblent que quelques spécialistes et si elles effectuent une surveillance sanitaire spécifique au niveau local, dans le cadre d'un programme de travail annuel, elles ne réalisent pas à proprement parler de veille sanitaire. En effet, il ne leur appartient pas nécessairement de déceler tout phénomène anormal et de déclencher l'alerte auprès de l'InVS, ce qui peut expliquer qu'elles n'aient pas joué un rôle de pointe lors de la canicule d'août 2003.

	réels en août	Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %
Direction	8	5	62,5 %	5	62,5 %	4	50,0 %
DSE	39	21	53,4 %	22	56,4 %	27	69,2 %
CIRE	20	14	70,0 %	14	70,0 %	14	70,0 %
Autres	192	133	69,3 %	126	65,6 %	132	68,7 %
TOTAL	259	173	66,8 %	167	64,5 %	177	68,3 %

Source : InVS.

Tout ceci explique que, malgré le signalement par un médecin inspecteur de santé publique de la DDASS du Morbihan de trois décès par coup de chaleur le mercredi 6 août à 16 heures 30, il ait fallu attendre le vendredi 8 août pour que l’InVS entreprenne, à la demande expresse de la DGS et non de sa propre initiative, de « *réfléchir à la mise en place d’une surveillance des cas ou d’un système de recueil avec analyse des cas sur certains sites* »¹. L’organisation d’une remontée des informations ne sera mise sur pied qu’à la demande du cabinet du ministre de la santé, le lundi 11 août à 10 heures.

Les estimations de l’INSERM montrent que, à ces dates, il est déjà trop tard pour éviter une crise d’ampleur, les décès en excès par rapport au début du mois d’août 2002 s’élevant à 6 541, au soir du 10 août. L’InVS remettra un premier rapport au cabinet du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées le 19 août. On ne peut s’empêcher de s’interroger sur les raisons d’un délai si long, quand, en l’espace de quelques jours seulement, le quotidien Le Parisien effectue une évaluation, certes approximative mais pas si éloignée que cela de la réalité, de 2 000 décès pour l’Ile-de-France, dont il publiera les résultats dans son édition du 14 août.

b) Une agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) absente

Créée par la loi du 9 mai 2001², l’AFSSE est la plus récente agence sanitaire française.

Elle doit contribuer à assurer la sécurité sanitaire environnementale et apprécie les risques liés à l’environnement, afin d’éclairer le Gouvernement sur sa politique de sécurité sanitaire. Elle se doit également

¹ Selon la chronologie des événements établie par l’InVS.

² Loi n° 2001-398 du 9 mai 2001, ayant inséré dans le code de la santé publique les articles L. 1335-3-1 et suivants.

de rassembler l'expertise scientifique en vue d'élaborer des dispositions législatives et réglementaires.

Elle prend appui, pour ces missions, sur les services de l'Etat et sur les établissements publics compétents (InVS, centre national de la recherche scientifique – CNRS – notamment), autour desquels elle organise un réseau. Elle fait réaliser ou réalise elle-même des expertises, contribuant en cela à la recherche en santé environnementale.

Inaugurée le 27 novembre 2002, son budget n'est devenu effectif que le mois suivant. Les premiers recrutements ont commencé en février 2003 ; les effectifs scientifiques n'étaient donc pas opérationnels, pour les premiers d'entre eux, avant le printemps 2003. Il s'agit d'une agence très jeune et petite, avec un effectif autorisé de 29 postes au total.

De fait, son rôle a été quasiment inexistant pendant la crise ; elle s'est en effet contentée de relayer les communiqués de mise en garde de la DGS sur son site Internet. Mme Michèle Froment-Védrine, sa directrice générale, a insisté sur le fait que ses services n'ont pas été sollicités par leur tutelle au cours de la canicule¹. Il est vrai que l'agence n'avait pas mené de travaux auparavant sur les risques sanitaires climatiques, n'ayant pas été saisie sur ce sujet.

c) L'insuffisante remontée d'information des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS)

Seules trois DDASS ont relayé l'alerte sanitaire auprès de la DGS et l'InVS : celles du Morbihan, le 6 août, de Paris, le lendemain, et des Hauts-de-Seine, le 8 août.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, M. Jean-François Mattei, a insisté sur cette absence de remontée des informations depuis l'échelon déconcentré : « rien n'est venu d'en haut en termes de santé publique. Mais rien n'est venu d'en bas non plus ! »². Et le ministre de préciser : « Les quelques appels de la DDASS du Morbihan ou de telle ou telle institution – il y en a eu quelques-uns – ont toujours été considérés comme des cas isolés, pour lesquels on trouvait une explication factuelle. Ils n'ont jamais été associés les uns aux autres pour constituer un ensemble de signes pouvant alarmer sur un tel drame. ».

¹ Audition du 21 janvier 2004.

² Audition du 25 novembre 2003.

On peut penser à bon droit, comme le professeur Lucien Abenhaïm, ancien directeur de la DGS, que si d'autres DDASS avaient mentionné des cas d'hyperthermies dès le 6 août, la réaction des administrations centrales du ministère de la santé aurait été plus rapide : « *Effectivement, pourquoi les DDASS ne nous ont-elles pas toutes appelés ? Si l'Institut de veille sanitaire avait reçu des appels de 15, 20 ou 50 DDASS, il aurait réfléchi différemment.* » ¹. Encore eut-il fallu, pour cela, que ces administrations sanitaires de terrain soient elles-mêmes alertées par les organismes hospitaliers ou médico-sociaux, ce qui a très rarement été le cas.

On recense actuellement 450 médecins inspecteurs de santé publique, qui assument des responsabilités sanitaires importantes (expertise, veille, analyse) en plus de tâches administratives assez lourdes. Environ 250 sont affectés dans les services déconcentrés, mais seules les DDASS des départements les plus peuplés en comptent plusieurs parmi leurs effectifs ; certains départements n'en ont même pas, du fait des vacances de postes. Aucun recrutement n'a eu lieu en 2003, faute de candidat au sein des promotions universitaires, ce qui traduit un manque d'attractivité certain de la profession et doit inciter à sa revalorisation.

Cette situation des effectifs a inéluctablement des répercussions sur la disponibilité de ces personnels, par définition très sollicités.

En outre, au mois d'août 2003, nombre d'entre eux étaient en vacances : le professeur Lucien Abenhaïm évalue entre 100 et 125 les médecins inspecteurs en santé publique présents à cette période, soit moins du tiers de l'effectif global. Les capacités d'analyse des DDASS concernées en matière de santé publique en ont été affectées, ce qui peut expliquer leurs carences dans l'identification de la crise.

Les représentants des fonctionnaires de ces services mettent également en avant l'absence de réseaux sanitaires formalisés au niveau départemental avec les praticiens hospitaliers ou libéraux pour expliquer leurs difficultés à connaître tous les cas méritant d'être signalés aux organismes centraux du ministère de la santé. En l'occurrence, le médecin inspecteur du Morbihan a pu transmettre les informations qu'il avait collectées, grâce à ses bonnes relations avec le secteur hospitalier du département qui l'avait averti. Il semble donc nécessaire de favoriser le développement de ces réseaux à l'avenir.

En définitive, **les DDASS, pas plus que les administrations centrales du ministère de la santé, n'ont pu anticiper l'ampleur de la crise sanitaire qui a frappé le pays.** Malgré quelques signalements épars de

¹ Audition du 25 novembre 2003.

cas suscitant l'inquiétude, les services déconcentrés n'ont pas suffisamment relayé les signaux d'alerte susceptibles de mobiliser plus rapidement et plus fortement le système de santé publique dans son ensemble.

2.- Une direction générale de la santé (DGS) inconsciente de la gravité de la situation

La DGS est chargée de missions de santé publique, de sécurité sanitaire, et d'amélioration de la qualité des services de santé. Depuis la mise en place des agences de veille et de sécurité sanitaire, elle a dû transférer des experts en santé environnementale et en biométéorologie, notamment à l'InVS et à l'AFSSE. Ce faisant, elle a été privée de précieuses capacités d'analyse, ce qui peut expliquer en partie pourquoi elle n'a pas saisi la nature véritable de l'épidémie qui frappait le pays en août 2003. On observera pourtant que c'est le docteur Yves Coquin, responsable du service prévention, programmes de santé et gestion des risques et ayant à ce titre autorité sur la sous-direction de la gestion des risques des milieux et sur le bureau de l'alerte et des problèmes émergents, c'est-à-dire un médecin censé être très au fait de la détection des risques sanitaires, qui assurait l'intérim du professeur Abenhaim à partir du 4 août.

Il ressort des chronologies établies par l'ensemble des services du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, que la DGS a eu connaissance de plusieurs cas de décès par hyperthermie, entre le 6 et le 8 août.

Le 6 août, la DDASS du Morbihan lui signale trois morts par hyperthermie de sujets jeunes. Le lendemain, la DDASS de Paris mentionne à nouveau un décès par coup de chaleur. Des échanges ont alors lieu avec le cabinet du ministre de la santé au sujet d'un communiqué de presse sur l'impact sanitaire des conditions météorologiques du moment, lequel sera diffusé le lendemain. Le vendredi 8 août, la DGS est à nouveau saisie d'informations alarmantes, la DDASS des Hauts-de-Seine évoquant l'apparition de décès en institutions, ce qui l'incite à prendre enfin contact avec le SAMU de Paris, la brigade de sapeurs pompiers et l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Constatant une augmentation de l'activité des services de secours, elle décide alors de saisir l'InVS pour mettre en place une surveillance des décès liés à la chaleur.

Cette accumulation de signes n'a apparemment pas inquiété outre mesure les services de la DGS, qui doivent pourtant interpréter les phénomènes qui touchent à l'état sanitaire de la population et en aviser le cabinet de leur ministre de tutelle.

Tel est du moins ce qui ressort du témoignage de M. Marc Payet, journaliste du Parisien qui a relaté à la commission que c'est son collègue de permanence le 9 août, M. Charles de Saint-Sauveur, qui a attiré l'attention d'Yves Coquin sur la gravité de la situation : « *En fait, c'est plutôt mon collègue qui l'informe, se faisant l'écho des informations recueillies auprès des SAMU. "Je lui dis que ça semble très grave", explique Charles de Saint-Sauveur. Yves Coquin lui fait part de sa "surprise" : "Oui, j'ai eu quelques échos, mais je me préoccupe plus de la situation de la légionellose à Montpellier". Charles de Saint-Sauveur lui répète ce que lui disent les médecins du SAMU, évoquant eux-mêmes une situation de crise. M. Coquin indique qu'il a sollicité l'Institut national de veille sanitaire, mais "qu'il ne pense pas que nous soyons face à une situation de crise sanitaire". Il lâche cependant en fin d'entretien cette phrase qui sera largement reprise : "Nous aurons une bonne idée [du bilan] dans le courant du mois de septembre, mais je crains déjà une très importante vague de décès : sans doute plusieurs centaines, malheureusement." »¹.*

De tels propos ne concordent d'ailleurs pas complètement avec ceux tenus par Yves Coquin devant la commission, ce dernier affirmant : « *j'ai longuement parlé, l'après-midi, avec le journaliste du Parisien, qui m'a d'ailleurs téléphoné à deux reprises pendant le week-end ; j'ai insisté auprès de lui sur le fait que la canicule entraînerait de nombreux décès.*

(...) Je doute qu'il vous dise que j'ai cherché à minimiser la situation. Par ailleurs, il apparaît que je suis le premier, et le seul à cette époque, à avoir annoncé, le samedi 9 août, que la vague de chaleur pouvait entraîner plusieurs centaines de décès. »².

Pour mémoire, on rappellera que les chiffres de l'INSERM montrent que le 8 août au soir, la canicule avait déjà causé 3 908 décès en excès. En outre, aucune véritable recherche sur les données scientifiques existantes concernant les vagues de chaleur, en France ou à l'étranger (ne serait-ce qu'au sein de la bibliographie des Centers of disease control – CDC) n'a été entreprise à ce moment là³. Il est vrai que les effectifs de la DGS s'élevaient à 226 personnes (62,1 % de l'effectif total), dont 47 cadres (58,7 % de l'encadrement), entre le 1^{er} et le 8 août, et qu'ils sont passés à 168 personnes (46,2 % du total), dont 39 cadres (48,8 % de l'encadrement), du 11 au 15 août. Cette impression est d'ailleurs largement

¹ Audition du 13 janvier 2004.

² Audition du 13 janvier 2004.

³ alors que le mail adressé à M. Coquin par M. William Dab, alors conseiller technique au cabinet du ministre de la santé, les mentionne expressément.

partagée par M. Charles de Saint-Sauveur, qui a trouvé Yves Coquin « *bien seul* », selon Marc Payet.

ÉTAT DES EFFECTIFS PRÉSENTS À LA DGS ENTRE LE 1^{ER} ET LE 22 AOÛT 2003

Catégories	Effectif total	Effectifs présents					
		Du 1 ^{er} au 8 août		Du 11 au 15 août		Du 18 au 22 août	
		Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %
Agents	244	179	73,4 %	129	52,9 %	144	59,0 %
Cadres	80	47	58,7 %	39	48,8 %	42	52,5 %
TOTAL	364	226	62,1 %	168	46,2 %	186	51,1 %

Source : DGS.

Lors de son audition, le professeur Lucien Abenhaïm, directeur général de la DGS au moment des faits, a mis en avant plusieurs arguments pour expliquer cette relative inertie, mais ils semblent autant d'erreurs d'analyse.

Selon lui, le seuil des températures considéré comme dangereux était inadéquat pour un pays au climat réputé tempéré comme la France. Le professeur Abenhaïm a ainsi beaucoup insisté sur la notion de modèle inadapté¹.

Certes, la température atteinte en France était sans doute en deçà du seuil de danger habituellement utilisé. Mais il est plus que regrettable que le principal responsable de la santé publique attende que les phénomènes s'accordent à ses modèles pour qu'il réagisse. Il n'est pas interdit à un expert scientifique, si reconnu soit-il au plan international, de faire preuve d'un élémentaire bon sens. Toute personne à Paris en ce début du mois d'août trouvait la chaleur insupportable.

De même, le signalement de cas, même peu nombreux, mais tout à fait inhabituels, aurait dû faire passer au second plan les interrogations quelque peu hermétiques pour tout un chacun sur le caractère endémique ou épidémique de la situation...

Enfin, il est fâcheux que les difficultés rencontrées par les urgences hospitalières aient été considérées comme résultant d'un problème de lits ponctuel, sans relation particulière avec le contexte climatique.

La gravité de la situation apparaît pleinement à la DGS le 11 août après-midi (alors que la surmortalité cumulée du phénomène approche des

¹ Audition du 17 décembre 2003.

8 000 décès), du fait d'informations convergentes émanant des funérariums (saturés) et des médecins urgentistes de l'AP-HP (dont un représentant, le docteur Pelloux, avait évoqué une cinquantaine de décès non naturels devant la presse la veille). Le docteur Yves Coquin adresse un point de situation, le 11 août à 10 heures 01, à la directrice adjointe du cabinet du ministre de la santé, Mme Anne Bolot-Gittler, de retour de vacances : « *La DGS a reçu vendredi dernier – pour la première fois depuis le début de la vague de chaleur – des appels de DASS signalant des décès par coup de chaleur chez les personnes hospitalisées, ou en institution. Nous avons essayé de faire le point rapidement avec le SAMU de Paris, les pompiers, ... ce qui nous a confirmé que les 48 dernières heures avaient constitué un tournant, mais que la situation était maîtrisée.*

J'ai demandé à l'InVS de mettre en place d'urgence un système de recueil et d'analyse de ces cas et je dois faire le point avec eux en fin de matinée.

(...) J'ai également discuté avec un journaliste du Parisien et une journaliste de l'AFP ce week-end (le numéro du Parisien de ce matin est très correct) et mes propos à l'AFP retransmis par plusieurs radios ce matin m'ont paru correctement relatés. ».

A vrai dire, il paraît assez surprenant que le cabinet du ministre ait reçu, le 11 août, un état des lieux correspondant à la situation qui prévalait trois jours plus tôt, sans mise à jour au matin du 11 août.

Au même moment se déroule une réunion interne à l'AP-HP, à laquelle la direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS) est associée à sa demande ; le directeur général par intérim de la DGS n'y assistait pas, alors que le cabinet le lui avait expressément suggéré.

Ce faisant, la corrélation des informations n'a pu être optimale, ce qui a inévitablement accru le décalage entre l'analyse des faits par les services du ministère de la santé et la réalité vécue sur le terrain. Une réunion entre services du ministère de la santé a lieu un peu après, en présence cette fois-ci de toutes les administrations concernées ; la DGS y est chargée de mettre en place un numéro vert, ce qui sera fait.

Le professeur Lucien Abenhaïm prend la décision de rentrer à Paris le mardi 12 août. Le lendemain, l'ampleur de la crise commence à être mieux perçue, mais seulement sur la base des estimations des Pompes funèbres générales. Celles-ci avoisinent 3 000 décès en excès (ils s'élèvent en fait, selon l'INSERM, à 12 450). C'est dire à quel point les différents mécanismes d'alerte n'étaient pas paramétrés pour déceler une crise sanitaire en rapport

avec le contexte environnemental. Il est désormais trop tard ; l'essentiel du drame est passé.

Au total, la mission d'expertise et d'évaluation conduite par le docteur Françoise Lalande, parlera d'une « *activité intense, mais peu ordonnée* »¹ pour qualifier les actions de la DGS au cours de la canicule. Il est vrai qu'elle a dû traiter de nombreux problèmes en rapport plus ou moins direct avec la vague de chaleur de l'été (impact des délestages électriques sur les personnes vulnérables, transport et accueil des corps des personnes décédées dont le nombre excédait les capacités des chambres funéraires des établissements hospitaliers et de l'institut médico-légal, entre autres). Il n'empêche que ses services n'ont pas été suffisamment réactifs, surtout aux premiers jours de la crise.

En outre, contrairement à une suggestion du professeur William Dab, alors conseiller au cabinet du ministre de la santé, à aucun moment le système de diffusion des alertes « DGS-Urgent » ne sera activé pour sensibiliser les médecins libéraux au risque lié aux fortes chaleurs. Même s'il n'était pas encore complètement opérationnel, il aurait au moins pu être employé pour alerter les DDASS le 8 août, au lieu de transmettre par fax un communiqué de presse qui, de l'aveu des fonctionnaires de terrain rencontrés par le Président et le Rapporteur de la commission lors de leur déplacement à Orléans, le 29 janvier 2004, n'a pas été considéré comme urgent faute d'être transmis par la voie prévue à cet effet.

B.- DES INTERVENANTS PÉRIPHÉRIQUES SANS RELAIS

Le système de veille et d'alerte sanitaire est resté cantonné aux services supposés posséder l'expertise en matière de santé publique. Or, la crise de la canicule a démontré que des acteurs non directement impliqués dans la veille sanitaire peuvent contribuer efficacement à cette mission.

1.- Les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)

Les sapeurs-pompiers ont été, avec les personnels des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), impliqués au plus près de l'assistance aux victimes, voire du dénombrement des personnes décédées. Il

¹ Rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, conduite par le docteur Françoise Lalande, publié en septembre 2003, p. 21.

est donc surprenant qu'ils aient été maintenus à la périphérie du système d'alerte sanitaire, au motif qu'ils ne pouvaient avoir qu'une vision incomplète des phénomènes qu'ils observent mais dont ils n'ont pas pour mission d'analyser les causes.

Il est vrai que tous les SDIS n'ont pas interprété l'évolution du nombre de leurs interventions comme la manifestation d'un problème sanitaire grave, du moins à en croire les réponses que la commission d'enquête a reçu aux questionnaires qu'elle avait envoyés. A titre d'exemple, alors que celui de la Nièvre a enregistré une évolution notable des secours à victimes, de l'ordre de 322 entre le 4 et le 18 août 2003 contre 230 en moyenne sur la même période les trois années précédentes (soit une hausse de 40 %), il souligne de manière quelque peu paradoxale : « *L'activité opérationnelle étant normale, il n'a pas été apprécié de gravité sanitaire* ».

Cependant, si ce genre de commentaires revient souvent dans les retours d'expérience des SDIS, il n'est pas unanime, comme le montre cet extrait de la réponse du SDIS d'Indre et Loire, un département très touché par la canicule : « *Le lundi 11 août 2003, suite à plusieurs décès pendant le week-end (environ une vingtaine de morts), le SDIS s'est aperçu de la gravité sanitaire liée à la canicule.* ».

Le cas de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, qui a constaté un accroissement notable de son activité de secours à victimes et d'assistance à personnes dès le 5 août, est encore plus éclairant. Dans son rapport chronologique sur la canicule ¹, le directeur de cabinet du préfet de police de Paris, le préfet Michel Lalande, indique que : « *A partir du 5 août, le Cabinet du Préfet de Police décide de suivre tout particulièrement l'activité opérationnelle (notamment le secours à victimes) des services de secours, qu'ils soient police ou sapeurs-pompiers* ».

Mais cette évolution n'appelle alors pas d'inquiétude particulière, les périodes estivales étant toujours marquées par un regain d'activité d'assistance des sapeurs-pompiers. Les 6 et 7 août, la tendance à l'accroissement de l'activité de secours à victimes s'amplifie. Dans son rapport sur les effets de la canicule, rédigé le 22 août à l'attention du préfet de police, le général Jacques Debarnot, alors commandant de la brigade des sapeurs pompiers de Paris, souligne d'ailleurs que : « *Le nombre de victimes décédées dû à la chaleur croît à partir du 7 août* ».

EVOLUTION DU NOMBRE D'INTERVENTIONS DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS

¹ Voir à ce sujet le document publié dans le rapport d'information n° 1091, tome 2, volume 2, p. 556 à 561.

EN FAVEUR DE VICTIMES SUR LA VOIE PUBLIQUE

	Assistances à personnes	Secours à victimes
Vendredi 1 ^{er} août	37	688
Samedi 2 août	53	613
Dimanche 3 août	42	597
Lundi 4 août	38	709
Mardi 5 août	77	743
Mercredi 6 août	71	820
Jeudi 7 août	87	917
Vendredi 8 août	70	1 000
Samedi 9 août	73	899
Dimanche 10 août	72	863
Lundi 11 août	81	1 324
Mardi 12 août	93	1 644
Mercredi 13 août	92	1 366
Jeudi 14 août	59	878
Vendredi 15 août	45	634
Samedi 16 août	70	642
Dimanche 17 août	50	582

Source : rapports quotidiens de la brigade des sapeurs pompiers de Paris.

L'audition conjointe de ce général et du commandant Jacques Kerdoncuff ¹, ancien officier de presse de la brigade, a permis à la commission d'acquérir la conviction que les sapeurs-pompiers parisiens prennent alors conscience du caractère anormal de la situation.

Mais leurs signaux d'alarme, susceptibles d'éveiller l'attention des populations, ne seront pas exploités par les autorités en charge de la sécurité civile. Considérant que la brigade de sapeurs-pompiers de Paris n'a pas la mission ni les moyens de recenser avec fiabilité et de manière exhaustive les décès par hyperthermie, le chef de cabinet du préfet de police donnera pour consigne, le 8 août, à l'issue de deux appels téléphoniques passés à 17 heures 53 et 18 heures 07, d'« éviter une dramatisation inutile de la situation en évoquant directement un nombre incertain de 7 morts » et de « poursuivre, compte tenu du risque, et de manière répétée, le maximum de conseils de prévention » ².

Lors de son audition par la commission d'enquête, le préfet de police de Paris, M. Jean-Paul Proust, a justifié cette décision ³.

¹ Audition du 5 novembre 2003.

² Extraits d'une note interne adressée au préfet de police de Paris, le 20 septembre 2003.

³ Audition du 29 octobre 2003.

Cette attitude de prudence n'a pas été uniquement le propre de la préfecture de police de Paris, comme le souligne cet extrait de la réponse adressée par le SDIS des Pyrénées orientales à la commission d'enquête : « *Compte tenu du contexte médiatisé, des contacts ponctuels ont été réalisés avec la Préfecture (plusieurs décès le même jour). Une directive de vigilance a été donnée par le Préfet.* ».

En tout état de cause, il semble que, au moins dans le cas de Paris, en agissant de la sorte, les autorités préfectorales aient manqué une bonne occasion de déclencher l'alerte à un moment qui aurait sans doute permis de limiter les conséquences dramatiques de la canicule sur la région la plus peuplée de France. De surcroît, cette démarche a certainement conduit les sapeurs-pompiers à observer une certaine réserve sur les décès constatés, y compris vis-à-vis de leurs autorités de tutelle, car le bilan des décès recensés, toutes causes confondues, à Paris et dans la petite couronne, du 1^{er} au 15 août 2003, montre clairement une évolution anormale à partir du 7 août.

**EVOLUTION DU NOMBRE DE DÉCÈS CONSTATÉS
PAR LA BRIGADE DES SAPEURS-POMPIERS DE PARIS
DU 1^{ER} AU 15 AOÛT 2003**

	Paris	Petite couronne	TOTAL
Vendredi 1 ^{er} août	6	12	18
Samedi 2 août	8	7	15
Dimanche 3	9	9	16
Lundi 4 août	7	14	21
Mardi 5 août	9	8	17
Mercredi 6 août	6	12	18
Jeudi 7 août	18	29	47
Vendredi 8 août	14	48	62
Samedi 9 août	24	37	61
Dimanche 10 août	18	31	49
Lundi 11 août	45	76	121
Mardi 12 août	92	130	212
Mercredi 13 août	98	129	227
Jeudi 14 août	52	55	107
Vendredi 15 août ⁽¹⁾	7	12	19

⁽¹⁾ Chiffres non consolidés.

Source : synthèse de la zone de défense du dimanche 17 août 2003

Le directeur de cabinet du préfet de police de Paris soulignant, dans son rapport sur les événements, que « *Jusqu'au lundi 11 août inclus, aucune information ou analyse prospective de quelque service que ce soit ne permet au Cabinet du Préfet de Police d'imaginer l'incidence de la canicule sur la mortalité* », il est possible de déduire que l'ensemble des informations (activité des sapeurs-pompiers, nombre de décès constatés, températures) n'a pas été suffisamment corrélé.

A l'avenir, **il serait souhaitable que les sapeurs-pompiers participent plus activement au réseau de veille sanitaire, et pas seulement par la fourniture de données statistiques.** Leur proximité avec les victimes en fait bien souvent une source d'information très pertinente, même si elle ne saurait se suffire à elle seule, comme le montrent les données recueillies par la commission grâce à ses questionnaires. En l'occurrence, l'évolution des secours à victimes mériterait d'être suivie de plus près par les organismes en charge de la veille sanitaire, d'autant qu'elle recouvre des catégories aussi significatives que : « *malaise à domicile* », « *malaise au travail* », « *malaise voie publique* » ou encore « *personne ne répondant pas aux appels* », ce dernier critère ayant une utilité toute particulière pour les personnes isolées ¹.

2.- Les urgences hospitalières

La crise du mois d'août a souligné une fois de plus, si besoin en était, que les urgences hospitalières sont au cœur de l'identification des problèmes sanitaires majeurs.

En effet, les SAMU et les services d'urgence des établissements hospitaliers ont été parmi les premiers à faire face à l'apparition d'hyperthermies malignes et de décès associés.

Le docteur Patrick Pelloux, chef par intérim du service des urgences de l'hôpital Saint-Antoine au moment des faits et président de l'association des médecins urgentistes hospitaliers de France (AMUHF), a indiqué à la commission avoir perçu les premiers signes inquiétants de la vague de chaleur dès le 4 août ², les premiers cas d'hyperthermies liées à la canicule étant recensés dans la nuit du 5 au 6 août, avec le décès de deux personnes d'un certain âge et le traitement de l'hyperthermie maligne d'un sans domicile fixe assez jeune. Son homologue du centre hospitalier régional d'Orléans (CHRO), le docteur Philippe Martin, a constaté une augmentation très sensible des afflux à son service à partir de la même période. Le 7 août, le professeur Pierre Carli, chef du SAMU de Paris, prend connaissance de cas de coup de chaleur chez des personnes assez jeunes. Il analyse le phénomène sur le plan statistique dès le 8 août et met à jour la corrélation entre l'augmentation de la fréquentation des urgences par les personnes âgées et les conditions météorologiques ³. Le même jour, le SAMU de l'Essonne signale

¹ En fait, comme ses homologues de province, la brigade des sapeurs-pompiers de Paris recense cette catégorie de signalements (900 entre le 4 et le 18 août 2003), mais leur traitement statistique nécessite des délais. Il semble nécessaire de remédier à ce problème, car il s'agit là d'un critère qui pourrait se révéler très utile en termes d'alerte.

² Audition du 2 décembre 2003.

³ Audition du 9 décembre 2003.

à la DDASS du département 8 décès au sein d'une même maison de retraite. Corrélés, tous ces éléments auraient pu donner un aperçu assez éclairant de la catastrophe en cours.

L'accroissement des passages aux urgences était le plus souvent sensible en volume, mais pas toujours. Ainsi, alors que les urgences de l'AP-HP ont enregistré 9 % de passages de plus en août 2003 par rapport à l'année antérieure, les statistiques des urgences du CHR d'Orléans sont restées stables. Cependant, d'un point de vue qualitatif, les personnes âgées étaient plus nombreuses à consulter les services hospitaliers : à titre d'illustration, le nombre de passages des personnes de plus de 75 ans aux urgences du CHR d'Orléans a cru de 37 % en août 2003 par rapport à 2002.

De surcroît, les hospitalisations consécutives à ces passages étaient souvent plus nombreuses qu'en temps normal. Le tableau ci-dessous en offre un aperçu pour des établissements situés dans des régions différentes.

**VARIATION DES ADMISSIONS DES SERVICES D'URGENCES
D'HÔPITAUX ISSUS DE RÉGIONS DIFFÉRENTES**

	2002	2003	Variation (en %)
Cochin – Saint Vincent de Paul (AP-HP, Paris), du 4 au 18 août	1 045	1 384	+ 32,4 %
Timone (AP-HM, Bouches-du-Rhône), du 4 au 18 août	1 325	1 557	+ 17,5 %
Centre hospitalier de Moulins (Allier), du 4 au 19 août	285	476	+ 67,0 %
Centre hospitalier de Loudun (Vienne), du 4 au 18 août	292	420	+ 43,8 %
Centre hospitalier de Châteauroux (Indre), du 4 au 18 août	364	445	+ 22,2 %

Sources : AP-HP, AP-HM, DDASS des départements concernés.

Autrement dit, l'afflux de personnes aux urgences concernait des cas graves, nécessitant des soins immédiats. Parallèlement, l'activité de régulation des centres 15 connaissait une intensification notable, révélatrice elle aussi de sérieuses difficultés. Cette augmentation par rapport à la période de référence, en 2002, a avoisiné 72 % au CHR d'Orléans sur la totalité du mois d'août, 30,4 % au centre hospitalier de Châteauroux sur les 20 premiers jours du même mois, et 16 % au CHU de Dijon du 1^{er} au 17 août.

La DHOS, la direction générale de l'AP-HP, celle du CHR d'Orléans, alertées le 7 août, entretiennent des contacts réguliers avec

différents services d'urgence. A Paris, cette démarche conduira le secrétaire général de l'AP-HP à prendre, le 8 août, des mesures « *de type plan blanc* » (report des hospitalisations programmées, ouverture de lits de réanimation notamment). A Orléans, la direction générale de l'établissement décidera le même jour la réouverture de 15 lits de médecine et elle signera une convention avec la base aérienne de Bricy pour la mise à disposition temporaire de deux infirmiers militaires, en renfort pour les personnels des urgences.

Il faut dire que la situation devient rapidement préoccupante, comme l'illustre cet extrait de la garde administrative de l'AP-HP pour le vendredi 8 août : « *19 h : appel du Dr DELPECH SAMU de Paris pour signaler l'indisponibilité de lits de réanimation médicale à l'AP-HP et hors AP-HP en région parisienne* ». Ce même document mentionne les difficultés des funérariums dès le lendemain, 9 août : « *12 h 45 : appel de l'hôpital Louis Mourier, Mr Therre qui signale la demande d'une maison de retraite pour accueillir une patiente décédée en chambre mortuaire, les funérariums étant complets* ». A Orléans, les funérariums du CHR sont eux aussi saturés et les services très sollicités.

Le 10 août, le docteur Patrick Pelloux rend ses préoccupations publiques, à travers un entretien publié dans l'édition du Parisien et, le soir même, au journal télévisé de TF1. Parallèlement, le SAMU de Paris attire l'attention de la direction générale de l'AP-HP sur la nécessité d'informer les personnels des maisons de retraite sur l'hyperthermie ; cette information sera relayée le jour même par le canal de la DDASS de Paris. Le lendemain, une réunion de crise est convoquée au siège de l'AP-HP à 10 heures. Il y sera décidé de mettre en place un plan d'action chaleur extrême (PACE), mesure intermédiaire précédant le plan blanc. Ce plan est complété par un protocole établi par le SAMU de Paris concernant les mesures de protection contre les coups de chaleur à l'attention des personnels s'occupant des personnes âgées, invalides ou alitées.

Cette période coïncide également avec le pic d'activité des services d'urgence des hôpitaux de province. Du 11 au 14 août, ils traitent un afflux considérable de victimes, souvent âgées, dans des conditions matérielles difficiles. La chronologie établie par la DHOS à ce sujet évoque des « *difficultés amplifiées les mardi 12 et mercredi 13 août* ». Et ce document de souligner : « *La plupart des régions ont alors enregistré des augmentations significatives (10 % à 50 %) du nombre de passages aux urgences et des hospitalisations, qui ont souvent dépassé les 20 % habituels ainsi que la mortalité. La région Ile-de-France est en situation très difficile du fait du blocage de la chaîne d'aval de l'hospitalisation.* ». La situation s'améliore à

partir du 14 août, l'afflux de patients décroissant aussi rapidement qu'il était apparu.

Les personnels des urgences ont ainsi fait face à une crise grave, dont ils sont quasiment les seuls à avoir souligné les premiers signes dès l'origine. Il est dommage que leur alerte n'ait produit ses effets qu'au niveau des structures hospitalières et qu'elle n'ait pas davantage été relayée au sein du ministère de la santé, auprès de la DGS et de l'InVS notamment. Tous les professionnels entendus ont insisté sur le fait qu'il ne leur appartenait pas d'entrer directement en contact avec ces administrations, à l'instar du professeur Pierre Carli, qui a tenu les propos suivants : « *vous me faites remarquer que je n'ai appelé ni la DGS, ni la DHOS, ni l'InVS. Effectivement, je ne l'ai pas fait, parce qu'un chef de service n'a pas de contact direct avec la tutelle, ce n'est pas la procédure ; par ailleurs, je n'avais pas de numéros personnels pour le faire.* »¹

Cette attitude peut se comprendre mais dénote tout de même un dysfonctionnement plus global du circuit de l'information au sein du système sanitaire. En tout état de cause, **un suivi plus attentif de l'activité des services d'urgence et des centres d'appel numéro 15 qui, à la différence du numéro 18, donnent lieu à une transcription des suites médicales des communications, s'avère désormais nécessaire**².

On peut également déplorer que, faute de place dans les services d'aval, les patients aient dû être pris en charge à même les brancards, dans des conditions de promiscuité et d'inconfort proches de ce qu'un médecin urgentiste de province, rencontré par le Président et le Rapporteur de la commission, a qualifié de « *médecine du Tiers-monde* ». A cet égard, il n'est pas possible de se satisfaire des conditions matérielles dans lesquelles la crise a dû être gérée, y compris par respect pour les personnels qui ont fait preuve d'un très grand dévouement.

3.- Les services funéraires

¹ Audition du 9 décembre 2003.

² Les numéros 15 et 18 sont deux terminaux téléphoniques reliés, pour le premier, au SAMU départemental et, pour le second, au SDIS. Ils permettent de solliciter une intervention des secours, le 15 étant plus particulièrement dédié aux interventions médicales urgentes alors que le 18 sert également aux interventions pour incendies. L'éventualité d'une fusion des deux numéros a été évoquée, mais elle ne recueille pas l'adhésion des professionnels concernés, les médecins du SAMU considérant que le numéro 15 garantit le caractère confidentiel des informations médicales et facilite l'appréciation de la gravité de l'état des personnes au bout du fil. La solution semble donc plutôt résider dans une interconnexion plus cohérente des deux numéros, tout en conservant leurs spécificités réciproques.

Les opérateurs funéraires (responsables des chambres funéraires des hôpitaux et pompes funèbres) sont certainement parmi ceux qui ont mesuré le plus justement et le plus rapidement l'ampleur du drame de la canicule. L'explication tient au fait qu'ils ont constaté très concrètement une intensification de leur activité, en liaison avec le contexte climatique.

Le rapport de la mission d'information et d'évaluation sur les conséquences de la canicule à Paris montre que la situation a commencé à être perceptible au même moment que les premières alarmes émanant des services d'urgence hospitaliers : « *Les premiers signaux d'alerte dans l'activité apparaissent le 7 août, comparables à des pics connus en saison hivernale. Entre le 8 et le 11 août, l'activité de la SEM funéraire décuple par rapport à la normale.* » ¹. La saturation des chambres funéraires des hôpitaux se généralise le 9 août. La main-courante de la garde administrative de l'AP-HP du 8 au 11 août mentionne en effet, ce jour là, la saturation des funérariums des hôpitaux Louis Mourier, Georges Pompidou et Broussais. Au même moment, le funérarium du CHR d'Orléans atteint la limite de ses capacités, soit 32 places, si bien que l'établissement est obligé de recourir aux chambres froides de ses anciennes cuisines, tout juste arrêtées : cette initiative exceptionnelle permettra d'accueillir jusqu'à 57 corps les 14 et 15 août.

La DGS n'entreprend d'obtenir des précisions des opérateurs funéraires, notamment des Pompes funèbres générales (PFG), filiale du groupe OGF, que dans la journée du 11 août. Il lui est indiqué que les chambres funéraires et les funérariums sont confrontés à une sérieuse augmentation de leur activité, ce qui l'incite à rédiger un communiqué de presse diffusé le lendemain.

Des données seront recueillies plus précisément le 13 août, conduisant, faute d'indications plus pertinentes, comme l'a d'ailleurs reconnu le docteur Yves Coquin, à une première évaluation du chiffre de 3 000 décès dus à la canicule : « *Avec certains de nos collaborateurs, nous avons téléphoné, excédés de ne pas obtenir d'informations épidémiologiques, à différentes entreprises de pompes funèbres pour rassembler un certain nombre de données. Le problème, c'est que ces entreprises ont des succursales quasiment indépendantes et qui ne font remonter les données au siège central qu'en fin de semaine, si ce n'est en fin de mois.*

¹ Mission d'information et d'évaluation sur les conséquences de la canicule à Paris, rapport définitif, novembre 2003, p. 30.

Lorsque nous avons examiné ces données, avec Lucien Abenhaïm, le mercredi après-midi, nous avons compris que nous avions complètement changé d'échelle : nous ne devons plus nous attendre à quelques centaines de morts, mais certainement à un nombre largement au-delà du millier ! »¹.

Or, à cette même date, l'institut médico-légal de Paris, d'une capacité de 450 places, ne peut déjà plus accueillir de corps. Il sera même fermé le 13 août à 18 heures, jusqu'au 14 août à 14 heures, pour des raisons de salubrité. La société d'économie mixte funéraire de Paris, placée sous l'autorité opérationnelle du préfet de police en de telles circonstances, fait elle aussi face à un débordement de ses capacités, ce qui oblige à des renforts en effectifs et à des recrutements exceptionnels qui porteront ses personnels de 20 à 60. Il est vrai que ces derniers ont effectué, selon la mission d'évaluation de la ville de Paris, « 927 transferts de corps contre 133 en temps ordinaire, dont 364 enlèvements dans les appartements dans des conditions épouvantables »². En outre, le service des cimetières a procédé à 1 441 inhumations, soit le double du mois d'août 2002.

Cette suractivité, que certains opérateurs funéraires ont même filmée³ tellement elle leur paraissait surréaliste, était le signe manifeste d'un drame, d'une situation très anormale. Et pourtant, les services responsables de la sécurité sanitaire n'en ont eu connaissance que tardivement, personne n'ayant vraiment imaginé, jusqu'à ce mois d'août 2003, que le secteur funéraire puisse avoir un quelconque intérêt pour l'identification d'un risque pour la population.

Avec la canicule, les services funéraires ont démontré qu'ils peuvent être un instrument d'évaluation utile, au service de l'alerte sanitaire.

Ce n'est sans doute pas un hasard, d'ailleurs, si l'estimation d'une surmortalité de plus de 13 000 décès, qu'ils ont rendue publique peu après les événements, n'est pas éloignée de celle l'INSERM, donnée un peu plus tard. Il conviendra donc d'en tenir compte à l'avenir pour l'élaboration d'un système d'alerte plus perfectionné.

Dans l'ensemble, les mesures nécessaires à la résorption de la crise funéraire, surtout au niveau de l'agglomération parisienne, ont été prises à

¹ Audition du 17 décembre 2003.

² Mission d'information et d'évaluation sur les conséquences de la canicule à Paris, rapport précité, novembre 2003, p. 32.

³ France 2, « Envoyé spécial, La Mort en face », 4 décembre 2003.

partir du 12 août : installation d'une tente funéraire à Longjumeau à cette date ; réquisition d'un entrepôt réfrigéré de Rungis et ouverture d'un site à Ivry pour stationner des camions réfrigérés adaptés à la conservation des corps le 14 août ; réquisition de 5 véhicules réfrigérés en froid négatif sur Paris le 16 août. Il était malheureusement trop tard pour prévenir le drame.

C.- UNE COMMUNICATION TARDIVE ET INADAPTÉE

Plusieurs actions de communication ont été décidées les 7 et 8 août, c'est-à-dire à un moment crucial puisque le nombre le plus important de victimes de la vague de chaleur a été constaté à partir du 11 août. Sachant que les effets physiologiques de fortes températures se manifestent deux jours après un coup de chaleur, c'est donc effectivement aux alentours du 8 août que, à défaut d'avoir suffisamment anticipé la crise, il était possible de la juguler.

Comme Météo France, le 7 août, qui attirait l'attention sur les risques encourus par les personnes les plus fragiles, la DGS diffuse un communiqué le 8 août à 16 heures 39, sous l'intitulé : « *Fortes chaleurs en France : recommandations sanitaires* ». Il est assez archétypal de la lourdeur de cette administration centrale. Il faut tout d'abord observer qu'il a fallu deux jours de négociations entre plusieurs services et le cabinet du ministre pour l'élaborer. Son contenu est affligeant, se bornant à rappeler les risques découlant de la chaleur (déshydratation, coup de chaleur et aggravation de maladies chroniques). Certes, des conseils de prévention de bon sens sont donnés, tels que « *porter des vêtements légers, amples, de couleur claire* », « *porter un chapeau* », « *éviter tout effort physique inutile* », « *éviter les expositions au soleil entre 12 et 16 heures* », « *augmenter sa consommation en eau, par prise régulière* » ou encore « *utiliser les douches et les bains pour se rafraîchir* ». Mais il ne fait aucunement référence aux personnes consommatrices de médicaments susceptibles de provoquer des accidents importants (neuroleptiques, antiparkinsoniens et diurétiques notamment), pas plus qu'il ne mentionne la nécessité de manger salé ou l'utilité de la climatisation.

Faut-il, dans ces conditions, s'étonner qu'il n'ait provoqué aucun retentissement dans les médias, ni de mobilisation des responsables sur le terrain ?

Les explications du 9 août du directeur général adjoint de la santé, le docteur Yves Coquin, à un journaliste du quotidien Le Parisien insistant sur le fait qu'il fallait s'attendre à « *plusieurs centaines* » de décès, n'y ont rien changé.

Les sapeurs-pompiers ont eux aussi engagé quelques actions de communication lors de ces jours cruciaux. Le 8 août à 18 heures 51, un communiqué diffusé auprès de l'agence France presse (AFP) indique que les sapeurs-pompiers de Paris réalisent « *plus de 100 interventions quotidiennes pour des malaises dû à la chaleur* » et que, sur les sept premiers jours d'août 2003, ces interventions pour malaises liés à la chaleur (déshydratation ou coup de chaleur) ont avoisiné 1 798 sorties contre 1 180 interventions au cours de la même période en 2002. Lors de son audition conjointe avec le général Jacques Debarnot, le commandant Jacques Kerdoncuff, ancien responsable de la communication de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, a apporté les précisions suivantes : « *Concernant le communiqué de l'AFP, ce n'est pas l'AFP qui a fait une demande. Etant donné que j'appréhendais, ainsi que les médecins, la gravité de la situation, il fallait diffuser des conseils et je n'avais pas besoin de l'autorisation de la préfecture de police. C'est à mon initiative et à celle des médecins que nous avons décidé, pour toucher un maximum de public, de communiquer rapidement.* »¹.

Cette comparaison des nombres d'interventions entre le début du mois d'août 2003 et celui de 2002 est assez significative. Il est néanmoins regrettable qu'elle n'ait pas été transmise au cabinet du ministre de l'intérieur en lieu et place des chiffres de la seule année 2003, accompagnés de la mention « *Rien à signaler* ». Il n'appartient pas en effet au ministre de l'intérieur ou à ses collaborateurs d'effectuer d'eux-mêmes ce genre de comparaisons. Si la brigade des sapeurs-pompiers, qui visiblement disposait des données de l'année précédente avait correctement effectué son travail d'analyse, la perception de la situation au plus haut niveau du ministère aurait peut-être été changée.

Au cours de la même audition, il est également apparu à la commission que la brigade des sapeurs pompiers de Paris a suivi des consignes de prudence données le 8 août par le cabinet du préfet de police de Paris, dont la teneur était la suivante, selon le commandant Kerdoncuff : « *le message que j'ai entendu était de ne pas créer de psychose et de faire passer un message rassurant. Ce n'est pas à moi de donner un avis. Je n'étais que porte-parole, je ne faisais que passer le message.* ». La commission s'est étonnée du caractère contradictoire de ces instructions. En effet, il paraît difficile d'attirer l'attention du public, surtout en période estivale, lorsque l'on diffuse un message qui n'a rien d'alarmant. Il semblerait qu'au contraire, la révélation officielle des estimations, mêmes imparfaites, des sapeurs-pompiers de Paris aurait été de nature à mobiliser davantage les Français sur les précautions à prendre.

¹ Audition du 5 novembre 2003.

Ce choix est d'autant plus contestable qu'il sera réitéré deux jours plus tard, le dimanche 10 août.

Au total, il semble qu'une succession d'orientations rassurantes sur le plan de la communication ait porté préjudice à l'alerte de la population. Des choix inverses auraient peut-être permis d'infléchir le cours des événements ultérieurs.

Le plus surprenant est sans doute que, malgré l'accumulation de signaux inquiétants (au sein des hôpitaux notamment), cette communication rassurante perdurera jusqu'au 13 août. Ce n'est que lorsque les PFG ont révélé des chiffres importants, que l'idée d'un nombre de décès pouvant dépasser le millier a été évoquée et que l'ampleur de la catastrophe est apparue. La crise touchait alors à son terme sur le plan sanitaire.

III.– UNE CRISE SUBIE

C'est parce que la crise est survenue au mois d'août qu'elle a eu des incidences catastrophiques. Ce truisme mérite d'être rappelé : en août, les personnels des hôpitaux, des maisons de retraite, des administrations centrales et locales sont en grande partie en vacances et les tableaux de permanence bien peu remplis. Certes, des dispositifs de remplacement existent mais ils se révèlent souvent aléatoires : dans une maison de retraite, le fait de ne pas bien connaître les résidents est en soi une difficulté pour déceler leurs éventuels besoins.

De fait, des mesures d'adaptation ont été prises au fur et à mesure du déroulement de la crise sanitaire d'août, mais toujours avec un certain décalage. Comme l'a souligné M. Patrick Lagadec, directeur de recherche à l'école Polytechnique, le drame du mois d'août 2003 est aussi l'illustration des crises contemporaines, implanifiables, complexes et extrêmement rapides¹. En ce sens, la gestion de la crise a surtout révélé des problèmes organisationnels et « culturels », l'appareil administratif semblant calibré pour réagir principalement aux risques bien identifiés.

A.– DES ADMINISTRATIONS CLOISONNÉES

Les services impliqués dans le suivi des événements et la réponse sanitaire relèvent de plusieurs administrations : le ministère de la santé, de la

¹ Audition du 2 décembre 2003.

famille et des personnes âgées (pour ce qui concerne les aspects proprement sanitaires et hospitaliers), le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité ainsi que les services sociaux des communes et des départements (pour ce qui porte sur les aspects médico-sociaux et les personnes âgées), enfin le ministère de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales (pour ce qui a trait à la sécurité civile). L'action des pouvoirs publics a donc été mise en œuvre par le biais de ces multiples canaux. Or, la coordination de l'ensemble n'a pas été totalement efficace.

Les échanges d'informations entre administrations sont restés faibles. Il s'agit là d'une caractéristique bien française, dont M. Patrick Lagadec a analysé les ressorts en des termes très explicites : « *tout organisme confronté à de la surprise hors cadre aura tendance à déclencher des logiques de comportement affirmant d'abord des lignes de démarcation entre acteurs : (...) sur ce fond culturel, il faut que l'on soit déjà très avancé dans la crise, que les données soient à l'évidence déjà très graves, que des pressions de type médiatique ou autres soient déjà très fortes, pour que l'on établisse les passerelles nécessaires – dans une dynamique de réaction, de colmatage des brèches les plus larges* »¹.

1.- Des directions centrales du ministère de la santé trop hermétiques

L'efficacité du ministère de la santé dépend du degré de coordination de ses structures fonctionnelles (la DGS et la DHOS notamment) et des agences sanitaires relevant de sa tutelle (InVS, AFSSAPS, AFSSE, etc.). Le drame de la canicule démontre, hélas, combien il a été faible.

Le rapport de la mission d'expertise et d'évaluation conduite par le docteur Françoise Lalande est sur ce point on ne peut plus clair : « *la coopération des directions d'administration centrale entre elles sur cette affaire apparaît très faible. Chaque direction (DGS, DGAS, DHOS) a mis en place, avec les moyens du bord, un système d'information d'urgence ad hoc, sans relation ni mise en réseau avec les autres directions. La majorité des correspondants sont "verticaux" : le cabinet, les administrations déconcentrées ou le réseau personnel de chaque agent. Dans cette crise, le passage d'information horizontal d'une direction à l'autre a été réduit.* »².

¹ « La société française confrontée aux risques et crises en émergence. La canicule et au-delà : l'urgence de mutations décisives » ; M. Patrick Lagadec, 2 décembre 2003, p. 25.

² Rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, conduite par le docteur Françoise Lalande, publié en septembre 2003, p. 21.

La lecture des chronologies établies par les différentes directions ou agences du ministère conforte ce constat. La DGS reçoit des informations de certaines DDASS entre le 6 et le 8 août et prend contact avec l'AP-HP, les sapeurs-pompiers et le SAMU de Paris le 8 août, mais elle ne s'enquiert de la situation générale des urgences hospitalières auprès de la DHOS que le 10 août. On notera d'ailleurs sur ce point que la main courante de la DGS mentionne que la personne de garde au sein de la DHOS dit « *ne pas avoir d'information particulière et que les hôpitaux sont censés savoir quoi faire* ». Ce n'est que le lendemain, lundi 11 août, qu'une réunion de représentants de la DHOS et de la DGS est organisée au ministère de la santé, autour de la directrice adjointe du cabinet du ministre.

A partir de cette date, la coopération DGS-DHOS sera plus régulière, mais il n'est pas pour autant fait état de points de situation quotidiens entre les responsables de ces services. En outre, **il semble que l'information n'ait pas convenablement circulé entre ces administrations, même au plus fort de la crise**, du moins à en juger par les propos du docteur Coquin : « *le mercredi 13 août, (...) en début d'après-midi, j'ai quasiment arraché à la DHOS, qui m'a demandé de les tenir confidentielles, les données concernant les décès de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.* »¹.

Il apparaît pour le moins surprenant que deux services d'un même ministère ne s'échangent pas spontanément les informations qu'ils détiennent, surtout lorsqu'elles revêtent une importance sanitaire de premier ordre.

De même, aucun contact particulier entre la DHOS et l'InVS n'est mentionné par ces deux organismes. Pourtant, les informations recueillies par les urgences hospitalières étaient de nature à intéresser l'InVS et à permettre, de surcroît, une réaction plus rapide du dispositif de veille sanitaire.

En définitive, il apparaît assez clairement que les administrations du ministère de la santé n'ont pas adopté un mode de fonctionnement suffisamment coopératif et coordonné. Par manque d'un partage des informations, les membres du cabinet du ministre de la santé, et par voie de conséquence le ministre lui-même, n'ont pas pu disposer en temps réel d'une vision transversale reflétant pleinement la crise sanitaire qui touchait la France. Leur perception de la gravité de la situation a pu s'en trouver altérée.

2.- La sous-évaluation de la situation par le centre opérationnel de gestion interministérielle des crises (COGIC) et certaines préfectures

¹ Audition du 17 décembre 2003.

Le rôle du ministère de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales dans le déroulement de la crise n'a pas été secondaire, même s'il est passé au second plan médiatique. En effet, tant le COGIC, placé sous l'autorité du directeur de la défense et de la sécurité civile pour suivre une situation de crise et coordonner l'ensemble des moyens de secours (humains et matériels, locaux ou nationaux, public ou privés), que les préfetures étaient, théoriquement du moins, au cœur de l'action des services de l'Etat.

Un regard rétrospectif sur les événements de l'été 2003 montre que, en l'occurrence, ces administrations du ministère de l'intérieur n'ont pas toujours, elles non plus, pris rapidement la mesure des événements auxquels les services de secours étaient confrontés.

Pour ce qui concerne le COGIC, organisme pourtant censé disposer de connexions interministérielles et entretenir une relation étroite avec Météo France, il est pour le moins étonnant qu'il n'ait été informé de la gravité de la situation que par l'intervention télévisée du docteur Patrick Pelloux, chef des urgences de l'hôpital Saint-Antoine, le 10 août, et également grâce à une dépêche de l'AFP, alors même que les administrations centrales du ministère de la santé étaient mobilisées depuis au moins deux jours et que la DGS avait publié un communiqué le vendredi 8 août. La raison tiendrait au fait que les événements étaient davantage perçus comme une crise sanitaire que comme une crise de sécurité civile. C'est là oublier que les deux sont toujours étroitement liés.

A l'exception du cas de quelques départements (Meurthe et Moselle, Creuse, Puy de Dôme, notamment) où des cellules sécheresse associant tous les services concernés (pompiers, directions départementales de l'équipement mais aussi des affaires sanitaires et sociales) avaient été mises sur pied à titre préventif dès le mois de juillet, **la plupart des préfetures n'ont pas fait montre d'une très grande réactivité face à la crise**. Il est vrai que, juridiquement, les préfetures n'exercent pas la tutelle sur tous les organismes sanitaires des départements : si les DDASS accomplissent, sous l'autorité des préfets, des missions de suivi et de prévention sanitaires, les structures au cœur même du système de soins (hôpitaux, une partie des établissements pour personnes âgées, notamment) ne relèvent plus de la compétence des préfetures depuis les lois de décentralisation et la création d'agences régionales d'hospitalisation. Les représentants de l'Etat ne sont pas pour autant démunis : ainsi, le préfet des Hautes-Pyrénées a pris l'initiative de réunir dès le 5 août les chefs de service concernés par la gestion des conséquences de la canicule (sécheresse, qualité de l'eau, secours à victimes, accueil aux urgences) au sein d'une cellule chargée d'exercer un suivi hebdomadaire, comme cela a été indiqué à la commission par la DDASS de ce département.

Force est de reconnaître, néanmoins, que cet exemple est relativement isolé. A cet égard, le cas de la préfecture de police de Paris est tout à fait éclairant. Il ressort des rapports rédigés par MM. Michel Lalande et Pierre Lieutaud, respectivement directeur et chef de cabinet du préfet de police, qu'elle ne disposait d'aucun élément lui permettant de mesurer l'incidence de la canicule sur la mortalité avant le 11 août. Lors de son audition par la commission d'enquête, M. Jean-Paul Proust, préfet de police, a confirmé l'alerte tardive, pour ne pas dire incidente, de ses services : « *C'est en réalité suite à l'intervention de l'institut médico-légal que la préfecture de police a pris conscience de la gravité des problèmes, et non pas par l'augmentation du nombre de secours à victimes effectués par la brigade de sapeurs-pompiers sur la voie publique. C'est cette information de l'institut médico-légal, confirmée par les enquêtes que nous avons fait mener par les services de police, qui nous fait prendre conscience de l'ampleur de la crise en termes de surmortalité. Mais nous sommes déjà le 12 août.* »¹.

La préfecture de police se mobilise donc de manière importante à cette date seulement. D'ailleurs, ce n'est qu'à partir du 15 août que des patrouilles associant des policiers et des secouristes seront chargées de prendre contact dans les quartiers avec les personnes âgées et qu'une antenne d'appel sera constituée en direction des personnes âgées à domicile. Il est vrai que le centre d'action sociale de la ville de Paris (CAS-VP) n'a sollicité l'aide de la préfecture de police que le 13 août.

En fait, de nombreuses préfectures ne se sont pas alarmées outre mesure avant les 10 et 11 août, dates auxquelles la pression médiatique conjuguée à la mobilisation des services de l'Etat par le Gouvernement a commencé à produire ses effets.

Le bilan dressé par la DDASS d'Indre et Loire, département très touché, en offre une parfaite illustration : « *Dimanche 10 août : première alerte par le Sous Préfet de Loches (surmortalité constatée en maisons de retraite) ; Lundi 11 août 2003 : Mise en place d'une cellule de crise à la DDASS et transfert quotidien des informations à la cellule de crise de la préfecture pour remontée au niveau national.* »².

Certes, le communiqué de presse de la DGS du 8 août était parvenu aux DDASS dans l'après-midi, mais, en cette veille de week-end, il n'a pas

¹ Audition du 29 octobre 2003.

² Bilan et perspectives sur les conséquences de la canicule en Indre et Loire, DDASS d'Indre et Loire, 15 décembre 2003.

toujours été immédiatement relayé, comme l'illustre cet extrait de la chronologie des actions de la DDASS de la Nièvre, issu du document que cette dernière a fait parvenir à la commission : « *Le 8 août (vendredi) : le communiqué de presse de la DGS rappelant les recommandations sanitaires en cas de fortes chaleurs parvient à la DDASS à 16 H 30. Ce document sera traité en urgence le 11 août au matin. Le 11 août au matin (lundi) : la DDASS adresse le document de la DGS par fax à toutes les administrations, centres hospitaliers et maisons de retraite.* ». Si, à plusieurs reprises, il s'est ainsi écoulé trois jours entre le premier message officiel de la DGS et sa diffusion par les administrations déconcentrées aux structures sanitaires concernées, il convient tout de même de redire, à la décharge des DDASS, que le communiqué de la DGS n'insistait pas suffisamment sur le caractère urgent de sa diffusion et ne constituait pas une alerte à proprement parler ¹.

Ce décalage par rapport à l'évolution de la crise sanitaire a perduré puisque, à compter du 11 août, l'attention a principalement été focalisée sur les mesures nécessaires pour soulager les services de secours et d'urgence des hôpitaux alors que se posait aussi avec acuité le problème du placement des corps des victimes décédées.

C'est ainsi que, alors que le préfet du Val de Marne déclenchait le plan blanc pour les établissements hospitaliers de son département le 12 août, la mairie de l'Haÿ-les-Roses constatait le lendemain, dans un courrier, qu'« *aucune disposition spécifique n'a été mise en place* » par la préfecture pour faire face à « *l'enchaînement d'événements exceptionnels* » subis par les communes, la lettre en question mentionnant notamment des décès par hyperthermie et des difficultés à trouver des transporteurs et des funérariums encore disponibles ². Les mesures spécifiques sur la gestion des corps seront mises en œuvre à partir du 13 août, sur instruction du ministère de l'intérieur.

Le préfet de police de Paris, M. Jean-Paul Proust, a fait part de son analyse personnelle sur les causes de ces carences devant la commission d'enquête. Il a fait valoir notamment que, désormais : « *Les hôpitaux et les autorités sanitaires sont complètement coupés des préfectures, à tort ou à raison, mais c'est une constatation de fait* ». M. Nicolas Sarkozy, ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, quant à lui, a souligné que l'indépendance des administrations sanitaires vis-à-vis des

¹ Certaines DDASS ont été plus réactives que d'autres. En effet, celle de l'Indre a activé une cellule de crise associant le SAMU, l'hôpital de Châteauroux et les hôpitaux locaux dès le 5 août 2003. Le constat d'une augmentation de 21,27 % des passages aux urgences du centre hospitalier de Châteauroux sur les cinq premiers jours du mois d'août a ainsi débouché sur des mesures de vigilance particulières, motivées par la démographie de ce département dont le vieillissement est supérieur à la moyenne nationale.

² Voir le document publié dans le rapport d'information n° 1091, tome 2, volume 1, p. 371.

préfets avait sans doute contribué à une mauvaise centralisation des signaux d'alerte et, par conséquent, qu'elle avait nui à la perception de la gravité de la situation ¹. Cette conclusion a de quoi inquiéter, car elle signifie, ni plus ni moins, que le **cloisonnement des administrations centrales s'est reproduit à l'échelon déconcentré.**

3.– Le secteur social à l'écart des administrations sanitaires

La direction générale de l'action sociale, qui est chargée de l'élaboration, de la coordination et de la mise en œuvre des politiques d'interventions sociales, médico-sociales et de la solidarité, aux termes de l'article 3 du décret du 21 juillet 2000, est rattachée au ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité. On observera que le bureau en charge des personnes âgées ne compte qu'une douzaine de personnes, effectif faible au regard de la tâche. A la demande du secrétaire d'Etat aux personnes âgées, M. Hubert Falco, elle avait rédigé, le 12 juillet 2002, une circulaire édictant un certain nombre de recommandations à l'attention des DDASS sur la qualité de prise en charge des personnes âgées pendant la période d'été.

Ce document, signé par le secrétaire d'Etat, insistait, plus d'un an avant la canicule d'août 2003, sur des principes de prévention très importants, comme l'illustre l'extrait ci-après :

« Compte tenu de la fréquence des incidents ou accidents liés à la fragilité accrue des personnes âgées survenus au cours des années passées, il m'apparaît indispensable que vous rappeliez aux directeurs d'établissements quelques recommandations élémentaires pour garantir une présence suffisante, qualifiée et attentive auprès d'elles et prévenir les risques sanitaires afférents à la période estivale, dus notamment aux grosses chaleurs qui peuvent l'accompagner.

Chez les personnes âgées, déjà rendues vulnérables par des modifications physiologiques, la déshydratation est, en effet, encore plus fréquente lors des grandes chaleurs. (...)

Des mesures simples peuvent être mises en place, qui consistent à :

- Isoler et rafraîchir les locaux,*
- Supprimer les traitements diurétiques non indispensables,*

¹ Audition du 17 décembre 2003.

– Donner une alimentation suffisamment salée (4 à 6 g/jour),

– Donner à boire, plusieurs fois par jour, aux personnes âgées (eau, thé, café, jus de fruits, bouillon). »

Le secrétaire d'Etat aux personnes âgées, M. Hubert Falco, a déploré que des « *remarques ironiques* » émanant des médias ou de professionnels du secteur médico-social aient alors accueilli ce rappel de mesures de bon sens ¹. Ceci explique sans doute en partie pourquoi elles n'ont manifestement pas été suffisamment relayées sur le terrain, par les DDASS ou les personnels concernés.

Une nouvelle circulaire sur la « prise en charge des personnes âgées pendant la période d'été » est intervenue le 27 mai 2003. L'action de la DGAS est restée pendant la crise plutôt discrète. Les premières informations qui lui ont été transmises sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule remontent officiellement au 10 août, quand un établissement de Suresnes, dénommé « *Les jardins d'Arcadie* », a fait part au fonctionnaire de permanence de ses difficultés à trouver des places disponibles dans les chambres funéraires. Le même jour, cette administration a également été sollicitée par le quotidien *Le Parisien* au sujet de l'affluence des personnes âgées dans les hôpitaux d'Ile-de-France et du nombre de décès de personnes âgées.

La DGAS n'a donc été le destinataire direct d'aucune information particulière des administrations du ministère de la santé, que ce soit au niveau central ou à l'échelon décentralisé. Elle n'a pas non plus été alertée par les professionnels du secteur médico-social, dont elle assume pourtant le suivi. Son directeur général, M. Jean-Jacques Trégoat, a précisé à ce sujet : « *Sur toute cette période pendant laquelle je suis physiquement présent à mon bureau, je n'ai reçu aucun coup de téléphone d'une fédération professionnelle, d'une association de maintien à domicile, ou d'une DDASS. Ceci n'est pas forcément anormal puisque, lorsque se pose un problème de nature sanitaire, ce sont plutôt d'autres circuits qui sont actionnés que la DGAS.* » ².

Le cloisonnement entre administrations sanitaires et sociales était donc lui aussi patent. La DGAS ne peut s'appuyer sur le réseau des structures de prise en charge des personnes âgées pour obtenir des informations, aucun lien de subordination quelconque n'existant avec les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) ou les

¹ Audition du 28 janvier 2004.

² Audition du 6 janvier 2004.

établissements d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il serait à tout le moins souhaitable qu'à l'avenir, l'InVS, la DGS, les DDASS et DRASS l'informent systématiquement de tout problème sanitaire majeur concernant les personnes âgées.

Cette césure profonde entre administrations centrales sanitaires et sociales interpelle car elle touche un domaine de l'action publique où les problèmes sont étroitement liés ; en effet, il n'est pas possible de concevoir le secteur social en faisant abstraction des questions de santé publique ou des politiques sanitaires, et inversement. Par voie de conséquence, il n'est pas illégitime de s'interroger sur la pertinence d'une dissociation trop formelle – par définition trop cloisonnée – de ces deux champs majeurs des politiques publiques au sommet de l'organisation administrative de l'Etat ¹. On observera également que le secrétariat d'Etat aux personnes âgées, sous sa forme actuelle, n'a été créé qu'en 2000, très récemment donc, alors même que le défi du vieillissement est un enjeu sur lequel l'attention des pouvoirs publics a été attirée depuis de nombreuses années, notamment en raison de la fin du « *baby boom* ».

Il reste que si les avis sur le bien-fondé des structures ministérielles peuvent diverger, leurs fréquentes modifications posent aussi des problèmes, comme l'a souligné M. François Fillon, ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité ².

B.- DES ACTEURS DE TERRAIN S'ATTACHANT PRIORITAIREMENT À RÉSOUDRE LES PROBLÈMES À LEUR NIVEAU

Les collectivités territoriales, les services d'aide à domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées ont d'abord cherché à répondre aux problèmes qu'ils percevaient avec leurs propres moyens. Leur réactivité a le plus souvent dépendu de leur sensibilité au contexte mais aussi de leur capacité d'innovation et d'initiative.

1.- Des collectivités territoriales qui ont réagi de leur mieux

¹ A titre de comparaison, ce cloisonnement semble bien moindre au niveau des départements, puisque les DDASS regroupent une bonne partie des compétences déconcentrées dans les domaines sanitaire et social.

² Audition du 28 janvier 2004.

La plupart des collectivités locales, communes et départements, impliquées au plus près du quotidien des Français, ont constaté les symptômes de la crise sanitaire de façon isolée sans en comprendre l'ampleur, ce qui explique qu'elles n'aient pas déclenché l'alerte auprès des administrations sanitaires. Nombre de maisons de retraite ou de services à destination des personnes âgées relèvent de leur compétence. Pour autant, à aucun moment elles n'ont véritablement anticipé les effets de la canicule ; et pour cause, puisqu'elles n'en avaient ni la responsabilité, ni les moyens.

Certaines municipalités ont cependant engagé des actions de prévention dès le début de l'été. Tel est le cas de la mairie de Marseille qui, sensibilisée fin juin par le laboratoire de santé publique du centre hospitalier universitaire, a organisé une conférence de presse le 8 juillet, afin de mettre en garde les associations, les familles et la population sur les risques sanitaires potentiels des grosses chaleurs. Les centres communaux d'action sociale (CCAS) de la ville ont relayé le message auprès des personnes plus particulièrement fragiles ou âgées. A Créteil, selon les informations transmises à la commission : « *Le service de soins à domicile a été mobilisé dès la fin du mois de juin et durant toutes les périodes de grande chaleur qui ont suivi. Les quatre logements-foyers du CCAS ont bénéficié de distribution d'eau et la mise à disposition d'un autre logement a été proposée aux personnes hébergées dans les logements les plus exposés. Dans certains cas, les familles ont été sollicitées pour accueillir leur parent durant la période la plus difficile. Une information a été faite auprès des aides à domicile.* ». Quelques conseils généraux ont aussi pris des initiatives au même moment, à l'image de celui du Doubs, qui « *dès le mois de juillet* », a mis en place « *des mesures de prévention et de suivi liées à la canicule en période de congés d'été* ».

D'autres collectivités locales ont réagi dès le début de la canicule. Ainsi, d'après les éléments fournis à la commission d'enquête par la municipalité de Rueil-Malmaison : « *Dès le 4 août : sensibilisation et information préventive auprès du public âgé bénéficiant des prestations Mairie (boire régulièrement, prendre plusieurs douches par jour, garder les volets fermés...)* ». De même, l'ampleur et surtout l'anormalité du phénomène climatique ont été comprises par le CCAS de Saint-Ouen dès le 5 août. Enfin, comme l'a souligné M. Bertrand Delanoë, maire de Paris ¹, le CAS-VP a engagé les premières actions d'information de la population par le biais des panneaux lumineux de la capitale le 6 août.

Toutes ces initiatives ont contribué à atténuer l'impact de la canicule. Mais l'échelle de la crise dépassait de loin ce que les collectivités

¹ Audition du 13 janvier 2004.

locales étaient en mesure d'anticiper, cette mission relevant des services de l'Etat.

Comme l'a souligné M. Bertrand Delanoë : « *Nos services ont constaté une situation anormale et ont diffusé des informations dès le 6 août. Etions-nous conscients de ce qui se passait ? Non, pas même le 11 août ! Ma directrice adjointe de cabinet qui était de permanence, sérieuse et sensible, le 11 août au matin, a commencé à m'inquiéter. Le 12 août, je lui ai dit que je rentrais. Alors qu'elle est passionnée par le sujet, en contact avec la directrice du CAS-VP, pareillement passionnée et particulièrement compétente, elle qui était aux commandes avec le secrétaire général de la ville, n'a pas imaginé un instant, comme nous d'ailleurs, le 11, le 12, le 13, le 14 août, ce que nous saurions le 25 !* ».

Cette analyse rejoint l'ensemble des réponses aux questionnaires adressés par la commission aux communes de plus de 30 000 habitants de la métropole. La gravité de la situation sanitaire n'a été comprise par la grande majorité des collectivités locales qu'à partir du 11 août, après la divulgation d'informations inquiétantes par la presse. Il semble en outre que les services de l'Etat n'aient pas toujours fait diligence pour alerter les collectivités locales, pourtant en première ligne. Ainsi, la municipalité de Suresnes a-t-elle indiqué à la commission à ce propos : « *Information ministérielle : télécopie de la DDASS du 19 août transmettant une lettre du Secrétaire d'Etat aux personnes âgées du 16 août* ». Celle de Sainte-Geneviève-des-Bois a porté une appréciation similaire : « *Les notes de la DDASS sont arrivées après l'épisode caniculaire* ». Il en a été de même pour certains départements puisque le conseil général de l'Eure et Loir a précisé : « *C'est seulement courant septembre que les services du conseil général ont été destinataires de notes, enquêtes, demandes d'information émanant des services de l'Etat, de l'O.D.A.S, ou de l'A.D.F.*¹ ».

2.- Les initiatives des établissements pour personnes âgées et des services médico-sociaux

Les maisons de retraite et les services d'aide à domicile ont vécu au plus près les conséquences sanitaires, sociales et humaines de la canicule. La grande majorité n'a eu conscience de la gravité du phénomène que tardivement, chacun se contentant, dans un premier temps, d'essayer de faire face, avec les moyens dont il disposait, à ce qui ne s'analysait alors que comme les « désagréments » des fortes températures pour les personnes âgées.

¹ Observatoire départemental de l'action sociale et Association des départements de France.

Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) remis au ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité en janvier dernier, souligne d'ailleurs : « *le dévouement des équipes de terrain qui, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et au sein des services de maintien à domicile, ont généralement développé un effort important et fait preuve d'initiatives.* »¹. Ceci explique en grande partie pourquoi les services de l'Etat, des départements ou des communes n'aient pas reçu d'alerte en provenance du secteur médico-social.

Il reste que, à plusieurs reprises, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) pointe l'impréparation des établissements d'hébergement pour personnes âgées et des services d'aide à domicile face aux risques sanitaires des vagues de chaleur extrêmes. Cette lacune n'a été niée par aucun des responsables du secteur médico-social entendus par la commission ou rencontrés sur le terrain. La qualité de la prise en charge s'est en fait révélée différenciée selon l'esprit d'initiative ou le comportement dont ont fait preuve les personnels.

A la résidence de la Mothe, à Olivet, par exemple, la grande sensibilité de l'encadrement au concept même de prévention l'a conduit à apposer des bâches le long des nombreuses ouvertures vitrées du site, de manière à faire diminuer un peu la température ambiante, et également à renforcer les mesures d'hydratation des pensionnaires. L'absence de décès consécutif à la canicule prouve que cette initiative était salvatrice. L'IGAS cite également le cas d'une maison de retraite où le directeur, après avoir consulté Météo France le 6 août 2003, a décidé de renforcer les protocoles d'hydratation, d'occulter les fenêtres, de commander des ventilateurs et brumisateurs, évitant ainsi les décès. Certains directeurs d'établissement ont même demandé aux sapeurs-pompiers d'arroser régulièrement la toiture de leurs locaux, de manière à rafraîchir les lieux.

Dans le même ordre d'idées, les personnels des services d'aide à domicile ont spontanément accru la fréquence de leurs passages chez les personnes âgées. L'hydratation de ces dernières a pu être plus régulière, atténuant par là même les agressions thermiques. Cet esprit d'initiative n'a malheureusement pas été général.

C.- L'ABSENCE DE COORDINATION DES DIFFÉRENTS SERVICES

Les services confrontés aux conséquences de la canicule n'ont pas toujours agi de concert.

¹ Rapport n° 2004009 : La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003 ; présenté par Mme Anne-Marie Léger et de MM. Didier Lacaze, Michel Laroque et Didier Noury ; janvier 2004, p. 57.

A titre d'illustration, les sapeurs pompiers de Paris ont rencontré de réelles difficultés dans l'orientation des victimes. C'est du moins ce qui ressort du rapport rédigé le 22 août par le général Jacques Debarnot, alors commandant de la brigade, à l'attention du préfet de police de Paris, qui souligne que : « *La Brigade n'a été associée à aucune réunion avec les organismes chargés de gérer la crise (APHP, etc.).* ». Et ce document de préciser : « *Dans le cas présent, la mise sur pied d'une cellule de crise aurait peut-être permis de gérer la répartition des victimes entre les établissements et d'éviter que nos moyens "tournent" inutilement du fait des refus d'admissions. Par ailleurs, des fermetures temporaires d'urgences ont été opérées sans que la Brigade en soit informée.* »¹. Le général Debarnot a confirmé ces propos lors de son audition par la commission d'enquête².

Cette question des délestages de victimes d'un hôpital parisien à l'autre embarrasse visiblement l'administration hospitalière. Sur ce point, la directrice générale de l'AP-HP a indiqué à la commission d'enquête : « *J'ai connu deux cas de problèmes d'admission aux urgences. Quand je suis arrivée le dimanche 10 août, on m'a expliqué qu'un camion de sapeurs-pompiers avait attendu un moment à l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP), à la suite de son délestage par Saint-Joseph, qui dispose aussi d'un service d'admission aux urgences. Le Pr. Carli était furieux et on a donné la consigne qu'il n'était pas question, puisque l'HEGP a un service d'admission aux urgences, de refuser quiconque. Effectivement, quelqu'un a attendu. Je l'ai vu d'ailleurs. Normalement, il aurait dû aller à Saint-Joseph. Le seul délestage que l'AP-HP n'a pas pu éviter a duré trois heures, à Bichat, à cause de la panne électrique dont je vous ai parlé précédemment. Les urgences étaient dans le noir.*

Pour le reste, la consigne donnée était que les établissements de l'AP-HP n'avaient pas le droit de refuser des victimes arrivant aux urgences. »³.

Les propos de la directrice générale de l'AP-HP ont été contredits par le docteur Patrick Pelloux⁴.

Le professeur Pierre Carli a, quant à lui, indiqué que l'hôpital Necker avait accueilli douze patients relevant des urgences de Saint-Antoine

¹ Voir le document publié dans le rapport d'information n° 1091, tome 2, volume 2, p. 554.

² Audition du 5 novembre 2003.

³ Audition du 12 novembre 2003.

⁴ Audition du 2 décembre 2003.

le 13 août au matin ¹, ce qui conduit à penser que l'administration centrale de l'AP-HP n'a peut-être pas eu communication de tous les délestages opérés par les établissements parisiens.

Des délestages des victimes, d'un établissement hospitalier à l'autre, ont parfois aussi été constatés par les sapeurs-pompiers de province. C'est du moins ce qui ressort de la réponse du SDIS de l'Yonne au questionnaire adressé par la commission d'enquête : « *Les sapeurs pompiers ont été quelques fois déroutés pour l'acheminement des victimes vers les centres hospitaliers* ».

Cette absence de coordination des administrations sanitaires impliquées dans la gestion de crise a été reconnue par plusieurs responsables auditionnés par la commission. Mme Rose-Marie Van Lerberghe a ainsi déclaré : « *je suis prête à reconnaître que nous avons raisonné entre nous. L'AP-HP est une grosse structure ; il y a toute la filière de soins. Elle s'est coordonnée toute seule.* ». Dans le même ordre d'idées, M. Edouard Couty, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a indiqué : « *Nous n'avons pas eu, en dehors des informations qu'on pouvait lire dans la presse, de contacts particuliers ou privilégiés avec Météo France, la préfecture de police ou les pompiers avant le 13 août. (...) Quant aux liens entre les ARH et les préfets, le cloisonnement que nous connaissons au niveau central se reproduit au niveau déconcentré, même si les choses sont plus simples et même si les personnes concernées se rencontrent plus facilement : les contacts entre les pompiers par exemple et les ARH étaient quasi-nuls.* »².

Le constat est manifestement partagé par les acteurs de terrain, comme en attestent les observations transmises à la commission par la DDASS de l'Yonne, pointant notamment « *les difficultés de la coordination des services de la DRASS, de la DGS, de la DGAS, de la zone de défense Nord/Est, de l'INVS, de la Cire et de l'ARH qui a été confrontée à une gestion de crise dont elle n'a pas l'habitude.* »

La circulation des informations n'était donc pas correctement assurée à tous les échelons administratifs.

Dans certains cas, le problème résidait moins dans l'absence de communication entre services que dans un manque évident de coopération active. Ainsi, alors que le 11 août vers 14 heures, l'InVS s'est

¹ Audition du 9 décembre 2003.

² Audition du 12 novembre 2003.

adressé à la brigade de sapeurs-pompiers de Paris afin d'accéder à ses statistiques sur les secours aux victimes et les actes d'assistance à personne, il lui a été rétorqué, selon le rapport précité du général Jacques Debarnot, que l'accord préalable du cabinet du préfet de police était nécessaire. On observera en l'espèce que le respect du principe hiérarchique, qui structure le fonctionnement de toute administration, a primé sur les dispositions de l'article L. 1413-5 du code de la santé publique, qui dispose que : « *A la demande de l'institut de veille sanitaire, lorsqu'il s'avère nécessaire de prévenir ou de maîtriser des risques pour la santé humaine, toute personne physique ou morale est tenue de lui communiquer toute information en sa possession relative à de tels risques.* »

Pour accélérer la procédure, le même jour, à 16 heures 20, le COGIC a relayé la demande du ministère de la santé. Or, les données ne seront communiquées par la brigade des sapeurs pompiers à la préfecture de police que le 12 août, à 11 heures 15, et la transmission au COGIC (pour l'InVS) n'interviendra qu'après accord du chef de cabinet du préfet de police, à 16 heures 26. Lors de son audition par la commission d'enquête, M. Jean-Paul Proust, préfet de police de Paris, n'a pu donner d'explications à ces délais ¹.

Avec le recul, ce constat d'un manque initial de coopération entre différents services centraux et/ou déconcentrés interpelle, car il est intervenu à un moment où toute perte de temps dans l'organisation de la gestion de crise se traduisait en victimes supplémentaires.

La coordination interministérielle ne prend vraiment corps qu'à partir du 11 août. A cette date, la chronologie élaborée par la DHOS mentionne la tenue d'une réunion interne à l'AP-HP, avec une participation de la DHOS, de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF) et de la préfecture de police de Paris. Le 12 août, une autre réunion interministérielle a lieu à Matignon. Ces réunions interservices se multiplieront les jours suivants, sur des thèmes précis (situation des hôpitaux, risques de rupture d'électricité, entre autres).

En fait, l'amélioration de l'efficacité des services de l'Etat coïncide avec l'implication directe du Premier ministre et des ministres concernés.

Dès le 11 août 2003, le ministre de la santé et le secrétaire d'Etat aux personnes âgées se sont régulièrement tenus informés, depuis leur lieu de

¹ Audition du 29 octobre 2003.

vacances, de l'évolution de la situation ; ils ont demandé à leurs cabinets respectifs de saisir leurs services pour suivre très attentivement les conséquences de la vague de chaleur sur le fonctionnement des hôpitaux et des maisons de retraite. Cette implication personnelle s'avère essentielle au regard de la relative inertie dont ont fait preuve ces mêmes services la semaine précédente. Il est malheureusement trop tard pour prévenir le drame. Les initiatives se multiplient les jours suivants (précision des consignes de prévention par le secrétaire d'Etat le 12 août, déplacement du ministre de la santé au centre hospitalier universitaire – CHU – de Bordeaux puis à La Pitié-Salpêtrière le 13 août), et s'élargissent avec la mobilisation du ministre de l'intérieur sur la gestion de la crise sanitaire. La mise sous tension des services publics est alors extrême, mais elle est trop tardive.

D.- LE RÔLE DES CABINETS MINISTÉRIELS

Le rôle qu'ont joué ou non les cabinets ministériels au cours de la gestion de la crise sanitaire déclenchée par la canicule est un élément important. En l'absence des ministres concernés, il revenait à leurs cabinets d'exercer une certaine forme de vigilance, ne serait-ce que pour pouvoir suivre en permanence la situation et, le cas échéant, en référer au Gouvernement. La question posée est donc simple : les cabinets ministériels ont-ils une part de responsabilité dans l'enchaînement des événements qui ont conduit au drame de cet été ?

1.- Le cabinet du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, interface opérationnelle ?

Il convient de rappeler d'emblée que la tâche d'alerte et d'évaluation des difficultés relevait prioritairement des administrations centrales (InVS et DGS). La mission du cabinet consistait à informer au mieux le ministre afin que des décisions puissent être prises le cas échéant.

Il semble avoir eu, au tout début du mois d'août, de troublantes prémonitions. Dès le 6 août 2003 en effet, le professeur William Dab, alors conseiller en charge de la santé publique, estime dans un courrier électronique adressé au docteur Yves Coquin, assurant l'intérim du directeur général de la santé, que : « *L'épidémiologique nous permet d'anticiper un excès de mortalité lié à la canicule* ». Le professeur Dab a expliqué à la commission le fondement de cette analyse : « *Il s'agissait pour moi d'un*

raisonnement fondé sur des considérations purement théoriques, je n'avais pas d'informations concrètes m'indiquant que quelque chose d'anormal était en train de se dérouler. »¹. Ceci le conduit néanmoins à préconiser dans son message électronique du 6 août les premières actions qui seront entreprises par les services du ministère de la santé. Il écrit en l'occurrence : « *Il serait utile que la DGS prépare un communiqué rappelant quelques précautions élémentaires notamment chez les plus jeunes et les plus vieux. Il existe de nombreuses études sur l'impact sanitaire des vagues de chaleur. L'InVS pourrais les signaler (je crois que les CDC les ont synthétisées) et cela pourrait faire l'objet d'un message DGS-URGENT.* ».

Le docteur Coquin a, quant à lui, reconnu que, sans cette intervention du professeur Dab, il n'aurait sans doute pas songé à élaborer un tel communiqué avant le 8 août².

Cette mise sous tension de l'administration du ministère de la santé procédait d'une démarche de précaution justifiée. On peut néanmoins regretter que, constatant comme tout un chacun résidant à Paris à ce moment là que les températures étaient très élevées, le professeur Dab n'ait pas insisté davantage pour qu'une analyse poussée soit réalisée au sujet des expériences étrangères. A tout le moins, sa référence aux CDC aurait du conduire la DGS à des conclusions plus alarmantes.

Mais ce n'est pas tant la vigilance du cabinet du ministre que la manière dont l'information s'est diffusée en son sein qui mérite examen. En effet, parallèlement aux intuitions du professeur Dab, il se trouve que le conseiller technique du ministre en charge des hôpitaux, M. Cédric Grouchka, était alerté dès le 7 août par la DHOS des difficultés rencontrées par l'AP-HP, clairement en relation avec la vague de chaleur. En contact permanent avec la DHOS et le secrétaire général de l'AP-HP, M. Grouchka a pu suivre l'aggravation de la situation et le déclenchement des premières mesures de type plan blanc dès le 8 août.

On ne peut s'empêcher de penser qu'un croisement de ces éléments avec les prémonitions du professeur Dab aurait peut-être permis d'accentuer la vigilance et du cabinet, et des services de veille sanitaire qui, manifestement, n'était pas très mobilisés sur ce sujet. Or, il n'en a rien été, selon les propos même du docteur Grouchka : « *Du fait de l'absence évidente d'une crise de santé publique, à ce moment-là, il n'y avait aucune raison*

¹ Audition du 5 novembre 2003.

² Audition du 17 décembre 2003.

*d'alerter ni même d'informer, le conseiller en charge de la santé publique, la DGS, et encore moins le ministre. »*¹.

A posteriori, cette absence de concertation apparaît d'autant plus regrettable qu'elle a reproduit, en quelque sorte, les cloisonnements sectoriels de l'administration au niveau du cabinet du ministre.

Le professeur Dab est parti en vacances le 8 août au soir, de sorte que l'équipe de permanence a été renouvelée au lendemain du week-end des 9 et 10 août, la permanence du cabinet étant assurée dans l'intervalle par l'astreinte téléphonique de M. Grouchka. Celui-ci a précisé à ce sujet : *« J'étais de permanence téléphonique le week-end, ce qui consiste à récupérer les appels et à les redistribuer, soit vers le directeur de cabinet ou le ministre, s'il s'agit de problèmes importants, soit sur les directions, soit sur les conseillers techniques en charge des dossiers. »*

C'est Mme Anne Bolot-Gittler, directrice-adjointe, qui prend alors la direction par intérim du cabinet, dans des circonstances qu'elle a décrit à la commission au cours de son audition conjointe avec le professeur Dab : *« Je suis arrivée le lundi 11 août matin, à mon retour de congé comme cela était normalement prévu ; je n'avais reçu aucun appel sur la canicule durant mes vacances ni durant le week-end précédent ce lundi 11 août. Quelque 300 courriers électroniques m'attendaient, ainsi qu'une pile de 20 centimètres de courriers, or pas un seul de ces courriers électroniques, pas une seule de ces notes n'évoquait la canicule.*

Je me suis entretenue avec le conseiller spécial du ministre qui avait assumé la semaine précédente l'intérim du directeur de cabinet, il ne m'a fait part d'aucune préoccupation sur la canicule, il m'a indiqué qu'une réunion interministérielle devait se tenir dans la journée sur la sécheresse et sur les problèmes d'électricité que pouvait poser la chaleur, mais sans mentionner aucune préoccupation sanitaire.

*Tôt dans la matinée, je me suis entretenue avec le directeur adjoint du cabinet du Premier ministre qui était préoccupé par la canicule. A la suite de cet appel, immédiatement, j'ai contacté le directeur général de la santé par intérim et je lui ai demandé ce qu'il en était de cette situation. Il m'a indiqué que le nécessaire avait été fait, qu'il n'y avait pas d'inquiétude à avoir, que l'InVS avait été saisi le 8 août pour faire un suivi de la situation sanitaire. Il a mentionné l'épidémie de légionellose à Montpellier, qui était sa source principale de préoccupation. »*².

¹ Audition du 17 décembre 2003.

² Audition du 5 novembre 2003.

Le même jour, le professeur Dab a informé Mme Bolot-Gittler sur sa perception de la situation sanitaire, comme il l'a confirmé à la commission : *« il est inexact que je n'aie pas mentionné la canicule le 11 août au matin à Mme Anne Bolot-Gittler. Je n'ai pas appelé son attention à ce sujet, mais indiqué qu'un communiqué de presse était paru ; Mme Anne Bolot-Gittler le savait déjà, elle m'a dit que des urgentistes avaient mis en cause la DGS la veille à la télévision et que le ministre parlerait de la situation le soir même à la télévision. »*

Devant l'accumulation de tous ces signes inquiétants, et même s'ils se manifestaient essentiellement sur le plan hospitalier, la présence d'un expert en santé publique au sein du cabinet aurait dû apparaître nécessaire, d'autant que le cabinet du secrétaire d'Etat aux personnes âgées sollicitait le même jour, à 13 heures 59, une réunion commune avec les conseillers du ministre de la santé, ce qui traduisait une certaine inquiétude du côté des maisons de retraite. Or, malgré l'absence du professeur Dab, Mme Bolot-Gittler a précisé que l'autre conseiller en santé publique du ministre *« qui était d'astreinte en tant qu'expert de ces questions, est passée entre ses deux lieux de vacances le lundi 11 août. Je l'ai vue en fin de matinée, je lui ai dit de faire un point complet sur la canicule avec la DGS et de ne repartir dans son nouveau lieu de vacances que s'il n'existait pas de difficulté d'une quelconque nature. Elle s'est entretenue à nouveau avec le directeur général de la santé par intérim comme je l'avais fait le matin et à nouveau, il l'a rassurée. Elle est donc repartie en congé parce qu'aucun risque pour la santé de la population n'avait été mentionné. »*.

La crise est donc restée perçue comme un problème hospitalier. Le cabinet a informé le ministre des données en sa possession et les différentes mains-courantes administratives démontrent qu'il a organisé par la suite plusieurs réunions entre services du ministère ; l'action a alors commencé à être mieux coordonnée. Il reste que, faute d'avoir toutes les données épidémiologiques en sa possession, il ne pouvait aboutir aux bonnes conclusions, car, comme l'a souligné Mme Bolot-Gittler : *« Le cabinet n'a pas vocation à se substituer aux quelque 600 personnes qui travaillent à la direction générale de la santé et à l'InVS et lorsque l'administration sanitaire en charge de la santé publique indique que le nécessaire a été fait, qu'il n'y a pas de risque pour la santé de la population, que la situation est maîtrisée, le message est parfaitement clair. »*.

2.- L'action des autres cabinets ministériels

D'autres cabinets que celui du ministre de la santé ont joué un rôle dans la gestion de la crise sanitaire déclenchée par la canicule. Il convient notamment de souligner l'action des cabinets du ministre de l'intérieur et du secrétaire d'Etat aux personnes âgées, sans oublier celui du Premier ministre qui a assuré la coordination d'ensemble. En l'occurrence, il a déjà été

mentionné que le cabinet du Premier ministre s'est inquiété de la situation auprès de celui du ministre de la santé dès le 11 août au matin, provoquant par la même occasion la saisine et une mobilisation plus forte des administrations sanitaires.

Il convient d'ajouter qu'il s'est fortement impliqué dans le suivi des difficultés hospitalières, Mme Van Lerberghe ayant notamment illustré ce point par une demande d'autorisation pour orienter des urgences vers les hôpitaux militaires, qu'elle aurait formulée le 11 août au soir. A 22 heures 55, elle adressait un fax manuscrit à l'attention de l'officier de permanence du cabinet du ministre de la défense qui demandait, « *conformément aux instructions de Monsieur Jean-Christophe Martin, conseiller technique au cabinet du Premier ministre* », de bien vouloir faire connaître « *le nombre de lits disponibles pour accueillir dans les hôpitaux militaires des malades en attente de lits d'hospitalisation dans le service des urgences d'Avicenne, à ce moment complètement sur-saturé.* »¹. Une réunion informelle a lieu le lendemain à Matignon sur la situation de l'AP-HP, en présence de Mmes Bolot-Gittler, Van Lerberghe et Toupillier. Le 13 août, une autre réunion interministérielle est organisée au sujet des éventuels délestages d'EDF et, le 14 août, une nouvelle réunion interministérielle statue sur la réquisition des moyens privés, compte tenu des circonstances exceptionnelles.

L'implication du cabinet du Premier ministre a donc été totale et rapide dès qu'il a eu connaissance des premiers éléments alarmants, par le biais de l'intervention télévisée du docteur Patrick Pelloux, le 10 août au soir.

Le cabinet du ministre de l'intérieur était concerné par les événements à double titre : d'une part, en raison de la tutelle que le ministre exerce sur les services de sécurité civile – au premier rang desquels figurent les sapeurs-pompiers de Paris – et d'autre part, à cause de ses compétences en matière de réglementation des inhumations.

Lors de son audition, M. Nicolas Sarkozy, ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, a apporté la précision suivante : « *On peut distinguer, du point de vue de mon ministère, deux périodes : celle du début du mois d'août jusqu'au 12, durant laquelle la crise sanitaire n'a pas été mesurée, puis, à compter du 12 août, une période durant laquelle les difficultés funéraires ont permis de prendre conscience de l'ampleur de la crise sanitaire.* »²

¹ Rapport d'information n° 1091, tome 2 volume 2, p.27.

² Audition du 17 décembre 2003.

Dans le premier cas, les informations dont disposait le cabinet dépendaient étroitement des remontées d'informations des préfetures et du COGIC. Or, sur ce point, le préfet de police de Paris, l'un des préfets les plus concernés, a été parfaitement clair : « *Le préfet de police – son directeur de cabinet en son absence – a un rendez-vous quotidien avec le ministre de l'intérieur ou son directeur de cabinet, vers 19 heures.*

Pendant la période du 8 au 12 août, j'étais remplacé par mon directeur de cabinet. C'est la raison pour laquelle vous avez le rapport de M. Michel Lalande, qui est mon directeur de cabinet. Le directeur de cabinet du ministre de l'intérieur était également absent du 8 au 12 août. Pendant cette période, mon collaborateur, Michel Lalande, effectuant mon intérim, se rendait tous les soirs chez le directeur adjoint du cabinet du ministre de l'intérieur, qui est M. Canepa. Tous les soirs, se tenait donc la réunion habituelle.

(...) Je suis sincère en vous disant que jusqu'au 12 août, mon collaborateur m'a expliqué des choses tout à fait simples – de la même manière qu'il a dû le faire auprès de M. Canepa –, à savoir que l'on allait renforcer le dispositif d'intervention en raison de l'augmentation des malaises et faire appel à la Croix-Rouge. »¹.

Ce n'est donc que le 12 août que le cabinet du ministre a eu connaissance d'éléments inquiétants.

S'agissant de la gestion des corps des victimes, le cabinet du ministre a entrepris des démarches dès le 11 août pour évaluer les capacités de l'institut médico-légal de Paris, puis, le 13 août, instruction a été donnée aux préfets des départements de transmettre le nombre de décès recensés quotidiennement depuis fin juillet, avec des éléments de comparaison par rapport à l'année antérieure. Le 14 août, des dispositions étaient prises pour faciliter les inhumations et une nouvelle instruction était donnée aux préfetures pour indiquer au Gouvernement les établissements de leurs départements susceptibles de déclencher les plans blancs.

Au total, le cabinet du ministre de l'intérieur s'est montré réactif mais, à l'instar des autres cabinets, dépendant des informations que les administrations étaient supposées lui fournir.

En définitive, seul le secrétaire d'Etat aux personnes âgées avait formulé des conseils de prévention en amont de la crise, comme il était au demeurant de sa responsabilité. Aussi, les 11 et 12 août, dès que la gravité de la situation est apparue flagrante, son cabinet les a rappelées dans deux

¹ Audition du 29 octobre 2003.

communiqués de presse. En outre, comme l'a souligné le secrétaire d'Etat aux personnes âgées, des demandes de partage des informations avec le cabinet du ministre de la santé ont été formulées concomitamment ¹. Un dispositif de remontée des informations depuis les maisons de retraite a également été mis sur pied à ce moment là. Enfin, le 16 août, un courrier était adressé à l'ensemble des maires afin de faire particulièrement attention à la phase de retour des personnes âgées hospitalisées à leur domicile.

A la lumière des événements, il est tout de même permis de s'interroger sur la qualité de la communication entre cabinets du ministre des affaires sociales et du secrétaire d'Etat aux personnes âgées et celui du ministre de la santé.

Il est pour le moins troublant que des demandes d'échanges d'informations et de convocations de réunions de coordination, émanant certes du cabinet d'un secrétaire d'Etat, M. Yvon Guillerm étant conseiller technique de M. Hubert Falco, soient restées sans suite de la part du cabinet d'un ministre, aussi occupé soit-il. Mme Bolot-Gittler a indiqué à la commission : « *J'ai eu des échanges le lundi 11 août au matin avec le cabinet du ministre des affaires sociales et j'ai invité la personne qui assumait l'intérim à prendre contact avec ses services, notamment la direction générale de l'action sociale, pour voir ce qui passait au plan social.* » ². Il aurait été préférable qu'elle s'assure que son correspondant n'avait pas en sa possession des éléments alarmants qui, recoupés avec ceux collectés par les services du ministère de la santé, auraient pu éclairer les faits d'un jour nouveau.

Ce défaut de cohésion entre cabinets des ministres en charge des secteurs de la santé et des affaires sociales pose, plus généralement, le problème évoqué précédemment de la pertinence des structures ministérielles concernées.

TROISIÈME PARTIE : LES DIFFICULTÉS STRUCTURELLES DU SYSTÈME SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL FRANÇAIS

La canicule a été le révélateur des carences structurelles du système sanitaire français. S'il a réagi tant bien que mal, notamment grâce à la mobilisation spontanée des personnels du secteur hospitalier et médico-social, ses problèmes sont apparus au grand jour. Le manque de personnels, la lourdeur de certaines procédures, l'inadaptation à la prise en charge des personnes âgées sont autant de réalités mises en lumière par les

¹ Audition du 28 janvier 2004.

² Audition du 5 novembre 2003.

événements de l'été dernier. L'action des médecins libéraux, dont une grande majorité a assumé sa responsabilité dans la permanence des soins, s'apprécie elle aussi de manière nuancée car ces derniers, à leur corps défendant le plus souvent, ne se sont pas réellement retrouvés au cœur de la gestion de crise.

I.- LES CARENCES ET LES AMBIGUÏTÉS DE SON ORGANISATION

A.- LE FOISONNEMENT DES AGENCES SANITAIRES

Au début des années 90, il est apparu nécessaire de remédier à l'insuffisance de règles et de contrôles visant à garantir la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme et à la faiblesse des moyens de la veille sanitaire, qu'il s'agisse du recueil de l'information, des procédures d'alerte ou des circuits de transmission des recommandations. Le choix a été fait d'une pluralité de structures correspondant à des domaines déterminés.

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a été créée par une ordonnance du 24 avril 1996 ¹. La loi du 1^{er} juillet 1998 ² a institué, outre l'InVS, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et l'agence française de sécurité sanitaire des aliments. Elle a également créé un comité national de la sécurité sanitaire chargé d'analyser les événements susceptibles d'affecter la santé de la population et de coordonner la politique scientifique de ces différents établissements.

Ces créations se sont partiellement substituées à d'autres : l'agence du médicament et l'agence française du sang créées en 1993, l'office de protection contre les rayonnements ionisants et l'établissement français des greffes en 1994, et enfin l'agence d'accréditation et d'évaluation de la santé en 1996.

L'agence française pour la sécurité environnementale, qu'on a déjà évoquée, a complété la panoplie.

<p>Les différentes agences sanitaires françaises</p>

¹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

² Loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

– **Office de protection contre les rayonnements ionisants (OPRI)** : expertise, surveillance et contrôle destinés à protéger la population contre les rayonnements ionisants ;

– **Etablissement français des greffes (EFG)** : gestion de la liste nationale des patients pouvant bénéficier d'une greffe et de l'attribution des greffons ;

– **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES)** : évaluation des soins et des pratiques professionnelles et mise en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé ;

– **Institut de veille sanitaire (InVS)** : surveillance et observation permanente de l'état de santé de la population pour l'ensemble des risques susceptibles de l'affecter ;

– **Agence française de sécurité des produits sanitaires (AFSSAPS)** : reprise des compétences de l'agence du médicament et élargissement à tous les produits à finalité sanitaire destinés à l'homme, ainsi qu'aux produits cosmétiques ou d'hygiène corporelle ;

– **Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA)** : évaluation des risques sanitaires et nutritionnels des aliments destinés à l'homme ou aux animaux ;

– **Etablissement français du sang (EFS)** : gestion des activités de collecte du sang, de préparation des produits sanguins labiles et distribution de ceux-ci aux établissements de santé et d'hémovigilance ;

– **Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement (AFSSE)** : évaluation des risques sanitaires liés à l'environnement.

On observera que l'AFSSAPS, l'AFSSA et l'AFSSE n'ont pas des prérogatives similaires (seule l'AFSSAPS a des pouvoirs de police sanitaire), alors que leurs champs de compétence respectifs sont tout aussi importants pour la santé publique. Elles relèvent également de tutelles différentes : le ministère de la santé pour l'AFSSAPS, les ministères de la santé et de l'agriculture pour l'AFSSA, et les ministères de la santé et de l'écologie pour l'AFSSE.

Les effectifs de ces divers organismes sont loin d'être négligeables et se sont accrus de manière très significative depuis 1999, comme le démontre le tableau suivant.

TABLEAU GLOBAL DES EFFECTIFS DES AGENCES DE SÉCURITÉ SANITAIRE

Agences	Emplois budgétaires					Créations			Alloués
	1999	2000	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2004
InVS	100	140	155	209	271,5	15	54	62,5 ⁽¹⁾	4
AFSSAPS	714	833	882	931	942 ⁽²⁾	70	49	0	0
AFSSA	550	575	628	646	673	58	18	17	0
AFSSE	–	–	–	12	29	–	12	17	9
TOTAL	1 364	1 548	1 665	1 798	1 915,5	143	133	96,5	13

⁰ Dont 26 postes de CIRE.

⁽²⁾ 1 poste de DG intégré dans les effectifs (pris en charge antérieurement par l'AC) – 10 CDD transformés en 10 CDI.

Source : DGS.

La loi du 1^{er} juillet 1998 n'a été qu'imparfaitement appliquée. C'est ainsi qu'elle prévoyait la remise au Parlement d'un rapport relatif aux propositions de « *restructuration des organismes de droit public propre à éviter une confusion des missions et la dispersion des moyens de la veille sanitaire.* »

Les divers instituts et agences ont été créés sans qu'il soit déposé.

L'actuel Gouvernement a souhaité remédier à cette lacune et une mission a été constituée le 17 novembre dernier pour évaluer l'application de l'ensemble des dispositions de la loi précitée. Elle devrait achever ses travaux au premier semestre de cette année.

Par ailleurs, les contrats d'objectifs et de moyens n'ont pas tous été signés, loin s'en faut. On a déjà évoqué celui de l'InVS prorogé par avenant dont le nouveau devrait voir le jour en 2004. Pour l'AFSSAPS et l'AFSSA, l'échéance a été fixée à 2005/2006.

Il serait souhaitable qu'un audit soit réalisé sur le fonctionnement de ces diverses agences et leur articulation.

B.– UN POSITIONNEMENT CONTESTABLE DE LA DGS

Incontestablement, le rôle de la DGS a été profondément modifié ces dernières années.

Un décret du 21 juillet 2000¹ – qui n’est pas seulement dû à la création des agences, mais qui a pour cause, de manière plus générale, la réorganisation du pôle santé et action sociale du ministère de l’emploi et des affaires sociales, et celle de toutes ses directions –, lui a ôté un certain nombre de prérogatives concernant l’organisation des soins, désormais dévolues à la direction des hôpitaux, mais lui a confié l’élaboration de la politique de la santé.

Avec l’adoption de ce texte, la DGS est désormais plus en situation d’administration de mission, avec un rôle d’élaboration de doctrine, de planification et d’animation. Elle doit impulser un nouveau partenariat, et mettre en œuvre une activité d’interface concernant des problèmes complexes en mobilisant des acteurs variés et aux compétences diversifiées. De nouveaux blocs de missions apparaissent, en particulier, l’analyse des besoins, la prospective, l’évaluation, la santé environnementale.

La DGS exerce donc *a priori* la tutelle sur les agences en liaison avec la direction de l’administration générale, du personnel et du budget (DAGPB) chargée de la tutelle administrative et financière de celles-ci. Elle a même créé à cet effet une sous-direction de la coordination des services et des affaires juridiques (SD4).

Le Rapporteur n’est cependant pas totalement convaincu de son efficacité et l’inertie de la DGS au mois d’août est la preuve de dysfonctionnements persistants.

L’organigramme détaillé de la DGS révèle une organisation compartimentée en cellules très spécialisées : on dénombre ainsi deux services (politique de santé et qualité du système de santé, d’une part, et prévention, programmes de santé et gestion des risques, d’autre part), subdivisés en 7 sous-directions et 25 bureaux. Pour ce qui concerne les aspects les moins conventionnels de la santé publique, on notera qu’un bureau de la sous-direction pathologies et santé est consacré à l’alerte et aux problèmes émergents et que l’ensemble des bureaux de la sous-direction sur la gestion des risques des milieux étudient plus particulièrement les aspects environnementaux (eaux ; air, sol et déchets ; bâtiments, bruits et milieu de travail ; aliments).

¹ Décret n° 2000-685 du 21 juillet 2000, relatif à l’organisation de l’administration centrale du ministère de l’emploi et de la solidarité et aux attributions de certains de ses services.

L'ORGANIGRAMME DE LA DGS

Cellule des affaires européennes et internationales		Directeur général				Cellule communication	
Cellule d'appui scientifique						Directeur de projet	
Service : politique de santé et qualité du système de santé				Service : prévention, programme de santé et gestion des risques			
1 ^{ère} Sous-direction : Politiques de santé et stratégies	2 ^{ème} Sous-direction : qualité du système de santé	3 ^{ème} Sous-direction : Politiques des produits de santé	4 ^{ème} Sous-direction : Coordination des services et affaires juridiques	5 ^{ème} Sous-direction : Pathologies et santé	6 ^{ème} Sous-direction : Santé et société	7 ^{ème} Sous-direction : Gestion des risques des milieux	
1 A : Analyse des besoins et objectifs de santé	2 A : Systèmes de santé	3 A : Médicament	4 A : Ethique et droit	5 A : Développement de programmes de santé	6 A : Lutte contre le VIH	7 A : Eaux	
1 B : Démocratie sanitaire	2 B : Qualité des pratiques	3 B : Dispositifs médicaux et autres produits de santé	4 B : Services déconcentrés et agences	5 B : Alerte et problèmes émergents	6 B : Pratiques addictives	7 B : Air, sols et déchets	
1 C : Evaluation des programmes, recherche et prospective	2 C : Formation des professionnels de santé	3 C : Produits de santé d'origine humaine	4 C : Ressources humaines et affaires générales	5 C : Maladies infectieuses et politique vaccinale	6 C : Santé mentale	7 C : Bâtiments, bruit et milieu de travail	
1 D : Systèmes d'information			Comité médical supérieur	5 D : Maladies chroniques, enfants et vieillissement	6 D : Santé des populations, précarité et exclusion	7 D : Aliments	

Par ailleurs, en l'absence de contrats d'objectifs et de moyens pour les agences avec l'Etat, son rôle demeure flou.

Il faut espérer que, sous l'autorité de son nouveau directeur général, la DGS arrive à se restructurer et à mieux assurer ses missions. Elle pourrait y être aidée par la mise en place d'un audit car le problème n'est

pas uniquement quantitatif et budgétaire ¹. Il porte aussi sur une certaine inadéquation entre les missions de la DGS et les profils de ses personnels.

**ÉVOLUTION DES CRÉDITS ET DES EFFECTIFS
DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DEPUIS 1999**

(en milliers d'euros)

		Service chargé des politiques de santé
1999	Dotations budgétaires	610
	Budget global	610
	Effectifs	272
2000	Dotations budgétaires	1 448
	Budget global	1 448
	Effectifs	270
2001	Dotations budgétaires	2 477
	Budget global	2 477
	Effectifs	300
2002	Dotations budgétaires	4 947
	Budget global	4 947
	Effectifs	325
2003	Dotations budgétaires	5 437
	Budget global	5 437
	Effectifs	327
PLF 2004	Dotations budgétaires	5 400
	Budget global	5 400
	Effectifs	n.c.

Source : budgets votés, ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, portail des agences sanitaires www.sante.fr.

Le Rapporteur s'interroge également sur le rôle du comité national de sécurité sanitaire.

¹ Faute de comptabilité analytique, le coût global de la DGS ne peut être évalué avec précision.

Créé par la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 ¹, il est en effet chargé de veiller à l'articulation entre les agences de veille et de sécurité sanitaire et les services du ministère de la santé. Il lui revient aussi d'analyser les événements susceptibles d'affecter la santé de la population, de confronter les informations disponibles, et de veiller à la coordination des interventions des services de l'Etat et des établissements publics placés sous sa tutelle, notamment pour la gestion, le suivi et la communication des crises sanitaires.

Il faut bien constater que, depuis sa mise en place, le 9 juin 1999, il n'a tenu que douze réunions... On peut regretter qu'il ait fallu attendre sa séance du 17 décembre 2003 pour que soit évoqué, parmi d'autres sujets, « *le système de veille et d'alerte mis en place après l'épisode de la canicule* »...

C.- LES LACUNES DE LA CHAÎNE DE VEILLE

Jusqu'à présent, en France, la veille sanitaire était l'affaire des épidémiologistes. Comme on l'a déjà indiqué, la culture du risque des maladies infectieuses, générale chez les experts, les a certainement empêchés de bien analyser les premiers événements du mois d'août. La nécessaire prise en compte du risque environnemental au sens large dépend de l'amélioration qualitative et quantitative de l'information.

1.- Des instruments de mesure insuffisamment réactifs et parcellaires

La question des capteurs de l'information sanitaire est centrale pour l'efficacité de la veille. *A posteriori*, il est apparu clairement que les éléments dont disposaient l'InVS, la DGS mais aussi tous les autres acteurs du système sanitaire étaient parcellaires.

L'une des explications de ce constat réside dans un temps de collecte et d'exploitation des données épidémiologiques trop long. La raison tient notamment à la complexité de l'exploitation statistique des certificats de décès. Comme l'ont décrit MM. Denis Hémon et Eric Jouglu, dans leur premier rapport d'étape sur la surmortalité liée à la canicule d'août 2003, « *l'INSEE code les données d'état civil sans connaître les causes médicales de décès et l'INSERM* », via les certificats enregistrés en mairies et transmis aux DDASS, « *code les causes médicales de décès sans connaître l'identité*

¹ Sa composition et ses missions ont été modifiées par la loi n° 2001-398 du 9 mai 2001 créant l'AFSSE.

de la personne décédée. A la fin du travail de codage, les données socio-démographiques codées par l'INSEE et les données médicales codées par l'INSERM sont fusionnées dans un seul fichier contenant à la fois des données d'état-civil non nominatives et les causes médicales de décès. C'est ce fichier "définitif" qui est utilisé par la suite pour produire les statistiques de mortalité. »¹.

LES CERTIFICATS DE DÉCÈS : CIRCUIT, TRAITEMENT, ANALYSE

Depuis 1968, date de la répartition de la responsabilité du suivi de la déclaration des décès entre l'INSEE et l'INSERM, la circulation des documents relatifs à la certification des décès se déroule selon le schéma suivant :

– le médecin ayant constaté le décès remplit les deux parties du certificat et clôt la partie médicale (partie inférieure) ;

– le certificat est ensuite transmis à la mairie, qui rédige alors l'avis 7 bis (comportant les informations d'état-civil de la personne décédée, de manière à permettre à l'INSEE de mettre à jour le répertoire national d'identification des personnes physiques) et le bulletin 7 (comprenant les mêmes informations individuelles sur la personne décédée sans son nom) ;

– la mairie envoie l'avis 7 bis à l'INSEE et le bulletin 7 à la DDASS du département, dont le médecin prend connaissance des causes de décès avant de transmettre ce certificat au centre d'épidémiologie sur les causes médicales des décès (CépiDc) de l'INSERM.

En parallèle à cette procédure, en cas de mort suspecte, le corps est envoyé dans un institut médico-légal qui rédige le certificat médical de décès définitif.

MM. Hémon et Jouglà ont précisé que le recoupement des données transitant par ces deux circuits permettait d'avoir **une estimation précise et fiable du nombre de décès enregistrés seulement deux mois et demi après leur survenue**². Il en résulte des délais d'exploitation incompatibles avec la gestion d'une crise sanitaire éventuelle. Ne serait-ce que pour la transmission des certificats de décès, la DDASS du Bas-Rhin a mentionné, dans sa réponse au questionnaire de la commission, des retards s'échelonnant entre 8 jours pour les communes de moins de 2 000 habitants, deux à quatre semaines pour les communes de 2 000 à 15 000 habitants, et 2 mois pour les communes de plus de 15 000 habitants. D'autres DDASS, notamment celle du Vaucluse, ont confirmé ces ordres de grandeur. MM. Hémon et Jouglà ont même évoqué à la commission des retards de transmission qui peuvent atteindre jusqu'à un an. Dans ces conditions, l'exploitation des certificats de décès ne peut en aucun cas servir de signal d'alerte.

¹ Estimation de la surmortalité liée à la canicule d'août 2003 et principales caractéristiques épidémiologiques, sous la direction de MM. Denis Hémon et Eric Jouglà, INSERM, 25 septembre 2003.

² Audition du 21 janvier 2004.

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique propose une simplification de ce mécanisme : le volet médical non nominatif ne transitera plus par les DDASS, mais remontera directement à l'INSERM. Cette solution engendrera un gain de temps réel mais il ne sera véritablement sensible que si le dispositif s'accompagne d'une généralisation de l'informatisation des certificats de décès. Actuellement, 780 communes, qui, certes, enregistrent 65 % des décès comptabilisés en France, ont recouru à des moyens de transmission informatique.

Le caractère parcellaire des données recueillies s'explique aussi, comme on l'a déjà indiqué, par les limites du réseau des capteurs.

Il convient de réfléchir à leur élargissement. A l'avenir, il serait ainsi opportun d'inclure les informations collectées par les services d'admission aux urgences ou les services de secours (sapeurs-pompiers, police) dans ce réseau de capteurs. L'InVS examine cette possibilité, mais il est dommage qu'il ait fallu attendre la crise sanitaire de cet été pour en arriver à cette mesure de bon sens qui n'est d'ailleurs toujours pas complètement opérationnelle ¹.

2.- Une mauvaise diffusion des informations en configuration de crise sanitaire

La remontée d'informations sanitaires inquiétantes auprès des autorités politiques et administratives compétentes n'a pas toujours emprunté les canaux prévus ou officiels. C'est donc que les procédures en vigueur pour la diffusion des alertes sanitaires et des données de santé publique pertinentes ne sont pas adaptées à une situation de crise.

Les exemples de circuits d'information parallèles ou incomplets au moment de la canicule ne manquent pas.

En premier lieu, les autorités impliquées dans la gestion de crise n'ont pas toujours été associées à l'exploitation opérationnelle de l'information. Ainsi, lorsque la direction générale de l'AP-HP a convoqué une réunion de crise le 11 août, si l'ensemble des directions du ministère de la santé avait été convié, il n'en avait pas été de même des services de la

¹ Si une cellule permanente de signalement (fax, téléphone, mail) a été mise sur pied à l'InVS au profit des urgences, le système de transmission des données relatives aux flux de patients et à leurs pathologies ne sera pas effectif avant le mois de mai, en raison de contraintes informatiques. Par ailleurs, si l'institut a obtenu la collaboration de SOS Médecins Ile-de-France, il lui reste à élargir son réseau à l'ensemble de la France. Enfin, s'agissant des services de sécurité civile, il reste à donner aux bilans quotidiens du COGIC une connotation plus épidémiologique.

ville de Paris, alors que le maire est pourtant le président es qualité de son conseil d'administration. De manière plus générale, beaucoup de collectivités locales ont souligné leur mise à l'écart des circuits d'information sanitaire : une situation peu satisfaisante, car les communes et les départements exercent des responsabilités en direction des publics fragiles et devraient être avertis plus systématiquement et plus rapidement de la survenance de risques appelant la mise en place de mesures spécifiques de leur part.

En second lieu, les préoccupations des acteurs de terrain n'ont pas toujours été communiquées aux services de tutelle. C'est le cas dans le département de la Gironde, où la DDASS n'a été avertie des difficultés des urgences que par le biais de la presse locale.

Dans le même ordre d'idées, il apparaît quelque peu surprenant que le professeur San Marco, président de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et directeur du laboratoire de santé publique du centre hospitalier universitaire de Marseille, devant l'inertie de ses interlocuteurs administratifs, n'ait eu comme seul recours que d'accorder, depuis son lieu de vacances en Italie, une interview qui sera publiée le 11 août dans le quotidien *Le Parisien* et dans laquelle il déclarera : « *Nous sommes face à un drame humain, une hécatombe sans doute jamais vue en France. Et pourtant règne l'impression d'un silence radio. Cela me donne envie de hurler !* »¹. Un tel message émanant d'un spécialiste aussi reconnu aurait certainement mérité d'être entendu directement par les organismes sanitaires compétents.

Paradoxalement, c'est en s'affranchissant des circuits officiels de la remontée d'informations que les acteurs de terrain ont donné l'alerte le plus efficacement. C'est bien là la démonstration qu'une crise sanitaire ne peut se déceler et se gérer efficacement si les pesanteurs du système hiérarchique ne souffrent pas quelques assouplissements, ne serait-ce qu'en cas de situation perçue comme anormale ou exceptionnelle.

La DDASS de la Marne a elle-même illustré ce constat en précisant : « *Pour les établissements importants (CHRU), il est apparu difficile pour la DDASS d'apprécier la réalité des difficultés dans les services hospitaliers. En l'espèce, il y avait manifestement discordance entre les restitutions des services administratifs du CHRU et le vécu par les équipes médicales* ». En fait, le décalage entre la perception de la situation

¹ Audition du 4 février 2004.

par les praticiens de terrain et leur hiérarchie administrative a considérablement ralenti la diffusion de l'alerte ¹.

Il serait donc souhaitable de créer, au ministère de la santé, une cellule, de préférence à l'InVS, qui serait chargée de recueillir tout signalement suspect émanant d'un service déconcentré mais aussi d'un praticien médical ou hospitalier, et qui serait joignable en permanence par courrier électronique ou numéros de téléphone et fax communiqués au préalable à tous les intervenants du système de santé. Ce faisant, les personnels actifs sur le terrain auraient l'assurance que les informations dont ils ont le sentiment qu'elles peuvent avoir d'importantes incidences sanitaires seraient transmises à l'organisme plus particulièrement chargé de la veille sanitaire, à qui il incomberait de les vérifier et, le cas échéant, de les exploiter ou de les relayer auprès des collectivités locales, par l'intermédiaire des DDASS.

II.- LES PROBLÈMES DES HÔPITAUX AU GRAND JOUR

La canicule de l'été dernier a ébranlé bien des certitudes. Entre autres conséquences de cet épisode douloureux, il est apparu clairement que le système hospitalier français, pourtant réputé parmi les meilleurs des pays développés, était à peine capable de surmonter des circonstances de médecine de catastrophe en période estivale. Urgences saturées, attentes de plusieurs heures, victimes laissées à même les brancards, personnes décédant dans les couloirs, autant d'images qui resteront longtemps dans les mémoires. Et pourtant, si la majorité des hôpitaux a subi un afflux de patients sans précédent, ils ont réussi à faire face, certes difficilement mais réellement, à une situation très exceptionnelle. Les hôpitaux ont assumé leur mission, malgré des handicaps importants, dont le drame du mois d'août a montré qu'ils ne peuvent plus être éludés.

A.- LES URGENCES, PARENT PAUVRE DE L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Aux termes des décrets n° 95-647 du 9 mai 1995 et n° 97-615 du 30 mai 1997 ², l'accueil des urgences sur le territoire français est structuré en trois catégories de services ayant des missions sensiblement différentes :

– les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), qui assurent la prise en charge de tous types d'urgences grâce à leurs moyens

¹ Cf. les propos du professeur Carli lors de son audition du 9 décembre 2003.

² Décrets relatifs à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.

lourds (SMUR, plateau technique d'imagerie, de chirurgie et d'anesthésie fonctionnel 24 heures sur 24 notamment) ;

– les unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU), qui traitent de cas moins graves ;

– les pôles spécialisés des urgences (essentiellement dans le domaine pédiatrique).

En 2001, quelque 13,4 millions de passages aux urgences ont été enregistrés. De manière plus générale, la fréquentation de ces services s'accroît de 5 % par an, depuis dix ans. Il n'est donc pas étonnant que les urgences aient été le point de convergence des victimes de la canicule. En fait, ce phénomène correspond à une tendance de fond que l'épisode de saturation de ces services sur la région parisienne, fin novembre et début décembre 2003, provoquée par la conjonction des épidémies de bronchiolite, de grippe et de gastro-entérite a confirmée : les personnes malades privilégient un déplacement aux services d'urgence de l'hôpital lorsqu'elles contractent une pathologie assez sérieuse, plutôt que de s'adresser à des médecins généralistes ou spécialistes libéraux. Il est vrai que la modicité des tarifs appliqués à l'hôpital peut expliquer pour partie ce phénomène d'affluence aux urgences.

Une étude de la DREES, publiée en janvier 2003 ¹, précise le phénomène, en indiquant que 65 % des usagers des urgences se présentent sans avis médical, 16 % seulement y étant envoyés par leur médecin traitant tandis que 19 % y sont dirigés par les pompiers, le SAMU ou des associations de médecins. Les motivations les plus courantes tiennent à la proximité de l'établissement (47 %), au sentiment d'urgence et de gravité (44 %), ou au besoin d'un plateau technique spécialisé (43 %). L'absence de médecin est invoquée par seulement 10 à 16 % des usagers, ce qui confirme la complémentarité entre urgences et médecins libéraux. Par ailleurs, il convient de relever que, selon cette même étude, le taux de satisfaction des usagers des urgences est assez élevé, de l'ordre de 73 %, ce qui explique là encore que les malades y recourent de plus en plus.

Pourtant, parce qu'elles constituent un service à part et un peu hybride, qui traite de tous types de pathologies et trie les patients, les urgences n'ont pas toujours bénéficié des mêmes égards que d'autres spécialités, telles la cardiologie, la réanimation, la radiologie par exemple ².

¹ Etudes et résultats n° 215, janvier 2003, intitulée : « Motifs et trajectoires de recours aux urgences ».

² La synthèse du forum national sur les urgences qui s'est tenu le 7 mars 1998 insistait d'ailleurs déjà sur ce point : « *Le service des urgences reste réellement un service* ».

C'est ainsi que le docteur Pelloux soutient que l'« *urgence ne peut pas exister parce que le soin non programmé dérange le soin programmé à l'hôpital* »¹. En outre, les conditions de travail plutôt dures et l'hétérogénéité des statuts des personnels dissuadent bien souvent les candidatures. A cet égard, il était grand temps de reconnaître enfin la spécialité de médecin urgentiste, comme le ministre de la santé s'y est engagé pour l'automne 2004.

Ce n'est sans doute pas un hasard si certaines tensions, plus en termes d'effectifs que de moyens, se sont cruellement faites sentir lors de la survenance de la canicule. Pour autant, les pouvoirs publics n'ont pas attendu la crise de l'été dernier pour réagir. Quinze mois avant le drame du mois d'août, une réflexion sur un programme de modernisation des urgences hospitalières avait été engagée et elle a débouché dernièrement sur un plan « *urgences* », dont les mesures, récapitulées par le tableau ci-après, s'appliqueront à compter de cette année.

**LES MESURES DU PLAN URGENCES
(HORS INVESTISSEMENTS DU PLAN HÔPITAL 2007)**

(en millions d'euros)

	Calendrier	Coût global	Coût en 2004
Développement des hôpitaux locaux	2004-2007	88	9
Revalorisation des PARM	2004	2	2
Renforcement des SAMU et SMUR	2004-2006	29	19
Equipes d'organisation interne	2004	27	18
Renforcement des capacités logistiques	2004-2005	17	8
Zones de soins de courte durée	2004-2005	48	24
Personnels de remplacement	2004	28	14
Informatisation des urgences	2004	4	4
Renforcement des compétences gériatriques	2004-2008	50	10
Création de 15 000 lits de SSR	2004-2008	130	26
Développement de l'hospitalisation à domicile	2004-2005	66	16
TOTAL	-	489	150

L'un des besoins sans doute les plus criants des urgences aujourd'hui est la mise en place de systèmes d'information qui permettent aussi bien la gestion des dossiers médicaux des patients accueillis (à l'image du système URQUAL, dont est équipée une partie seulement des services d'urgence de l'AP-HP), que la consultation des disponibilités en lits d'aval ou la transmission d'éléments appelant l'attention des services sanitaires

marginal, tant dans la culture hospitalière que parfois dans son existence propre dans l'hôpital. L'organisation de l'hôpital est donc peu compliant pour recevoir des urgences. »

¹ Audition du 2 décembre 2003.

compétents. Cela suppose un investissement dans des outils informatiques modernes et performants et, à cet égard, les 4 millions d'euros prévus à cet effet par le plan « urgences » ne seront peut-être pas suffisants. Il conviendrait aussi que les sommes prévues soient effectivement dépensées. Or, on constate une certaine inaptitude de l'AP-HP à consommer les crédits qui lui sont alloués au titre de sa dotation globale ou de subventions particulières, comme y a fait référence le maire de Paris ¹. Mais peut-être faut-il y voir l'un des travers de la spécificité administrative de cette institution hospitalière ?

De toute manière, tous les problèmes des urgences ne se résoudreont pas uniquement par des rallonges budgétaires.

Il faut insister sur la nécessité de créer des lits de dégagement pour les patients âgés qui sont trop souvent hospitalisés alors qu'ils relèvent d'un placement en services de soins de suite et de réadaptation. Les urgences constatent de plus en plus d'hospitalisations sanitaires de personnes qui n'ont pas la possibilité ni les moyens d'être prises en charge par le secteur médico-social. Ce faisant, les marges de manœuvre en termes de lits d'aval se réduisent et les capacités d'adaptation à une forte variation des flux de patients s'amenuisent elles aussi : au CRH d'Orléans par exemple, 50 à 60 lits de médecine sont ainsi indûment occupés en permanence ; pour mémoire, la réouverture de 15 lits d'aval le 8 août a permis de faire face aux premiers afflux de victimes de la canicule.

D'autre part, comme l'a souligné M. Jean de Kervasdoué, professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire national des arts et métiers, la régulation de l'activité des services d'urgences pourrait également s'opérer à travers la responsabilisation des assurés sociaux, en modulant le ticket modérateur² sur les consultations effectuées dans ces services hospitaliers : « *Il existe des mécanismes économiques, qui permettraient de résoudre nos problèmes. On prétend que la consultation aux urgences coûte 20 euros. C'est de la plaisanterie ! Il faut que, avec les mutuelles et l'assurance maladie, on accepte dans certains cas de rembourser à 100 % avec un ticket modérateur, le même que le C, qui ne représente quasiment rien : 30 % de 20 euros, soit 6 euros. Les personnes ayant une raison médicale d'être admises aux urgences ne paieraient rien ou 6 euros, contrairement à celles qui se présenteraient aux urgences sans nécessité impérieuse, même si elles*

¹ Audition du 13 janvier 2004.

² Aux termes de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, les assurés supportent une partie des frais de leur prise en charge (le ticket modérateur).

y viennent pour des raisons rationnelles. » ¹. En tout état de cause, les suggestions de M. de Kervasdoué constituent une piste de réflexion intéressante en ce qu'elles contribueront à nourrir le débat sur la prochaine réforme de l'assurance maladie.

B.- DES DYSFONCTIONNEMENTS DANS LA PLANIFICATION DES CAPACITÉS D'ACCUEIL ET D'HOSPITALISATION ET LA GESTION DE LA « FERMETURE » DE LITS

Dans de nombreux hôpitaux, et notamment dans les établissements de l'AP-HP, les urgences hospitalières ont constitué une sorte de goulot d'étranglement du système de soins, l'arrivée des victimes en grand nombre et de manière continue ne pouvant être compensée par leur placement rapide dans des services de médecine générale, de réanimation, voire même d'autres spécialités.

L'ACTIVITÉ DES URGENCES DE L'AP-HP DU 4 AU 18 AOÛT 2003

Dates	Nombre de passages quotidiens (1)	Admissions directes
Lundi 4 août	2 384	1 499
Mardi 5 août	2 238	1 316
Mercredi 6 août	2 121	1 290
Jeudi 7 août	2 222	1 216
Vendredi 8 août	2 381	1 058
Samedi 9 août	2 442	688
Dimanche 10 août	2 320	860
Lundi 11 août	2 835	1 666
Mardi 12 août	2 698	1 748
Mercredi 13 août	2 344	1 522
Jeudi 14 août	2 238	1 185
Vendredi 15 août	2 274	606
Samedi 16 août	2 409	593
Dimanche 17 août	2 101	762

¹ Audition du 9 décembre 2003.

Lundi 18 août	2 394	1 437
TOTAL	35 401	17 446

(1) Hors Necker.

Source : AP-HP.

La raison des difficultés est avant tout capacitaire, due à l'absence de lits disponibles avec le personnel correspondant, mais pas seulement, puisque certaines contraintes administratives ont également nui à la prise en charge des patients.

1.- Le manque de lits d'hospitalisation en aval

L'été est traditionnellement une période au cours de laquelle les établissements hospitaliers réduisent le nombre de lits permettant d'accueillir les patients, faute de personnels notamment. Cette pratique ne peut pas être considérée comme choquante si elle s'adapte à un niveau d'activité prévisible et raisonnable. Il en va tout autrement si elle constitue une solution de facilité dans la gestion des ressources humaines de certains services.

Le bon sens recommande que les fermetures de lits portent principalement sur les activités programmées et non sur les services d'urgence, de réanimation, ou les lits d'aval en médecine et en soins de suite, qui permettent d'hospitaliser les victimes pour un bilan et un traitement plus long. Le ministre de la santé était conscient de ce problème et il avait donné des instructions à la DHOS pour que le nombre de lits fermés à l'été 2003 soit inférieur à celui de l'été 2002¹.

Ces instructions, répercutées par l'AP-HP et les directeurs d'établissements, n'ont, semble-t-il, pas été respectées par les services des hôpitaux.

Ce problème n'est pas nouveau, mais il a eu des conséquences graves pendant la canicule. Il n'est pas normal que le service minimum fixé par le ministère de la santé n'ait pas été respecté à la lettre.

D'après les statistiques officielles, le taux réalisé est conforme au prévisionnel et s'établit à quelque 93 % de lits ouverts en juillet et 87 % en

¹ La circulaire n° 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative insistait ainsi sur la prise en charge des patients en aval des services d'urgence.

août. Cependant, on peut constater des différences régionales importantes. Ainsi, au mois d'août, seuls les hôpitaux de cinq régions (Corse, Provence Alpes Côte d'Azur, Poitou-Charentes, Bretagne et Franche-Comté) auraient disposé d'au moins 90 % de leurs lits installés. En revanche, il n'est pas anodin de constater que les hôpitaux des régions Ile-de-France, Bourgogne, Pays de Loire et Rhône-Alpes, toutes très touchées par la canicule, n'auraient pas pu utiliser plus de 82 % de leurs lits installés au moment de la période la plus critique.

Pour ce qui concerne l'AP-HP, la communication sur la crise sanitaire liée à la canicule issue de son conseil d'administration du 19 septembre 2003 précise que « 82 % des 21 600 lits toutes disciplines confondues ouverts avant l'été ont été maintenus ouverts pendant la période estivale, 87 % (18 850 lits) en juillet et 77 % (16 700 lits) en août ». Les chiffres détaillés, établissement par établissement, que l'AP-HP a transmis à la commission d'enquête diffèrent légèrement de cette assertion puisque le nombre de lits réellement fermés aurait finalement avoisiné 5 371, soit un excès de 371 fermetures par rapport aux prévisions initiales ¹, ce chiffre atteignant même un différentiel de 471 fermetures de lits par rapport aux données avancées lors du conseil d'administration susmentionné.

Pour sa part, le docteur Patrick Pelloux n'a pas caché son scepticisme vis-à-vis des chiffres avancés ; il a trouvé des explications pour le moins inquiétantes : « *Les chiffres sont biaisés, car, régulièrement, on ne tient pas compte des lits qui seront fermés du fait du manque de personnel pour arrêt maladie, de problèmes de fuites d'eau ou de travaux, etc. Tous ces lits ne figurent pas dans les statistiques. C'est une des raisons pour lesquelles, le chiffre de 11,6 % qu'avait M. le ministre ne correspondait pas au nôtre, environ 30 %. Pour illustration, quand on constate l'absence d'une infirmière, d'un coup, c'est toute une aile d'un service qui est fermée. Les statistiques ne reflètent donc pas la réalité.* » ². D'après les éléments remis par le docteur Pelloux, l'établissement de Saint-Antoine aurait disposé de 72,6 % de ses lits réels au mois d'août 2003, ce qui l'aurait placé en deçà de la moyenne annoncée par l'AP-HP. Rapporté aux lits budgétés, c'est-à-dire aux lits théoriques, le nombre de lits disponibles dans l'hôpital avoisinait même 60,7 %.

¹ essentiellement localisé à l'hôpital Saint-Louis, où 354 lits ont été fermés en plus de ceux qui étaient prévus.

² Audition du 2 décembre 2003.

CAPACITÉS D'ACCUEIL DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE AU MOIS D'AOÛT 2003

Disciplines	Lits budgétés	Lits réels	Lits ouverts	motifs
Médecine interne	54	54	31	Travaux et congés annuels
Hématologie	32	31	14	Congés annuels
Réanimation médecine	18	14	11	Congés annuels
Hépatologies	104	94	68	Congés annuels
Orthopédie traumatologie	70	60	46	Congés annuels
ORL	27	27	17	Congés annuels
Brûlés	10	10	0	Problème de personnel médical
Chirurgie générale	86	78	58	Congés annuels
Réanimation chirurgie	25	25	18	Travaux, congés annuels et problème de personnel
obstétrique	60	23	23	–
gynécologie	20	9	9	–
néonatalogie	15	15	5	Congés annuels
Psychiatrie adultes	53	53	43	Congés annuels
Lits porte	12	12	12	–
Neurologie	16	16	10	Travaux et congés annuels
Radiothérapie	2	4	4	–
Cardiologie	29	29	18	Travaux et congés annuels
Réanimation cardiologie	10	10	10	–
Endocrino-diabéologie	17	17	10	Congés annuels
Gastro-entérologie	42	30	21	Congés annuels
Maladies infectieuses	28	28	19	Congés annuels
Médecine post porte	10	10	10	–
Pneumologie	33	30	21	Congés annuels
Cancérologie	39	21	18	Congés annuels
rhumatologie	32	32	16	–
TOTAL	844	705	512	–

Source : AMUHF.

L'appréciation générale de l'AMUHF n'est pas contredite par les rapports officiels remis au ministre de la santé.

L'impression demeure, s'agissant de l'AP-HP, que personne – qu'il s'agisse du ministre, de la DHOS, des directeurs d'établissement – ne contrôle véritablement les fermetures de lits.

Le rapport de la mission d'expertise et d'évaluation conduite par le docteur Françoise Lalande, notamment, évoque le cas des établissements de Saint-Antoine et Lyon, « où le taux de fermeture a atteint 44 %, le taux de fermeture des services de réanimation se montant également à 33 %. »¹. D'autre part, l'IGAS a eu l'occasion de confirmer cette analyse dans son rapport sur la fermeture des lits dans les établissements hospitaliers durant l'été, en soulignant que si « dans leur majorité, les établissements n'ont pas

¹ Rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, conduite par le docteur Françoise Lalande, publié en septembre 2003, p. 31.

procédé à des réductions de leur capacité significativement différentes de celles qui figuraient dans leurs prévisions », il existait quand même « un certain nombre d'exceptions : en région Rhône-Alpes, 5 % de lits supplémentaires de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) par rapport aux prévisions ont été fermés en août ; en Bourgogne 3,4 % ; à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), 2,1 %. »¹.

On peut malheureusement craindre que l'extrême confusion qui entoure les modalités de gestion des fermetures des lits perdure, en raison des lourdeurs administratives du processus : en l'état actuel des choses, il est rigoureusement impossible pour la DHOS et même pour les directeurs d'établissements de vérifier l'application exacte des objectifs fixés en début d'année. Il appartient au ministère de la santé de revoir ce dispositif, au besoin en assortissant de sanctions le non-respect des objectifs fixés.

2.– Un phénomène accentué par des contraintes procédurales : les pesanteurs du dispositif de l'entente préalable

Le problème des capacités d'admissions hospitalières s'est trouvé aggravé par des procédures dont le formalisme s'est révélé incompatible avec les impératifs de réaction rapide en cas de gestion de crise. Le mécanisme de l'accord préalable pour l'admission directe dans les établissements de soins de suite et de réadaptation², notamment, en fournit une illustration édifiante.

La réglementation en vigueur prévoit l'obligation juridique de recourir à un médecin conseil pour permettre l'hospitalisation en soins de suite de certains patients. L'article R 166-3 du code de la sécurité sociale dispose en effet que : « *L'admission directe d'un bénéficiaire de l'assurance maladie dans un service de moyen ou de long séjour est subordonnée à l'accord de l'organisme d'assurance maladie dont il relève, donné après avis du service du contrôle médical.* ».

Or, il semble que ce procédé ait indirectement contribué à l'engorgement des urgences et des lits d'aval. M. Edouard Couty en est parfaitement conscient : « *Aujourd'hui, une personne admise aux urgences, avant d'aller dans un service de moyen séjour, de soins de suite ou dans une*

¹ Rapport n° 2003141 : Mission d'enquête sur les fermetures de lits en milieu hospitalier durant l'été 2003 ; présenté par Jean-Paul Bastianelli, Maryse Fourcade, le docteur Sylvain Picard et Liliane Salzberg, décembre 2003, p. 1.

² Mécanisme prévu par l'article 6 du décret n° 84-1042 du 18 novembre 1984, relatif à l'exercice du contrôle médical dans les établissements, services et institution sanitaires et médico-sociaux, codifié à l'article R 166-3 du code de la sécurité sociale.

maison pour personnes âgées, doit passer dans un service de court séjour, un ou deux jours en médecine.

On ne peut pas passer directement d'un service d'urgence à un service de soins de suite sans passer par un service de court séjour, sauf accord préalable. Un texte national organise cette entente préalable. Cela nous pose problème de temps en temps, de manière récurrente, même si la filière habituelle d'un malade est d'être admis au service d'urgence, puis hospitalisé pour faire le diagnostic, les examens complémentaires, etc., et quand le traitement est prescrit, d'aller dans un autre service, soit à l'intérieur de l'hôpital, soit dans un autre établissement. »¹.

Cette contrainte est devenue ingérable au moment des faits car, au plus fort de la période estivale, les victimes ont pu rester à l'hôpital jusqu'à huit jours (contre trois en temps normal) pour obtenir l'aval des médecins conseils. Il a donc été demandé au cabinet du ministre de la santé dès le 11 août, par la directrice générale de l'AP-HP puis par la DHOS, de suspendre cette obligation à titre temporaire, ce qui a été fait le 13 août. Cette suspension a été prolongée le 19 août.

L'effet de cette mesure a, semble-t-il, été très significatif. On peut toutefois se demander pourquoi le ministère de la santé et la DHOS n'ont pas prévu de mécanisme dérogatoire en cas de crise sanitaire grave ou d'afflux important de victimes. Dans un tel cas de figure, l'avis du service de contrôle médical pourrait intervenir *a posteriori*, avec éventuellement une garantie d'action récursoire pour le cas, peu probable en de telles circonstances, de patients dont l'hospitalisation dans des services de moyen ou long séjours aurait été induite. Ce point méritera d'être réglé par la voie réglementaire, car il est inacceptable que les difficultés d'hospitalisation dans des circonstances de catastrophe soient aggravées par la lourdeur de certaines procédures, aussi justifiées soient-elles dans des circonstances normales.

C.- UN SOUS EFFECTIF EN PERSONNELS DE SOINS

Les difficultés de prise en charge hospitalière des victimes de la canicule ont mis en évidence un problème de disponibilité des personnels de soins. En cette période estivale, beaucoup de médecins, de personnels infirmiers et d'aides soignants étaient en vacances. Conjuguée à une situation rendue déjà difficile par l'application de la réduction du temps de

¹ Audition du 12 novembre 2003.

travail au secteur hospitalier, cette diminution des effectifs en poste a accentué le hiatus entre les capacités d'accueil hospitalières et les besoins nés de la canicule.

1.- Des recrutements en hausse mais difficiles

L'argument selon lequel le nombre des personnels soignants ne permet pas de faire face à la demande de soins hospitaliers est récurrent depuis plusieurs années déjà. Il se heurte pourtant à une réalité statistique à première vue troublante, à savoir l'augmentation sensible des postes budgétés d'infirmiers et, dans une moindre mesure, de praticiens hospitaliers.

Si le secteur hospitalier français a été profondément rationalisé ces dernières années, le nombre des personnels infirmiers n'a pas pour autant décréu, comme le montre le tableau ci-après. De 1995 à 1998, ce sont quasiment 20 000 postes qui ont été créés, essentiellement au profit des hôpitaux et cliniques. La décision d'appliquer la mesure des 35 heures hebdomadaires de travail au secteur hospitalier a conduit ensuite au recrutement de quelque 37 500 personnels infirmiers supplémentaires.

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'INFIRMIERS SALARIÉS DANS DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS EN FRANCE

	1999	2000	2001	2002	2003
Salariés du secteur public	204 771	209 907	217 762	222 727	230 530
Salariés du secteur privé	66 837	68 589	72 006	76 286	78 551
Ensemble	271 608	278 496	289 768	299 013	309 081
Quotas de formation	18 436	26 436	26 436	26 436	30 000

Sources : ADELI, DREES, France métropolitaine.

Lors du déplacement du Président et du Rapporteur de la commission au CHR d'Orléans, un cadre du service des urgences a fort justement déploré le décalage des calendriers de formation des infirmiers avec les besoins des services. En effet, les diplômes d'Etat sont délivrés au mois de novembre par la grande majorité des instituts de formation, soit après les périodes les plus tendues en termes d'effectifs. Il conviendrait donc de revoir ces calendriers, afin de faire coïncider l'entrée dans les

cadres des nouveaux infirmiers avec l'intérêt des établissements et des usagers.

Les effectifs de médecins ont également été ajustés à la hausse, mais de manière plus récente et dans des proportions plus faibles. Dans le cas des praticiens hospitaliers, ce sont ainsi quelque 3 278 praticiens à temps plein supplémentaires qui exercent dans les hôpitaux depuis 2001.

EVOLUTION DES PRATICIENS HOSPITALIERS DEPUIS 2001

	2001		2002		2003	
	Postes budgétés	Postes occupés	Postes budgétés	Postes occupés	Postes budgétés	Postes occupés ⁽¹⁾
Praticiens à temps plein	28 909	24 168	30 088	26 033	32 630	27 446
Praticiens à temps partiel	8 429	6 152	8 512	6 267	—	—

⁽¹⁾ Jusqu'au 30 septembre.

Source DHOS.

Ce constat doit néanmoins être tempéré par le déficit d'attractivité des professions du secteur hospitalier, lequel rend plus difficile les recrutements prévus. Cette augmentation tendancielle des postes budgétaires hospitaliers n'est d'ailleurs pas contradictoire avec la persistance de manques de personnels dans les services. La raison de cette persistance de besoins tient en fait à plusieurs facteurs : le déséquilibre de la pyramide des âges de ces professions tout d'abord, la répartition géographique des effectifs ensuite, les différences de ventilation des personnels selon les spécialités (certaines, telles les urgences, l'anesthésie, voire la chirurgie ou la gériatrie par exemple, souffrant plus que d'autres de carences), et enfin la diminution de la durée du travail.

2.- Une tendance insuffisante pour compenser la réduction du temps de travail

L'IGAS a eu l'occasion de souligner ¹ que les services hospitaliers qui fonctionnent de façon permanente, au premier rang desquels se trouvent les urgences et la réanimation, sont confrontés à des exigences contradictoires. En effet, si le souci d'améliorer la sécurité sanitaire s'est traduit par des normes exigeant une présence accrue de médecins qualifiés dans les activités d'urgence depuis 1998, le temps médical disponible a parallèlement été réduit en raison, d'une part, de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail ² et, d'autre part, de l'intégration des gardes dans le temps de travail des médecins, en application des directives européennes de 1993 et 2000 ³.

**LES MODALITÉS D'APPLICATION DE LA RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL
À LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE : L'EXEMPLE DE L'AP-HP**

Le protocole d'accord sur la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière du 27 septembre 2001 a fixé la durée hebdomadaire moyenne de travail de ces personnels à 35 heures à compter du 1^{er} janvier 2002, en assortissant son éventuelle annualisation de jours de repos supplémentaires (jours de RTT). Il a laissé aux chefs d'établissements toute latitude pour négocier l'application concrète de cette mesure au sein de chaque hôpital.

Pour ce qui concerne l'AP-HP, les principes ont été fixés par un protocole d'accord signé le 22 janvier 2002, qui a retenu deux schémas organisationnels pour les personnels non médicaux :

– 7 heures 36 par jour et 38 heures par semaine avec 18 jours de RTT par an pour les services ne fonctionnant pas en continu (administration, logistique etc.) ;

– 7 heures 36 ou 7 heures 50 par jour et 38 heures ou 38 heures 20 par semaine avec respectivement 18 et 20 jours de RTT par an pour les services fonctionnant en continu.

Cette seconde catégorie souffre quelques aménagements puisque les organisations du travail en 10 et 12 heures quotidiennes ont été maintenues pour les équipes de réanimation et de blocs opératoires. Quant aux personnels travaillant plus de 12 heures par jour (sages-femmes notamment), leur durée de travail est passée à un maximum de 12 heures à compter du 1^{er} janvier 2004.

La mise en œuvre des dispositions de la réduction de la durée de travail des personnels de nuit à 32 heures 30 au 1^{er} janvier 2004 a fait l'objet de mesures d'adaptation, contenues dans le protocole d'accord du 9 janvier 2003 : en cas de difficultés de recrutement ou d'organisation, la rémunération du différentiel lié au passage à 32 heures 30 se fera, jusqu'au 1^{er} janvier 2005 au plus tard, sous forme d'heures supplémentaires.

¹ Rapport n° 2002-143 de décembre 2002, sur la gestion des praticiens hospitaliers.

² Protocole d'accord signé le 27 septembre 2001 et applicable depuis le 1^{er} janvier 2002.

³ Il s'agit de la directive 93/104/CE du Conseil, concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, qui a été publiée au journal officiel des communautés européennes le 13 décembre 1993, et de la directive 2000/34/CE du Parlement européen et du Conseil, modifiant la précédente, qui a été publiée le 1^{er} août 2000.

En contrepartie de la réduction de la durée du travail, 4 000 postes budgétaires ont été alloués à l'AP-HP (80 % d'infirmiers et d'aides-soignants), dont 298 emplois en soins de longue durée (7,5 % du total).

Il est indéniable que le *numerus clausus*, qui restreint le nombre des nouveaux médecins, s'est révélé inadapté pour permettre au système sanitaire de faire face à la pénurie rampante des praticiens hospitaliers. Le passage des promotions de 8 500 en 1971 à 3 600 en 1996 aura des effets durables sur le remplacement des médecins partis à la retraite. Pour cette raison, il faut se réjouir que le Gouvernement ait annoncé à l'automne 2003 un relèvement de 500 places du *numerus clausus* des médecins, amplifiant le phénomène amorcé à la suite de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail. S'agissant du corps médical hospitalier, le rapport de la mission d'expertise et d'évaluation conduite par le docteur Françoise Lalande souligne que, « à l'heure actuelle, le recrutement d'anesthésistes-réanimateurs, de chirurgiens, d'obstétriciens, d'urgentistes – pour ne prendre que les exemples les plus aigus – se trouve (...) gravement compromis »¹. Et ce document d'illustrer son propos en soulignant que « 648 postes de PH² ont été mis au recrutement en 2002 pour la spécialité d'anesthésie-réanimation (spécialité clef pour les services fonctionnant 24 heures sur 24) mais seulement 300 candidats se sont présentés et 271 ont été nommés, soit un taux de 41,8 % ».

Pour ce qui concerne les effets de l'application de la réduction du temps de travail aux personnels infirmiers, le tableau ci-après fait apparaître une baisse très sensible du nombre d'heures annuelles travaillées, que les hôpitaux sont obligés de compenser.

**ÉVOLUTION DE LA DURÉE ANNUELLE DE TRAVAIL DES INFIRMIERS HOSPITALIERS,
AVEC LA RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL**

Catégories d'hôpitaux	Nombre d'heures annuelles travaillées en régime de repos fixe			Nombre d'heures annuelles travaillées en régime de repos variable				
	2001	2002	variation	2001	2002 ⁽¹⁾	variation	2002 ⁽²⁾	variation
CHU	1 709	1 568	- 8,2 %	1 694	1 553	- 8,3 %	1 533	- 9,5 %
HL	1 724	1 564	- 9,2 %	1 710	1 551	- 9,3 %	1 539	- 10,0 %
CHS	1 702	1 564	- 8,1 %	1 683	1 550	- 7,9 %	1 535	- 8,8 %
CH	1 718	1 563	- 9,0 %	1 703	1 551	- 8,9 %	1 537	- 9,7 %

¹ Rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, conduite par le docteur Françoise Lalande, publié en septembre 2003, p. 28.

² Praticiens hospitaliers.

Total	1 717	1 563	- 9,0 %	1 702	1 551	- 8,9 %	1 537	- 9,7 %
--------------	--------------	--------------	----------------	--------------	--------------	----------------	--------------	----------------

CHU : centres hospitaliers universitaires ; HL : hôpitaux locaux ; CHS : centres hospitaliers spécialisés ; CH : centres hospitaliers.

⁽¹⁾ Personnels travaillant moins de 20 dimanches et jours fériés.

⁽²⁾ Personnels travaillant plus de 20 dimanches et jours fériés.

Source : DREES, études et résultats n° 224, mars 2003.

Les recrutements en personnels infirmiers, pourtant significatifs, ont été, et resteront quelques années encore, insuffisants pour pallier les difficultés nées de l'application des 35 heures au secteur hospitalier, d'autant que depuis le 1^{er} janvier 2004, la durée hebdomadaire de travail des personnels d'astreinte la nuit équivaut à 32 heures et demie (ce qui représente 3 400 postes d'infirmiers pour l'année budgétaire 2004). A l'AP-HP, les 1 270 postes d'infirmiers vacants ¹, selon la DHOS, résulteraient notamment des nombreux départs de personnels vers la province (15 000 en trois ans) à l'occasion de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail.

On se bornera à citer, à l'appui de ce constat, cette conclusion de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la réduction du temps de travail (RTT) dans les établissements de santé, présidée par M. Angel Piquemal : « Avec la mise en œuvre de la RTT, les emplois nécessaires sont attribués selon un rythme qui accroît les tensions internes. De plus, les recrutements effectifs sont parfois difficiles pour les personnels soignants, voire impossibles pour les personnels médicaux. » ². Cette pénurie se trouve malencontreusement amplifiée par les modalités d'application de la réforme. Ainsi, d'après les évaluations de M. Jean de Kervasdoué : « A l'hôpital, 50 % des agents sont là le matin, 30 % l'après-midi, 20 % la nuit. Or, dans beaucoup d'hôpitaux, dont l'Assistance publique de Paris, le chevauchement est d'une heure et demie alors que, théoriquement, une demi-heure suffit. 80 % du personnel est présent entre 13 heures 30 et 15 heures, alors que ce n'est pas la plage horaire où l'on travaille le plus à l'hôpital ! » ³

Il en résulte un manque artificiel de personnels, qui constitue une gêne très importante pour le fonctionnement quotidien des hôpitaux. M. Jean de Kervasdoué n'a d'ailleurs pas caché à la commission d'enquête que certains directeurs d'établissements hospitaliers n'hésitaient pas à recourir à des pratiques peu orthodoxes, pour ne pas dire contraires à la loi,

¹ L'Union hospitalière régionale d'Ile-de-France (UHRIF) estime quant à elle à 1 750 le nombre de postes d'infirmiers vacants à l'échelle de la région Ile-de-France en 2003.

² Rapport du 7 novembre 2002.

³ Audition du 9 décembre 2003.

pour garantir la présence d'infirmiers dans les services aux moments où ils font besoin : *« Je sais simplement, par mes amis directeurs d'hôpitaux et chefs de service, que beaucoup d'infirmières et d'infirmiers travaillent 35 heures dans un établissement et réalisent une ou deux vacations de 12 heures dans d'autres. Même des directeurs d'hôpitaux, qu'ils soient à but lucratif ou public, se coordonnent pour avoir des infirmières suppléantes ici et titulaires là. »*.

Selon des témoignages concordants, la rémunération de ces vacations avoisinerait, à Paris, les 1 000 euros pour 12 heures.

S'y ajoutent deux autres types de problèmes organisationnels :

– d'une part, une répartition inégale des personnels selon les spécialités, seulement 6,2 % des personnels infirmiers étant affectés auprès des personnes âgées dans des établissements publics de santé ¹ selon les statistiques de la DREES en 1999 ;

– d'autre part, une organisation incohérente du travail, qui découle davantage des statuts des personnels que des besoins des usagers, comme l'a souligné M. de Kervasdoué : *« L'organisation du travail est définie par des statuts et non par la demande réelle du malade. Je prends en contre-exemple la clinique privée. J'ai été hospitalisé en moyen séjour dans un établissement privé de rééducation. Un matin, à une femme qui faisait mon lit, je demande poliment à voir l'infirmière. Elle me rétorque : "Mais je suis infirmière !" C'est impensable à l'AP. Si parfois une infirmière aide l'aide-soignante à faire le lit, elle ne fait jamais le lit seule. »*.

En définitive, c'est sans doute un document de travail de la DREES d'octobre 2003 sur la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics qui résume le mieux les effets des 35 heures à l'hôpital tout en pointant certains problèmes que la canicule a particulièrement exacerbés : *« les services de soins sont plus contraints dans leurs plannings, même améliorés, que les services administratifs et techniques qui ont la possibilité de se ménager de longs week-ends, ou des aménagements au choix. On voit apparaître un écart entre des parties d'hôpital centrées sur les traitements programmés (unités ne travaillant que le jour, ou la semaine, avec peu de contraintes), et d'autres parties centrées surtout sur les urgences, et soumises à de fortes contraintes de temps et d'aléas (...)*.

Au total, on peut dire que la RTT actuelle a été conduite en fonction essentiellement d'une logique sociale, permettant d'accorder aux

¹ 7 642 en soins de longue durée et 3 513 en hébergement (cure médicale, hébergement chambre, hébergement foyer).

agents davantage de temps libre, en ne mettant pas toujours au premier plan une logique professionnelle, qui aurait cherché à améliorer les conditions de travail, ni une logique organisationnelle de fonctionnement de l'hôpital. »¹.

Ces carences ne se sont pas trouvées atténuées, loin s'en faut, au cours de la période estivale, et singulièrement au mois d'août. Les vacances scolaires sont légitimement l'occasion de nombreux départs en vacances des professionnels de la santé, ce que personne ne saurait remettre en cause. Il n'en demeure pas moins que, ce faisant, les effectifs hospitaliers de permanence, qui fonctionnent habituellement en flux tendus, ont été plus fortement sollicités. Parallèlement, certains services ont réduit le volume de leurs capacités. La conjonction de ces phénomènes explique en partie l'engorgement des services d'urgence à partir des 6 et 7 août, même s'il convient de saluer l'esprit de responsabilité de nombreux personnels qui n'ont pas hésité à diminuer leur temps de pause, à multiplier les heures supplémentaires, voire à abréger leurs congés. Parfois, les rappels de personnels par l'administration n'ont pas été rendus nécessaires, les médecins et infirmiers se présentant spontanément pour renforcer leurs collègues. En outre, selon l'AP-HP, 530 élèves et moniteurs de l'institut de formation en soins infirmiers et 134 agents ont été rappelés tandis qu'il était recouru à 880 vacations d'intérim.

Il ressort des événements de l'été 2003 que la solution du problème des effectifs n'est pas uniquement d'ordre quantitatif. Bien souvent, une meilleure répartition des personnels en fonction des besoins serait de nature à résoudre certaines tensions. En ce sens, la suggestion de la directrice générale de l'AP-HP de favoriser une plus grande polyvalence des effectifs de permanence pendant les périodes de congés scolaires est intéressante. Il semble en effet nécessaire d'envisager des mécanismes de rotation, de manière à renforcer à l'avenir les personnels des services des urgences et de médicalisation en aval par leurs homologues issus des services d'hospitalisation programmée, voire d'établissements hospitaliers proches, dans le cas des grandes agglomérations. Une flexibilité accrue de la gestion des ressources humaines s'avère indispensable.

D.- UNE PRISE EN CHARGE GÉRIATRIQUE QUI RESTE À AMÉLIORER

Actuellement, **plus d'une personne hospitalisée sur quatre, quel que soit le secteur considéré, est âgée de 80 ans ou plus.** Le plus souvent, les personnes âgées malades sont accueillies dans des structures qui les acceptent indépendamment des spécificités de soins liées à leur âge, ce qui

¹ Document de travail : la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation, sous la conduite de Dominique Tonneau ; série études n° 35, DREES, octobre 2003, p. 6.

se traduit par le fait que 23 % d'entre elles sont placées dans des services inadaptés¹.

On a déjà évoqué des cas de refus d'admission dans les hôpitaux d'Ile-de-France, mais on a observé les mêmes difficultés en province, comme l'a expliqué le docteur Christine Nonciaux, membre de la mission d'évaluation et d'expertise sur les effets de la canicule sur les personnes âgées en Côte d'Or et médecin à la direction « solidarité-famille » du conseil général de ce département : « *Certains directeurs d'établissements ont téléphoné dans les centres d'urgence et de gériatrie pour avoir des conseils et des protocoles, ainsi que pour savoir si les personnes justifiaient d'une hospitalisation ou non, afin d'éviter d'engorger les services d'urgence. Certaines personnes ont fait l'aller et retour dans la journée, faute de place.* »². Et Mme Jocelyne Wrobel, directrice-adjointe à la direction « solidarité-famille » du conseil général d'ajouter : « *Certains directeurs d'établissement nous ont dit que des personnes qui avaient été envoyées aux urgences dans la journée, sont revenues dans la nuit vers 1, 2 ou 3 heures du matin, faute de places. Ils s'en sont un peu offusqués car ils estimaient que renvoyer quelqu'un en pleine nuit n'était pas très convenable.* ».

Ce problème de la prise en charge des personnes âgées n'est pas nouveau, même s'il fait l'objet de préoccupations relativement récentes. C'est en effet au printemps 2002 qu'une circulaire³ a formulé des recommandations en vue d'une meilleure prise en charge des patients âgés polyopathologiques ou dépendants (sur les plans physique, psychique ou social). La clé de voûte de ce dispositif est le renforcement des compétences gériatriques au sein des établissements de santé, en dotant notamment, d'ici 2005, les 207 structures d'accueil des urgences d'un service de court séjour gériatrique : on en dénombrait 50 en 2002.

Cette ambition est légitime, mais elle se heurte à un défaut de moyens. Manifestement, les services gériatriques restent en nombre insuffisant. De même, les services de soins de suite et les unités de soins de longue durée, qui offrent quelque 80 000 lits, sont mal dotés en personnels soignants : on y dénombre, selon la fédération hospitalière de France (FHF), 29 050 agents (médecins, infirmiers diplômés d'Etat, aides soignants et aides médico-psychologiques). Le rapport de la mission d'expertise et

¹ Actes du 6^{ème} colloque d'éthique de Bicêtre : « Vieillesse méconnues. Enjeux éthiques de la crise d'août 2003 », p. 44.

² Audition du 20 janvier 2004.

³ Circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2002-157 du 18 mars 2002 sur l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

d'évaluation conduite par le docteur Françoise Lalande évoque à ce propos un ratio de 1 agent par lit en gériatrie aiguë, 0,7 en soins de suite et 0,65 en USLD. Si l'on considère uniquement les personnels soignants, le ratio tombe à 0,35 soignant par lit en USLD.

Ce phénomène se trouve aggravé par les conséquences indirectes de l'application de la réduction du temps de travail au secteur hospitalier. En raison de la pénurie générale d'infirmiers et d'aides soignants, les personnels privilégient les postes dans des services plus valorisés que la gériatrie (cardiologie, maternité, entres autres), ce qui montre que les 35 heures sont à l'origine d'un effet d'éviction préjudiciable à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital. C'est du moins le constat dressé par la mission d'évaluation et d'expertise sur les effets de la canicule sur les personnes âgées en Côte d'Or, tel que l'a énoncé Mme Jocelyne Wrobel : *« Même à l'intérieur d'un établissement hospitalier comme celui de Dijon par exemple – centre hospitalier universitaire –, il est plus facile de trouver des infirmières quand on est en cardiologie ou dans d'autres services considérés comme plus nobles, que lorsqu'on est dans l'établissement médico-social pour personnes âgées. »*

On notera au passage que les recrutements d'infirmières d'origine étrangère, imaginés pour pallier à court terme les manques de personnels induits par la réduction du temps de travail, se sont parfois révélés aussi préjudiciables pour les personnes âgées que les déficits en effectifs. C'est en tout cas le constat dressé par la mission d'expertise et d'évaluation sur les effets de la canicule sur les personnes âgées en Côte d'Or, Mme Jocelyne Wrobel ayant déclaré à la commission : *« aujourd'hui, du fait de cette pénurie d'infirmières au centre gériatrique Champmaillot rattaché au CHU, on emploie des infirmières espagnoles qui ne parlent pas français, ce qui ne simplifie pas le travail des médecins et le lien social avec les résidents lorsqu'ils ne sont pas totalement atteints par des pathologies lourdes et des troubles cognitifs graves. »*¹.

Une amélioration de la prise en charge hospitalière des personnes âgées est donc nécessaire. A défaut, les risques d'engorgement des urgences perdureront, exposant par là même une population parmi les plus fragiles à un manque de soins appropriés rapidement délivrés. Le Premier ministre a annoncé, le 6 novembre 2003, des mesures importantes qui vont dans le bon sens : en effet, *« le développement des services gériatriques qui rassembleront toutes les compétences nécessaires »* sera l'une des trois priorités du plan *« Vieillesse et solidarité »*². Ainsi, pour ce qui

¹ Audition du 20 janvier 2004.

² Extrait de la conférence de presse de M. Jean-Pierre Raffarin, le 6 novembre 2003.

concerne plus particulièrement les hôpitaux, les compétences gériatriques seront valorisées et des équipes mobiles gériatriques seront créées, ce qui constitue un début de réponse.

Ces mesures gagneraient néanmoins à être complétées par la généralisation de services de court séjour gériatrique dans tous les établissements de santé où siège un SAU, par la valorisation de la discipline gériatrique, à travers une reconnaissance universitaire qui lui fait encore défaut, notamment en créant quelques postes de praticiens hospitaliers-professeurs des universités, et enfin par l'autonomisation de la gestion des USLD par rapport aux centres hospitaliers, ces unités cumulant les pesanteurs administratives qui touchent les hôpitaux avec des contraintes inhérentes au fait qu'elles ne sont pas prioritaires.

E.- UNE GESTION INADÉQUATE DES RESSOURCES

La crise hospitalière déclenchée par la canicule aurait sans doute pu être mieux gérée à moyens constants. Il semble que des difficultés internes mais aussi un trop grande frilosité des directeurs d'établissements à l'égard du déclenchement du plan blanc en soient la cause.

1.- La persistance des corporatismes internes à l'hôpital

Le secteur hospitalier français est marqué par des pesanteurs et des cloisonnements internes importants entre l'administration et les personnels soignants, d'une part, et entre services hospitaliers d'autre part. Ces caractéristiques ont pesé dans la réponse de l'hôpital au défi sanitaire exceptionnel survenu au mois d'août 2003.

Dans le premier cas, il apparaît clairement que l'incompréhension mutuelle entre directions des établissements et praticiens de terrain ne s'est pas atténuée avec les premières manifestations des difficultés. Ainsi, on a pu voir que le sujet de la distribution de bouteilles d'eau minérale aux patients avait provoqué, dans certains établissements, de fortes discordes entre les unes et les autres. On mentionnera aussi les discussions interminables avec la direction générale de l'AP-HP pour la planification des fermetures de lits durant les mois de juillet et août.

Il est certain que les rigidités du mode de gestion des établissements hospitaliers les plus importants ont empêché des ajustements

qui, bien qu'élémentaires, se sont avérés efficaces dans les structures plus petites, telles les maisons de retraite. Mme Jocelyne Wrobel a d'ailleurs souligné ce point : « *Les centres hospitaliers avec des systèmes de gestions assez lourds ont éprouvé des difficultés. L'un d'entre eux n'avait que de l'eau à donner à boire aux personnes âgées. Il n'y avait pas de jus de fruit.* ». Il faut également reconnaître que le dialogue entre les principaux acteurs de la vie hospitalière n'est sans doute pas aussi régulier et approfondi qu'il le devrait, surtout au sein de l'AP-HP, dont la situation et la centralisation sont assez particulières au regard de l'organisation hospitalière.

S'y ajoute un phénomène de cloisonnement entre services, accentué par la tendance que M. de Kervasdoué qualifie de « *morcellement* » de l'hôpital en services toujours plus petits. Ce phénomène a réduit les possibilités de régulation globale tout en multipliant les querelles de chapelles.

La canicule a mis en lumière tous ces défauts. Il apparaît donc indispensable que la modernisation des conditions de management des hôpitaux, dans le cadre du plan Hôpital 2007 élaboré par le Gouvernement, s'attache à créer les conditions pour surmonter ces corporatismes d'un autre temps, dans l'intérêt bien compris des usagers.

Le projet du ministre de la santé de modifier l'organisation en services (chirurgie générale, chirurgie digestive ou chirurgie orthopédique par exemple), qui remonte, pour l'essentiel, à 1943, pour lui substituer des pôles d'activité plus larges (en l'occurrence, un pôle chirurgie), va dans le bon sens. Les chefs de pôles ne seront pas nommés par le ministre, comme c'est encore le cas des chefs de services, mais par décision du directeur d'hôpital après avis de la commission médicale d'établissement (CME), instance représentative des médecins. Il en résultera un partenariat plus clair, formalisé par des contrats de gestion négociés pour l'attribution d'un budget à chaque pôle. Les directeurs seront ainsi davantage responsabilisés, de sorte que toute défaillance pourra être sanctionnée, et les résistances des praticiens hospitaliers vis-à-vis des mesures de redéploiement entre services dans l'intérêt des patients n'auront plus cours, grâce à la notion de pôle d'activité.

2.– Des plans blancs inutilisés par les directeurs d'établissements

Les plans blancs ont été institués pour permettre aux établissements hospitaliers de faire face à un afflux de patients très brusque, dans une configuration de catastrophe ponctuelle, du type d'un accident de masse ou

d'un attentat. Or, la canicule a démontré que le système hospitalier doit être en mesure de surmonter des crises sanitaires plus durables. A l'aune de ce constat, le mécanisme des plans blancs peut paraître partiellement inadapté.

a) Un dispositif utile

C'est une circulaire du 24 décembre 1987 qui a institué les procédures hospitalières pour faire face à un afflux massif de victimes ¹.

Les plans d'accueil hospitaliers, plus communément appelés « *plans blancs* », mis en place par ces textes, peuvent être déclenchés par les directeurs d'établissement. Actualisés chaque année, ils permettent entre autres :

– d'adapter les capacités d'accueil de l'établissement, par transferts de malades vers des services moins exposés ou par annulation des admissions non urgentes, notamment ;

– de rappeler des personnels en renfort, grâce à des numéros de téléphone consignés dans des enveloppes sous scellés ;

– de gérer plus efficacement la prise en charge des familles et des médias, et de mettre la logistique de l'hôpital en adéquation avec les besoins ².

b) Un déclenchement trop tardif par les hôpitaux

Leur déclenchement pendant la période de la canicule n'a pas été immédiat. Le seul directeur d'établissement à avoir spontanément décidé d'activer cette procédure, le 11 août, a été celui du centre hospitalier intercommunal de Créteil. Le préfet du Val de Marne a généralisé le plan blanc à son département le lendemain. L'AP-HP, qui pourtant subissait elle aussi un afflux important de victimes aux urgences depuis le 7 août, n'appliquera formellement le plan blanc que le 13 août à 20 heures 30. Enfin, le 14 août, lors d'une réunion interministérielle à Matignon, le

¹ Circulaire DGS/3E n° 1471 DH/9C du 24 décembre 1987, relative à l'afflux de victimes à l'hôpital. Les dispositions de ce texte ont été aménagées par une circulaire du 3 mai 2002 (n° 2002-284) relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes, afin de tenir compte du cas de certains risques spécifiques (biologiques, chimiques, radiologiques et nucléaires), sans que la philosophie d'ensemble en soit bouleversée.

² Depuis 2002, ils s'inscrivent dans un schéma départemental qui recense les établissements de santé publics ou privés susceptibles de contribuer à une gestion de crise d'une échelle géographique assez importante.

Premier ministre donnera instruction aux préfets de solliciter le déclenchement de ces procédures par les hôpitaux en difficulté, de manière à ce qu'ils puissent prendre les dispositions nécessaires à la veille du week-end prolongé du 15 août.

A cette date, comme le relève le rapport de la mission d'expertise et d'évaluation conduite par le docteur Françoise Lalande : « *Le plan blanc aura un effet spectaculaire sur les sites saturés, d'autant qu'il est suivi de la baisse de la canicule. En une journée, les services d'urgence arrivent à trouver des places de réanimation (notamment grâce à la fermeture de la chirurgie programmée et à la récupération des salles de réveil) et à dégager les services débordés en trouvant des places aux patients dans les services de soin de suite.* »¹. Le professeur Carli et le docteur Pelloux, acteurs de terrain, ont tenu le même discours.

c) Des procédures inadaptées face à une crise sanitaire de longue durée

Se pose une question de bon sens : pourquoi les plans blancs n'ont-ils pas été déclenchés plus tôt par les directeurs des établissements confrontés à un afflux de victimes de la canicule ?

L'argument avancé par l'administration hospitalière, et confirmé par certains praticiens hospitaliers, repose sur l'inadéquation de cette procédure pour prendre en charge un nombre élevé de patients sur une longue durée. Pour mémoire, ce sont 2 054 victimes de la canicule que l'AP-HP a dû hospitaliser entre le 6 et le 26 août, soit un besoin équivalent aux capacités d'un hôpital entier. Il a donc été décidé de recourir à certaines mesures du plan blanc².

Il semblerait que d'autres hôpitaux confrontés à la crise aient eux aussi pris des dispositions internes similaires, à ce moment là. C'est du moins ce qui ressort des témoignages recueillis au CHR d'Orléans ainsi que

¹ Rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, conduite par le docteur Françoise Lalande, publié en septembre 2003, p. 40.

² A savoir les mesures « *type plan blanc* » ordonnées par le secrétaire général de l'AP-HP le 8 août, puis le plan « *chaleur extrême* », déclenché le 11 août, pour ce qui concerne l'AP-HP.

de l'enquête effectuée par la DHOS, le 15 août, auprès des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), sur les situations régionales : « *Les directeurs d'établissements ont fait valoir que le déclenchement du plan blanc ne se justifiait pas, néanmoins, des cellules de crise ou de veille ont été mises en place très tôt (dès les 7/8 août pour certains établissements), accompagnées de mesures adaptées largement inspirées de la démarche préconisée dans le plan blanc hospitalier.* » ¹.

On objectera néanmoins que les plans blancs prévoient une mobilisation graduelle des personnels et que leur déclenchement a une lisibilité bien plus grande, y compris pour le grand public, que les plans *ad hoc*. D'ailleurs, certains urgentistes estiment que seuls les plans blancs auraient permis des renforts conséquents en personnels et une libération des lits d'aval disponibles dans certains services. C'est du moins ce qui ressort des propos qu'a tenus le docteur Pelloux à propos des plans alternatifs : « *les responsables des hôpitaux nous répondaient : "Ce n'est pas le "plan blanc" ! Je ne peux donc pas demander aux infirmières de rester, je ne peux pas mobiliser le personnel."*

(...) Le déclenchement du plan blanc n'avait pas été officiellement annoncé, nous n'avons donc eu aucun moyen supplémentaire. » ².

Cette argumentation n'est toutefois pas complètement pertinente, pour la bonne et simple raison que les modalités de rappel des effectifs, telles qu'elles sont prévues par la circulaire de 2002, se heurtent à la réalité de l'éloignement géographique des personnels en congés lors des vacances estivales. Dès lors, l'attitude de l'administration hospitalière se comprend mieux : considérant les limites de la portée du dispositif, notamment sur la mobilisation des effectifs, elle a préféré agir de manière pragmatique en mettant en œuvre les seules mesures véritablement opérationnelles, de manière progressive, au gré de l'évolution de la situation.

Par voie de conséquence, l'épisode de la canicule invite à réfléchir sur une adaptation du contenu des plans blancs aux crises sanitaires de tous ordres.

L'Assemblée nationale, lors de l'examen en première lecture du projet de loi relatif à la politique de santé publique, a souhaité donner une base législative à ce dispositif. L'article 10 ter du projet prévoit ainsi que

¹ Note de la DHOS en date du 20 août 2003 et intitulée : « Résultats de l'enquête menée dans les ARH sur les situations régionales pendant le week-end du 15 août » ; voir à ce sujet le volume 2 du tome 2 du rapport 1091, p. 223.

² Audition du 2 décembre 2003.

sera inséré dans le code de la santé publique un article L. 3110-7, disposant notamment : « *Chaque établissement de santé est doté d'un dispositif, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle* ». De même, un nouvel article L. 3110-8 instituera un « *plan blanc élargi* », à travers la possibilité pour les préfets des départements de réquisitionner « *tous biens et services* », et notamment « *tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice* ». Les préfets de zone de défense, voire le Premier ministre lui-même, pourront également y recourir (article L. 3110-9). Il s'agit d'une flexibilité utile, qui n'existait pas dans les circulaires de référence. Le Sénat a adopté ces dispositions, en janvier 2004.

Il conviendra sans doute d'améliorer, à l'occasion de la deuxième lecture du texte, les modalités mêmes des plans blancs, notamment au niveau de la rédaction de l'article L. 3110-7, afin de prévoir une gradation de l'intensité des mesures que les directeurs d'établissements peuvent être amenés à prendre car, comme l'a indiqué le professeur Carli : « *des niveaux gradués du plan blanc sont nécessaires. Gradués en termes géographiques : établissements, départements, zones de défense, et pourquoi pas au niveau national, dans le sens où l'urgence peut couvrir l'ensemble du pays. Cependant, nous souhaitons que le plan blanc reste une mesure exceptionnelle. Nous avons en effet très peur que le recours, pour n'importe quelle crise – des crises au quotidien –, d'une arme aussi lourde, finisse par en épuiser la force. Je crains que l'on ait à faire face à des situations beaucoup plus graves que la canicule que nous avons vécue, et à ce moment-là, le plan blanc devra être extrêmement efficace et mettre en ligne l'ensemble de nos moyens de santé, le plus vite possible.* »¹

Les mesures des plans blancs pourraient être révisables quotidiennement et déboucher, en cas de constat de difficultés persistantes, sur la mise en œuvre de l'intégralité du dispositif (report de l'activité programmée, rappels de personnels, etc.).

D'autre part, il apparaît d'ores et déjà indispensable que les décrets d'application du texte prévoient une nouvelle organisation des rappels de personnels. En l'occurrence, comme dans le cas de certains services préfectoraux, il semble nécessaire que les directeurs d'établissements engagent des négociations avec les représentants des personnels, de manière à identifier des volontaires dans certaines spécialités clés, qui accepteraient de venir, y compris lors de leurs congés d'été ou de fin d'année, en renfort de leurs collègues dans des conditions de saturation des services à définir, en contrepartie d'indemnités financières. Les cadres infirmiers pourraient

¹ Audition du 9 décembre 2003.

ainsi disposer d'une liste de personnels effectivement joignables, avec des numéros de téléphone actualisés et transmis au début de chaque période de congés. La réquisition resterait, de la sorte, l'ultime recours.

III.- L'AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES EN PROIE À DES DIFFICULTÉS

Le secteur de la prise en charge des personnes âgées est certainement la composante du système sanitaire français dont les défaillances et les limites ont le plus été mises en exergue par la canicule. Les enquêtes de morbidité de l'InVS ont en effet démontré qu'une proportion importante des personnes âgées décédées en établissements de santé (centres hospitaliers, centres hospitaliers régionaux ou universitaires, centres spécialisés ou cliniques psychiatriques, hôpitaux locaux, centres de soins de longue durée et cliniques privées) provenait de maisons de retraite ou de centres de long séjour.

On sait que le maintien à domicile des personnes âgées est de loin la solution préférée par elles et leurs familles. Il fait l'objet d'une priorité résolue du Gouvernement.

De fait, il doit être favorisé tout en sachant qu'il sera de plus en plus complexe et difficile, compte tenu du vieillissement de la population.

On a déjà indiqué que le nombre des décès a été multiplié par 2,35 dans les maisons de retraite et par 2 au domicile.

A.- LES MANQUEMENTS DE LA PRISE EN CHARGE

Environ 12 millions de personnes ont aujourd'hui plus de 60 ans : même si toutes – loin s'en faut – n'ont pas besoin d'une prise en charge, ce chiffre donne la mesure du défi auquel nous sommes confrontés.

1.- Les faiblesses de l'hébergement en établissement

a) Des places en nombre insuffisant

- Au niveau national

Les statistiques sur les établissements pour personnes âgées datent de l'enquête EHPA de 1996 ; une autre enquête va être réalisée en 2004. Seules des extrapolations ont été réalisées entre ces deux dates : les chiffres cités ci-après portent sur la situation en 2001-2002.

Les établissements d'hospitalisation des personnes âgées (EHPA) sont au nombre de 10 854, pour 668 823 places, et comprennent principalement trois catégories¹.

- On compte 6 534 *maisons de retraite* pour 431 033 places, dont :

- les maisons de retraites publiques : 2 755 pour 217 406 places, réparties entre les maisons autonomes et celles gérées par un centre communal d'action sociale ou rattachées à un établissement de santé ;

- les maisons de retraites privées, qui comprennent, d'une part, des organismes à caractère commercial au nombre de 1 667 pour 86 602 places et, d'autre part, des organismes à but non lucratif, gérés par la fédération hospitalière de France ou des associations de la loi de 1901, au nombre de 2 112 pour 127 025 places.

- *Les logements foyers*, au nombre de 3 023, pour 157 619 places, sont des logements autonomes avec des locaux communs et des services collectifs. Ils ont les mêmes statuts que les maisons de retraite (public, privé commercial ou privé à but non lucratif),

- *Les unités de soins de longue durée*, situées dans les hôpitaux, sont au nombre de 1 099, pour 76 985 lits.

La répartition des places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus est, en moyenne, de 37 en logements foyers, 95 en maisons de retraite, et 19 en unité de soins de longue durée. Ces chiffres rendent bien compte, *a contrario*, de la forte proportion de personnes âgées vivant à domicile.

Pour l'ensemble de ces établissements, le *secteur public* représente 60 % des places, contre 40% dans le *privé*.

Globalement, le nombre de places en établissements pour personnes âgées était en 2002, en moyenne, en métropole, de 152 places installées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (151 places pour la France entière).

Dans la moitié des départements, le nombre de places est compris entre 31 et 152, alors que dans l'autre moitié, il varie entre 152 et 269. **Les départements qui comptent le plus grand nombre de places**

¹ A ces trois types d'établissements, s'ajoutent de façon plus marginale, des établissements expérimentaux et des hébergements temporaires.

relativement à la population âgée sont situés dans cinq régions : Pays de la Loire, Haute-Normandie, Basse-Normandie, Rhône-Alpes et Alsace. Les moins bien pourvus sont situés dans quatre régions : PACA, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Ile-de-France.

Le niveau de dépendance varie selon les établissements, comme le montre le tableau ci-après. Il est évidemment particulièrement fort dans les USLD, compte tenu des moyens de ces derniers.

Comme on l'a vu, il semble qu'il y ait une corrélation entre la forte dépendance et la surmortalité observée l'été dernier. C'est ce qui explique, par exemple, celle constatée en USLD. Mais le lien n'est pas systématique. Comme l'ont déclaré les responsables de la mission d'expertise en Côte d'Or, certains établissements situés dans la ville de Dijon, soumis aux phénomènes d'îlots de chaleur, avec des groupes iso-ressources (GIR) moyens pondérés très élevés, n'ont pas connu de surmortalité.

LE NIVEAU DE DÉPENDANCE DES PENSIONNAIRES D'EHPA (EN %)

	GIR1 ⁽¹⁾	GIR2	GIR3	GIR4	GIR5	GIR6	- 60 ans (%)
Maisons de retraite	12,9	24,5	13,7	16,3	11,6	18,6	2,3
Logements-foyers	8,4	13,9	9,7	13,8	13,0	39,9	1,3
USLD	38,5	39,6	9,6	5,8	2,3	2,2	2,0
Ensemble	15,1	23,9	12,2	14,4	10,8	21,7	2,0

Source : dossiers solidarité et santé n° 1, janvier-mars 2003.

¹ Les GIR sont classés en fonction du niveau de dépendance de la personne âgée : du GIR 1 qui comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil et ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants, au GIR 6 qui regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie quotidienne.

Les tableaux suivants élaborés par la DRESS sur la base des réponses de près de 50 % d'EHPA, pour la période du 1^{er} juillet au 15 août, font pourtant apparaître un lien assez fort entre GIR moyen pondéré et surmortalité.

DÉCÈS PAR TRANCHE DE GMP

1. Zone "plus affectée"

Tranche de GMP	Nombre d'établissements exploitables	Nombre de places des établissements exploitables	Décès du 1er juillet au 15-août-03	Taux Moyen de décès pour 100 places	Répartition des décès /100 places sur les établissements exploitables				
					Minimum	1er quartile	Médiane	3e quartile	Maximum
<300	58	3267	30	0,9	0,0	0,0	0,0	1,6	6,4
300 à 550 exclus	417	30521	1112	3,6	0,0	1,2	2,7	5,0	45,0
550 à 650 exclus	422	34731	1667	4,8	0,0	2,1	3,9	6,3	23,8
650 ou plus	546	44691	2960	6,6	0,0	3,0	5,3	8,7	52,0
Non renseigné	920	56957	2080	3,7	0,0	0,0	1,9	5,0	41,9
TOTAL	2363	170167	7849	4,6					

2. Zone "moins affectée"

Tranche de GMP	Nombre d'établissement exploitables	Nombre de places des établissements exploitables	Décès du 1er juillet au 15-août-03	Taux Moyen de décès pour 100 places	Répartition des décès //100 places sur les établissements exploitables				
					Minimum	1er quartile	Médiane	3e quartile	Maximum
<300	150	8140	100	1,2	0,0	0,0	0,0	2,0	15,0
300 à 550 exclus	564	36664	952	2,6	0,0	0,0	2,0	3,7	21,7
550 à 650 exclus	546	41235	1475	3,6	0,0	1,5	3,1	5,3	20,0
650 ou plus	620	42780	2068	4,8	0,0	1,9	4,0	6,7	55,0
Non renseigné	636	37574	1271	3,4	0,0	0,0	2,1	4,7	50,0
TOTAL	2516	166393	5866	3,5					

Concernant la répartition par tranche de GMP (Gir Moyen Pondéré) :

– la 1^{ère} tranche (GMP<300), est motivée par une raison « administrative » : en effet, depuis un décret du 20 juillet 2001, la signature d'une convention tripartite (entre l'établissement, le conseil général et le représentant de l'Etat dans le département) est obligatoire dès lors que le GMP de l'établissement atteint ou franchit le seuil de 300, sinon l'établissement perd le droit d'exercer ;

– les autres tranches ont été définies « à la main », en se basant sur la distribution des GMP des établissements.

Sources : remontées en provenances des directions départementales.

- A Paris

Paris compte 226 établissements pour 18 379 places. On rappellera que 175 000 parisiens ont plus de 75 ans.

La capitale se situe, pour le nombre de places en établissements, bien en deçà de la moyenne nationale qui la conduirait à en compter 28 175. Il existe donc un déficit de près de 10 000 places, ce qui conduit les personnes âgées à se rendre, soit en banlieue, soit dans les établissements de l'AP-HP.

ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES À PARIS

Nombre d'établissements par types						
	CASVP	AP-HP	Privé non lucratif	Privé lucratif	TOTAL	
EHPAD	13		20	19	52	
Résidences services	23				23	
ULSD		20			20	
Autres structures d'accueil				19	19	
Foyers logements	100		12		112	
TOTAL	136	20	32	38	226	
Nombre de places par types d'établissements						
	CASVP	AP-HP	Privé non lucratif	Privé lucratif	TOTAL	
EHPAD	2 260		2 109	1 552	5 921	
Résidences services	1 642				1 642	
ULSD		4 840			4 840	
Autres structures d'accueil				651	651	
Foyers logements	4 532		793		5 325	
TOTAL	8 434	4 840	2 902	2 203	18 379	
Localisation						
	Paris		Hors Paris		TOTAL	
	nb étbs	nb places	nb étbs	nb places	nb étbs	nb places
EHPAD	46	4 781	6	1 140	52	5 921
Résidences services	19	1 336	4	306	23	1 642

ULSD	8	1 415	12	3 425	20	4 840
Autres structures d'accueil	19	651			19	651
Foyers logements	109	5 075	3	250	112	5 325
TOTAL	201	13 258	25	5 121	226	18 379

Les quatre résidences services hors Paris sont gérées par le CASVP

Localisation des établissements gérés par le CASVP et l'AP-HP						
	Paris		Hors Paris		TOTAL	
	nb étbs	nb places	nb étbs	nb places	nb étbs	nb places
EHPAD du CASVP	7	1 120	6	1 140	13	5 921
Résidences services du CAS	19	1 336	4	306	23	1 642
ULSD de l'AP-HP	8	1 415	12	3 425	20	4 840
Foyers logements	97	4 282	3	250	100	5 325
TOTAL	131	8 153	25	5 121	156	18 379

N.B. : Figurent dans ce tableau les places hors Paris dépendant du CAS et de l'AP-HP, par souci d'exhaustivité. Toutefois, si les places du CAS sont très majoritairement occupées par des parisiens, ce n'est plus le cas de celles des USLD de l'AP-HP en banlieue (1/3 de parisiens).

Les résidences-santé peuvent être assimilées à des maisons de retraite, c'est-à-dire, si l'on se réfère à la définition donnée dans la circulaire du 7 avril 1982, à des domiciles collectifs, fournissant l'ensemble des services à des résidents en perte d'autonomie.

Les résidences-services, à l'exception des 2 résidences à forte section de cure (Aulnay et Beaunier) sont des foyers-logements, qui, en se référant toujours à la définition de la circulaire du 7 avril 1982, proposent des locaux privés, mais également des locaux collectifs, et proposent des services, en quantité variable, et toujours facultatifs.

Les résidences-appartements appartiennent aussi à la catégorie des foyers-logements, mais les services y sont en nombre très restreint ; il s'agit de locaux privés gérés par une institution sociale, qui peut aussi fournir des services aux résidents, mais ces services ne sont pas liés au statut de résident.

b) Des équipements inadaptés

Selon des estimations nationales citées par le rapport de l'IGAS ¹ de janvier 2004, 30 % des établissements seraient à rénover partiellement et 15 % totalement.

Nombreux sont les bâtiments vétustes ou mal adaptés à l'extrême vieillissement, aux nouvelles pathologies, aux troubles cognitifs du type de la maladie d'Alzheimer, qui touche aujourd'hui presque un résident sur deux : plus de 400 000 personnes en France souffrent de cette maladie et on dénombre 100 000 nouveaux cas par an. Il faut désormais prévoir une architecture du « grand âge ». Or, la configuration des locaux est souvent peu fonctionnelle, elle rend difficile la surveillance des personnes qui en ont besoin, accroît les temps de déplacement du personnel et réduit de ce fait le temps consacré aux soins ². Les chambres sont trop exiguës pour la prise en charge de personnes dépendantes, les portes trop étroites pour la circulation des fauteuils. Certains établissements manquent du confort devenu habituel à notre époque : tous ne sont pas dotés de salles de bains individuelles.

L'architecture, surtout dans la région du nord, n'est pas pensée en fonction d'une vague de chaleur. Les larges baies vitrées dépourvues de volets ou de stores ont contribué aux effets dévastateurs de la canicule –, même s'il faut garder à l'esprit que, pendant dix mois par an, ces ouvertures sont agréables et justifiées. L'isolation thermique serait à revoir ; la mortalité s'est d'ailleurs souvent concentrée aux derniers étages où la température a pu dépasser 40°C. L'ouverture des fenêtres n'a pas toujours été aisée : la crainte d'intrusions de personnes étrangères, de fugue des résidents ou de défenestration conduit à leur verrouillage. Les résidents hébergés dans des structures plus anciennes aux murs plus épais ont mieux résisté à la chaleur, comme l'ont confirmé les réponses des DDASS au questionnaire qui leur a été adressé par la commission.

¹ Rapport IGAS n° 2004 009.

² *Ibidem.*

c) L'absence de mise en réseau

Selon le rapport de l'IGAS sur la prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule les maisons de retraite, peu d'établissements pour personnes âgées sont parvenus à tisser des liens étroits avec leur environnement ¹.

L'insuffisance d'un réseau structuré entre les maisons de retraite et l'offre de soins tant de médecine de ville qu'hospitalière a eu des conséquences regrettables : même si certains établissements ont, *a priori*, de bonnes relations avec leur hôpital de référence, celles-ci demeurent aléatoires, dans la mesure où les hôpitaux n'acceptent que difficilement l'hospitalisation des personnes âgées.

Les liens avec la médecine de ville sont également variables ; quand l'établissement possède un médecin coordonnateur, la prise en charge en interne est mieux structurée et plus efficace, et les liaisons avec les médecins libéraux sont mieux assurées.

L'absence ou la présence d'une infirmière référente a joué également un rôle déterminant.

2.– Les difficultés du maintien à domicile

a) Des services de soins et d'aide à domicile (SSIAD) trop limités

Sur l'ensemble du territoire, environ 90 % des plus de 75 ans et 64 % des plus de 90 ans vivent à leur domicile. Deux personnes âgées dépendantes sur trois vivent chez elles. ² La proportion des personnes âgées vivant seules est de 41 % pour les 75-79 ans et de 48 % pour les 80 ans et plus ³.

¹ Conventions hospitalières pour la prise en charge des résidents, partenariat avec les équipes de soins palliatifs, participation aux coordinations gérontologiques locales ont fait défaut.

² Enquête HID, revue française des affaires sociales, n° 1-2 ; janvier-juin 2003 ; 57^e année.

³ Données INSEE. RGP 90.

Parmi les personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile, 1,5 million ont recours à une aide à la mobilité (cannes, béquilles, déambulateur...) ¹. Ce seul chiffre montre combien la vie chez soi devient plus difficile à partir d'un certain âge, et combien des aides de différente nature s'avèrent nécessaires, voire indispensables.

Comme l'a précisé M. Trégoat, directeur général de l'action sociale, on comptait, au 31 décembre 2003, 1 700 services de soins à domicile (dont 522 dans le secteur public), qui offrent 77 642 places. Le ratio rapportant les places au nombre de personnes âgées de 75 ans et plus est de 17,53 pour 1 000. ² Il est très variable d'un département à l'autre : 26,31 pour la Creuse, 19,94 pour le Cher, 15,03 à Paris, et 12,97 en Eure-et-Loir.

L'hospitalisation à domicile ³ reste peu développée : on dénombre environ 4 000 places au niveau national, dont 2 258 en Ile-de-France, 30 dans la région Centre et 47 dans la région Limousin ⁴.

Elle est notamment limitée par des contraintes administratives fortes qui paraissent peu justifiées. Ainsi, il a fallu parfois plusieurs années de discussions entre certains hôpitaux et leurs ARH pour aboutir à la création d'une poignée de lits.

Le Gouvernement vient de lancer un plan de développement en la matière qui devrait conduire, d'ici la fin 2005, au doublement du nombre de places.

¹ Enquête HID, revue française des affaires sociales, n°1-2, janvier-juin 2003, 57^e année.

² Audition du 6 janvier 2004.

³ Aux termes de la circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000, l'hospitalisation à domicile (HAD), concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. Elle a pour objectif d'améliorer le confort du patient dans de bonnes conditions de soins et permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible. Elle est prescrite par un médecin hospitalier ou un médecin exerçant à titre libéral, permet de dispenser au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés.

Les services d'HAD peuvent dépendre d'établissements de santé ou être gérés par des associations. Dans ce dernier cas, des conventions sont signées avec les établissements de santé qui adressent les patients, afin notamment de prévoir l'élaboration de projets thérapeutiques, les modalités de liaison avec le médecin traitant, les éventuelles réhospitalisations.

⁴ *Ibidem*.

Environ **1,2 million de personnes (dont 82 % de femmes) de 60 ans et plus bénéficient des services d'aide à domicile** : au nombre de 7 100, ils sont de taille hétérogène, puisque la moitié d'entre eux interviennent auprès de moins de 80 particuliers et 10% auprès de 500 personnes et plus. On compte environ 220 000 intervenants à domicile dans ce secteur, par ailleurs assez mal connu. Les statistiques sur le nombre global d'heures assurées semblent peu fiables. En outre, elles ne rendent pas assez compte des problèmes spécifiques rencontrés pour les soins la nuit, le week-end ou lors des périodes de vacances.

Seules 182 communes françaises ne sont couvertes par aucun service : la quasi-totalité du territoire est accessible à un service d'aide à domicile. Mais le nombre de places est donc insuffisant au regard des besoins.

Selon une étude menée voici deux ans en région parisienne, seule une demande sur trois, pour des soins infirmiers à domicile, peut être satisfaite.

Il en résulte que la plupart des services ont des listes d'attentes parfois très importantes.

Le rapport de l'IGAS note que l'équilibre entre l'offre et la demande semble mieux assuré que pour les SSIAD, mais que la création de l'APA a provoqué une « explosion » de la demande d'aide à domicile ¹.

A Paris, il n'existe pas de chiffre précis de l'ensemble des personnes bénéficiant d'une aide à domicile, celle-ci étant caractérisée par l'intervention de multiples partenaires (associations, personnes physiques) et une grande diversité de financements (aide sociale départementale, APA, caisses de retraites, mutuelles, autofinancement par les bénéficiaires) ; le nombre des bénéficiaires peut cependant être estimé pour 2002 à environ 25 000 personnes, dont 20 000 en mode prestataire et 5 000 en mode mandataire.

¹ Rapport IGAS, n° 2004 009, p. 41.

Ce chiffre ne tient pas compte des prestations servies par des particuliers dans le cadre de contrats de gré à gré, dont le nombre est difficile à évaluer. Toutefois, un nombre significatif de bénéficiaires de l'APA à domicile recourt à cette formule : environ 2000 personnes, soit 30 % des bénéficiaires au 3^{ème} trimestre 2003.

Le chiffre de la surmortalité à Paris pour le domicile est considérable : le nombre moyen de décès était de 135 de 2000 à 2002 (pour la période du 4 au 18 août) ; il a été de 919 pendant la canicule de 2003, soit + 581 %. Il représente 18 % de la surmortalité nationale à domicile.

b) Le problème du logement

Les logements des personnes âgées sont bien évidemment loin d'être tous adaptés.

De façon générale, si 540 000 personnes âgées bénéficient d'un aménagement de leur logement et d'un mobilier adapté, 490 000 n'en disposent pas et 545 000 d'entre elles peuvent difficilement accéder aux différentes pièces de leur logement¹. L'appartement n'est pas seul en cause, puisque 336 000 personnes ont des difficultés pour accéder seules à leur logement depuis l'entrée de l'immeuble.

En ce qui concerne la canicule, la DDASS du Val d'Oise souligne le lien entre les appartements vétustes, mal adaptés et la surmortalité. Il est vrai que celle-ci a été plus importante dans les appartements à orientation unique, non traversants, et situés sous les toits.

La situation de certains logements à Paris est particulièrement désastreuse : on a évoqué les nombreux cas de personnes âgées décédées dans des appartements situés tout en haut des immeubles, sous des toits en zinc.

c) Une coordination insuffisante

Il existe encore un nombre important de petits services. Des regroupements permettraient de faciliter notamment les tâches de gestion et de secrétariat.

¹ Enquête HID, revue française des affaires sociales, n°1-2, janvier-juin 2003, 57^e année.

Les services de soins à domicile sont souvent les initiateurs et les pivots des coordinations gérontologiques informelles existant au point de vue local, mais leurs relations avec les autres acteurs restent inégales¹. S'ils entretiennent en général des liens avec les médecins de ville, la coordination avec les hôpitaux n'est pas satisfaisante, notamment en cas de sorties de l'hôpital.

Ils pourraient être confortés par l'action des centres locaux d'information et de coordination².

Ces derniers n'ont souvent pas eu d'impact réel sur la gestion de la crise et l'aide qu'ils ont apportée aux services à domicile a été inégale. Nombre de réponses au questionnaire envoyé par la commission aux communes indiquent qu'ils n'ont pas été particulièrement sollicités lors de la canicule. A titre d'illustration, la capacité d'intervention en urgence des Points Paris Emeraude (au nombre de 15, dont 11 sont labellisés CLIC), a été assez limitée cet été, en raison des moyens humains réduits dont ils disposent ; le centre d'action sociale a été un meilleur outil d'action. En revanche, les PPE ont joué un rôle important après la canicule, lors des retours d'hospitalisation.

Il serait intéressant d'examiner à l'avenir les causes de ce relatif retrait : manque de notoriété ou d'expérience en raison de leur création récente, moyens humains trop réduits ou, ainsi que l'ont souligné plusieurs réponses, mode de fonctionnement mal adapté à ce type de crise, dans la mesure où leur rayon d'action est, en général, trop large pour traiter un problème comme celui de la canicule, qui nécessitait une réponse de proximité³.

¹ Rapport IGAS n°2004009.

² Les CLIC sont actuellement au nombre de 395, installés dans 93 départements. La loi les ancre au cœur des territoires, au service d'une action de proximité, comme des instruments d'information du public et de coordination de l'action gérontologique. Ils constituent des guichets d'accueil de conseil, d'orientation et de prise en charge de toutes les situations mêlant le médico-social, le sanitaire et le cadre de vie.

³ Toutes les réponses s'accordent cependant à souhaiter leur développement. Le conseil général des Alpes-maritimes envisage même de les doter d'un numéro d'appel unique qui serait porté à la connaissance du grand public et diffusé à tous les partenaires sanitaires et sociaux.

B.- DES PROBLÈMES D'EFFECTIFS AIGUS ET GÉNÉRALISÉS

Comme le souligne le rapport de l'IGAS de janvier 2004 sur la prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule, « *les maisons de retraite sont désormais des lieux où l'on meurt beaucoup et de plus en plus. Toutes les conséquences de cette évolution n'ont pas encore été tirées, qu'il s'agisse de l'adaptation du bâti ou de la médicalisation de la prise en charge.* »¹.

Il résulte de ce fait que, dans la plupart des cas, ces établissements deviennent le lieu d'accueil des personnes âgées lorsque le maintien à domicile n'est plus possible compte tenu de leur degré de dépendance. Or ils ne sont pas toujours adaptés à cette situation. Il en résulte également que, quasi mécaniquement, le nombre de décès dans les maisons de retraite a tendance à augmenter, indépendamment de toute autre cause.

1.- Dans les établissements d'hébergement

a) Un taux d'encadrement insuffisant

Depuis 1996, l'évolution sur l'ensemble du territoire des places en établissements a été moins rapide que celle de la population âgée de 75 ans et plus : cette population a augmenté de 3 % en moyenne et le nombre de places de 1 % environ.

Ces chiffres montrent combien les effectifs sont insuffisants dans les établissements.

Les responsables des fédérations et syndicats d'établissements d'hébergement pour personnes âgées auditionnés par la commission l'ont tous souligné : « *à nos yeux, l'élément majeur est le manque de personnel en établissement : il est cruel. Nous sommes dans une situation où notre pays a 20, 25, 30 ans de retard, peu importe, un retard considérable* »², comme l'a indiqué M. Pascal Champvert.

D'après l'enquête EHPA de 1996, le taux d'encadrement dans l'ensemble des établissements était de 0,31 agent par lit. Il varie selon le type d'établissement : il était le plus élevé dans les maisons de retraite des hôpitaux publics (0,38) et les maisons de retraite publiques autonomes (0,43) et le plus bas dans les logements foyers (0,14), ce qui est logique,

¹ Rapport n° 2004009, p.20.

² Audition du 16 décembre 2003.

puisque dans les deux premiers cas, les personnes hébergées sont plus dépendantes que dans le dernier. Pour Paris, selon le rapport de la mission d'information et d'évaluation sur les conséquences de la canicule propre à la capitale, le taux d'encadrement des établissements gérés par le CAS-VP atteint un ratio de 0,8 agent par lit.

Quant au taux de médicalisation, il était plus faible : 0,127 agent soignant par lit. Il faut souligner que les ratios cachent des disparités très importantes d'une région à l'autre, d'un département à l'autre et même d'un établissement à l'autre.

Seules des extrapolations permettent d'avoir des chiffres plus récents, ce qui ne facilite pas l'examen de la situation ; selon la DGAS, le ratio d'encadrement aurait actuellement dépassé 0,4. D'après le rapport de l'IGAS, le taux de médicalisation serait actuellement de 0,15 soignant par lit.

La pénurie touche également les directeurs d'établissements. Les effectifs sortant chaque année de l'École nationale de la santé publique (ENSP) ne suffisent pas aux besoins ; plusieurs postes restent vacants, ce qui compromet les projets des établissements concernés, malgré le dévouement des intérimaires.

Les comparaisons internationales sont délicates, car les ratios ne recouvrent pas les mêmes types de personnels ; néanmoins selon une enquête menée en 2003 auprès des ambassades et des conseillers sociaux, dans une dizaine de pays de l'Union européenne, la Norvège et le Japon, les taux fluctuent, pour les structures médicalisées, de 0,4 environ (Belgique, Royaume-Uni), à 0,5 en Espagne, 0,6 en Finlande, et 1,2 en Allemagne.

Une des difficultés réside dans le manque d'attractivité du secteur médico-social pour les personnels soignants. Les jeunes infirmières sortant des écoles choisissent en général des disciplines à fort environnement technologique, ou tout au moins d'autres services hospitaliers, et l'image du secteur, avec ses conditions de travail difficiles, ne contribue pas à modifier ces comportements.

La rigidité de la gestion du personnel pose également problème. Les professionnels auditionnés¹ ont souhaité notamment pouvoir « *embaucher du personnel en contrat à durée déterminée dans l'attente de recrutement de personnels qualifiés* » ou « *transformer temporairement les contrats de travail à temps partiel en contrats de travail à temps plein durant les périodes de crise.* ».

On rappellera également que de nombreux établissements ne disposent pas d'une infirmière la nuit ; or cet été, le problème est devenu d'autant plus aigu que les températures nocturnes sont restées élevées. Selon M. David Causse, délégué adjoint de la fédération hospitalière de France, entendu par la commission, il faudrait « *doubler le taux d'encadrement soignant actuel pour obtenir la présence d'une infirmière la nuit, en espérant qu'elle ne soit jamais malade* »².

b) Une pénurie de personnel particulièrement aiguë pendant la canicule

La pénurie a été réelle. L'organisation habituelle du travail à flux tendu ne permet pas de faire face à une situation de crise. Insuffisants en temps normal, les effectifs sont encore plus réduits en été. Cette situation, récurrente chaque année, a eu des conséquences dramatiques au mois d'août dernier.

Pendant les périodes de vacances, notamment en été, le ratio d'encadrement passe de 0,4 environ à près de 0,2. Comme dans les établissements hospitaliers, le personnel – en majorité des femmes – aspire à prendre des congés en même temps que les enfants. Or, la période des vacances scolaires est concentrée sur deux mois...

L'un des professionnels auditionnés par la commission, M. Claudy Jarry, a précisé que dans les trois établissements qu'il dirigeait, le personnel ne pouvait prendre que deux semaines consécutives pendant cette période ; malgré cette mesure, peu d'infirmières étaient présentes en août dernier : « *sur les trois établissements que je dirige, deux ont été créés en décembre 2002. Les trois sont conventionnés et sur 45 aides soignantes recherchées au sortir de l'été 2002, nous en avons trouvé 17 au début de la canicule. Nous disposons de trois infirmières sur sept au total, ce qui met en évidence le manque de personnel qualifié.* »³.

¹ Audition du 16 décembre 2003.

² Audition du 16 décembre 2003.

³ Audition du 16 décembre 2003.

Même si, dans ce cas précis, aucune surmortalité n'a été enregistrée, cette pénurie s'est révélée particulièrement dramatique dans certains établissements.

Les personnels présents pendant la canicule se sont mobilisés sans compter. L'augmentation du temps de travail des personnels en place a été générale. Le redéploiement des tâches a conduit à concentrer les efforts sur le suivi des résidents au détriment du ménage et peut-être aussi de l'aide à la toilette.

On notera que les étudiants, les bénévoles, dont l'apport a été tout à fait bienvenu, ne peuvent toutefois pas accomplir tous les actes nécessaires en période de crise : les perfusions ne peuvent être réalisées que par des infirmières ; même un acte en apparence plus anodin – faire boire une personne âgée – nécessite du temps et un vrai savoir-faire, les personnes âgées ressentant moins le besoin de boire que les plus jeunes et pouvant avoir en outre des problèmes de déglutition. Quant aux personnes grabataires, leur faire boire un verre d'eau peut prendre jusqu'à une demi-heure, alors que deux litres quotidiens sont parfois nécessaires. Les remplaçants n'ont pas toujours suffisamment assimilé les protocoles. D'autres actes utiles ont pris également beaucoup de temps, comme mouiller la peau des résidents. D'une façon générale, ces personnels remplaçants n'ont bien évidemment pas la même connaissance des résidents que le personnel permanent, ce qui rend les contacts plus difficiles.

c) Une réforme de la tarification des établissements encore inachevée

Une réforme de la tarification est intervenue à la suite des lois du 24 janvier 1997 et du 20 juillet 2001 ; elle entre progressivement en vigueur¹.

La réforme était indispensable afin de parvenir à une meilleure médicalisation des établissements et à une allocation des ressources plus rationnelle et plus transparente. Elle avait pour objectif de remédier aux lacunes constatées dans ce secteur, à savoir :

¹ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, et loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

– l’insuffisance des efforts de qualité dans certains établissements. Les établissements inadaptés restaient mal connus des services déconcentrés de l’Etat. Comme l’a précisé M. Jean-Marie Palach à la commission : « *c’était parfois au détour de crises qu’on les découvrait et que l’on prenait une décision de fermeture.* »¹ ;

– l’absence de critères d’allocation des moyens publics, notamment des ressources de l’assurance maladie : les différents mécanismes apparus successivement continuaient de coexister (sections de cure médicale dans certains établissements, forfaits long séjour pour les établissements sanitaires, forfaits de soins courants et interventions à l’acte remboursées par l’assurance maladie des professionnels), avec même parfois juxtaposition de ces mécanismes dans les mêmes établissements ;

– l’absence d’analyse de l’état de santé des personnes hébergées, et insuffisance des taux d’encadrement.

Une nouvelle méthode d’allocation des moyens publics a été introduite, qui recouvre trois volets :

– la dotation globale de soins, arrêtée par le directeur de l’ARH et versée par l’assurance maladie ;

– la fixation d’un « *tarif dépendance* », modulé au cas par cas, fixé par le président du conseil général et solvabilisé par l’allocation personnalisée d’autonomie ne laissant qu’un ticket modérateur à la charge de l’usager ;

– un tarif d’hébergement également fixé par le président du conseil général pour tous les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l’aide sociale, à la charge de l’usager (pour lequel l’aide sociale départementale interviendrait en cas d’insuffisance de ressources).

Sur environ 11 000 établissements, près de 6 000 à 7 000 entrent dans le champ obligatoire de la réforme ; un tiers d’entre eux, soit 2 144, ont signé la convention tripartite avec l’Etat et le département à la fin novembre 2003. A Paris, 27 conventions ont été signées, ce qui correspond à 4 000 places.

¹ M. Jean-Marie Palach, ancien responsable de la mission Marthe sur la réforme des EHPAD au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; audition du 6 janvier 2004.

Les crédits bruts dégagés du début de la réforme à la fin de novembre 2003 se sont élevés à 477 millions d'euros, cette enveloppe comportant pour partie des transferts de crédits d'assurance maladie.

La réforme a permis la création de 10 135 emplois d'infirmiers, d'aides soignants et de médecins éventuellement salariés. Faute d'une nouvelle enquête depuis 1996, il n'est pas possible de disposer actuellement d'informations complètes et détaillées sur l'évolution des taux d'encadrement.

Des crédits sont prévus pour 2004 pour financer 2 000 conventions environ.

GESTION DU CHAPITRE 6620 (INVESTISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX)

– **déblocage des délégations d'autorisations de programme (AP) :** 56 M€ pour la DGAS ont été débloqués sur le chapitre 6620 en autorisations de programmes réparties sur 2003 (30 M€) et 2004 (26 M€). Ce déblocage correspond aux AP couvertes par des crédits de paiement. Il est cependant assorti d'une annulation inscrite en loi de finances rectificative pour 2003 à hauteur de 67,5 M€

– le suivi de l'exécution de ces crédits

Les crédits inscrits au chapitre 6620 portent, pour l'essentiel, sur le XII^{ème} plan (CPER 2000/2006). Des crédits sont également prévus, d'un montant plus limité, pour des investissements dans les CHRS. Ils sont par ailleurs complétés des amendements parlementaires (réserves parlementaires).

La gestion au niveau du chapitre, notamment en matière d'autorisations de programmes, permet d'adapter les délégations aux programmations régionales annuelles, notamment dans la mise en œuvre des contrats de plan Etat/régions (CPER XII^{ème} plan).

Cette globalisation n'interdit cependant pas le suivi de ces crédits par article et donc par dispositifs inscrits au chapitre 6620. En effet, les délégations d'autorisations de programmes aux services déconcentrés sont effectuées à l'article.

Le XII^{ème} plan, à l'issue des délégations d'AP intervenues fin 2003, aura été exécuté à hauteur de 29,70 % selon la décomposition suivante :

Article 10 : les crédits délégués fin 2003 au titre des établissements pour handicapés se montent à 22,6 M€ soit un taux d'exécution des CPER de 32 %, à comparer à 23 % fin 2002.

Article 30 : les crédits délégués fin 2003 au titre des établissements pour personnes âgées se montent à 54,8 M€ soit un taux d'exécution des CPER de 27 % à comparer à 17 % fin 2002.

Article 40 : Les crédits délégués fin 2003 au titre des CHRS dans le cadre des CPER se montent à 1 M€ soit un taux d'exécution des CPER de 25 %, à comparer à 18 % fin 2002. Hors contrat de plan 2,5 M€ ont été spécifiquement délégués aux CHRS dans le cadre des mesures nouvelles obtenues en loi de finances initiale pour 2003 (4 M€).

Article 50 : les crédits délégués fin 2003 au titre des centres de formation en travail social se montent à 7,6 M€ soit un taux d'exécution des CPER de 74 %, à comparer à 56 % fin 2002.

Source : ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, direction générale de l'action sociale.

Le caractère récent et les difficultés de mise en œuvre de la réforme n'ont pas encore permis une amélioration sensible de la situation.

La DDASS du Val d'Oise a pu souligner que les établissements médicalisés semblent avoir mieux assumé la canicule que les autres à l'intérieur du département, mais aussi en comparaison avec les autres. Le Val d'Oise est un des départements ayant le plus fort taux d'établissements ayant signé une convention tripartite et apparaît comme celui qui a eu le taux de mortalité le plus faible dans ses établissements pour personnes âgées.

Le groupe de suivi de la réforme de la tarification des EHPAD dans le Cher a estimé que les établissements conventionnés ont pu faire face dans de meilleures conditions (personnel, protocoles de soins, distribution de bouteilles d'eau) à la canicule de l'été dernier. Le rapport a particulièrement souligné l'apport du médecin coordonnateur et du binôme de nuit (aide-soignante et agent de service) pour la sécurité et la prise en charge. Pourtant, la signature d'une convention n'a pas systématiquement contribué à réduire les effets de la canicule, comme le souligne le rapport de l'IGAS¹ : « *il paraît hasardeux de vouloir établir une corrélation entre le niveau de conventionnement et surmortalité caniculaire* ». Dans la région Centre, le département de l'Eure et Loir peu conventionné a connu la plus faible surmortalité, alors que le Cher, département le plus conventionné, a enregistré la plus forte surmortalité.

En Côte d'Or également, l'établissement où la mortalité a été la plus forte dans ce département est celui qui est le plus médicalisé. Beaucoup d'autres paramètres sont en effet intervenus : dépendance des résidents, état de santé, températures, notamment nocturnes.

¹ Rapport n° 2004 009, p .23

2.– Dans les services de soins et d'aide à domicile

Les problèmes de personnel sont quasiment les mêmes que ceux que l'on vient d'évoquer pour les maisons de retraite.

Là encore, le manque de personnel qualifié s'explique par le défaut d'attractivité du secteur : la faiblesse des rémunérations, l'absence de carrière, la pénibilité du travail. Les conditions de travail sont jugées plus avantageuses dans les établissements hospitaliers : lieu d'exercice unique, pas de déplacements, stabilité des revenus, présence constante d'un encadrement face aux pathologies éventuelles. Le manque d'infirmières entraîne, par ailleurs, une concurrence sévère entre établissements et services à domicile.

On observera que le service de nuit ne peut se développer, aucun syndicat ou fédération n'ayant voulu signer d'accord, ce qui oblige à utiliser la convention collective des employés de maison, inadaptée. La réglementation ne favorise pas, de surcroît, le travail des femmes. Quant au travail pendant le week-end, la faiblesse des rémunérations y fait obstacle.

En outre, il manque un personnel d'encadrement plus important pour mieux articuler les interventions au domicile des personnes âgées réalisées par les associations.

L'aménagement de la RTT a également entraîné une augmentation des coûts pour les services à domicile.

Pour pallier cette pénurie encore plus marquée pendant l'été, les services d'aide et de soins à domicile sont amenés à recruter des bénévoles et à employer des stagiaires provenant d'écoles d'infirmières et d'aides infirmières, en évitant de confier les personnes les plus dépendantes aux personnels les moins expérimentés. En août dernier, les équipes se sont mobilisées sans compter et les passages au domicile des personnes les plus fragiles ont été multipliés.

A Paris, le manque de personnels disponibles et mobilisables, notamment infirmiers, s'est fait sentir, même si toutes les associations ont adapté leur activité pour faire face à la situation. Comme l'a constaté la mission d'information et d'évaluation sur les conséquences de la canicule diligentée par la ville, le manque de places de soins à domicile a rendu très malaisée la mise en place de dispositifs d'intervention d'urgence et l'organisation des retours à domicile après hospitalisation.

On rappellera enfin que les services à domicile rencontrent des difficultés spécifiques en milieu rural. La desserte de certains hameaux est

difficile et entraîne des coûts élevés, étant donné l'importance du nombre de kilomètres à parcourir. Le nombre de moins en moins élevé de médecins pratiquant en zone rurale est un facteur très déstabilisant pour les personnes âgées, auquel les services à domicile n'arrivent pas toujours à remédier.

C.- UN MANQUE DE RÉFLEXION SUR LA PLACE DES PERSONNES ÂGÉES DANS NOTRE SOCIÉTÉ

Comme le faisaient remarquer les participants à un récent colloque¹, la crise de la canicule doit entraîner un examen de conscience collectif sur l'absence de prise en compte du vieillissement par notre société.

L'âge est vécu comme un état de régression, d'exclusion graduelle. La prolongation de la durée de vie pose une multitude de questions pour l'instant sans réponse, alors que, pourtant, la France, comme les autres pays européens, vieillit inexorablement du fait de la baisse de la natalité et d'un recul de la mortalité aux âges avancés.

Autrefois le lien avec les personnes âgées était réglé par la coutume ; il est maintenant laissé à la libre appréciation de chacun.

L'espérance de vie a beaucoup augmenté sans que les pouvoirs publics en tirent véritablement les conséquences. Pourtant, dès 1962, le rapport Laroque réclamait une véritable politique de la vieillesse ; plus récemment, une étude de mai 2000 intitulée « *urgence* », citée lors du même colloque, montrait déjà la saturation et l'inadaptation de notre système d'accueil des personnes âgées à l'hôpital et en EHPAD ; une étude semblable en 2003 a livré un constat encore plus accablant. Mais c'est une réalité que, collectivement, nous avons voulu ignorer.

Les causes en sont certainement multiples : l'une d'elles est l'angoisse de la perte d'autonomie, de la déchéance du corps –, d'autant plus mal acceptée que notre société valorise la jeunesse – et de la mort, dans un refus de faire face à notre devenir commun. Nous supportons en outre maintenant les conséquences de la prééminence d'une médecine non préventive, centrée sur les soins plus que sur le « prendre soin »².

Parmi tous les membres de la commission, c'est sans doute Mme Paulette Guinchard-Kunstler qui, compte tenu de ses anciennes

¹ Sixième colloque d'éthique de Bicêtre ; « vieillesse méconnues, enjeux éthiques de la crise d'août 2003 ».

² *Ibidem*.

fonctions, a su le mieux mettre l'accent sur ces carences : « *Plus qu'une crise sanitaire et sociale, c'est un drame de société... Je ne peux m'empêcher de penser que s'il s'était agi d'enfants, une mobilisation et une réaction plus fortes auraient joué. C'est pourquoi je pense qu'il s'agit d'une crise sociétale en rapport avec la grande vieillesse et la grande fragilité des vieillards. Notre société s'est dit que c'était moins grave... Ce n'est pas dans le défaut des systèmes qu'il faut trouver la question du manque d'alerte mais plutôt dans le rapport à la grande vieillesse qu'entretient notre société.* ».

Et M. Hubert Falco, secrétaire d'Etat aux personnes âgées, de lui répondre : « *Je crois que nous sommes d'accord sur le constat que le vieillissement est un sujet tabou qui n'intéresse personne. On veut bien vieillir dans ce pays, mais on ne veut pas en parler... Depuis des décennies, gouvernements de gauche et de droite, nous n'avons pas accompagné ni anticipé le vieillissement par des politiques.* »¹

Le drame de l'isolement des personnes âgées – notamment en Ile-de-France – ne doit cependant pas faire oublier l'implication et le dévouement des familles.

Au reste, pour ce qui concerne par exemple la Côte d'Or, l'étude spécifique menée sur les personnes décédées titulaires de l'APA a montré que la majorité d'entre elles vivaient avec leur conjoint ou un membre de leur famille.

Il n'en demeure pas moins qu'il appartient à chacun de nous de porter un autre regard sur les personnes âgées. C'est avant tout le rôle des familles d'assurer cette solidarité intergénérationnelle.

IV.- LES DIFFICULTÉS DE LA MÉDECINE DE VILLE

Il est indéniable que la médecine de ville n'a sans doute pas joué un rôle aussi important qu'elle avait vocation à le faire. Il semble néanmoins abusif de considérer que les médecins libéraux ont failli à leur mission, ne serait-ce qu'en raison des statistiques des conseils départementaux de l'ordre des médecins et de celles de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui démontrent que l'offre de soins est restée relativement suffisante au mois d'août. Il s'agit d'ailleurs d'un constat partagé par les membres de l'IGAS qui, en décembre 2003, ont remis au ministre de la santé un rapport sur la permanence des soins

¹ Audition du 28 février 2004.

libéraux pendant la canicule ¹. Malgré tout, la canicule a rappelé que le secteur de la médecine de ville, en pleine réorganisation, éprouve un profond malaise : le manque de vocations et de professionnels, conjugué à l'évolution sociologique de la profession, conduit à des perturbations de la permanence des soins. Celle-ci reste assurée pour l'instant, mais les tensions sont de plus en plus grandes.

A.– UN SECTEUR EN RETRAIT LORS DE LA CRISE

La participation des médecins libéraux à la gestion de la crise sanitaire d'août 2003 reste un sujet controversé. Certains intervenants participant aux secours ont souligné devant la commission des défaillances. Ainsi, le général Jacques Debarnot, ancien commandant de la brigade de sapeurs pompiers de Paris, a-t-il évoqué « *une défaillance de la médecine générale, particulièrement dans le système de garde de la médecine de ville* » ². La mission d'expertise et d'évaluation conduite par le docteur Françoise Lalande avait d'ailleurs conclu à « *des carences de la présence médicale libérale* » ³.

D'autres témoignages ont mis en avant un point de vue très différent, à l'instar du docteur Patrick Pelloux : « *Je peux vous dire que j'ai travaillé avec mes collègues des urgences médicales de Paris, avec mes collègues de SOS-médecins ; à la garde médicale de Paris, il y a des généralistes qui travaillent. Et le rapport récent de la CNAM prouve qu'ils étaient présents. Simplement, il ne s'agit pas de la même médecine ; il s'agit d'une médecine complémentaire. Il n'y a pas à lancer l'anathème ou à accuser les médecins libéraux ; leur travail est complémentaire !* » ⁴.

1.– Les médecins généralistes libéraux

La DREES a souligné qu'**une infime proportion des patients qui se présentent aux urgences le fait sur prescription médicale** ⁵. En d'autres termes, les patients court-circuitent les médecins libéraux dès lors qu'ils sont confrontés à une pathologie relativement grave. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la médecine de ville n'ait pas joué un rôle de premier plan lors de la canicule, les cas d'hyperthermie représentant des symptômes

¹ Rapport n° 2003154 : Continuité et permanence des soins libéraux pendant l'été 2003 ; présenté par Jean-Claude Cuenat, Christine Daniel, Roland Ollivier et le docteur Thérèse Roquel, décembre 2003.

² Audition du 5 novembre 2003.

³ Rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, conduite par le docteur Françoise Lalande, publié en septembre 2003, p. 32.

⁴ Audition du 2 décembre 2003.

⁵ Etudes et résultats n° 215, janvier 2003, intitulée : « Motifs et trajectoires de recours aux urgences ».

suffisamment sérieux pour justifier l'envoi direct des victimes aux urgences hospitalières.

Il reste que les médecins libéraux auraient pu remplir des missions de prévention. Encore aurait-il fallu qu'ils soient sensibilisés au risque, ce qui n'a pas été le cas faute d'une mise en œuvre du système « DGS-Urgent » avant le 23 août (date d'un message sur les effets pathologiques différés de la canicule bien tardif et bien incomplet en ce qu'il ne comprenait aucun conseil sur la conduite à tenir), qu'ils aient perçu d'eux-mêmes les dangers pour les personnes les plus vulnérables, ce que ne semblent pas refléter les réponses apportées par les conseils départementaux de l'ordre des médecins aux questionnaires de la commission d'enquête, ou qu'ils aient été très sollicités par les victimes, ce que les statistiques de la CNAMTS démentent. A titre d'illustration, le conseil départemental de l'ordre des médecins du Val de Marne, l'un des départements d'Ile-de-France les plus touchés, souligne que : « *Le seul problème qui nous a été soumis a été celui de l'établissement des certificats de décès et ce par Monsieur le Préfet. (...) Dans le Val de Marne, au niveau médical et après enquête de notre part, nous n'avons pas rencontré de difficultés majeures.* ».

Le Rapporteur se doit d'indiquer que bon nombre d'entre eux ont accompli avec dévouement et efficacité cette tâche quotidienne de suivi des personnes âgées.

a) Des effectifs moins nombreux mais plutôt disponibles

Comme beaucoup d'autres professions, les médecins prennent leurs vacances en période estivale. Les statistiques de la CNAMTS ¹ indiquent que, durant la semaine encadrant le 15 août, en 2000 comme en 2002, les médecins généralistes français n'étaient que 30 000 à 32 000 à exercer leur activité, contre 42 000 à 44 000 de janvier à juin. Pour ce qui concerne l'été 2003, l'IGAS a abouti à des observations plus nuancées, 13 à 35 % des médecins libéraux des départements ruraux étudiés (Côte d'Or, Eure et Loir, Isère, Meurthe et Moselle, Yvelines) semblant absents contre la moitié de ceux des départements urbains (Rhône, Paris, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val de Marne). Dans tous les cas, cette situation a été relativisée à deux titres :

¹ Voir à ce sujet l'étude intitulée « L'activité quotidienne des médecins généralistes libéraux durant la canicule d'août 2003 », publiée dans la revue Point de conjoncture, n° 18, octobre 2003.

– en premier lieu, comme l’a souligné l’IGAS : « *Ces chiffres sont à regarder en parallèle aux taux de départ en vacances de l’ensemble de la population, notamment en Ile-de-France. Ils montrent que les taux de départ en vacances des médecins mesurés à partir des actes émis se rapprochent de ceux de l’ensemble de la population et ne sont pas en décalage y compris avec les taux de départ en vacances des personnes plus âgées.* »¹. La diminution des effectifs du corps médical libéral a donc accompagné à due proportion celle des patients potentiels ;

– en second lieu, la continuité et la permanence des soins constituent des obligations respectivement prévues par les articles 47 et 77 du code de déontologie médicale. Concrètement, en vertu du principe de continuité, un médecin prenant ses congés doit prévoir une prise en charge des patients par un remplaçant ou un confrère installé. La permanence, quant à elle, est assurée par le biais d’une organisation des soins en dehors des heures d’ouverture habituelles des cabinets (nuit, dimanches et jours fériés). Il existait donc des garanties d’accès aux soins.

LE MÉCANISME DE LA PERMANENCE DES SOINS

La permanence des soins des médecins libéraux est organisée par les conseils départementaux de l’ordre des médecins. Les médecins volontaires s’inscrivent à tour de rôle au tableau des astreintes établi pour chaque secteur de permanence, pour chaque nuit, dimanche et jour férié. Ces médecins d’astreinte sont joignables par téléphone à leur domicile et/ou au cabinet, *via* le centre 15.

Depuis le 1^{er} mars 2002, en vertu de l’accord du 24 janvier 2002 entre la CNAMTS et les médecins généralistes, l’assurance maladie verse une rémunération forfaitaire de 50 euros par période de 12 heures aux médecins d’astreinte, en plus du montant des rémunérations des consultations ou des visites.

L’assurance maladie favorise également, depuis cette date, la participation des médecins libéraux à des expérimentations de régulation téléphonique des demandes de soins à partir d’un numéro de téléphone unique. Concrètement, les médecins généralistes volontaires répondent, aux côtés de médecins hospitaliers, aux appels téléphoniques reçus par le centre 15 qui oriente les patients vers le service médical le plus adapté pour leur demande.

Enfin, l’assurance maladie soutient financièrement la création et le fonctionnement de maisons médicales de garde, qui accueillent des patients ne relevant pas des urgences.

Une analyse plus fine des statistiques de la CNAMTS conduit à observer que le nombre des médecins généralistes au tout début de la crise

¹ Rapport n° 2003154, p. 9.

sanitaire (du 4 au 8 août) était à peine inférieur à ce qu'il était au même moment l'année précédente. Leur absence a été plus marquée le week-end des 9 et 10 août, mais on rappellera qu'à ces dates, la DGS ne les avait pas alertés sur les risques sanitaires de la canicule *via* son système « DGS-Urgent » et que l'intensification de l'activité des services de secours tendait à diminuer, en raison d'une accalmie des températures.

Or, dès le 11 août, jour où la mobilisation des services sanitaires s'intensifie et où la prise de conscience des difficultés s'accroît, les médecins généralistes sont un peu plus nombreux que l'année précédente. Sans doute faut-il y voir aussi l'effet d'un retour de vacances ou de week-end prolongé, mais des médecins ont probablement aussi décidé de revenir exercer du fait de la multiplication des signes qu'une crise sanitaire grave était en cours. Les cas sont nombreux d'interventions, de visites quotidiennes qui ont sauvé la vie des personnes âgées.

**NOMBRE DE GÉNÉRALISTES ACTIFS CHAQUE JOUR,
DU 1^{ER} AU 18 AOÛT 2003 ET DU 2 AU 19 AOÛT 2002 ⁽¹⁾**

2003	Nombre de médecins actifs en août 2003	2002	Nombre de médecins actifs en août 2002	Evolution 2003/2002
Vendredi 1 ^{er} août	40 958	Vendredi 2 août	40 768	+ 0,5 %
Samedi 2 août	31 180	Samedi 3 août	32 161	- 3,1 %
Dimanche 3 août	8 555	Dimanche 4 août	9 037	- 5,3 %
Lundi 4 août	38 511	Lundi 5 août	38 254	+ 0,7 %
Mardi 5 août	37 771	Mardi 6 août	37 850	- 0,2 %
Mercredi 6 août	35 354	Mercredi 7 août	35 553	- 0,6 %
Jeudi 7 août	34 874	Jeudi 8 août	35 420	- 1,5 %
Vendredi 8 août	36 810	Vendredi 9 août	36 862	- 0,1 %
Samedi 9 août	28 742	Samedi 10 août	29 907	- 3,9 %
Dimanche 10 août	8 076	Dimanche 11 août	8 878	- 9,0 %
Lundi 11 août	37 022	Lundi 12 août	36 816	+ 0,6 %
Mardi 12 août	36 179	Mardi 13 août	36 070	+ 0,3 %
Mercredi 13 août	34 031	Mercredi 14 août	33 980	+ 0,2 %
Jeudi 14 août	34 174	Jeudi 15 août	7 670	Non significatif
Vendredi 15 août	6 197	Vendredi 16 août	31 930	Non significatif
Samedi 16 août	21 640	Samedi 17 août	26 605	- 18,7 %
Dimanche 17 août	7 284	Dimanche 18 août	9 093	- 19,9 %
Lundi 18 août	38 890	Lundi 19 août	39 959	- 2,7 %

⁽¹⁾ Les comparaisons ne peuvent s'effectuer non en fonction des dates, mais en fonctions des jours considérés, c'est-à-dire de lundi à lundi ou de dimanche à dimanche, ce qui explique le décalage d'une journée entre les deux périodes envisagées.

Source : CNAMTS.

Le recoupement de ces données avec celles recueillies à travers les réponses des conseils départementaux de l'ordre des médecins montre que, dans la plupart des cas, la permanence des soins n'aurait pas posé de grave problème. Quelques difficultés auraient néanmoins été constatées dans une dizaine de départements, selon le conseil national de l'ordre des médecins. A cet égard, on indiquera que le conseil départemental de l'ordre des médecins des Hauts-de-Seine souligne, dans sa réponse au questionnaire de la commission : « *Le département a connu quelques difficultés dans la permanence des soins au mois d'août dernier : si nombre de gardes étaient effectives et bien prises, certaines listes de garde n'étaient pas complètes, d'autres indiquaient des médecins, lesquels n'étaient pas joignables.* ».

L'IGAS a rejoint cette analyse en relevant que : « *pendant les soirs et les week-ends, plusieurs SAMU/centres 15 ont cherché à joindre des médecins de garde sans succès. Ces difficultés, réelles, renvoient non pas à une absence totale de médecins sur ces plages horaires, comme le montrent les statistiques de la CNAMTS, mais au fait que les tableaux de garde peuvent se révéler soit incomplets, soit peu fiables, soit inexistantes. Les tableaux de garde, dans plusieurs secteurs de garde, n'ont pas permis d'identifier correctement les médecins effectivement présents, ce qui a directement pesé sur la capacité du SAMU/centre 15 à y recourir.* »¹.

Il est vrai que les événements de la canicule sont intervenus à un moment où le dispositif de permanence des soins était en totale réorganisation, les décrets relatifs à la mise en œuvre de la convention nationale avec les caisses d'assurance maladie, signée le 14 juin 2002, ayant été publiés le 15 septembre 2003, soit après l'épisode tragique du mois d'août. Le problème est néanmoins plus profond, car il touche à la capacité de concilier le principe d'une permanence assurée sur une base volontaire avec un désintéret de plus en plus marqué des médecins libéraux pour ce type de contraintes. En l'occurrence, le principe de réquisition en dernier ressort par le préfet constitue une garantie bienvenue.

Le corollaire des départs en congés de nombreux médecins a été bien évidemment une plus grande sollicitation des médecins en activité. Leur disponibilité lors des événements se retrouve dans les chiffres de la CNAMTS. Globalement, cette activité s'est intensifiée de l'ordre de 2,1 % au cours de la première quinzaine d'août 2003, par rapport à 2002. Cette évolution a surtout été perceptible au lendemain du week-end des 9 et 10 août, comme le montre le tableau ci-après.

COMPARAISON DE L'ACTIVITÉ QUOTIDIENNE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES, CUMULÉE DEPUIS LE 1^{ER} AOÛT 2003 AVEC CELLE DE L'ANNÉE 2002

¹ Rapport n° 2003154, p. 19.

Cumul de l'activité entre le 1 ^{er} août et le :	Variation des consultations et visites 2003/2002	Variation des consultations seules 2003/2002	Variation des seules visites 2003/2002
Jeudi 7 août	- 2,8 %	+ 1,1 %	- 20,0 %
Vendredi 8 août	- 2,2 %	+ 1,7 %	- 19,2 %
Samedi 9 août	- 1,8 %	+ 2,1 %	- 19,1 %
Dimanche 10 août	- 1,6 %	+ 2,3 %	- 18,8 %
Lundi 11 août	- 0,9 %	+ 3,1 %	- 18,5 %
Mardi 12 août	- 0,4 %	+ 3,7 %	- 17,9 %
Mercredi 13 août	+ 0,4 %	+ 4,5 %	- 17,5 %
Jeudi 14 août	—	—	—
Vendredi 15 août	+ 0,8 %	+ 5,0 %	- 17,2 %
Samedi 16 août	+ 1,2 %	+ 5,4 %	- 17,0 %
Dimanche 17 août	+ 1,2 %	+ 5,5 %	- 17,0 %
Lundi 18 août	+ 2,1 %	+ 6,6 %	- 16,8 %

Les chiffres portant sur le jeudi 14 août 2003 n'ont pas été considérés par la CNAMTS comme révélateurs car le jeudi de référence en 2002 était le 15 août, ce qui explique l'absence de comparaison.

Source : CNAMTS

b) Un secteur en seconde ligne, à l'exception des associations de médecins assurant des visites 24 heures sur 24

Une étude attentive des caractéristiques des patients examinés par les médecins généralistes au moment de la canicule met en évidence que l'activité de ces derniers, si elle a effectivement augmenté après le week-end des 9 et 10 août, a surtout concerné les nourrissons, et non les personnes âgées.

COMPARAISON DU NOMBRE CUMULÉ DE PATIENTS EXAMINÉS PAR DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DEPUIS LE 1^{ER} AOÛT 2003 PAR RAPPORT À 2002

Cumul de l'activité entre le 1 ^{er} août et le :	Patients âgés de 0 à 2 ans	Patients âgés de 3 à 74 ans	Patients âgés de plus de 75 ans	Patients atteints d'une affection de longue durée
Jeudi 7 août	- 6,8 %	- 2,5 %	- 3,6 %	- 1,4 %
Vendredi 8 août	- 4,4 %	- 1,9 %	- 3,0 %	- 1,0 %
Samedi 9 août	- 2,8 %	- 1,5 %	- 2,8 %	- 0,9 %
Dimanche 10 août	- 2,5 %	- 1,4 %	- 2,6 %	- 0,8 %
Lundi 11 août	- 0,4 %	- 0,6 %	- 2,6 %	- 0,8 %
Mardi 12 août	+ 1,8 %	- 0,1 %	- 2,5 %	- 0,8 %
Mercredi 13 août	+ 2,7 %	+ 0,7 %	- 1,9 %	- 0,4 %
Jeudi 14 août	—	—	—	—
Vendredi 15 août	+ 3,9 %	+ 1,1 %	- 1,6 %	- 0,1 %

Samedi 16 août	+ 5,0 %	+ 1,5 %	- 1,5 %	- 0,1 %
Dimanche 17 août	+ 5,0 %	+ 1,5 %	- 1,5 %	- 0,1 %
Lundi 18 août	+ 6,7 %	+ 2,5 %	- 1,0 %	+ 0,4 %

Les chiffres portant sur le jeudi 14 août 2003 n'ont pas été considérés par la CNAMTS comme révélateurs car le jeudi de référence en 2002 était le 15 août, ce qui explique l'absence de comparaison.

Source : CNAMTS

Par voie de conséquence, non seulement la majorité des médecins généralistes ne semble pas avoir été impliquée lors des prémices de la crise, mais de surcroît, ces derniers n'ont pas non plus été amenés à en gérer les conséquences pour les personnes âgées, lorsque les températures diurnes et nocturnes se sont maintenues à des niveaux excessifs pour des organismes fragiles. Pour reprendre les conclusions de l'étude de la CNAMTS, parue dans la revue Point de conjoncture, en octobre 2003, « *tout s'est passé comme s'ils n'avait pas eu connaissance de l'ampleur de la crise sanitaire ou comme s'ils avaient été très peu sollicités durant cette crise. Il est probable que les situations d'urgence ont été identifiées tardivement et, une fois connues, traitées par d'autres canaux.* ».

L'analyse de l'activité des médecins dans son détail montre que les consultations ont supplanté les visites à domicile, alors même que ces dernières sont essentielles pour les personnes âgées qui éprouvent des difficultés à se déplacer. Néanmoins, ces conclusions ne sont pas valables pour les membres des associations assurant des visites 24 heures sur 24. L'IGAS a précisé sur ce point que : « *si en moyenne, il n'y a pas eu de progression significative du nombre d'actes en ville pour les patients âgés de 75 ans et plus, les associations de médecins assurant des visites 24 heures sur 24 ont, elles, fait face à une augmentation significative de leur activité pour cette même catégorie de population. Cette augmentation s'explique aussi par le mode d'intervention à domicile, que peuvent privilégier les personnes âgées qui rencontrent des difficultés de déplacement – ou leur entourage.* »¹. Le tableau ci-après, extrait de l'étude de l'IGAS, conforte cette conclusion.

LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ÂGÉS PAR LES ASSOCIATIONS DE VISITE À DOMICILE DANS DEUX DÉPARTEMENTS TRÈS TOUCHÉS PAR LA CANICULE

SOS Médecins Dijon (21)	Visites de patients âgés de plus de 70 ans : 147 en août 2002 ; 332 en août 2003 (+ 225 %)
-------------------------	---

¹ Rapport n° 2003154, p. 14.

SOS Médecins Paris (75)	<i>Visites de patients âgés de plus de 75 ans :</i> 2 032 du 28 juillet au 19 août 2002 ; 3 069 du 28 juillet au 19 août 2003 (+ 51 %)
Urgences médicales de Paris (75)	<i>Visites de patients âgés de plus de 70 ans :</i> 1 056 en août 2002 ; 1 479 en août 2003 (+ 40 %)

Source : IGAS, décembre 2003.

Ces chiffres démontrent toute l'utilité d'associer plus étroitement ces associations au réseau de veille et d'alerte qui devra être instauré sous l'égide de l'InVS.

A contrario, le désintérêt croissant de la médecine de ville pour les visites à domicile, même s'il est moins marqué pour les patients âgés, peut aussi expliquer pourquoi les victimes de la canicule se sont adressées directement aux services de secours et d'urgence. Cette tendance n'est pas sans incidence sur le caractère effectif des soins prodigués, mais il ne s'agit plus, dans ce cas, d'un problème de présence médicale, comme le reproche a pu en être fait aux médecins généralistes.

2.- Les infirmiers libéraux

Les infirmiers libéraux sont des acteurs importants du système de soins de ville. Cette profession est très sollicitée et elle connaît des problèmes d'effectifs plus marqués que celle des médecins, même si les effectifs prévus ont notablement augmenté au cours de la décennie passée.

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'INFIRMIERS LIBÉRAUX EN FRANCE

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
48 097	48 172	49 735	51 474	54 760	57 023	57 493	58 590	59 456

Sources : ADELI, DREES et DGS.

L'assurance maladie a précisé à la commission que, dans l'ensemble, les actes infirmiers réalisés au profit des personnes de plus de 70 ans ont progressé en août 2003. Il n'en demeure pas moins que cette évolution résulte essentiellement des actes techniques (+ 15,2 % par rapport à août 2002), et non des actes de soins (- 7,6 %). Et la CNAMTS de conclure : « *Même dans les zones particulièrement touchées par la surmortalité, la présence des infirmiers libéraux pour des séances de soins est marquée par une nette décroissance en août 2003.* ».

Par conséquent, les infirmiers libéraux ne se sont pas plus trouvés en première ligne que les médecins libéraux lors de la canicule. S'il est indéniable que la démographie de cette profession ne permet pas de

répondre à l'ampleur des besoins, y compris en maisons de retraite, il n'est pas du tout certain qu'une plus forte mobilisation en août 2003 aurait atténué de manière très sensible l'ampleur du drame.

3.- Une participation malgré tout non négligeable à la régulation médicale

Les professionnels des soins de ville, et plus particulièrement les médecins libéraux, jouent un rôle de régulation médicale en effectuant une sorte de premier tri des patients selon leurs pathologies, de manière à éviter un engorgement des hôpitaux. Outre les consultations (en cabinet ou à domicile), les médecins libéraux s'acquittent de cette mission par trois biais :

– la permanence médicale, qui repose sur le mécanisme des astreintes. Les patients disposent ainsi d'un médecin référent la nuit, les dimanches et jours fériés dans un peu plus de 3 000 secteurs de garde (ce découpage étant appelé à évoluer prochainement) ;

– la régulation téléphonique des demandes des patients par l'intermédiaire des centres 15 (un par département), où les médecins libéraux sont représentés. Chaque année, les centres 15 traitent plus de 10 millions d'appels et dans 30 % des cas, les conseils prodigués suffisent à répondre à la demande des patients ;

– les maisons ou cabinets de garde, lieux de consultation en dehors des heures d'ouverture des cabinets (le week-end et le soir jusqu'à minuit, voire au-delà), essentiellement situés dans des zones urbaines denses.

Dans le cas précis de la canicule, la régulation médicale a surtout été le fait des centres 15. Et à en juger les différentes remontées d'informations dont la commission a pu avoir connaissance, celle-ci a plutôt bien fonctionné, avec une participation active des médecins libéraux. A titre d'illustration, on se bornera à citer cet extrait de la réponse du conseil départemental de l'ordre des médecins des Deux-Sèvres : « *La centralisation des appels sur le centre 15 avec une régulation médicale libérale efficace, instaurée depuis le 1^{er} mai de cette année, a permis de prendre rapidement les dispositions adéquates.* ». Néanmoins, pour que le nombre d'appels ou de dossiers traités par ce centre téléphonique devienne un indicateur suffisamment pertinent, il faudrait faciliter le traitement informatisé des données quantitatives et qualitatives et une interconnexion en temps réel avec le centre 18 des pompiers.

Les maisons médicales de garde ont également joué un rôle positif, mais dans une moindre mesure. Pour preuve, cet exemple relaté par le conseil départemental de l'ordre des médecins de Saône et Loire : « *L'ouverture d'une Maison Médicale de Garde libérale proche du centre hospitalier de Mâcon a même permis à celui-ci de diminuer son activité d'accueil et d'urgences de 3 % en août, permettant au SAU de mieux prendre en charge les patients dont l'état nécessitait des soins urgents et hospitaliers.* ».

Le rapport de l'IGAS sur la permanence des soins souligne toute la pertinence de ces mécanismes qu'il invite à conforter. La commission d'enquête ne peut que se rallier à cette appréciation. Il apparaît absolument essentiel de conforter le partenariat entre les professionnels de la santé, de manière à éviter autant que possible l'engorgement des urgences hospitalières. Il serait sans doute utile, à cette fin, que le problème des visites médicales à domicile en période de vacances soit abordé par la CNAMTS et les représentants syndicaux des médecins et infirmiers libéraux. Il s'agit en effet d'une faiblesse qui a pu indirectement peser au cours du mois d'août. Ce sujet est essentiel à prendre en compte dans le cadre du vieillissement tendanciel de la population française.

B.- UNE ILLUSTRATION DU DÉFI DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Eu égard à la place qu'occupe la médecine de ville dans le bon fonctionnement du système de soins, en amont mais aussi parfois en aval du secteur hospitalier, il n'est pas étonnant que les difficultés de ce secteur rejaillissent sur les autres acteurs de la santé. C'est ainsi que, d'après des médecins urgentistes rencontrés à l'hôpital d'Orléans, la fréquentation des urgences augmente de 30 % après 19 heures, moment de la fermeture des cabinets libéraux de la ville, sans que les patients relèvent nécessairement d'une prise en charge hospitalière. L'hôpital pallie ainsi dans les faits un problème d'organisation de la médecine de ville. Cet exemple n'est pas isolé et traduit un problème plus général.

Plusieurs raisons expliquent cette situation. La première est conjoncturelle, puisqu'elle a trait aux modalités de réorganisation de la permanence des soins, dans la lignée du décret du 15 septembre 2003¹. En

¹ Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003, relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence, et modifiant le code de la santé publique (articles R. 730 à R. 735).

l'espèce, il revient aux médecins généralistes d'assurer, sur la base du volontariat (article R. 733 du code de la santé publique), la permanence de des soins, dans le cadre de secteurs de garde redéfinis. Cette adaptation des secteurs de garde n'étant pas complètement achevée dans tous les départements, quelques difficultés subsistent.

Les autres causes sont plus structurelles. En premier lieu, le profil sociologique des médecins a évolué ; ils aspirent à davantage de temps disponible, comme le reste de la société, ce qui n'est pas sans incidence sur leur participation active aux gardes. A titre d'illustration, un sondage effectué à l'initiative du conseil de l'ordre des médecins du Rhône, entre juillet et septembre 2002, montre que 37 % des médecins de moins de 40 ans ont décidé d'arrêter leurs gardes pour raison familiale, cette cause se situant devant les motifs d'insécurité (22 %) et de charge de travail trop importante (17 %). En second lieu, il est vrai que le nombre des médecins libéraux ne correspond plus aux besoins de la population, pour cause d'un *numerus clausus* universitaire longtemps resté trop restrictif. On observera d'ailleurs que la densité médicale des régions les plus touchées par la canicule était inférieure à la moyenne nationale. En effet, qu'il s'agisse du Centre (1,36 médecin généraliste pour 1 000 habitants), de la Bourgogne (1,51), des Pays de Loire (1,43), de Rhône-Alpes (1,61), le nombre des médecins libéraux généralistes en activité n'atteint pas le niveau moyen constaté sur l'ensemble du territoire (1,65 médecin généraliste pour 1 000 habitants). De même, en Ile-de-France, la moyenne régionale masque d'importantes disparités puisque seule la ville de Paris (3,25 médecins généralistes pour 1 000 habitants) et le département des Hauts-de-Seine (2,0) excèdent la densité moyenne nationale.

En définitive, c'est bien le problème plus global du nombre des médecins libéraux en activité qui est posé.

D'ailleurs, cette question concerne également les infirmiers libéraux. D'après la CNAMTS, la densité moyenne est de 81 infirmiers pour 100 000 habitants, mais ce chiffre masque d'importantes disparités territoriales puisque le département des Hauts-de-Seine enregistre une densité de 30 infirmiers pour 100 000 habitants tandis que celui de la Haute-Corse affiche un taux de 216 pour 100 000 habitants. Actuellement, 23 départements métropolitains ¹ connaissent une densité inférieure à 55 infirmiers pour 100 000 habitants et ce n'est pas un hasard si nombre d'entre eux, au premier rang desquels Paris et les départements de la petite

¹ L'Aube, l'Eure, l'Eure-et-Loir, la Loire-Atlantique, le Loiret, la Marne, la Mayenne, la Meurthe-et-Moselle, la Nièvre, le Haut-Rhin, la Sarthe, Paris, la Seine-et-Marne, les Yvelines, l'Essonne, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis, le Val-de-Marne et le Val d'Oise.

couronne, ont signalé de réelles difficultés dans la permanence des soins infirmiers à domicile au cours du mois d'août 2003.

QUATRIÈME PARTIE : ÉVITER QU'UN TEL DRAME SE RENOUVELLE

Si l'été 2004 connaît la même vague de chaleur extrême, connaîtra-t-on la même crise sanitaire ? Certes, responsables nationaux et locaux ont mis en place des groupes de travail, engagé des réformes, pris des initiatives. La commission se devait de formuler également des propositions mais il est de fait que le drame de la canicule est assez symptomatique de certains dysfonctionnements de la société française. Au-delà des dispositifs techniques et matériels à mettre en place, c'est à ces carences structurelles qu'il faut remédier pour que les effets dévastateurs de l'extrême chaleur ne soient plus une fatalité.

On peut regretter que peu de réunions d'analyse et de bilan se soient tenues après la canicule à l'initiative des préfetures ou des conseils généraux.

I.- PRIVILÉGIER, EN AMONT, LA PRÉVENTION ET L'ALERTE

La crise déclenchée par la canicule d'août 2003 fournit, hélas, une très bonne illustration des crises sanitaires et sociales contemporaines, au développement très rapide et complexe, parce qu'il juxtapose des considérations sociologiques (l'isolement social, le vieillissement par exemple) et environnementales (issues de l'urbanisation ou des transports modernes) à des problèmes sanitaires plus classiques. Par voie de conséquence, l'efficacité des dispositifs de protection des populations dépend essentiellement de l'anticipation des difficultés et de leur conceptualisation *a priori*. En d'autres termes, la prévention et l'alerte se situent plus que jamais au cœur des mécanismes de sécurité sanitaire modernes.

Il importe, lorsqu'une crise survient, que tous les acteurs soient « mis sous tension ».

A.- L'INDISPENSABLE APPROFONDISSEMENT DE L'EXPERTISE SCIENTIFIQUE ET SANITAIRE SUR LES CONSÉQUENCES DES CANICULES

Il a déjà été mentionné que les recherches françaises portant sur les effets des canicules sont peu nombreuses, à la différence de la littérature scientifique anglo-saxonne notamment. Ceci explique de manière assez objective, que l'épidémiologie française, qui est active et concurrentielle

dans de nombreux domaines, ne l'était pas dans le cas des vagues de chaleur.

Pour que la veille sanitaire sur un risque émergent soit performante, il est évidemment indispensable qu'elle s'appuie sur des chercheurs capables d'assurer une vigilance scientifique continue. Aussi, il apparaît nécessaire de dynamiser le champ des investigations sur le lien entre climat en général et santé publique, à partir des données définitives qui concerneront le tragique épisode d'août 2003 mais aussi par extrapolation et anticipation. C'est déjà le cas dans une certaine mesure, mais il faudra sans doute aller plus loin.

De ce point de vue, on ne peut s'empêcher de penser qu'une meilleure analyse des conséquences sanitaires de la sécheresse de 1976 (6 000 morts en excès) ou de l'été 1983 (400 décès en plus à Marseille et 4 700 sur l'ensemble de l'hexagone) aurait peut-être permis de mieux prévenir la canicule d'août 2003.

Le programme de recherche intitulé « *La mortalité en France selon le contexte thermique : réalité présente et scénarios pour le XXI^{ème} siècle* », dont les premières conclusions ont été présentées par M. Jean-Pierre Besancenot à la commission santé biométéorologie du Conseil supérieur de la météorologie le 27 mai 2003, constitue un bon exemple des applications très concrètes de ce type de recherches en termes de santé publique.

Cofinancé par le ministère de l'écologie et du développement durable, le ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies et le Conseil régional de Bourgogne, ce travail a pour objectif d'analyser l'incidence des maladies et les fluctuations du nombre de décès selon les niveaux de températures ambiantes, afin d'en tirer des extrapolations raisonnables dans le cadre de différents scénarios d'évolution du climat pour le XXI^{ème} siècle, en tenant compte notamment du vieillissement attendu des populations. Ce projet n'aboutira complètement qu'à la fin du premier trimestre 2004, mais il sera sans doute souhaitable de lui accorder d'éventuels prolongements, en envisageant notamment les interactions avec la pollution atmosphérique ou en étudiant plus précisément le cas des populations urbaines.

Le projet PHEWE (*Prevention of Acute Health Effects from Weather in Europe*), qui a été initié en 2003, est un autre exemple précis d'études en cours susceptibles de déboucher sur des améliorations très

sensibles de la connaissance scientifique française et européenne de ces phénomènes climatiques extrêmes ¹.

D'une manière générale, les études actuellement menées ne seront pas suffisantes pour tirer toutes les conclusions biométéorologiques des événements climatiques extrêmes qui ont frappé la France et l'Europe l'été dernier. La recherche doit également s'appliquer à définir des seuils d'alerte plus précis, par région, département, voire grande ville, de manière à prévenir la survenance d'un phénomène plus localisé. Le champ des recherches doit rester le plus large possible, en appréhendant les conditions climatiques aiguës de tous types (y compris les chaleurs extrêmes accompagnées d'un fort taux d'humidité et les grands froids humides). Il existe donc de larges pans inexplorés, sur lesquels il conviendra d'inciter les scientifiques à se pencher.

En outre, il semble établi, aux yeux de la commission, que **l'état des connaissances sur les interactions des fortes températures avec certaines prescriptions médicamenteuses mérite d'être approfondi**, ne serait-ce que pour éclairer les décisions d'autorisation de mise sur le marché des nouveaux médicaments. On a déjà indiqué que selon le professeur San Marco ², le caractère pénalisant de la consommation de psychotropes ou de diurétiques en période de grandes chaleurs ne repose sur aucune étude scientifique reconnue. Il faut donc que la recherche s'intéresse plus à cette question. En corollaire, sur la base des résultats de ces études, il serait sans doute utile que les notices de certains médicaments réservés aux publics particulièrement exposés (les personnes âgées, mais aussi les actifs en surcharge pondérale, notamment) mentionnent obligatoirement les risques associés aux températures élevées, à titre préventif.

B.- LA NÉCESSITÉ D'AMÉLIORER LE SYSTÈME D'ALERTE

La surveillance épidémiologique est un processus à trois étapes indissociables : la collecte d'informations, l'analyse de ces dernières et la

¹ Coordonné par l'agence de santé locale ASL/RM/E à Rome et financé par la Commission européenne, ce programme scientifique est destiné à évaluer les effets aigus des conditions météorologiques en Europe, aussi bien en été qu'en hiver, dans 16 villes européennes présentant des conditions climatiques contrastées (Athènes, Barcelone, Bucarest, Budapest, Cracovie, Dublin, Helsinki, Ljubljana, Londres, Milan, Paris, Prague, Rome, Stockholm, Turin et Zurich). Les résultats de cette étude, exploités à partir de 2006, permettront de tester un système de veille sur les vagues de chaleur dans 5 villes pilotes (Barcelone, Budapest, Londres, Paris et Rome). Des stratégies préventives et un guide d'intervention en santé publique seront élaborés sur la base de cette expérience, ce qui constituera là encore un effet bénéfique concret et visible des recherches.

² Audition du 4 février 2004.

diffusion des données pertinentes. L'alerte sanitaire combine elle aussi ces trois dimensions. Or, dans le cas de la canicule, le dispositif en place n'a pas fonctionné efficacement, chacun des acteurs procédant selon l'une ou l'autre des étapes sans jamais s'y conformer intégralement ; bien souvent la diffusion des informations a fait défaut.

C'est donc à la lumière de cette expérience qu'il convient de redéfinir le système d'alerte sanitaire dans son ensemble, tout en veillant à ne pas trop compliquer ni multiplier à l'excès les mécanismes, trop d'alertes pouvant tuer l'efficacité même de l'alerte.

1.– Une redéfinition des rôles des administrations de la santé

On a vu que l'efficacité des structures de veille administrative françaises s'était révélée très relative, faute de réactivité propre mais aussi de coordination entre elles. Il convient donc de clarifier leur rôle.

- Dans le domaine de la santé publique, **la DGS** a visiblement essayé de conserver une dimension généraliste sans pour autant avoir les capacités logistiques d'assurer un suivi de l'ensemble des secteurs susceptibles d'affecter la sécurité sanitaire. Au demeurant, est-il vraiment dans sa vocation de réaliser une veille des risques sanitaires alors que certaines agences (InVS, notamment) ont spécialement été créées à cette fin ?

La crise sanitaire de la canicule a démontré que la DGS n'est pas une administration opérationnelle, comme peuvent l'être les agences sanitaires ou même les services déconcentrés. Il serait donc sans doute judicieux d'en tirer les conclusions, en la cantonnant à un rôle stratégique, c'est-à-dire de définition des grandes orientations de santé publique et en laissant les aspects qui concernent la gestion de crise à d'autres structures (InVS et agences en général).

- Pour tenir compte des enseignements de la crise, l'Assemblée nationale a redéfini les missions et les actions de l'**InVS**, en adoptant une nouvelle rédaction des articles L. 1413-2 et L. 1413-3 du code de la santé publique, lors de l'examen en première lecture du projet de loi relatif à la politique de santé publique. Désormais, l'institut devra notamment « *détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine et diffuse* »¹. Pour ce qui concerne l'alerte sanitaire, la loi prévoira que : « *L'institut informe sans délai le*

¹ Article 10 A du projet de loi relatif à la politique de santé publique, adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 17 octobre 2003.

ministre chargé de la santé en cas de menace pour la santé de la population ou de certaines de ses composantes, quelle qu'en soit l'origine, et il lui recommande toute mesure ou action appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace. »¹. Le Sénat a adopté ces mesures sans modification, lors de son examen du texte en première lecture. Les missions de l'InVS seront donc explicitées, sans fondamentalement évoluer.

Mais pour être plus efficace, l'institut devra aussi adapter son mode de fonctionnement, d'une part en s'appuyant davantage sur les réseaux locaux de détection des problèmes sanitaires (les DDASS, les CIRE², mais aussi les urgences hospitalières et les médecins généralistes, notamment ceux des associations effectuant des visites 24 heures sur 24 comme SOS Médecins), et d'autre part en accordant plus d'intérêt que par le passé aux interactions environnementales sur la santé publique.

Il conviendra également de veiller à articuler l'implication des préfetures avec celle de l'InVS dans le processus de gestion de crise. Pour cette raison, il serait peut-être utile de préciser, lors de la seconde lecture du projet de loi relatif à la politique de santé publique, le contenu du 4^o du nouvel article L. 1413-2 du code de la santé publique, en substituant à la notion de « *pouvoirs publics* » celles de « *membres du Gouvernement* » et de « *représentant de l'Etat dans le département* ».

Il apparaît nécessaire que l'institut redéploie des moyens en faveur de son département santé-environnement. En outre, son contrat d'objectifs et de moyens doit être rapidement réactualisé, afin d'insister plus particulièrement sur les phénomènes climatiques et l'appréciation en temps réel de la situation des urgences³.

• L'impératif de simplification des **administrations sanitaires** n'est contesté par personne. En soi, il n'est pas très étonnant que des réajustements doivent intervenir, les agences en place ayant été créées, pour certaines en 1992, puis complétées et redéfinies en 1998 et 2001.

¹ *Ibidem.*

² A cet égard, les CIRE, qui avaient jusqu'à présent un rôle d'analyse scientifique sur saisine de l'InVS, devraient devenir de véritables cellules de veille régionales, au sein des DRASS. Cette hypothèse, qui faciliterait la circulation de l'information et son exploitation à l'échelon régional, mérite à tout le moins d'être envisagée.

³ De toute manière, l'InVS ne pourra pas faire l'économie d'une nouvelle concertation scientifique à l'occasion du renouvellement de son contrat d'objectifs et de moyens, ne serait-ce que pour tenir compte de l'entrée en vigueur, concomitante, de la loi relative à la politique de santé publique.

Selon M. Jean-François Mattei : « *Nous avons créé des agences en 1992, qui furent regroupées en 1998. Il faut que, de nouveau, nous regroupions et nous rationalisons.* »¹. Cette remarque vaut surtout pour l'AFSSAPS, l'AFSSA et l'AFSSE.

La justification principale des trois agences, AFSSAPS, AFSSA et AFSSE, est la même : il s'agit principalement de services d'expertise, qui ont vocation à analyser et évaluer les risques « *à froid* », à la différence de l'InVS qui se trouve dans une posture d'alerte. En outre, la sectorialisation de ces agences crée de fait un certain hermétisme par rapport à tout risque émergent. Il est en effet possible que des risques actuellement inconnus ne relèvent ni de l'une, ni des autres... L'audit souhaité par le Rapporteur devrait conduire à mieux articuler leurs missions.

2.- Une meilleure articulation avec Météo France

L'expertise de Météo France en matière de biométéorologie ne fait aucun doute. Il est regrettable que les administrations sanitaires n'en aient pas tiré parti avant le drame d'août 2003².

La césure entre services météorologiques et agences ou administrations sanitaires n'a pas de sens. Le ministère de la santé a tout intérêt à s'appuyer sur les compétences de Météo France pour l'analyse des phénomènes climatiques extrêmes, à l'instar de ce qui a été mis en place par le secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion pour les grands froids.

Un tel système est assez facile à mettre en œuvre dans le cas de fortes chaleurs, même si les populations concernées sont plus nombreuses. Météo France devrait néanmoins ne pas se cantonner à indiquer les températures minimales et maximales de la journée, comme dans le processus grands froids, mais inclure les températures nocturnes, qui jouent un rôle déterminant dans le processus de récupération l'été.

¹ Audition du 25 novembre 2003.

² Une convention a été conclue entre Météo France et l'InVS en janvier 2004, mettant fin à une certaine forme d'autisme des administrations sanitaires vis-à-vis de la climatologie.

Dans le même ordre d'idées, il apparaît opportun qu'un ingénieur en météorologie fasse l'objet d'un détachement soit à l'InVS, soit à la DGS, de manière à ce que l'aléa météorologique puisse être mieux pris en considération dans les problématiques de santé publique tout en assurant une interface opérationnelle et efficace entre la DGS, la recherche médicale et Météo France. Un ingénieur de Météo France pourrait également être détaché à titre permanent auprès du COGIC, de manière à faciliter la prise de conscience, au niveau de la chaîne de commandement de la sécurité civile, de la gravité de certains risques climatiques dès leur survenance.

Il reste que le projet de loi relatif à la politique de santé publique, en l'état actuel de sa rédaction, comporte certaines ambiguïtés sur lesquelles le Parlement devra revenir. En effet, la rédaction de l'article L. 1413-3 du code de la santé publique, telle qu'elle est prévue à l'article 10 A du projet de loi, ne précise pas que l'InVS peut ou doit s'appuyer sur le concours d'organismes publics ou privés spécialisés comme Météo France.

3.- Vers la création d'un réseau Sentinelles élargi au secteur gérontologique ?

La canicule a mis en évidence un défaut majeur de remontée des informations depuis le terrain. Les DDASS, les DRASS et même les CIRE n'ont pas transmis beaucoup d'éléments graves et concordants qui puissent aiguiller la DGS et l'InVS. Pour cette raison, il apparaît nécessaire d'introduire d'autres acteurs du système de santé dans le circuit de la collecte et de la remontée de l'information : les médecins libéraux.

Il existe d'ores et déjà un partenariat entre ces derniers et les administrations sanitaires, au sujet d'épidémies précises et limitées, à travers le réseau Sentinelles ¹.

Actuellement, il enregistre le nombre de cas diagnostiqués et les caractéristiques des patients atteints de chacune des sept maladies surveillées (syndromes grippaux, diarrhées aiguës, rougeole, varicelle, oreillons, atteintes hépatiques présumées virales, urétrites masculines) et les prescriptions de sérologies pour le VIH. Il a fait la preuve de son efficacité, notamment à l'occasion de la détection de chaque épidémie de grippe ces dernières années. Pour cette raison, il constitue un système éprouvé. Relativement simple à mettre sur pied, il pourrait utilement voir son champ de compétences élargi aux personnes les plus fragiles, notamment âgées, et

¹ Ce réseau a été mis au point par l'unité INSERM U 444 (épidémiologie et sciences de l'information), en collaboration avec l'InVS et la DGS. Il comprend environ 500 médecins généralistes, répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain, qui transmettent leurs informations au moins une fois par semaine. Ces médecins, volontaires et bénévoles, sont recrutés par annonce dans la presse.

être intégré à l'ensemble des capteurs d'information relatifs à la veille sanitaire.

Un réseau Sentinelles étendu aux médecins gériatres ainsi qu'aux associations de médecins effectuant des visites 24 heures sur 24, comme SOS Médecins par exemple, et fonctionnant toute l'année, ne pourra être institué qu'en étroite concertation avec les principaux intéressés.

Il présenterait néanmoins l'avantage d'améliorer le suivi d'une catégorie de population restée plutôt à l'écart des grandes priorités de santé publique de ces dernières années.

4.- Quel positionnement des médias ?

La couverture médiatique de la canicule n'a vraiment abordé la question des incidences sanitaires qu'à partir du vendredi 8 août, certains quotidiens de la presse régionale, tel La République du Centre, évoquant les difficultés des services des urgences ¹. Elle s'est accentuée au cours du week-end des 9 et 10 août, avec la parution d'un article dans le quotidien Le Parisien ², reprenant des propos du docteur Yves Coquin sur la possibilité de « centaines » de décès et une interview du docteur Patrick Pelloux, président de l'AMUHF, qui sera également l'objet d'un reportage du journal télévisé de 20 heures sur TF1, le 10 août. Auparavant, tant la presse écrite que les chaînes de télévision avaient davantage insisté sur le caractère exceptionnel des températures, les incendies sévissant dans le Sud de la France et les risques afférents au refroidissement des centrales nucléaires ³.

A l'exception de quelques quotidiens de la presse écrite, dont Le Parisien, pas plus que les administrations du ministère de la santé, les médias n'ont spontanément porté leur attention sur les conséquences sanitaires de la canicule pour les personnes âgées, comme l'illustre cette anecdote rapportée par le commandant Jacques Kerdoncuff, officier de

¹ Toutefois, il a été indiqué au Président et au Rapporteur de la commission, lors de leur déplacement à Orléans, que ce même quotidien n'a publié que le 12 août les consignes de la DGS datant du 8 août.

² Cet article de l'édition du 10 août, figurant en page 7, était titré : « Les victimes de la chaleur de plus en plus nombreuses ». Le lendemain, le journal consacre sa une au sujet, en titrant : « La canicule tourne au drame », tandis que Le Figaro fait de même avec : « La canicule tue en France ».

³ A titre d'exemple, le quotidien Le Monde titrait dans son édition du 9 août : « Les records de pollution à l'ozone sont battus dans toutes les régions ». Dans son édition des 10 et 11 août (diffusée le samedi 10 août au matin), deux articles étaient ainsi intitulés : « La vague de chaleur devrait durer encore huit jours » et « Des centrales nucléaires ont obtenu des dérogations pour rejeter des eaux plus chaudes dans les fleuves ».

presse de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris au moment des faits, et qui se situe peu après sa sollicitation par *Le Parisien*, le 8 août : « *TF1 fait une demande d'interview, quelque temps après, au sujet de la chaleur aussi. L'angle du reportage concernait les conseils à donner aux parents pour les enfants dans les véhicules, lorsqu'ils partent en vacances.* »¹.

Nul ne peut formuler de reproche quelconque de défaut d'anticipation aux médias ; en revanche, plus critiquable semble le fait qu'ils n'aient pas relayé les consignes de prévention, selon de nombreux responsables auditionnés par la commission. Tel est du moins ce qui ressort du témoignage de Mme Rose-Marie Van Lerberghe, directrice générale de l'AP-HP : « *Lors des conférences de presse, nous avons essayé, avec le Pr. Carli, de dire aux journalistes à quel point ils pouvaient nous aider pour faire passer des messages de prévention afin d'éviter l'engorgement des services de l'AP-HP, mais ils se sont plus focalisés sur le nombre de morts que sur les messages de prévention.* »². Le professeur Carli a lui aussi insisté sur ce point³. Il n'en reste pas moins qu'il appartenait aussi aux responsables de l'AP-HP de sensibiliser les médias à l'importance de leur rôle de relais. Et d'ailleurs, le professeur Carli a reconnu que le qualificatif de messages « *de prévention* » ne convenait pas à la situation, l'accent devant être davantage mis sur le caractère « *vital* » de ces conseils.

Quant à la conférence de presse du professeur San Marco, réalisée à Marseille dès le 8 juillet 2003, chacun doit s'accorder à reconnaître qu'elle avait une portée locale et non nationale, ce qui explique qu'elle n'ait pas été relayée massivement par les médias.

Avec le recul, l'expérience de la canicule montre qu'il est indispensable d'associer plus étroitement les médias dans la diffusion de l'alerte. Pour ce faire, ils doivent être sensibilisés aux dangers pour les populations en amont, hors les périodes de crise : c'est là le rôle des administrations sanitaires et des services de secours, qui doivent pouvoir établir un véritable partenariat avec la presse.

¹ Audition du 5 novembre 2003.

² Audition du 12 novembre 2003.

³ Audition du 9 décembre 2003.

Encore faut-il que la transparence la plus complète soit assurée au sujet des informations transmises. Dans le cas de la canicule, était-il vraiment possible d'inciter les médias à insister sur les conseils de prévention pour les personnes fragiles et exposées, alors que dans le même temps on leur cachait que des décès étaient intervenus et que l'on tenait un discours rassurant ? Les faits démontrent que non, puisque ce n'est qu'à la suite de la mention d'une cinquantaine de morts par le docteur Pelloux, le 10 août, que le problème sanitaire a pris une résonance médiatique très forte.

Pour toutes ces raisons, le principe de conférences de presse organisées par le ministère de la santé quand un problème sanitaire grave apparaît mériterait d'être retenu. De même, une liberté plus grande doit être donnée aux services de secours pour communiquer sur leur activité et les mesures de prévention à mettre en œuvre.

5.– Pour une véritable culture de gestion de crise

Lors de son audition, M. Patrick Lagadec, directeur de recherche à l'école Polytechnique, a procédé à une analyse sans complaisance des modes de réaction hexagonaux face à une crise majeure¹. Il a notamment insisté sur le fait que les systèmes de veille français sont configurés en fonction de typologies connues, de risques bien identifiés, alors que les crises modernes sont au contraire caractérisées par leur imprévisibilité.

A bien y réfléchir, cet extrait du document que M. Lagadec a remis à la commission n'est pas sans rappeler certains faits mis à jour lors des auditions, au sujet du déroulement de la crise d'août 2003 : « *en situation aberrante, les alertes viennent le plus souvent par des canaux aberrants, rarement via les itinéraires prévus par les grands systèmes ; or, régulièrement, ces alertes mal dirigées, émises par des personnes atypiques, sont refusées ; en situation aiguës, ces alertes sont même rejetées* »². En l'occurrence, ce jugement s'applique parfaitement à l'attitude de la DGS devant le comportement du docteur Pelloux.

Et ce document de M. Lagadec d'ajouter : « *la recherche d'information, quand enfin elle se met en place, pose aussi problème : au lieu de retenir des méthodes de balayage rapide, on va lancer une bonne enquête, présentant toutes les garanties de scientificité (or, la question n'est pas d'être précis, comme si l'on faisait une thèse, mais de déterminer*

¹ Audition du 2 décembre 2003.

² « La société française confrontée aux risques et crises en émergence. La canicule et au-delà : l'urgence de mutations décisives » ; M. Patrick Lagadec, 2 décembre 2003, p. 21.

rapidement s'il y a motif de recherche plus approfondie ou non) »¹. Cette remarque s'applique tout particulièrement à l'InVS, qui, alerté dès les 6 et 7 août, ne posera les bases d'une étude épidémiologique que le 8 août, avant de lancer ladite étude le 11.

Ces exemples démontrent la difficulté des administrations françaises à passer d'une logique de recueil *ex post* à un questionnement *ex ante*. M. François Fillon, ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, n'a pas dit autre chose lorsqu'il a confié à la commission que notre structure administrative est sans doute « *un peu lourde* » car elle n'est vraiment réactive que face aux situations qu'elle connaît².

La notion de crise est en passe d'évoluer puisque, comme l'ont déclaré les responsables du COGIC, elle est désormais conçue comme toute perturbation des mécanismes qui assurent la vie collective³. Le projet de loi de modernisation de la sécurité civile devrait entériner cette nouvelle approche, plus flexible⁴.

Mais les problèmes ne se situent pas seulement au niveau de la perception des crises ; ils concernent également la manière d'y apporter une réponse. La réaction à des phénomènes de surprise, par définition transverses, exige une mobilisation globale de même nature, c'est-à-dire interministérielle. La canicule a montré que tel ne semble pas être le réflexe naturel des administrations françaises, organisées par finalités et attachées à conserver une maîtrise totale de leur champ de compétence spécifique pour des raisons de logiques de pouvoir. Il en résulte un mode de fonctionnement « *alvéolaire* », c'est-à-dire compartimenté et tenant faiblement compte des éléments extérieurs.

Ce défaut chronique de coopération empêche toute innovation opérationnelle, pourtant seule capable de correspondre aux impératifs d'une

¹ *Ibidem.*

² Audition du 28 janvier 2003.

³ Audition du 20 janvier 2004.

⁴ Le ministère de l'intérieur a d'ailleurs adressé une circulaire à l'ensemble des préfets afin de les sensibiliser à l'utilité d'un croisement des informations recueillies par les pompiers, la police, la gendarmerie, les élus locaux et les associations avant qu'elles remontent au COGIC. Cf. circulaire DDSC/SDOSCCM/BCIDSC/JFR/n° 2003-1078 du 22 décembre 2003, relative aux veille et gestion de crise, information et alerte des autorités gouvernementales dans le domaine de la protection civile (NOR : INTEO300129C).

situation inédite. Il en résulte une réelle inertie : en l'espèce, les conséquences dramatiques de la canicule ont davantage cessé en raison de la baisse des températures à partir du 14 août qu'à la suite de la mobilisation des services chargés de l'alerte et de la prise en charge, en amont, des personnes les plus fragiles.

Les solutions concrètes doivent se doubler d'une profonde mutation des mentalités dans l'administration.

Il apparaît tout d'abord nécessaire d'accentuer le travail en réseau des administrations publiques. Cela passe essentiellement par des contacts réguliers entre responsables de haut niveau, lesquels doivent pouvoir rester joignables en cas de difficulté.

Il est également indispensable de favoriser la réflexion stratégique au sein des différentes administrations publiques. En la matière, point n'est besoin de créer une structure spécifique dans tous les ministères, car comme l'écrit M. Lagadec : « *Le piège serait que cela dispense chacun de ce devoir de questionnement et de recul* »¹.

Enfin, il semblerait pertinent de sensibiliser les citoyens sur leur responsabilité propre et la nécessité qu'ils se prennent en main temporairement dès lors que les pouvoirs publics affrontent une crise déstabilisante qui les obligent à se concentrer, dans un premier temps, sur la remise en état des infrastructures fondamentales (réseau électrique, distribution d'eau, entre autres).

II.- MIEUX COORDONNER, EN AVAL, L'ACTION DES SERVICES SANITAIRES ET DE PROTECTION CIVILE

Si l'alerte est essentielle, elle ne peut être efficace que si elle débouche sur une action coordonnée des services impliqués dans la gestion d'une crise. En ce domaine, des progrès peuvent être réalisés.

A.- LE BESOIN ABSOLU DE DIALOGUE ENTRE LES ADMINISTRATIONS CHARGÉES DE GÉRER LA CRISE

La mauvaise circulation des informations entre les administrations concernées à des titres divers par la canicule est un dysfonctionnement qu'on ne peut contester. Elle illustre une organisation cloisonnée, dans

¹ Ibidem, p. 32.

laquelle les services de ministères différents et/ou ceux des collectivités territoriales n'ont pas forcément l'habitude de travailler de concert, surtout dans le cadre de circonstances imprévues ou exceptionnelles. Il convient de remédier à ce véritable travers administratif français.

1.- L'impératif d'échanges fréquents entre les différentes administrations sanitaires et sociales

Malgré leur proximité géographique et l'imbrication de leurs compétences, les administrations sanitaires et sociales entretiennent jusqu'à présent des rapports plutôt ténus. Les DHOS et DGS du ministère de la santé ne se réunissent qu'une fois par semaine en présence du directeur du cabinet du ministre ; elles ne font le point avec la DGAS et le cabinet du ministre des affaires sociales que tous les quinze jours.

S'agissant plus précisément de la canicule, M. Couty, directeur de la DHOS, a indiqué : « *La dernière réunion de tous les directeurs présidée par les deux directeurs de cabinet s'est tenue en juillet et la dernière réunion des directeurs avec le directeur de cabinet de M. Mattei s'est tenue début août.* ».

Il paraît quelque peu incongru que le dialogue interministériel entre les administrations sanitaires et sociales se soit interrompu à la faveur des congés estivaux. L'expérience démontre, hélas, que de graves crises peuvent survenir au mois d'août. Par conséquent, même quand les responsables directs des administrations concernées et les directeurs des cabinets sont en vacances, le principe de réunions transversales devrait continuer à s'appliquer avec les responsables intérimaires, censés garantir la permanence du fonctionnement de l'Etat.

Les informations parcellaires que chaque direction du ministère de la santé détenait auraient sans doute pris un relief différent si elles avaient été mutualisées au cours de réunions transversales, où le cabinet du ministre aurait été représenté. De même, la présence de la DGAS aurait sans doute permis de mesurer l'importance et l'urgence de la sensibilisation des structures d'accueil des personnes âgées. Pour cette raison, il semble justifié de maintenir à l'avenir la tenue de ces réunions au mois d'août.

Se pose en outre la question de la fréquence des échanges entre administrations sanitaires et sociales. Une régularité hebdomadaire au sein du ministère de la santé et bimensuelle avec le ministère des affaires sociales peut sembler insuffisante, au regard de la rapidité avec laquelle se

propage une crise sanitaire. A bien des égards, il ne serait sans doute pas inutile d'intensifier ces réunions internes et interministérielles.

2.– Donner au COGIC une compétence en matière sanitaire

Le découpage qui fonde l'organisation de la sécurité civile est relativement complexe en raison du rattachement des intervenants à différents ministères (intérieur, défense, santé, entre autres). Ce sont toutefois, sauf événement exceptionnel, les préfets qui partagent avec les maires la responsabilité de la prévention des accidents et de la direction des opérations de secours aux victimes. Mais dès que l'intervention dépasse la capacité de réponse de la commune, la veille, l'engagement et la coordination des secours est confiée à un seul ministère, celui de l'intérieur, dont l'instrument de coordination est le COGIC.

Le COGIC est décrit par le ministère de l'intérieur comme « *un outil unique pour réagir* », au quotidien ou en cas de dysfonctionnement grave, « *suivre l'événement, coordonner l'ensemble des moyens de secours, humains et matériels, locaux ou nationaux, publics ou privés* »¹.

Alors qu'il s'agit d'une structure qui entretient de multiples relations avec des centres d'expertise reconnus et dont les capteurs sont largement décentralisés, le COGIC n'a pas plus décelé la crise sanitaire de la canicule que les administrations du ministère de la santé. Il disposait néanmoins des rapports d'activité quotidiens des sapeurs-pompiers de Paris, ainsi que des bulletins météorologiques de Météo France. En fait, il a manqué d'une capacité d'analyse sanitaire et climatique pour pouvoir identifier la crise ; il n'appartient pas en effet à des sapeurs-pompiers d'interpréter le détail des données de Météo France ni d'extrapoler leurs conséquences éventuelles pour la santé publique. Seuls un expert sanitaire et un ingénieur de Météo France, formés à l'interprétation d'informations aussi spécifiques, l'auraient pu.

¹ Source : <http://www.interieur.gouv.fr>.

Il comprend à cet effet :

- un centre opérationnel dédié à la veille de défense et de sécurité civiles, 24 h sur 24. Sa permanence est assurée par 4 personnes (un officier de permanence, un officier de garde, un cartographe et un standardiste) ;
- un centre de crise, activé si nécessaire, qui permet la mise en place d'un dispositif interservices ou interministériel pouvant accueillir jusqu'à une trentaine de cadres ;
- un centre de transmissions, qui gère l'ensemble des moyens de communication de la direction de la défense et de la sécurité civiles ;
- un centre de documentation complète l'ensemble. Au total, 45 cadres et militaires du rang assurent le fonctionnement du COGIC : 20 à 25 sont opérationnels aux heures ouvrables et 6 en permanence.

Paradoxalement, malgré les carences dont le COGIC a fait preuve, la canicule a illustré la nécessité de disposer d'un tel instrument. Il conviendra cependant d'en accroître la dimension interministérielle, en prévoyant par exemple la présence d'un expert sanitaire (médecin du SAMU ou épidémiologiste de l'InVS par exemple) dans le centre opérationnel, ainsi que celle d'un ingénieur de Météo France, notamment au regard de l'importance grandissante du facteur climatique dans les crises modernes, comme le montrent les précédents de la tempête de 1999, de la canicule ou des inondations des automnes 2002 et 2003, par exemple. En outre, l'InVS et les agences sanitaires devront également être intégrés au réseau des correspondants du COGIC, de manière à ce que les blocages d'information rencontrés en août 2003 ne se reproduisent plus.

3.- La nécessaire réaffirmation de la prééminence des préfets dans la gestion de crise aux niveaux régional et départemental

La multiplication des agences sanitaires, cumulée à la création des agences régionales de l'hospitalisation par une ordonnance du 24 avril 1996¹, a contribué à autonomiser des pans entiers de la sécurité sanitaire de la responsabilité directe des représentants de l'Etat à l'échelon déconcentré. C'est un constat qu'a ouvertement dressé le préfet de police de Paris, devant la commission². Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales a exprimé le même avis³.

Il est vrai que, en ce qui concerne le secteur hospitalier, les directeurs des ARH sont devenus les interlocuteurs privilégiés des responsables des hôpitaux, de même qu'ils en contrôlent *in fine* le fonctionnement. Les préfets de départements semblent néanmoins s'accommoder de cette situation. Ceux des départements très touchés par la canicule ont d'ailleurs souligné la totale coopération dont ont fait preuve les ARH ainsi que les grands centres hospitaliers, qui ont averti les DDASS de leurs difficultés, à l'image du CHR d'Orléans dès le 8 août 2003. Le problème n'est donc pas tant l'autonomie de principe des acteurs sanitaires au niveau déconcentré, que l'organisation des intervenants en cas de crise. Cette réflexion est importante et elle a d'ores et déjà conduit à des réaménagements, notamment à Paris.

¹ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

² Audition du 29 octobre 2003.

³ Audition du 17 décembre 2003.

Le préfet de police a décidé de mettre en place une nouvelle organisation pour couvrir la zone de défense de Paris, reposant sur un état-major de sécurité civile doté d'un organisme de veille permanente, opérationnels depuis le 30 janvier 2004¹.

En fait, la préfecture de police de Paris a reproduit un COGIC à l'échelle de la zone de défense. En soi, il n'est pas inintéressant de pouvoir recourir à des dispositifs déconcentrés, tant les phénomènes de crise peuvent être décentralisés. Néanmoins, il n'est sans doute pas opportun de généraliser ce dispositif à l'ensemble des zones de défense, qui recouvrent le plus souvent des départements nombreux aux caractéristiques plus disparates que ceux de la région parisienne.

En l'occurrence, il semble préférable de laisser à toutes les préfectures le soin de piloter la gestion de crise à l'échelon local, ce qui serait en outre plus cohérent avec le contenu de l'article 10 C du projet de loi relatif à la politique de santé publique².

Les DDASS, qui disposent d'une astreinte tous les jours de la semaine, semblent constituer la structure la plus appropriée, en liaison directe avec le cabinet des préfets ou les préfets eux-mêmes, pour la collecte des informations, leur remontée et le relais des décisions préfectorales. Il leur appartiendra de définir à cet effet des protocoles de coordination avec les ARH, les CIRE et les autres structures sanitaires ne relevant pas de leur autorité directe, en cas de signalements suspects.

4.- L'enjeu d'une remontée des informations depuis l'échelon local

¹ Arrêté préfectoral n° 2004-17096 du 30 janvier 2004, relatif aux missions et à l'organisation du secrétariat général de la zone de défense de Paris. L'état-major zonal regroupe des représentants des directions de la préfecture de police et des services déconcentrés de l'Etat relevant des préfets des différents départements de la région Ile-de-France (DDASS, DDE, etc.). Un conseiller santé de haut rang, reconnu par sa profession et assisté d'un médecin permanent, y est représenté. Le centre opérationnel de zone, constitué en permanence de 4 personnes sous l'autorité d'un sous-officier des sapeurs pompiers, de la police et de la gendarmerie, assure quant à lui le suivi des événements, 24 heures sur 24. Il serait sans doute utile que cette structure de veille dispose d'un météorologue référent, joignable en permanence. Pour ce faire, un partenariat plus étroit avec Météo France sera là aussi indispensable.

² Il prévoit notamment que « *les services de l'Etat et les collectivités territoriales, leurs établissements publics, les établissements de santé publics et privés, le service de santé des armées, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les services de secours ainsi que tout professionnel de santé sont tenus de signaler sans délai au représentant de l'Etat dans le département les menaces imminentes pour la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée* », à charge pour le préfet d'en aviser immédiatement l'InVS.

La perception des premiers indices de crise s'effectue toujours à l'échelon local, ce qui signifie que la remontée des informations de terrain est absolument indispensable à l'efficacité du système d'alerte. Par voie de conséquence, il apparaît nécessaire d'associer plus avant les services des départements et des mairies dans le réseau de collecte des éléments qui contribuent à la veille sanitaire.

Les communes ont en effet des compétences intéressantes mais qui ne sont pas suffisamment exploitées à des fins d'alerte sanitaire. Depuis les lois de décentralisation de 1983, elles peuvent être associées à la gestion des établissements pour personnes âgées, ce qui les place au centre du dispositif d'information à mettre en œuvre. De même, les centres communaux d'action sociale disposent le plus souvent d'informations sur les caractéristiques de la population locale ; ils sont donc à même de répertorier et d'alerter les familles qui hébergent des personnes fragiles, qu'elles soient âgées ou handicapées. Enfin, les communes tiennent à jour les registres d'état civil et, à ce titre, ce sont elles qui envoient les certificats de décès à l'INSEE (bulletin 7, comportant uniquement les données d'état civil) et à l'INSERM, *via* les DDASS (avis 7 bis, qui est anonyme mais précise les causes de décès).

La transmission des avis 7 bis est relativement lente, en raison de leur passage par le médecin inspecteur de la DDASS. La procédure sera simplifiée puisque l'INSERM devrait devenir un destinataire direct de ces documents. On pourrait néanmoins imaginer que l'InVS, qui n'a pas les mêmes préventions méthodologiques que l'INSERM en raison de ses missions d'alerte et de détection, reçoive lui aussi ces avis de décès ; ne serait-ce que ceux émanant des communes informatisées qui peuvent les transmettre en temps quasi-réel. Selon des modalités qui restent à définir (échantillonnage, procédures d'envoi, notamment), l'InVS pourrait ainsi suivre le nombre de décès et déceler plus rapidement toute évolution anormale, l'INSERM effectuant plutôt une analyse qualitative.

Autres collectivités territoriales de proximité, les départements disposent eux aussi d'informations intéressantes en cas de crise. A travers l'activité des services départementaux des affaires sociales et de la solidarité et également par le biais des dossiers de gestion, entre autres, de l'allocation personnalisée d'autonomie, ils ont une bonne connaissance des populations localement les plus vulnérables. Il convient donc, dans le cadre plus général du processus de décentralisation accrue en cours, de leur donner un rôle dans la veille sanitaire locale, en totale coordination avec les communes.

B.- LA PRÉPARATION DE PLANS DE RÉACTION FACE À CE TYPE DE CRISES

De manière générale, les villes et régions qui ont été confrontées à une canicule importante en ont tiré des conséquences en termes d'organisation et d'anticipation face à l'éventualité d'une réapparition du phénomène. C'est ainsi que plusieurs villes nord américaines, telles Chicago, Saint Louis, Philadelphie et Toronto, ainsi que certaines villes européennes ou asiatiques, comme Rome, Marseille ou Shanghai, ont mis en place des plans d'action spécifiques.

On observera qu'ils débouchent sur la mise en œuvre d'un panel de mesures très concrètes, ne mobilisant pas forcément beaucoup de moyens des pouvoirs publics. Il s'agit souvent d'en appeler au bon sens des citoyens et à la solidarité familiale.

**LES MESURES PRÉVENTIVES ISSUES DES PLANS D'ACTION ANTI-CANICULE
EN VIGUEUR DANS PLUSIEURS VILLES ÉTRANGÈRES**

Publics cibles	Mesures
Grand public	<ul style="list-style-type: none"> – Recours aux médias (journaux, radios, télévision, Internet) pour diffuser des conseils de prévention ; – Distribution de tracts d'information et de conseils ; – Ouverture d'une ligne téléphonique pour répondre aux questions ; – Prolongation des horaires d'ouverture des espaces climatisés où les personnes peuvent se reposer (salles municipales, centres commerciaux, etc.) ; – Prolongation des horaires des piscines.
Populations à risques	<ul style="list-style-type: none"> – Appel à la solidarité pour que les personnes visitent leurs parents et voisins âgés ; – Recours à des bénévoles pour visiter les personnes âgées ; – Distribution d'eau aux sans abri ; – Suspension des coupures d'eau et d'électricité ; – Généralisation de la climatisation dans les structures d'accueil des personnes âgées.
Professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> – Renfort des effectifs ; – Recensement des patients à risques ; – Prise de contact et information des patients les plus vulnérables ; – Visite à domicile des personnes âgées demeurant chez elles.

Source : InVS : impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 en France – bilan et perspectives ; octobre 2003.

La déclinaison de ces actions doit être la plus décentralisée possible. Les collectivités locales, communes et départements essentiellement, sont les mieux placées pour mettre en pratique ces

initiatives, ce qui n'exclut pas, bien au contraire, qu'une coordination de l'ensemble ait lieu à l'échelon national.

C'est d'ailleurs dans cette perspective que le plan « *Vieillesse et solidarité* », annoncé par le Premier ministre le 6 novembre 2003, prévoit un plan d'alerte qui doit rapidement donner lieu à la définition de seuils sanitaires critiques (avec une préalerte de trois à sept jours, une alerte à 72 heures¹ et une situation de danger plus imminente) et à l'organisation de plans d'action dits « *plans Vermeil* », pouvant être déclenchés au niveau national en cas de catastrophe étendue, à l'échelon départemental (sous l'autorité des préfets en liaison avec les présidents de conseils généraux et les directeurs d'ARH) et à celui des communes.

Ces plans seront inscrits dans la loi puisque le projet de loi relatif au dispositif de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, présenté en Conseil des ministres le 14 janvier 2004 et prochainement soumis à l'examen du Parlement, prévoit, dans son titre I^{er}, la mise en place d'un tel dispositif d'alerte et de veille au niveau des départements. Parallèlement, toutes les institutions accueillant des personnes âgées devront mettre en place des « *plans bleus* », leur permettant de disposer de procédures à appliquer en cas d'alerte climatique et/ou de mobilisation des pouvoirs publics.

Cette organisation est cohérente ; il conviendra de veiller néanmoins, à l'occasion de sa mise en place, à donner un rôle prééminent au représentant de l'Etat dans chaque département, notamment en lui subordonnant explicitement les ARH et les services déconcentrés en cas de situation de crise. Certaines préfetures ont d'ailleurs déjà anticipé, à l'image de celles des Hauts-de-Seine ou du Cher, qui ont élaboré des plans d'action en décembre 2003. Il serait néanmoins opportun qu'un minimum d'harmonisation préside aux procédures qui seront mises en place.

Quelques communes ont également élaboré des procédures leur permettant de réagir, à l'image d'Issy-les-Moulineaux. Un plan d'action à deux niveaux a été arrêté, en étroite liaison avec la coordination gérontologique de cette ville : à partir de 30° C, information et sensibilisation des établissements pour personnes âgées ou de leur environnement direct ; au-delà de 35° C, visites à domicile des bénévoles, distribution d'eau et de brumisateurs, accompagnement des personnes âgées vers les salles climatisées de la ville par un service de bus spécifique, entre

¹ M. Denis Hémon, directeur de recherche à l'unité 170 de l'INSERM a plus particulièrement insisté sur l'importance d'une telle prévention à 72 heures, sur la base de critères météorologiques.

autres. Ces initiatives sont bienvenues, mais elles gagneraient à être coordonnées avec le plan d'action du département notamment.

**UN EXEMPLE INTÉRESSANT DE PLAN D'ACTION LOCAL :
LE PLAN « ACCIDENT CLIMATIQUE » DE LA PRÉFECTURE DU CHER,
ÉLABORÉ EN DÉCEMBRE 2003**

1. L'alerte

Elle repose sur le suivi d'un ensemble d'indicateurs par un réseau d'acteurs très diversifiés, à savoir entre autres : la température ressentie (alerte à -5°C ou $+35^{\circ}\text{C}$), sous le contrôle de Météo France ; le nombre d'appels au SAMU (190 en semaine, 270 les dimanches et jours fériés en période de canicule) ; le nombre d'interventions pour secours à victimes des sapeurs pompiers (alerte au-delà 35 interventions par jour) ; le nombre de patients se présentant aux urgences (alerte au-delà 85 en cas de canicule et à 90 en cas de grands froids) ; le taux d'occupation des chambres mortuaires (au-delà 90 %) ; le taux de pollution atmosphérique (seuil à $180\ \mu\text{g}/\text{m}^3$ d'ozone dans l'air), suivi par la DDASS ; les températures à l'intérieur des établissements pour personnes âgées (vigilance à 30°C de jour et 25°C la nuit) ; le nombre de passages et le temps d'intervention des SSIAD (seuil à 3 visites quotidiennes par patients avec un temps d'intervention excédant 1 heure 30) ; le nombre de consultation des médecins généralistes ; le nombre d'appels aux services du conseil général (ATHANTIF) ; le décompte des décès par les communes de Bourges, Saint-Amand et Vierzon.

2. La gestion de crise

Sur la base des seuils d'alerte, il appartient au préfet de déclencher le plan « accident climatique », qui implique la mise en place d'une cellule d'intervention (DDASS), la mobilisation accrue des services de secours (SAMU, urgences hospitalières, personnels des établissements pour personnes âgées) et la sensibilisation des acteurs de terrain (personnels médicaux et paramédicaux, associations d'aide à domicile, élus locaux) aux mesures de prévention et d'information à mettre en œuvre.

Aucun de ces plans ne prévoit l'éventualité d'une incitation des administrations publiques locales et des commerces à moduler leurs horaires d'ouverture et de travail, à l'instar des pratiques en vigueur dans de nombreux pays européens, notamment du Sud. Cette éventualité ne saurait pourtant être ignorée, ne serait-ce qu'en raison de son efficacité potentielle. On pourrait donc imaginer, dans le cadre des mesures d'application réglementaires du projet de loi relatif au dispositif de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, d'associer aux niveaux d'alerte une procédure d'information du public par les maires, qui pourrait déboucher, en accord avec les services publics et commerces concernés, sur des aménagements temporaires et exceptionnels des horaires d'ouverture, en période de fortes chaleurs.

Par ailleurs, un mécanisme de suivi politique de la gestion de crise à l'échelon gouvernemental semble constituer un élément d'accompagnement indispensable aux mesures locales. A cet égard, la suggestion du ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, de prévoir une réunion quotidienne des directeurs de cabinet des ministres concernés ou de leurs représentants sous l'égide du cabinet du Premier ministre, à l'exemple du dispositif prévu dans le cas du plan Vigipirate, apparaît de bon sens.

Il serait souhaitable que tous ces dispositifs soient en place, ne serait-ce que partiellement, d'ici le mois de juin 2004.

C.- L'INDISPENSABLE MODERNISATION DE L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE

L'organisation hospitalière est rigide. Pourtant les compétences, les initiatives, les dévouements foisonnent ; ils permettent de surmonter les difficultés pour que, tant bien que mal, les missions soient accomplies. La canicule en a à nouveau apporté l'illustration. Or, si le sens du service public dont a fait preuve la plupart des personnels a retardé ou compensé les effets de la crise d'organisation et de pilotage, il ne l'a pas pour autant réglée.

La problématique de l'organisation est cruciale parce que l'hôpital public est à la veille d'une croissance considérable de la demande. C'est pourquoi il est devenu urgent de réformer le système hospitalier, comme le Gouvernement s'y est engagé dans le cadre de sa réforme pluriannuelle intitulée « *Hôpital 2007* », qui prévoit entre autres :

– une relance des investissements (6 milliards d'euros supplémentaires en cinq ans ¹), selon des modalités parfois innovantes (marchés globaux, baux emphytéotiques, recours à des sociétés d'économie mixte) ;

– une rationalisation de la planification de l'offre hospitalière en supprimant la carte sanitaire et en faisant du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) l'unique instrument de régulation des activités et équipements hospitaliers ;

– un rapprochement des structures publiques et privées à travers une nouvelle définition du groupement de coopération sanitaire (GCS), ouvert aussi aux professionnels et non plus aux seuls établissements ;

¹ 5,62 milliards d'euros pour les établissements hospitaliers publics et 380 millions d'euros pour les établissements à statut privé.

– une mise en adéquation des dotations budgétaires des hôpitaux avec leur activité, à travers l’application progressive de la tarification à l’activité ;

– une nouvelle gouvernance interne de l’hôpital, par la redéfinition du rôle et des compétences des conseils d’administration, des comités de direction, et de la commission médicale d’établissement, tout en révisant les principes de nomination des praticiens hospitaliers et des directeurs d’établissements.

Le Parlement a apporté son appui à cette démarche sans précédent dans son ampleur depuis bien longtemps. Il reste que cette réforme ne saurait s’envisager sans une mobilisation et une responsabilisation fortes des personnels.

Mais l’hôpital doit aussi développer une approche territoriale qui privilégie les stratégies de complémentarité avec les cliniques privées et la médecine de ville. Sur ce point, le rapport du Haut conseil sur l’avenir de l’assurance maladie, remis le 23 janvier 2004 au ministre de la santé, est on ne peut plus clair : « *Tout le monde s’accorde pour dénoncer la séparation ville/hôpital et souhaiter un décloisonnement permettant d’assurer une meilleure continuité des soins, favoriser la mise en réseau des professionnels de santé et d’arriver à une meilleure allocation des ressources.* »¹.

C’est tout l’enjeu de la coopération entre le secteur public et le secteur privé, qui sera encouragée par une tarification harmonisée et aussi par l’élargissement du concept de GCS. D’ores et déjà, des réseaux opérationnels ont été mis sur pied entre certains établissements, à l’image du réseau « *Rhône réadaptation* », qui associe une quinzaine d’hôpitaux de la région lyonnaise représentant 2 300 lits et places en soins de suite et de réadaptation, ou encore du réseau de transferts de patients de l’hôpital Cochin, qui a permis à ce dernier de rediriger dans des délais rapides une centaine de victimes de la canicule vers une quarantaine d’établissements partenaires, publics et privés².

¹ Rapport du Haut conseil sur l’avenir de l’assurance maladie au ministre de la santé, 23 janvier 2004, p. 153.

² La mission d’enquête de l’IGAS sur les fermetures de lits en milieu hospitalier durant l’été 2003 a relevé à cet égard que si l’établissement de Cochin a dû faire face à 325 hospitalisations supplémentaires, soit une augmentation de 100 % par rapport à l’année antérieure, à aucun moment les urgences, d’une taille comparable à celles des autres hôpitaux de l’AP-HP (23 lits), n’ont été engorgées. Au plus fort de la crise, durant la nuit du 12 août, il restait encore 2 lits vacants en unité d’observation.

C'est également le défi de la dématérialisation de l'hôpital, à travers des modes de prise en charge innovants. Ainsi, l'alternative à un placement en établissement de soins de suite et de réadaptation pourrait consister à favoriser une durée d'hospitalisation plus courte des personnes âgées peu dépendantes qui serait assortie de visites à domicile de professionnels libéraux (kinésithérapeutes, infirmières libérales, notamment). L'idée mérite en tout cas d'être étudiée.

D.- LA REVALORISATION DU RÔLE DE LA MÉDECINE LIBÉRALE DANS LE MAILLAGE SANITAIRE NATIONAL

L'implication de la médecine libérale dans la gestion de la crise sanitaire déclenchée par la canicule a été faible non pas à cause d'une absence des médecins mais plutôt en raison d'une tendance insidieuse, depuis plusieurs années, à leur cantonnement dans un rôle de prévention et de soin des épidémies les plus bénignes, ce que d'aucuns appellent la « *bobologie* ». L'idée du médecin généraliste référent a fait long feu, malgré toute sa pertinence. Il est injuste de considérer que la médecine libérale aurait démissionné de ses obligations de service public médical. Tel n'est assurément pas le cas. En revanche, il semble urgent de s'interroger plus avant sur les moyens de replacer cette profession en première ligne du système de soin français. Il en va de l'avenir de l'efficacité de la prise en charge et de la prévention de la santé des Français.

Considérés à tort comme des privilégiés, les médecins libéraux font face à une paupérisation de leur profession dans les zones de peuplement les plus urbanisées, doublée d'un vieillissement prononcé.

Sur le premier aspect, la DREES a récemment démontré, dans une étude publiée en août 2003 ¹, que pour les médecins libéraux, plus le degré d'urbanisation est important, plus les honoraires sont faibles avec des charges élevées, ce qui conduit à des revenus assez modestes. Ainsi, de manière quelque peu paradoxale, les médecins libéraux des villes les plus densément peuplées ne bénéficient pas de revenus très attractifs (tout spécialement ceux de Paris, dont les revenus sont inférieurs de 12 % à la moyenne nationale), malgré une forte activité.

En ce qui concerne le second point, une étude de la DREES sur la population médicale au 1^{er} janvier 2003 ² a démontré que seulement 8 % des

¹ Honoraires et revenus des professions de santé en milieu rural ou urbain, Etudes et résultats n° 254 d'août 2003, DREES.

² Les médecins : estimation au 1^{er} janvier 2003, série statistiques n° 57 de décembre 2002, DREES.

médecins généralistes français avaient moins de 35 ans, alors que 16,8 % ont plus de 55 ans.

La redynamisation du secteur de la médecine libérale passe très certainement par un relèvement du *numerus clausus*, de manière à permettre une diminution de la charge de travail des médecins en exercice ainsi qu'une relève des médecins qui arrivent à la retraite et souhaitent céder leur clientèle. Les orientations récemment décidées par le Gouvernement, à savoir un relèvement des quotas de 500 places, devront donc sans doute être amplifiées.

Plus généralement, il convient de passer un véritable contrat avec les médecins libéraux, lequel pourrait consister à leur assigner plus systématiquement des objectifs de santé publique, y compris en termes de visites à domicile des personnes âgées par exemple, en contrepartie de l'assurance d'une revalorisation périodique de leurs honoraires (à échéances fixées à l'avance), ce qui contribuerait par la même occasion à améliorer l'intérêt des étudiants pour cette filière.

E.- UNE MEILLEURE ADAPTATION DU SECTEUR FUNÉRAIRE AUX CAS DE CRISE

La crise sanitaire découlant de la canicule s'est doublée d'une crise funéraire sans précédent. Le ministère de l'intérieur, les collectivités locales ainsi que les professionnels du secteur ont pris, chacun dans les limites de leur ressort, des initiatives afin d'accueillir dans les conditions les plus décentes et humaines les corps des victimes et de faciliter le recueillement de leurs familles. Il n'empêche que la mobilisation de camions frigorifiques et d'un entrepôt de Rungis restera longtemps dans les mémoires comme l'illustration d'une impréparation réelle des pouvoirs publics devant un afflux massif et soudain de corps.

Les opérateurs funéraires considèrent qu'il est indispensable de revoir les modalités de leur activité, de manière à pouvoir gérer plus facilement ce type de situations à l'avenir. La commission d'enquête ne peut que souscrire à cette attente.

En premier lieu, il semble souhaitable de procéder à un recensement de tous les équipements existants (chambres mortuaires, crématoriums, véhicules de transport), au sein des départements et également des régions. Cette démarche devrait logiquement incomber aux préfets, acteurs centraux de la gestion de crise au niveau déconcentré. Il leur serait ainsi plus aisé de mutualiser les capacités d'accueil en cas d'accroissement soudain des décès.

En second lieu, les professionnels du secteur funéraire insistent sur la nécessité de faciliter l'ouverture des cimetières et des crématoriums les week-ends et jours fériés, lorsque la situation l'exige. L'exemple de Paris montre néanmoins les limites d'une telle mesure, puisque les inhumations au cours du week-end du 15 août n'ont pas été très nombreuses, malgré les autorisations données en ce sens.

Enfin, il apparaît assez clair que la réglementation sur le transport de corps avant mise en bière ¹ n'est pas adaptée aux cas de crise. L'obligation de faire apposer un cachet par un officier de police avant tout transport pour inhumation dans un cimetière dépendant d'une commune différente du lieu de résidence peut s'avérer pénalisante, en ce qu'elle est source de retard. On comprend difficilement que, dans le cas de la région parisienne par exemple, un corps puisse être transporté sans cachet depuis Paris pour être inhumé à Bagneux, Saint-Ouen, Pantin ou Thiais, cimetières dépendants de Paris, alors qu'il faut obtenir ce cachet pour emmener le même corps à Montrouge, Aubervilliers ou au Kremlin-Bicêtre, communes limitrophes et beaucoup moins éloignées mais dont les cimetières ne relèvent pas de la ville de Paris. Certaines dérogations existent, pour la chambre mortuaire de Montreuil notamment. Il semble nécessaire d'en élargir le principe, ne serait-ce qu'en réservant l'autorisation administrative de transport sans mise en bière pour les distances excédant un certain nombre de kilomètres (100 kilomètres par exemple, ou plus).

Cette simplification administrative devrait d'ailleurs pouvoir s'appliquer à l'ensemble des formalités que doivent remplir les opérateurs funéraires. En l'occurrence, le regroupement des différentes autorisations (fermeture de cercueil, transport de longue distance, soins, crémations) au sein d'un seul et même formulaire, à l'instar de l'actuel certificat médical de décès, constituerait à cet égard un progrès appréciable.

Le drame de la canicule doit être l'occasion de se pencher plus attentivement sur les conditions dans lesquelles les opérateurs sont amenés à gérer les conséquences humaines d'une crise sanitaire ou d'une catastrophe de grande ampleur. En l'espèce, des améliorations sont possibles ; elles sont mêmes indispensables.

III.- INTÉGRER DAVANTAGE LA PROBLÉMATIQUE DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

¹ Article R. 2213-7 et suivants du code général des collectivités territoriales.

Il s'agit d'un enjeu fondamental pour l'avenir. La croissance du nombre des personnes âgées, dont on n'a pas suffisamment pris conscience jusqu'à présent, se poursuivra à moyen et long terme : si 12 millions de personnes ont aujourd'hui plus de 60 ans, elles seront 17 millions en 2020.

Il convient de prendre en compte cette évolution démographique, mais aussi l'état de santé de cette population âgée, avec notamment la poursuite de la pandémie de la maladie d'Alzheimer.

De surcroît, les attentes des personnes âgées sont actuellement plus importantes qu'elles ne l'étaient auparavant, comme l'ont constaté les personnels des maisons de retraite, et cette évolution se poursuivra vraisemblablement avec les prochaines générations.

A.- LA RÉNOVATION DES STRUCTURES ET DES MOYENS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES.

S'appuyant sur les travaux des groupes de travail constitués à partir du mois de septembre, le plan gouvernemental propose plusieurs mesures pour réorienter et rénover la politique en faveur des personnes âgées, pour la période 2004-2007, autour de quatre axes : la pérennisation de l'APA, l'accentuation de l'effort en faveur de la vie à domicile, la poursuite de la médicalisation des établissements et le développement de la filière gériatrique.

1.- La modernisation des établissements

a) Un personnel plus nombreux et plus qualifié

L'amélioration en nombre et en qualité des personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées et des services de soins à domicile s'avère indispensable, dans la perspective, pour les premiers, de la convergence à terme avec les établissements accueillant les handicapés.

Le plan du gouvernement n'a pas pour objectif de promouvoir une politique du « tout-établissement » qui ne correspondrait pas aux aspirations des personnes âgées. Toutefois, il se propose d'améliorer la qualité de leur prise en charge dans ces structures pour offrir une prestation adaptée quand le maintien à domicile n'est plus possible ou souhaité.

L'objectif est d'accroître dès 2004, dans le cadre d'un plan pluriannuel, le nombre de places dans les établissements d'hébergement, après la baisse relative des années 1996-2002. Il prévoit d'augmenter de 20 % le taux d'encadrement des personnes dépendantes en établissement pour renforcer leur sécurité et pour parvenir à la signature des conventions destinées à poursuivre la médicalisation d'environ 6 500 établissements, ce qui correspond à plus de 15 000 emplois, dont 13 200 de personnels soignants.

La médicalisation sera complétée par la création de 10 000 nouvelles places d'ici 2007.

La tarification sera également simplifiée afin d'accélérer le rythme de signature des conventions tripartites : le président du conseil général deviendra l'interlocuteur unique des EHPAD, afin de mettre un terme au « copilotage » partagé entre celui-ci et le préfet, ainsi qu'à un conventionnement trop complexe.

La DDASS du Val d'Oise a proposé plusieurs pistes qui semblent intéressantes, outre la poursuite du conventionnement, afin de renforcer la médicalisation : la mutualisation de moyens médicaux entre établissements, la constitution d'équipes mobiles spécialement dédiées aux soins médicaux dans les établissements et notamment la nuit et l'extension du travail des SSIAD à certains établissements.

Il est indispensable de créer une véritable filière professionnelle afin d'attirer les candidats. Cet objectif implique la validation des acquis de l'expérience, déjà entreprise, grâce à la réforme du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale depuis janvier 2003 et réaffirmée dans le plan ainsi que le développement de la formation en alternance ou en apprentissage. Les métiers d'aide à la personne seront valorisés par une campagne nationale, programmée sur plusieurs années et relayée localement.

La qualification d'agents de service en aides-soignants grâce un dispositif de formation par alternance serait une solution intéressante, qui valoriserait le secteur, et offrirait des perspectives d'avenir. Le rapport de l'IGAS propose en outre, avec raison, une formation à la conduite et à la gestion de crise qui pourrait débiter dans les établissements qui se sont caractérisés par un manque d'anticipation et de réactivité.

Comme pour les hôpitaux, il serait judicieux que les promotions d'infirmières sortent de l'école avant l'été afin de pouvoir renforcer les équipes moins nombreuses à cette période.

Par ailleurs, un décret actuellement soumis à la concertation portant sur le rôle, les fonctions et les modalités de rémunérations du médecin coordonnateur prévoit la nomination rapide de médecins coordonnateurs dans les maisons de retraite.

Pour pourvoir les postes de directeurs d'établissements, actuellement vacants, plusieurs pistes sont à l'étude, comme l'a précisé le secrétaire d'Etat aux personnes âgées en réponse à une question orale sans débat ¹ : pourvoir les postes par détachement de personnels d'autres fonctions publiques ; autoriser, sous certaines conditions, des recrutements de contractuels ; développer des directions communes à plusieurs établissements, dans le cadre de l'intercommunalité, ce qui permet de mutualiser les compétences. Des solutions à moyen et long terme sont envisageables. Un concours exceptionnel pourrait être organisé au cours de l'année 2004 ; ultérieurement, la possibilité d'une bonification indiciaire ou d'une accélération de carrière en cas d'exercice dans certaines zones géographiques sera mise à l'étude, sans pour autant contrevenir au principe d'égalité d'accès aux emplois publics et sans accroître exagérément les charges financières pesant sur le tarif hébergement acquitté par les résidents.

b) Des bâtiments mieux adaptés

On ne reviendra pas ici sur le problème structurel de la vétusté des locaux, qui nécessite d'importants moyens financiers. Plus ponctuellement, l'aménagement des établissements passe, pour prévenir les conséquences d'une éventuelle nouvelle canicule, par l'achat préventif de ventilateurs et de pieds à serum et l'acquisition de matériels de réfrigération capables de résister aux fortes chaleurs.

La climatisation d'au moins une salle par établissement paraît constituer un moyen efficace pour lutter contre la canicule et permettre aux personnes âgées de récupérer pendant quelques heures.

¹ Assemblée nationale, 1^{ère} séance du 20 janvier 2004.

Le plan gouvernemental préconise l'installation dans chaque établissement d'une salle climatisée, mais on peut être étonné qu'après cette annonce, des études aient été engagées – et par plusieurs organismes – pour examiner les risques potentiels de telles installations. Bien évidemment, la crainte de la légionellose par exemple peut rendre les décideurs prudents¹.

Cependant, si les risques sont réels – et les personnes âgées sont les plus exposées au risque de légionellose –, les outils existent pour diminuer la contamination : traitement de l'eau, entretien soigneux des installations, contrôles de sécurité fréquents. D'ailleurs, les locaux sensibles sont des locaux climatisés (les blocs opératoires, par exemple).

Ces attermoissements sont autant d'obstacles à une amélioration réelle des conditions de vie des personnes âgées. Si l'administration en est encore à réfléchir aux possibilités de telles installations, c'est qu'elles ne fonctionneront pas l'été prochain – qui sera peut-être également caniculaire. Le secrétaire d'Etat aux personnes âgées semble être conscient de la nécessité d'accélérer les procédures puisqu'il vient d'adresser une circulaire aux DDASS prévoyant l'installation, pour l'été, d'une pièce rafraîchie dans tout établissement d'hébergement pour personnes âgées.

c) Les plans bleus

Toutes les institutions et structures collectives accueillant des personnes âgées, quelque soit leur statut, public, privé, associatif ou lucratif, devront signer une convention entre l'établissement et un établissement de santé et instaurer des « *plans bleus* ».

Ceux-ci devront prévoir un mode général d'organisation de l'établissement pour toute situation de crise sanitaire.

2.– Le développement des services de soins et d'aide à domicile

Selon une enquête menée par la DGAS auprès des ambassades et des conseillers sociaux dans une dizaine de pays de l'Union européenne,

¹ De même, les responsables de maisons de retraite, tout en reconnaissant les avantages de la climatisation, redoutent son coût, ainsi que les difficultés qui ne manqueront pas d'apparaître, en raison du manque de personnel, car il faudra assurer la rotation des personnes âgées dans la pièce climatisée tout au long de la journée.

tous les pays confrontés au vieillissement de leur population mettent l'accent sur le maintien à domicile, particulièrement performant dans les pays nordiques.

C'est ainsi qu'au Danemark, la priorité accordée au maintien à domicile se traduit par l'arrêt depuis 1987 de la construction de toute maison de retraite nouvelle : 95 % des personnes de plus de 75 ans vivent à domicile ¹.

Le développement de cette stratégie nécessite de repenser nombre de moyens et dispositifs.

a) Les personnels

Il faut à la fois renforcer leur nombre et leur qualification.

Les services de soins à domicile comportent actuellement 15 000 soignants. Compte tenu des besoins actuels non satisfaits et de l'accroissement de la demande, il est probable qu'il faudra doubler ce chiffre dans les cinq ans à venir.

Le programme « *Vieillesse et solidarité* » comporte 17 000 places nouvelles de soins infirmiers à domicile, permettant d'atteindre près de 100 000 places en 2007, soit une augmentation de 20 % par rapport à la situation actuelle.

Dans le secteur des soins à domicile, une démarche qualité est indispensable. Il commence d'ailleurs à se moderniser, en améliorant la qualification de ses personnels, alors qu'il y a peu, 10 % seulement d'entre eux possédaient un diplôme d'Etat de vie sociale. La définition d'une norme NF-X50-056 « *services aux personnes à domicile* » portant la définition et la valorisation des métiers du secteur va dans le même sens.

La convention collective en cours de négociation devrait pouvoir attirer les salariés en leur offrant une rémunération correcte et des perspectives d'évolution de carrière.

L'accord de branche de l'aide à domicile, du 29 mars 2002, a revalorisé de façon importante les salaires (+ 24% en quatre ans) et devrait contribuer à renforcer l'attractivité de ces métiers. Mais son extension a été

¹ En France, dès 1962, le rapport Laroque préconisait de favoriser le maintien à domicile, dans tous les cas où il était possible.

annulée, comme l'a précisé M. François Fillon à la commission : « *l'arrêté de juillet 2003 a annulé¹ l'extension d'un accord de branche de 2002² qui n'avait pas fait l'objet d'agrément préalable. Et un nouvel arrêté a créé l'accord de branche qui autorise une augmentation des salaires de l'aide à domicile de 24 % sur quatre ans.* »³. Le rapport de l'IGAS reste toutefois réservé à propos de cet accord, l'augmentation du coût horaire en résultant risquant de se traduire par une diminution du nombre d'heures d'intervention, notamment dans le cadre des plans d'aide financés par l'APA.

Comme pour les personnels travaillant en établissement, la réforme du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale, accessible par la validation des acquis de l'expérience, expérimentée en 2002 et ouverte à tous en 2003, est une étape importante dans la qualification de ce secteur. Les premiers jurys se sont réunis en juin et juillet ; les résultats montrent de grands écarts entre les régions. Dans chacune, des accords pluripartites de financement entre les conseils régionaux, l'Etat (le fonds de modernisation de l'aide à domicile) et les représentants des employeurs sont en cours de discussion ou déjà signés. Ils prévoient la possibilité de prise en charge de la constitution du dossier ou d'une formation complémentaire aux salariés.

De plus, la pérennisation de l'APA accroît les possibilités de recours à une aide professionnelle.

La professionnalisation du secteur passe également par le renforcement du bénévolat, qui ne jouit pas d'une reconnaissance suffisante en France, contrairement à la tradition anglo-saxonne. Des actions de formation et le financement de postes d'accompagnants de proximité sont indispensables. Le plan du gouvernement propose la mise en place d' « *un passeport du bénévole* » permettant de reconnaître les compétences acquises et les responsabilités exercées⁴.

b) Le regroupement des services

¹ Arrêté du 31 juillet 2003, publié au J.O. du 9 août 2003.

² Arrêté du 11 juin 2002, publié au J.O. du 16 juin 2002.

³ Audition du 28 février 2004.

⁴ Certaines initiatives locales sont intéressantes. Le département des Hauts-de-Seine va lancer une opération de parrainage afin de mettre en contact de collégiens ou des lycéens – qui recevront une formation adaptée - avec des personnes âgées vivant en maison de retraite ou à domicile. La ville d'Issy-les-Moulineaux projette de mettre en place une chaîne de solidarité constituée d'une équipe de bénévoles par quartiers, mobilisés auprès des personnes âgées et qui serait en contact avec le réseau gérontologique en cas de problème. Une charte du bénévolat sera établie, et les bénévoles recevront une formation sur les problèmes des personnes âgées.

Celui-ci devrait être encouragé par deux mesures réglementaires. Un décret en préparation fournira un support juridique aux structures de service polyvalentes (soins et aide à domicile).

En outre, le décret du 22 octobre 2003¹, qui a donné aux conseils généraux un pouvoir d'agrément et de tarification des services qu'ils financent à travers l'APA ou l'aide sociale, devrait favoriser ce regroupement. Encore faudrait-il éviter les cloisonnements au sein d'une même association.²

c) L'aménagement de l'habitat

L'architecture doit également être repensée au domicile des personnes âgées.

L'amélioration de l'équipement des logements va être favorisée par une aide fiscale prévue dans la loi de finances pour 2004 et l'assouplissement des conditions d'octroi des interventions de l'ANAH, notamment par un élargissement de la liste des travaux susceptibles d'être subventionnés.

A Paris, la mission d'information et d'évaluation sur les conséquences de la canicule a préconisé une convention entre la ville et les bailleurs sociaux pour prévoir un plan d'adaptation des logements du parc public. Pour le parc privé, elle propose d'étudier les possibilités de simplification ou de mutualisation des aides existantes

Le développement de la téléalarme est indispensable. A l'heure actuelle, les systèmes sont divers : certains sont gérés par le conseil général, d'autres par la municipalité, ou par une association, ou enfin par des opérateurs privés. Les objectifs ne sont pas toujours les mêmes, certains systèmes ne devant être utilisés qu'en cas d'urgence, alors que d'autres sont conçus à la fois pour des appels d'urgence et des appels plus « conviviaux ». Les comparaisons du nombre d'appels sont, de ce fait, malaisées.

Une grande association nationale de télé-assistance comptant près de 40 000 abonnés³, liée à la Mutualité sociale agricole, a tenté de dresser

¹ Décret n° 2003-1010.

² Rapport de l'IGAS n°2004009.

³ « Présence verte ».

un bilan permettant de mesurer l'impact de la canicule sur ses abonnés. Le nombre de ses interventions a augmenté, s'élevant à 5 000 en août 2003, contre 2 600 en août 2002. En moyenne, 14% des abonnés ont été secourus à domicile, contre 8,5 % au mois d'août précédent. Les chiffres de résiliations d'abonnement permettent de dégager le nombre de décès, qui ont augmenté de 32 % d'août 2002 à août 2003, contre 14 % de juillet 2002 à juillet 2003. Les appels de convivialité ont également été plus nombreux.

Les initiatives se sont en tout cas développées. Certaines municipalités souhaitent accroître leur fonction de convivialité et ne pas le limiter aux appels d'urgence ; d'autres ont décidé d'abaisser leurs tarifs (Issy-les-Moulineaux, Paris), de faire une campagne d'information afin d'inciter les personnes à s'abonner, car ces systèmes sont parfois mal perçus par la population, qui estime que « *c'est pour les vieux* » (Issy-les-Moulineaux). Certains départements se proposent d'étendre le réseau de téléalarme à tous les bénéficiaires de l'APA avant de le généraliser pour toutes les personnes âgées (Hauts-de-Seine). Même dans les villes où la téléalarme a été relativement peu utilisée pendant l'été, les municipalités ont constaté l'augmentation des demandes d'abonnements après la canicule.

Les services de téléalarme, destinés à recevoir les appels, pourraient également être utilisés en sens inverse pour faire passer des messages aux personnes âgées (de conseils d'hydratation, par exemple).

Afin de répondre au même souci, certaines organisations de soins à domicile ont mis en place au domicile des personnes âgées des fiches avec les coordonnées de la famille, des intervenants à domicile, des voisins, afin de repérer qui contacter lors d'une situation difficile à gérer.

d) D'autres mesures destinées à améliorer la qualité de vie

Le plan du Gouvernement met l'accent sur la sauvegarde de la qualité de vie des personnes âgées : en effet, le développement de la prise en charge à domicile ne doit pas se limiter à l'amélioration de l'aide à l'intérieur du logement, mais inclure l'aide au déplacement et au transport accompagné des personnes âgées, et la poursuite de la participation à la vie sociale par divers moyens, tels que les technologies de l'information et de la communication.

Des collectivités territoriales se proposent de renforcer les actions déjà existantes pour lutter contre l'isolement des personnes âgées, par des animations culturelles et artistiques, des « forums seniors » organisés par les mairies d'un département afin d'accompagner la vie quotidienne des

personnes âgées en leur fournissant des conseils et en assurant un suivi (Hauts-de-Seine).

Même si ces mesures semblent, *a priori*, éloignées des actions susceptibles de protéger d'une nouvelle canicule, elles sont essentielles, car elles permettent de renforcer les liens sociaux, de lutter contre l'isolement qui, en cas de crise, quelle qu'elle soit, peut être dévastateur. Les moyens mis en place pour faciliter les déplacements, pourraient, d'ailleurs, être directement utilisés en cas de canicule pour transporter les personnes âgées dans un endroit climatisé (cinéma, supermarché, grands magasins).

e) Le « repérage » des personnes âgées à domicile

Le « repérage » des personnes âgées à domicile est impératif pour qu'une pareille catastrophe ne se reproduise plus. On s'est trouvé très démuni cet été pour savoir quelles personnes avaient besoin d'aide. Si beaucoup de victimes sont restées chez elles, isolées, c'est qu'elles n'avaient, avant la canicule aucun problème particulier requérant l'intervention d'un service social.

Le recensement des populations à risque est donc la base de toute politique d'information et de secours. Il faut des capteurs de proximité permettant de les connaître. Actuellement, on connaît les bénéficiaires de divers services, (soins à domicile, portages de repas, téléalarme, etc.) mais toute la population âgée n'est pas recensée. Or, pour qu'un plan d'alerte soit efficace, il faut que les personnes au profit de qui il est mobilisé soient répertoriées.

L'article premier du projet de loi relatif au dispositif de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dispose que les communes recueillent l'identité, l'âge et le domicile des personnes âgées de 65 ans et plus et des personnes handicapées qui en ont exprimé la demande, afin de permettre l'intervention des services sociaux en cas de mise en œuvre d'un plan d'alerte et de permettre un contact périodique avec les personnes isolées à leur domicile.

Un débat est d'ores et déjà engagé sur la question de savoir si le dispositif à instaurer doit être déclaratif ou obligatoire. Le projet de loi semble avoir adopté une démarche spontanée pour des raisons juridiques tenant aux dispositions de l'article 8 de la convention européenne des droits de l'homme en matière de respect de la vie privée, ainsi qu'à celles de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ¹.

¹ Loi n° 78-17.

Le Rapporteur souhaite qu'en la matière, l'efficacité prime. Il s'agit bel et bien de sauver des vies.

Certaines communes ont d'ores et déjà pris des initiatives. A Orléans, la ville a envoyé un courrier à l'ensemble des personnes âgées pour leur proposer de se faire connaître. On peut également s'interroger sur le rôle de veilleur social que pourraient jouer les gardiens d'immeuble (le conseil général du Val-de-Marne a décidé de former les gardiens de deux grands immeubles de logement social aux besoins des personnes âgées). D'autre part, les services publics et les commerces de proximité entretiennent des contacts étroits avec les populations isolées. Des conventions pourraient donc être signées entre les municipalités et La Poste par exemple (les facteurs en milieu rural sont d'ailleurs parfois les seuls à avoir un contact régulier avec les personnes âgées), ou les offices de HLM, tandis qu'un partenariat serait noué avec les pharmaciens et commerçants, de quartier ou ambulants, afin de mieux repérer les personnes fragiles et de signaler, le cas échéant, tout problème les affectant. La suggestion du projet du Gouvernement de mobiliser les conseils de quartier des villes et de favoriser le développement d'un pôle de veille en faveur des personnes âgées va dans le même sens.

Une fois les personnes âgées reconnues, il faudra engager un travail de partenariat avec les DDASS, les mairies, les CCAS et les départements.

Les CLIC pourraient intervenir en coopération avec les municipalités pour développer une information ciblée du public, voire procéder à des recensements par quartiers des moyens permettant de répondre à des urgences individuelles ou à plus grande échelle.

Il faut également s'attacher à ce que les prestations offertes aux personnes âgées soient mieux connues : à cet égard, l'initiative d'une fédération des soins à domicile de créer des « *maisons des services* » qui seraient implantées au niveau de chaque canton paraît intéressante et de nature à renforcer le maillage du territoire.

3.– Mieux s'adapter aux besoins des personnes âgées

Toutes les conséquences n'ont pas été tirées de la logique de la loi du 2 janvier 2002¹, qui entend placer l'utilisateur au cœur de la rénovation du secteur médico-social.

Les structures de type résidences intégrées et de petites unités de vie existent en nombre très limité, alors qu'elles permettent d'apporter de meilleures réponses aux aspirations des personnes âgées par l'accès des structures de qualité et au meilleur coût. Le plan « *Vieillesse et solidarité* » encourage leur développement en prévoyant la création de 4 500 places d'hébergement temporaire et de 8 500 places d'accueil de jour dédiées à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées, sociales ou de santé. Il est souhaitable de développer fortement ces dispositifs pour offrir aux familles un répit et leur permettre ainsi de mieux s'occuper de leurs aînés dans la durée (la fatigue morale et le stress sont ressentis par les trois quarts des aidants principaux) et pour mieux ouvrir les choix en fonction des situations familiales. Un décret en ce sens est actuellement en préparation.

L'enveloppe de ces 13 000 nouvelles places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour sera affectée également à des dispositifs innovants (places d'accueil de jours itinérants et d'accueils de nuit, ainsi que gardes itinérantes de nuit, notamment).

Ces structures pourront s'appuyer sur une convention de partenariat avec les services infirmiers à domicile, avec une présence permanente de jour, comme de nuit, ou s'apparenter, de façon très simplifiée, au fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, en prévoyant une graduation de la médicalisation pour tenir compte du niveau de dépendance des personnes accueillies².

En plus de la création de ces petites structures, il conviendrait de développer les partenariats entre les services d'aide et de soins à domicile et les institutions d'hébergement. Des passerelles et un dialogue devraient pouvoir s'instaurer, avec des outils tels qu'un référentiel commun pour l'évaluation individuelle des situations, des conventions de coopération et

¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.

² Des formules semblables se développent à l'étranger : en Allemagne, il existe des appartements aménagés pour personnes âgées au nombre de 250 000 ; environ 30 000 d'entre eux sont regroupés et bénéficient pour leurs occupants de services variés : services d'appel, accompagnement pour les transports, formalités administratives, loisirs, ménage, repas à domicile et soins. De même, en Belgique, se développent des centres de soins de jour, d'accueil de nuit, de court séjour et d'accueil temporaire.

de consultation à l'échelle de zones géographiques déterminées, par exemple, les schémas départementaux.

4.– Instaurer des réseaux gériatriques

Ce décloisonnement et la prise en considération des besoins de la personne ne seront pleinement efficaces que s'ils ont pour corollaire le développement des réseaux gériatriques. L'approche de la prise en charge des personnes âgées doit être globale et s'inscrire dans la durée pour être efficace, notamment en cas de crise. Il est donc indispensable de travailler en réseau et de disposer par bassin de vie d'un espace de coordination gérontologique permettant de recueillir des éléments d'information sur les personnes âgées, de moyens pour les suivre et de mutualiser les expériences et les moyens, notamment en cas de difficultés.

La création de réseaux gériatriques s'inscrit dans une politique plus vaste, l'amélioration de la filière de soins gériatriques, qui est l'un des volets du plan « *Vieillesse et solidarité* » et du plan « *urgences* » des ministères de la santé et des affaires sociales. Un autre comporte la création de consultations de prévention dans les hôpitaux, le développement des services de court séjour gériatriques, qui devraient permettre une approche globale de la personne âgée dépassant la logique de spécialisation médicale, et qui constitueront un lieu ressource en matière de compétences gériatriques, non seulement pour l'hôpital, mais pour le dispositif ambulatoire de prise en charge. La constitution d'équipes mobiles gériatriques viendra renforcer l'indispensable expertise.

Il convient d'examiner avec les représentants des collectivités territoriales et les professionnels de santé si les CLIC sont la seule structure adaptée ou s'il faut en complément une structure de type réseau gérontologique où la place du médecin de proximité – médecin référent serait plus importante. Le projet de loi relatif au dispositif de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées a pour objectif d'assurer une synergie entre ces réseaux et les CLIC. Selon l'IGAS, l'articulation entre le CLIC et l'équipe gérant l'APA est satisfaisante dans certains départements, moins dans d'autres.

Un bilan gérontologique préventif pourrait s'inscrire dans la logique de détection des publics à risques.

Par ailleurs, afin de faciliter cette approche globale de la prise en charge des personnes âgées, il conviendrait également d'établir rapidement des protocoles concernant les relations entre maisons de retraite et hôpital public référent en cas d'hospitalisation urgente, en évitant, dans la mesure

du possible de passer par les urgences. Une systématisation des conventions de coopération entre EHPAD devrait être imposée par les textes.

5.- Développer le rôle du département

Le projet de loi relatif aux responsabilités locales, adopté en première lecture au Sénat le 15 novembre 2003, renforce le rôle du département en matière d'action sociale qui dispose déjà d'une compétence de droit commun en la matière et gère l'APA. Les huit départements examinés par l'IGAS avaient d'ailleurs élaboré des schémas départementaux relatifs aux personnes âgées signés soit par le président du conseil général, soit par ce dernier et le préfet. Le département se voit ainsi confier trois attributions nouvelles :

– la coordination, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, des actions menées par les différents intervenants ;

– la définition des territoires de coordination de l'action gérontologique de proximité ;

– l'établissement des modalités d'information du public et de coordination des prestations, en s'appuyant notamment sur les CLIC.

Le président du conseil général deviendra ainsi seul responsable de la coordination gérontologique.

Ce texte, qui va dans le bon sens, devrait permettre une meilleure articulation de l'intervention des équipes gérant l'APA, les CLIC, et les services d'aide et de soins à domicile.

B.- DES FINANCEMENTS À PRÉVOIR

1.- Les financements actuels confortés

a) L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'APA ¹ a connu une montée en charge rapide, supérieure aux prévisions, ce qui a entraîné pour 2002 un montant total de dépenses de 1,85

¹ L'APA a été instituée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 qui ouvre un droit universel à toutes les personnes âgées de 60 ans et plus rencontrant des difficultés pour accomplir les actes de la vie quotidienne, qu'elles vivent à leur domicile ou en établissement.

milliard d'euros et pour 2003 un besoin de financement évalué à 1,2 milliard d'euros en plus des crédits initiaux : le gouvernement précédent n'avait pas prévu le financement de l'allocation et sous-estimé le nombre de bénéficiaires potentiels.

La loi du 31 mars 2003 a apporté des correctifs au plan de financement initial. Pour améliorer le fonctionnement du Fonds de financement de l'APA, un léger effort a été demandé aux bénéficiaires les plus aisés, sachant que 40 % des bénéficiaires les plus modestes continueront à être exonérés de toute participation.

Les estimations pour le 31 décembre 2003 portent sur un nombre de bénéficiaires de 850 000 environ et entre 870 000 et 940 000 en 2004, pour un coût qui serait compris entre 3,6 et 3,9 milliards d'euros.

En 2003, le financement de l'APA est assuré à hauteur de 1,9 milliard d'euros par les départements et de 1,4 milliard d'euros par l'Etat (y compris 400 millions d'emprunts).

A partir de 2004, 400 millions d'euros seront financés chaque année par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, afin d'assurer la pérennité du financement de l'APA. Le financement de la part à la charge de l'Etat sera stabilisé et les mécanismes de péréquation entre les départements seront révisés.

b) Le plan d'urgence d'octobre 2003

Une circulaire des ministres de la santé, des affaires sociales et du secrétaire d'Etat aux personnes âgées du 2 septembre 2003 a demandé aux préfets, et aux DDASS d'apprécier les difficultés de prise en charge dans la gestion des situations locales, afin qu'un dispositif d'urgence puisse être mis en place.

Ce plan d'urgence de 40 millions d'euros au total comporte deux volets.

Une enveloppe non reconductible de crédits d'assurance maladie d'un montant de 13 millions d'euros, doit être répartie entre les différentes régions de métropole en tenant compte du poids des SSIAD et de la surcharge de travail des services hospitaliers qui ont pris en charge les personnes âgées. Elle a pour objectif de permettre un renforcement des personnels des services de soins infirmiers à domicile dans le cadre

d'embauches intérimaires, de recours à des intervenants libéraux ou à des heures supplémentaires. En effet, le retour à domicile des personnes âgées hospitalisées n'est, pour la plupart, possible, que si elles sont prises en charge par un service de soins à domicile, ce qui nécessite le renforcement des moyens en personnels de ceux-ci.

Une deuxième enveloppe d'assurance maladie d'un montant non reconductible de 27 millions d'euros a également été débloquée en faveur de tous les établissements médico-sociaux pour personnes âgées dépendantes médicalisées, dans le cadre des anciens forfaits de soins ou d'une convention tripartite. Elle doit être répartie en fonction du poids régional des dépenses d'assurance maladie et, comme pour la première enveloppe, de la surcharge de travail des services hospitaliers pendant la canicule. Elle est destinée à compenser les dépenses de personnel supplémentaires pendant la période de canicule, telles que le financement des heures supplémentaires des personnels soignants, la rémunération des personnels intérimaires, le recours à des intervenants libéraux. Elle doit être également utilisée pour renforcer temporairement les moyens en personnels soignants des établissements pour personnes âgées dans lesquelles celles-ci vont revenir ou être accueillies.

Des procédures d'allocation sont prévues pour que ces enveloppes soient rapidement mises à disposition.

2.- Vers une meilleure prise en charge du risque dépendance

Au lendemain de la canicule, le gouvernement a mis en chantier le plan « *Vieillesse et solidarité* » et constitué six groupes de travail. Le 6 novembre 2003, le Premier ministre a présenté la réforme de solidarité pour les personnes dépendantes. Ce plan, global, sur quatre ans, qui concerne à la fois les personnes âgées et handicapées, fait l'objet d'un projet de loi qui a été déposé sur le Bureau de l'Assemblée nationale le 14 janvier 2004¹.

Cette prise en charge se traduit notamment par la mise en place d'une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie alimentée par un financement spécifique.

¹ Projet de loi n° 1350, mis en distribution le 20 janvier 2004.

Le projet de loi relatif au dispositif de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées prévoit, par ailleurs, l'instauration d'une journée de solidarité pour la dépendance. Il devrait être débattu en séance publique au mois d'avril prochain.

PROPOSITIONS DE LA COMMISSION

La prévention

1. Elaborer des **plans « canicules »**, sur le modèle des plans grands froids, en liaison avec les collectivités locales et les services déconcentrés de l'Etat.
2. Développer la **recherche scientifique** française et européenne sur les conséquences sanitaires des phénomènes climatiques extrêmes, notamment en analysant plus précisément les interférences de la pollution atmosphérique, de certaines consommations médicamenteuses et du contexte social des populations les plus exposées.
3. En fonction des avancées de la recherche, rendre obligatoire la mention, sur la **notice des médicaments** destinés aux publics les plus exposés (personnes âgées, personnes obèses, etc.), d'une possibilité d'interaction avec les températures ambiantes, en cas de fortes chaleurs.
4. Prendre en compte les **aspects bioclimatiques** dans l'architecture des bâtiments accueillant les personnes âgées.
5. Prévoir, dans chaque établissement pour personnes âgées, une **salle climatisée ou rafraîchie**, qui pourrait, en outre accueillir les personnes âgées du voisinage en cas de besoin, et acquérir des **climatiseurs mobiles** plus adaptés pour des résidents très dépendants.
6. Conduire régulièrement des **campagnes de sensibilisation** aux risques sanitaires de tous ordres en direction de l'ensemble de la population.
7. Etablir des **protocoles** de prise en charge des personnes âgées en cas de phénomènes climatiques extrêmes et former les personnels de soins (médecins, infirmiers, aides-soignants, personnels des services d'aide à domicile, pompiers, secouristes bénévoles) à leur mise en œuvre.
8. Envisager la possibilité d'une **modulation**, à l'initiative des maires, des **horaires d'ouverture** des services publics ou des commerces de proximité, en cas d'alerte météorologique liée à la prévision de chaleurs extrêmes.

L'alerte

9. Conforter les **préfets** dans un rôle d'**interface** incontournable entre les administrations centrales et les acteurs de terrain, tant pour la circulation des informations que pour la gestion des crises.

10. Moderniser les systèmes d'information des **brigades de sapeurs-pompiers** et des **services d'urgence** des hôpitaux sièges de SAU en les reliant directement à l'**InVS**, de manière à permettre une perception en temps quasi réel des anomalies sanitaires.

11. Etablir au sein de l'**InVS** ou du ministère de la santé une **cellule « signalement de crises »**, joignable en permanence par n'importe quel praticien de la santé constatant des phénomènes qu'il juge inquiétants.

12. Rendre l'**InVS** destinataire des **bulletins d'avis de décès** au même titre que l'**INSEE** et l'**INSERM**, en rendant cette transmission quotidienne.

13. Promouvoir la mise sur pied d'un réseau **Sentinelles** élargi au **secteur gérontologique**, en impliquant plus directement les médecins libéraux dans le système de veille sanitaire et intégrer les associations de médecins libéraux effectuant des visites 24 heures sur 24 dans le réseau de collecte des informations de terrain de l'**InVS**.

14. Impliquer les **médias** dans la diffusion des **messages d'alerte**, en appliquant une totale transparence sur les données recueillies.

La réforme des administrations du ministère de la santé

15. Recentrer la **DGS** sur un rôle stratégique de définition de la politique de santé publique en rendant l'**InVS** seul responsable de la détection et de l'interprétation des crises sanitaires.

16. Réaliser **un audit** sur le fonctionnement de la DGS.

17. Réaliser un audit des **agences sanitaires**, dans le but de mieux articuler leurs missions.

18. Conférer aux **CIRE** un rôle d'alerte sanitaire plus explicite à l'échelon déconcentré.

19. Accentuer la dimension interministérielle du **COGIC** en prévoyant le détachement permanent d'un expert en santé publique et d'un prévisionniste de Météo France et en étoffant le dispositif, dans sa configuration renforcée, par des experts des agences sanitaires et de l'INSERM.

20. Institutionnaliser le principe de **réunions hebdomadaires** entre responsables des administrations centrales sanitaires et sociales et responsables des cabinets ministériels, y compris en période de congés.

La réforme des hôpitaux

21. Revoir l'**organisation hospitalière** en rationalisant le management et l'organisation des services et en redonnant aux urgences une place à part entière dans les pôles d'activité de l'hôpital.

22. Instituer une véritable **gestion prévisionnelle des fermetures de lits** en fonction de l'évaluation des besoins des patients, en donnant une valeur contraignante aux objectifs globaux fixés en début d'année par le ministre de la santé. Intégrer de façon obligatoire dans les plans blancs des **procédures simplifiées d'entente préalable** pour l'admission dans l'ensemble des services et, en particulier, dans les soins de suite lors de circonstances de crise.

23. Revoir les procédures de **rappels des personnels hospitaliers** dans le cadre des plans blancs, en négociant des retours volontaires en contrepartie d'indemnités.

24. Pour compenser la désorganisation induite par l'application de la réduction du temps de travail à l'hôpital, favoriser une plus grande **polyvalence des effectifs** de permanence pendant les périodes de congés scolaires. Il s'agirait ainsi de renforcer par rotations les personnels des services des urgences et de médicalisation en aval par leurs homologues issus des services d'hospitalisation programmée, voire d'établissements hospitaliers proches.

25. Décaler les **cycles de formation** des élèves infirmiers et aides-soignants de manière à ce que leur entrée dans les cadres intervienne avant l'été et non plus après.

26. Développer les **réseaux hospitaliers** de prise en charge des patients, en invitant les établissements et les cliniques privées à nouer des partenariats pour les situations de crise.

27. Accélérer la création de la **filiale gériatrique** hospitalière par la mise en place de services de gériatrie, d'équipes mobiles de gériatrie, l'ouverture de postes de praticiens hospitaliers-professeurs des universités et la généralisation des services de court séjour gériatrique dans tous les sièges de SAU.

28. Instituer une véritable **formation** de la médecine d'**urgence**.

La modernisation du système de soins

29. Intensifier, sur une base contractuelle entre la CNAMTS et les représentants des médecins libéraux, les **visites à domicile ou en institutions**, notamment, comme alternative à une hospitalisation en services de soin de suite et de réadaptation, avec l'obligation de continuité des soins.

30. Reconnaître le caractère essentiel du **rôle de la médecine de ville** en amont du système de soins, en nouant une relation contractuelle ajustable à échéances précises et en associant davantage les représentants des médecins libéraux aux décisions qui concernent le système de santé.

31. Promouvoir le développement des **maisons médicales de garde** dans les départements et les grandes agglomérations urbaines qui n'en sont pas encore pourvus.

La réforme du secteur médico-social

32. Instaurer un **contrôle de qualité** de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées (système de certification).

33. Sur la base du bilan de la canicule dans les maisons de retraite, dresser **un état des lieux de ces établissements** dans chaque département, identifier les structures les plus en difficulté et suivre avec attention les mesures effectivement mises en œuvre pour remédier à leurs carences.

34. Autonomiser la gestion des **USLD** par rapport aux établissements hospitaliers auxquels elles sont rattachées.

35. Renforcer l'encadrement et la **médicalisation des maisons de retraite**.

36. Augmenter le nombre de places en **soins infirmiers à domicile**.

37. Revaloriser le **bénévolat**, notamment à travers une meilleure formation.

38. Développer le rôle des **CLIC** en leur permettant de devenir des « maisons de services » pour faire mieux connaître les services de soins et d'aide à domicile pour les personnes âgées. Les CLIC seront dotés d'un numéro d'appel unique qui sera porté à la connaissance du grand public et diffusé à tous les partenaires sanitaires et sociaux.

39. Créer une véritable **filière professionnelle** pour attirer des candidats vers les établissements d'hébergement pour personnes âgées et les services de soins à domicile, en validant les acquis de l'expérience et en développant la formation en alternance ou en apprentissage.

40. Systématiser la présence de **médecins coordonnateurs** dans les EHPA.

41. Assurer la **permanence des soins** 24 heures sur 24, durant les week-end et les périodes de congés scolaires, **dans les EHPA**.

42. Pourvoir rapidement les postes de **directeurs d'établissements** actuellement vacants, par l'organisation d'un concours exceptionnel, par des détachements d'autres fonctions publiques, par recrutement, sous certaines conditions, de contractuels et par le développement de directions communes à plusieurs établissements.

43. Développer les **résidences intégrées** et les **petites unités de vie** qui permettent d'apporter des réponses nouvelles aux aspirations des personnes âgées.

44. Augmenter les **places d'hébergement temporaires et d'accueil de jour** et encourager les dispositifs innovants, tels que les places d'accueil de nuit, les **gardes itinérantes de nuit**, pour offrir aux familles un répit et leur permettre de mieux s'occuper de leurs aînés dans la durée.

45. Faire du **département** le seul responsable de la **coordination gériatrique**.

La prise en compte du vieillissement

46. **Sensibiliser les jeunes** à l'importance du lien intergénérationnel, par des actions pédagogiques à l'école ou des campagnes d'information civique.

47. Développer la **téléalarme** au domicile des personnes âgées, en diminuant les tarifs, en la généralisant à tous les bénéficiaires de l'APA et en réalisant des campagnes d'information. Les services de téléalarme, destinés à recevoir les appels, pourraient également être utilisés pour faire passer des messages et conseils de santé aux personnes âgées.

48. **Identifier les personnes âgées isolées** à leur domicile, en développant notamment le rôle de veilleur social des gardiens d'immeubles, en établissant des conventions entre les municipalités et les services publics susceptibles d'entretenir des liens avec elles (offices d'HLM et La Poste) et en nouant des partenariats par exemple avec les pharmaciens.

49. Instaurer des **réseaux gériatriques** en établissant des protocoles concernant les relations entre hôpitaux et maisons de retraite et en articulant les coordinations gérontologiques de proximité avec les professionnels de santé libéraux.

L'amélioration des dispositifs funéraires

50. Recenser à titre préventif les **capacités d'accueil** de corps à l'échelle de chaque département et région, sous l'égide des préfets.

51. Revoir les modalités de l'**autorisation administrative** de transport de corps avant mise en bière.

52. Simplifier les formalités administratives des **opérateurs funéraires** en regroupant au sein d'un même document les diverses autorisations auxquelles ils sont soumis pour la prise en charge d'un corps.

EXAMEN DU RAPPORT

La commission a examiné le présent rapport au cours de sa séance du 25 février 2004 et l'a adopté.

Elle a ensuite décidé qu'il serait remis à M. le Président de l'Assemblée nationale afin d'être imprimé et distribué, conformément aux dispositions de l'article 143 du Règlement de l'Assemblée nationale.

*

* *

EXPLICATIONS DE VOTE

EXPLICATIONS DE VOTE DU GROUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS ¹

Les députés socialistes, premiers à souhaiter la création de la commission d'enquête, se félicitent de la qualité des travaux qu'elle a menés. Les députés socialistes membres de la commission ont souhaité travaillé dans un esprit constructif en évitant toute polémique. La mission d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales n'avait pas pu, faute de temps et de moyens adaptés, aborder l'ensemble des questions posées.

Il était indispensable en effet d'établir en toute transparence, le plus sereinement possible et avec le recul nécessaire, la chaîne des responsabilités individuelles et collectives, la chronologie des événements, les conditions de gestion de la crise, les dysfonctionnements de notre système sanitaire et social et des dispositifs de prévention et d'alerte.

Il fallait également évaluer les politiques de prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées dans notre pays, à un moment où la montée en charge rapide de l'allocation personnalisée d'autonomie, réforme nécessaire de justice sociale, souligne avec acuité la solidarité que nous devons à nos aînés.

Il était impératif enfin, au nom des victimes et pour leurs proches, de comprendre pour tirer toutes les leçons du drame de cet été. Cette exigence de vérité constitue la meilleure réponse que pouvait apporter la représentation nationale après les premiers propos tenus dans les derniers jours du mois d'août par des membres du Gouvernement qui ne visaient qu'à culpabiliser les familles.

Dans l'ensemble, la commission d'enquête a permis de mettre en évidence un manque d'anticipation, un défaut de vigilance et une insuffisance de réaction. Au-delà du caractère exceptionnel de la canicule, de sa durée et de son ampleur, sont apparues clairement les faiblesses du système sanitaire et social en faveur des personnes âgées ainsi que de nombreuses carences dans la gestion de la crise sanitaire. La commission d'enquête a rappelé les responsabilités des uns et des autres. Cela montre une fois de plus que si l'on veut qu'un pays moderne fonctionne bien, ce n'est pas en affaiblissant le service public et l'organisation de l'Etat qu'on y parvient.

¹ MM. Jean-Paul Bacquet, Gérard Bapt, Serge Blisko, Alain Claeys, Claude Evin, Mmes Catherine Génisson, Paulette Guinchard-Kunstler, M. Pascal Terrasse.

Le Groupe socialiste votera pour le rapport de la commission d'enquête dans la mesure où il porte une critique précise et sévère sur la manière dont cette crise a été gérée. Il démontre l'absence de pilotage politique lors de cette crise.

Cependant, le Groupe socialiste va plus loin dans la critique du gouvernement pendant la crise. C'est le gouvernement tout entier qui est mis en cause dans le défaut de réaction lors de cette crise. Il n'est pas possible d'exonérer tel ou tel ministre. Par ailleurs, le Groupe socialiste insiste sur le fait, qu'une fois le drame connu, les réponses apportées par le gouvernement sont largement insuffisantes et parfois même dangereuses.

I/ L'irresponsabilité du gouvernement pendant la crise

Le drame sans précédent que notre pays a vécu n'est pas uniquement le résultat d'une succession d'évènements et de circonstances défavorables. Il est le fruit d'un système mal préparé à gérer ce genre de crise et trop cloisonné.

Le Groupe socialiste rend hommage à la mobilisation des professionnels de santé, des personnels des établissements hébergeant des personnes âgées, des sapeurs-pompiers et des personnels des pompes funèbres qui a manifestement été à la hauteur de ce qui se passait. Le manque de réaction, des structures chargées de l'alerte et de la veille sanitaire et, plus généralement, des responsables politiques et administratifs qui ont semblé très éloignés du drame que vivaient nos concitoyens, en est d'autant plus fort.

Une forme d'autarcie et une forme de déni ont été préjudiciables à une véritable alerte. Aucun relais n'a été institué au niveau du cabinet du ministre sur la question de la canicule. L'absence de coordination entre les ministères, et donc entre les directions qui en dépendent, renforce cette impression de cloisonnement et d'inertie.

Pourtant les effets sanitaires de la canicule sont bien connus. Ainsi, le professeur Carli indique-t-il s'être documenté sur ce sujet les 7 et 8 août. L'information existait donc bel et bien. Par ailleurs, aux mêmes dates, l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris constatait 140 cas de diagnostic par hyperthermie.

C'est l'interview du docteur Patrick Pelloux sur TF1 le 10 août au soir qui a constitué la première alerte. Cette alerte a été minimisée par le

cabinet du ministre jusqu'au 13 août avec l'évaluation des Pompes funèbres générales.

La journée du lundi 11 août 2003 est de ce point de vue très révélatrice. La rédaction d'un simple communiqué de presse ce jour là par le cabinet du ministre de la santé, sans que la direction générale de la santé n'y soit associée, semble ainsi totalement dérisoire face à la nature de la situation. Par ailleurs, alors que les titres des journaux parisiens étaient très alarmistes, le cabinet du ministre de la santé a prétendu ne pas avoir été alerté.

Les conséquences d'une telle posture, qui n'est pas une simple erreur d'appréciation, sont très préjudiciables. Elles ont conduit à un parti pris de communication de la part du ministre de la santé qui est intervenu le 11 août au soir au journal télévisé en donnant un message rassurant. Or au début de la deuxième semaine d'août, il était encore possible de passer les messages forts qui s'imposaient et de prendre les décisions de nature à limiter les effets de la canicule. Au contraire, l'interview de Jean-François Mattei dans le Parisien du 12 août ne donne que des messages lénifiants.

Les témoignages des différents membres du Gouvernement devant la commission d'enquête traduisent leur irresponsabilité politique. Responsable de la sécurité civile, responsable du COGIC, le ministre de l'intérieur, Nicolas Sarkozy, a reconnu que les pouvoirs publics étaient passés à côté du drame. Cet aveu montre bien ses propres carences dans la non gestion de cette crise alors que les sapeurs pompiers avaient constaté sur le terrain une recrudescence des décès. Le ministre de la santé a, quant à lui, préféré affirmer qu'il avait le sentiment de ne pas avoir commis de faute, reportant les responsabilités sur le système. « Mon cabinet n'a pas dysfonctionné » a répété sans arrêt Jean-François Mattei. Le rapport démontre l'inverse. L'amendement de Gérard Bapt, pris en compte dans le texte définitif du rapport, sur le rôle du cabinet du ministre de la santé en matière d'alerte le confirme. De son côté, le ministre des affaires sociales, François Fillon, qui a la charge des personnes âgées, a continué de considérer que son intervention n'était pas de nature à influencer sur le déroulement des événements. C'est donc bien le gouvernement dans son ensemble qui a failli lors de cette crise sanitaire et sociale.

Une communication gouvernementale forte par l'ensemble des ministres concernés, voire par le Premier ministre, aurait permis une meilleure mobilisation des acteurs concernés sur le terrain, mais aussi une meilleure appréhension par la population des dangers et des précautions à prendre. D'après de nombreuses personnalités auditionnées, cette crise sanitaire était, au moins en partie, évitable.

Pourtant, il est du rôle du politique de gérer l'imprévisible à défaut de le prévoir. Toute heure perdue, tout jour perdu a eu des conséquences dramatiques.

II/ Le gouvernement n'a pas tiré les leçons de cette crise sanitaire et sociale.

Ce drame est révélateur des difficultés de notre société à accepter le vieillissement de sa population, et au delà de l'appréhension de chacun face à la mort. La place que laisse notre société aux personnes âgées n'est pas à la hauteur de la solidarité que pourtant nous leurs devons. La question grave posée à plusieurs reprises par Paulette Guinchard-Kunstler, au nom du Groupe socialiste, de savoir si la réaction des pouvoirs publics aurait été différente si la canicule avait touché des enfants et non de personnes âgées est restée sans réponse.

Le gouvernement a fragilisé la politique en direction des personnes âgées. La création de l'allocation personnalisée à l'autonomie, la mise en place de la réforme des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, l'organisation d'une filière spécifique à la gériatrie ont été autant de réformes importantes remises en cause.

Le Gouvernement de Jean-Pierre Raffarin et sa majorité ont abordé le problème du vieillissement et de la dépendance d'un strict point de vue comptable et financier. Dès l'été 2002, l'allocation personnalisée à l'autonomie a été dénoncée et décriée. Un climat de suspicion à l'égard des personnes âgées a été créé.

Le Gouvernement a privilégié une politique de courte vue en gelant les crédits destinés aux établissements accueillant des personnes âgées, en diminuant le niveau de revenus au-delà duquel une participation personnelle est exigée en déduction de l'allocation, en reculant de deux mois la date d'ouverture des droits.

Bien entendu, il ne s'agit pas d'affirmer que les choix du Gouvernement en la matière ont directement causé la surmortalité. Mais force est de constater que cette fragilisation de la politique de prise en charge des personnes âgées incombe au Gouvernement. Par ailleurs, les réponses apportées par le gouvernement après la crise sanitaire et sociale de cet été ont été insuffisantes voir même dangereuses.

Le plan vieillissement est une réponse insuffisante et même dangereuse

Ce plan ne peut pas être considéré ni comme la solution qui réglerait les problèmes de prise en charge des personnes âgées, ni comme la réforme qui exonérerait les ministres concernés de toute responsabilité.

Ce texte ne comporte rien d'innovant et n'apporte pas de financements supplémentaires pour les maisons de retraite par rapport à ce que le Gouvernement précédent avait envisagé. L'unique réponse du Gouvernement est finalement de supprimer un jour férié. Le plan vieillissement sera financé par les salariés qui travailleront gratuitement un jour de plus. C'est peu dire que la solidarité a été oubliée. Après avoir tenté de culpabiliser les familles, le Gouvernement fait porter le poids de la solidarité nationale sur le dos des seuls salariés. Le projet de loi sur l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées est malheureusement un rendez-vous manqué de la cohésion sociale.

Une des leçons principales que l'on peut tirer de la canicule, se situe dans la nécessité d'un lien réel entre l'action sanitaire et l'action sociale. Ce décloisonnement indispensable entre les deux secteurs n'est pas du tout engagé. Au contraire, **la création d'une caisse spécifique pour la prise en charge de la dépendance concrétise une séparation inacceptable entre le sanitaire et le social.**

Aucune réflexion n'a été engagée par le gouvernement sur le vieillissement de la population et sur une prise en compte globale des personnes âgées. Le drame de cet été a pourtant montré combien la recherche, en particulier au niveau médical et social, doit être développé. C'est pourquoi nous demandons que soit créé un Institut national de recherche sur le vieillissement. Le Groupe socialiste propose également un développement de grande ampleur des formations de tous les métiers en direction des personnes âgées.

Une nécessaire réforme de notre système de soins

La tension qui s'est manifestée dans les services d'urgence ne doit pas nous amener à nous tromper sur le diagnostic. Cette tension est un symptôme d'un dysfonctionnement de notre système de santé, elle n'en n'est pas la cause. C'est parce que la prise en charge des personnes fragiles n'a pas bien fonctionné en amont que ces personnes se sont retrouvées dans les services d'urgence, et c'est parce que les hôpitaux n'avaient pas immédiatement des lits en aval qu'elles y sont parfois restées anormalement longtemps. Il ne s'agit pas uniquement d'améliorer la permanence des soins.

Ce constat nous oblige à travailler sur l'organisation des soins ambulatoires en réseaux, sur l'organisation de nos hôpitaux qui manquent autant de capacité d'adaptation dans leur gestion que de moyens financiers,

et à développer la recherche dans le secteur des personnes fragiles (personnes âgées, personnes handicapées, malades mentaux). **La question de l'hôpital est essentielle dans la réflexion sur l'avenir de notre assurance maladie. Or ce volet essentiel de la santé est aujourd'hui totalement occulté par le gouvernement.**

Le gouvernement cherche à se défausser sur les structures de veille sanitaire

Le ministre de la santé a cru pouvoir dès le mois d'octobre apporter une réponse en modifiant les missions de l'Institut de veille sanitaire (InVS) par un amendement déposé lors de la discussion en première lecture à l'Assemblée nationale du projet de loi de santé publique, comme si le drame se résumait à l'inaction de cette seule institution. Loin d'améliorer les organes de sécurité sanitaire, cet amendement modifiant les missions de l'InVS semble particulièrement dangereux. Alors que cet institut est aujourd'hui chargé de veiller aux questions de sécurité sanitaire que rencontre notre pays, le gouvernement lui donne des responsabilités opérationnelles tous azimut.

Si, le Groupe socialiste est en accord avec la plupart des propositions contenues dans ce rapport, il tient à souligner que certaines d'entre elles avaient déjà été mises en place par le gouvernement précédent. C'est le cas de la création de la filière gériatrique et de celle d'urgentiste.

Par ailleurs, le Groupe socialiste tient à souligner, en particulier, la nécessité de mettre en place un grand programme de recherche sur le vieillissement, de réaffirmer la garantie d'un bon niveau de prestation dans le cadre de l'APA et de simplifier le dispositif d'alerte pour une remontée réelle des informations du terrain. Il déplore enfin que cette crise sanitaire et sociale n'ait pas permis à la France de mettre en place une grande ambition en direction de sa population âgée.

EXPLICATIONS DE VOTE DU GROUPE UNION POUR LA DÉMOCRATIE FRANÇAISE ¹

¹ MM. Claude Leteurre, Jean-Luc Prével.

« Un isolement meurtrier »

Deux raisons principales expliquent le désastre sanitaire de l'été dernier : l'incrédulité générale et le « mal français » que constitue une administration cloisonnée et en déshérence durant les premiers jours du mois d'août.

Quelle que soit l'institution concernée c'est manifestement l'incrédulité qui dans tous les cas a primé. Cette incrédulité face à un phénomène, certes exceptionnel, n'en constitue pas pour autant une excuse acceptable de la part des différents acteurs de notre système de santé.

Il est, par exemple, difficilement concevable que l'InVS, dont c'est la première des missions, n'ait pas pris conscience du drame qui se déroulait alors que Météo France avait clairement identifié la hausse inhabituelle des températures et son exceptionnelle durée dès le 1^{er} août et devait rappeler la dangerosité de la situation à nouveau le 7 août... C'est la raison même de cette institution d'identifier, dans des délais permettant une réaction adéquate, la survenue de risques sanitaires inhabituels.

Ce constat de l'incrédulité de l'ensemble de acteurs révèle un véritable « mal français » caractérisé par une absence de coordination, la protection de « pré carré », une totale incapacité à partager les informations recueillies. Au bout du compte un nombrilisme narcissique qui conduit à un isolement qui est devenu, en cet été 2003, meurtrier.

Si l'on ajoute à cela un autre syndrome du « mal français » que constitue la déshérence du pouvoir administratif et, par conséquence, du pouvoir politique au mois d'août pour cause de vacances, on aura tous les ingrédients qui ont conduit au décès de 15 000 personnes âgées.

Il faut encore prendre en compte la totale absence de coordination des différentes agences de sécurité sanitaire et environnementale qui, non seulement ne sont pas sous la responsabilité d'un seul ministère, mais forment de plus, au sein de leur ministère de rattachement, un véritable Etat dans l'Etat (et c'est tout particulièrement le cas au sein du ministère de la santé).

A l'inverse, sur le terrain, il faut noter le dévouement de beaucoup de bénévoles, les initiatives individuelles très efficaces fondées sur le pragmatisme et le bon sens. N'oublions pas le travail fait par les brigades de sapeurs-pompiers dans les grandes villes et réaffirmons qu'il n'y a pas eu de défaillance du système d'accueil des urgences qui a mis son point d'honneur à assumer sa charge dans des conditions très difficiles.

Il faut également bien constater, s'agissant des personnes âgées, le peu d'intérêt qui leur est porté par la société française. C'est là un débat de société qu'il faudra bien aborder dans toutes ses dimensions, en particulier médicales.

Les députés UDF membres de la commission rappellent enfin que, sous la V^{ème} République, l'administration est à la disposition du gouvernement, qui ne saurait s'exonérer de toute responsabilité dans cette affaire.

*
* *

Quels peuvent être les remèdes ?

A partir du moment où l'on constate que le mal s'est situé au plus au niveau de l'Etat, une première réponse est dans la décentralisation des compétences à un seul acteur : les conseils généraux, en étroite collaboration avec les maires. Encore faudra-t-il que les moyens leur soient donnés. Ce niveau local a parfaitement fonctionné cet été et les solidarités de proximité ont pu jouer pleinement, comme il faut souligner l'extrême dévouement qui a été celui de l'ensemble des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

Cette désignation d'un « pilote » est essentielle alors qu'aujourd'hui ce sont, au niveau central, plusieurs ministères qui se partagent les responsabilités. Une première étape de clarification est donc indispensable. Elle l'est d'autant plus que les cabinets ministériels eux mêmes ont également failli. Le niveau central a fait la preuve de son inefficacité. Les querelles sur les répartitions de compétences entre le ministère de la santé et celui des affaires sociales sont vaines, byzantines et sans intérêt.

A plus court terme des mesures d'urgences doivent d'ores et déjà être engagées. C'est, par exemple l'installation de salles climatisées dans les institutions de retraite. Il est quand même stupéfiant que rien n'ait encore été fait à moins de quatre mois du nouvel été alors que les études médicales démontrent que cette seule mesure aurait pu épargner la plupart des décès d'août 2003 ! Le gouvernement doit montrer sa volonté dans ce domaine en

dégageant les crédits nécessaires comme il a su le faire ces derniers jours pour ce qu'il a estimé prioritaire. Dans le domaine des établissements hospitaliers il faut également dès maintenant tirer les leçons et reconnaître la nécessité de disposer de « lits tampons » pour faire face à d'éventuels afflux d'urgences.

Il est tout autant indispensable de redéfinir au plus vite les missions de l'InVS et de mettre en place les indispensables passerelles entre toutes les institutions qui, l'été dernier, ont failli par manque de coordination. Météo France y a une place essentielle à tenir, toute aussi importante que celle des différentes directions des ministères concernés. Charge à ceux-ci de mettre dès aujourd'hui en place les outils permettant de disposer d'alerte en temps réel.

A moyen terme, il sera également nécessaire de mettre au point de véritables plans canicules dans lesquels la coordination des différents acteurs est impérieuse en dehors de tout égoïsme et de toute susceptibilité administrative.

A plus long terme c'est toute la politique de notre pays vis-à-vis des personnes âgées en situation de dépendance qu'il faudra revoir. Quelle place notre société est-elle prête à leur faire dans la France de demain ? Notre pays est-il prêt à tirer toutes les conséquences des progrès de son système de santé qui permet chaque année de gagner en espérance de vie ?

Cela étant dit, la réponse ne peut pas être seulement institutionnelle. Tout simplement parce que l'institution, hormis les services d'urgence des hôpitaux et les services médico-sociaux de proximité, a démontré sa totale insuffisance à comprendre le phénomène qui est survenu. Enfin, les députés UDF membres de la commission tiennent à rappeler que c'est aussi l'indifférence des autres qui a tué l'été dernier.

EXPLICATIONS DE VOTE DU GROUPE DES DÉPUTÉ-E-S COMMUNISTES ET RÉPUBLICAINS ¹

Au nom du groupe communistes et républicains, je ne peux approuver ce rapport qui contient beaucoup d'éléments d'auditions intéressants, mais ne définit pas clairement les responsabilités et comprend des propositions inacceptables.

Il est très surprenant de voir toutes les administrations plus ou moins mises en cause et souvent gravement et ne pas se poser la question majeure – à savoir – pourquoi !

Tout tourne autour du système et de l'organisation, sans doute à améliorer.

Cela ne peut masquer un aspect essentiel. Malgré la multiplication des cas d'alarmes sur le risque de drame dès le 8 août, aucun responsable politique – et le ministre de l'intérieur était informé chaque jour – n'a pris le soin de provoquer une réunion gouvernementale de crise pour coordonner les efforts de tous les acteurs de terrain, alerter l'opinion publique, et les préfets.

Qu'on le veuille ou non, les informations données par la presse montraient bien que nous étions devant une situation largement anormale.

Comment aujourd'hui se fier au contenu de ce rapport quand la commission d'enquête est encore incapable d'exiger que tous les départements, toutes les villes de plus de 30 000 habitants répondent aux questionnaires qui leur ont été adressés ? Nous avons un bilan général qui repose sur quoi ?

Je persiste à penser que nous avons été confrontés à un phénomène exceptionnel mais que l'insensibilité gouvernementale a conduit à un drame humain d'une ampleur qui aurait pu être atténuée.

¹ M. Maxime Gremetz.

C'est pourquoi, si nous approuvons certaines propositions de la commission parlementaire, nous en désapprouvons d'autres.

Des propositions sont d'autant plus pertinentes que toute la transparence est faite et que les enseignements sont tirés sans en minimiser aucun.

C'est pourquoi nous refusons d'approuver ce rapport.

Texte pour la quatrième de couverture

Pour compléter et approfondir les travaux de la mission d'information de septembre 2003, l'Assemblée nationale a décidé, le 7 octobre dernier, de créer une commission d'enquête sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule.

Les dernières estimations sur la surmortalité dont elle a pu disposer, les nouveaux témoignages qu'elle a reçus au cours de ses 26 réunions et de son déplacement dans la région Centre, les enquêtes qu'elle a menées auprès des conseils généraux, des villes de plus de 30 000 habitants, des administrations centrales et locales, mais aussi des conseils départementaux de l'ordre des médecins, des maisons de retraite, des services d'incendie et de secours lui ont permis d'analyser les causes des carences et dysfonctionnements constatés tant dans le système de veille et d'alerte sanitaire, que dans la gestion de la crise proprement dite.

Si la situation de chaleur que la France a connue est sans précédent depuis le début des mesures météorologiques, il est certain que ses conséquences n'ont été ni clairement mesurées ni parfaitement gérées.

Au-delà de l'amélioration de la prévention et de l'alerte en cas de crise, la commission a souhaité proposer des mesures qui touchent à la structure même du secteur sanitaire et social, qu'il s'agisse des administrations du ministère de la santé, des hôpitaux, des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des dispositifs funéraires.

Ces réformes devront s'accompagner d'une meilleure prise en compte du vieillissement par notre société. En effet, le drame terrible de cet été est aussi l'illustration de notre relative indifférence collective au sort des personnes âgées. Il appartient à chacun de nous de mieux assurer la solidarité intergénérationnelle.