

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I.- UNE CATASTROPHE NATURELLE AUX CONSÉQUENCES D'UNE EXCEPTIONNELLE GRAVITÉ	5
A. UNE SITUATION MÉTÉOROLOGIQUE SANS PRÉCÉDENT	5
B. UN LIEN INDÉNIABLE AVEC LA SURMORTALITÉ	6
C. LA NÉCESSITÉ D'ANALYSES COMPLÉMENTAIRES	6
1. Quel bilan exact ?	6
2. Quels facteurs de surmortalité autres que la chaleur ?	7
3. Quelle efficacité pour quelles mesures ?	8
4. Élargir le champ d'investigation	9
II.- UNE CATASTROPHE QUI N'A ÉTÉ NI ANTICIPÉE, NI PERÇUE RAPIDEMENT COMME TELLE	11
A. DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES PEUT-ÊTRE INSUFFISANTES, MAIS PAS INEXISTANTES	11
1. Les travaux menés sur les conséquences des grosses chaleurs et l'alerte	12
2. Un risque bien connu, la déshydratation des personnes âgées	12
B. UNE ALERTE QUI A CHEMINÉ BIEN LENTEMENT	13
C. L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE HORS-JEU	14
D. LES EFFETS DU CLOISONNEMENT ADMINISTRATIF	15
1. Le cloisonnement entre administrations sanitaires	15
2. Une mobilisation du système sanitaire par le bas	16
3. Le « social » coupé du « sanitaire »	16
4. La mobilisation tardive de la hiérarchie des services chargés de la sécurité civile	17
E.- QUE FAIRE ?	18
1. Mettre en place des systèmes d'alerte	18
a) <i>L'alerte météo</i>	18
b) <i>Le signalement sanitaire</i>	18
c) <i>La détection en temps réel des drames sanitaires</i>	18
d) <i>A terme, le suivi en temps réel de la mortalité</i>	19
2. Anticiper : les plans locaux de solidarité	19

III.- UN DÉFI LANCÉ AU SYSTÈME SANITAIRE ET SOCIAL	21
A. UNE CAPACITÉ AVÉRÉE À FAIRE FACE À L'URGENCE SANITAIRE	21
1. La médecine de ville, une action réelle mais peu visible	21
2. Une indéniable capacité d'adaptation des structures d'urgence parvenue à sa limite	23
3. Une réflexion à mener sur l'organisation du système sanitaire	25
a) <i>Tenir compte du vieillissement de la population dans les politiques de formation et de prévention</i>	25
b) <i>Élaborer le plus en amont possible les réponses du système sanitaire aux situations de crise</i>	26
c) <i>Gérer au mieux la capacité hospitalière, en tenant notamment compte du vieillissement de la population</i>	26
B. UNE CRISE AU MOINS AUTANT SOCIALE QUE SANITAIRE	28
1. Un portrait des victimes difficile à dresser	28
2. Des établissements insuffisamment préparés	29
3. Des services d'aide à domicile aux moyens limités	30
4. Une exigence de solidarité	31
LES PISTES DE RÉFLEXION DE LA MISSION	33
TRAVAUX DE LA MISSION	ERREUR! SIGNET N
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES	39
AUDITIONS	45

INTRODUCTION

Notre pays a traversé en ce mois d'août une crise sanitaire et sociale d'autant plus grave qu'elle n'a d'abord pas été perçue comme telle, une crise sanitaire qui, faute justement d'avoir été anticipée, a entraîné un drame humain.

La mission d'information constituée par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales s'est donnée pour objectif de proposer des mesures d'urgence permettant d'éviter que ne se reproduise une telle situation.

La canicule 2003 doit être l'occasion d'une prise de conscience des évolutions de notre société, certaines inéluctables, d'autres, espérons-le, réversibles. La France vieillit, c'est une réalité, et elle ne l'assume pas pleinement. Les personnes âgées sont trop souvent invisibles, invisibles lorsqu'elles continuent à vivre plus ou moins « comme tout le monde », grâce à l'élévation des niveaux de vie et aux progrès de la médecine, mais aussi invisibles dans l'isolement, dans l'indifférence, voire dans une mort dont on ne se préoccupe guère d'élucider les causes tant qu'elle n'apparaît pas « épidémique » comme cet été. De grands défis sociaux se présentent à nous, comme la prise en charge de la perte d'autonomie ; nous avons aujourd'hui l'occasion et le devoir de les relever.

I.- UNE CATASTROPHE NATURELLE AUX CONSEQUENCES D'UNE EXCEPTIONNELLE GRAVITE

A. UNE SITUATION METEOROLOGIQUE SANS PRECEDENT

Selon une analyse de Météo-France (présentée sur son site internet et reprise par l'Institut de veille sanitaire – InVS – dans son rapport préliminaire daté du 19 août), Paris a connu en août 2003 une période de chaleur sans précédent depuis le début du recueil des données météorologiques en 1873 : le record absolu de température reste celui de 1947 (40,4°), mais le record de température minimale (nocturne) la plus haute a été atteint les 11 et 12 août 2003, avec 25,5° ; en outre, la canicule 2003 se caractérise par neuf jours *consécutifs* de température maximale supérieure à 35°, avec sur cette période une température moyenne de 30,8°, alors qu'en 1911, record précédent, on n'avait relevé que cinq jours consécutifs avec une température dépassant 35°, la température moyenne sur la période n'étant que 27,7°. Sur l'ensemble du territoire, des températures supérieures à 35° ont été relevées dans les deux tiers des stations, supérieures à 40° dans 15 % d'entre elles.

Évènement naturel exceptionnel et dramatique, la canicule de cet été peut légitimement, même si elle n'a pas été perçue sur le coup comme telle – et c'est l'une des parts de ce drame –, être considérée comme une « catastrophe naturelle » au même titre qu'une inondation ou un séisme.

Le caractère exceptionnel de la canicule de 2003 ne doit pas occulter le fait que notre pays avait déjà connu des épisodes de canicule meurtriers. D'après les analyses rétrospectives faites à la demande du ministre de la Santé, M. Jean-François Mattei, il y aurait eu à l'échelon national une surmortalité d'environ 3 000 personnes en 1976 et 4 700 en 1983, sans que cela ait été réellement perçu (sauf pour la seule ville de Marseille en 1983).

B. UN LIEN INDENIABLE AVEC LA SURMORTALITE

Comme le rappelle l'InVS dans le rapport précité, « *l'élévation de la chaleur peut être la cause initiale d'un décès par débordement des défenses naturelle du sujet, incapable de préserver son homéothermie* », avec ou sans atteinte du système nerveux central. Le même document rappelle une définition (américaine) du décès par coup de chaleur : température au décès au moins égale à 40,6° ; exposition préalable à une forte chaleur du fait des conditions climatiques ; exclusion, par une vérification raisonnable, des autres causes possibles d'hyperthermie. Par ailleurs, bien évidemment, la chaleur aggrave les phénomènes de déshydratation fréquents chez les personnes âgées et peut entraîner une décompensation fatale chez des personnes atteintes de pathologies graves plus ou moins stabilisées.

Les épisodes caniculaires précédents, notamment ceux qui ont touché Marseille en 1983, Athènes en 1987, Chicago en 1995, ont été analysés par MM. les professeurs Jean-Louis Sanmarco et Jean-Pierre Besancenot. Ce dernier, lors d'une intervention dans un colloque organisé le 21 mars 2002 par le conseil supérieur de la météorologie, avait indiqué que dans chacun de ces trois épisodes, on avait vu la mortalité grimper en flèche dès le début de la vague de chaleur pour culminer 24 ou 48 heures après le pic de température ; les graphiques produits à l'appui de sa démonstration (et reproduits en annexe du présent rapport) faisaient apparaître un décalage temporel limité, mais réel, entre élévation de la température et surmortalité. Le lien entre élévation de la température et surmortalité semble également très caractéristique lors du drame de cet été, avec peut-être un décalage un peu plus grand entre élévation de la température et de la mortalité (cf. graphique InVS reproduit en annexe sur la surmortalité en région parisienne). M. Lucien Abenhaïm, ancien directeur général de la santé, a souligné lors de son audition par la mission le caractère exceptionnel, d'un point de vue statistique, de la corrélation relevée.

C. LA NECESSITE D'ANALYSES COMPLEMENTAIRES

Le lien entre la surmortalité dramatique constatée cet été et la canicule n'est donc pas contestable. Cependant, de nombreux points restent en suspens, sur lesquels il n'est pas encore possible de disposer d'analyses concluantes. Ces nombreux points d'interrogation justifient la création, proposée, d'une commission d'enquête de l'Assemblée nationale, qui disposera de six mois pour rendre ses conclusions.

1. Quel bilan exact ?

La première interrogation porte sur le bilan exact de la catastrophe de cet été. Les premiers chiffres qui ont été produits reposent sur une comparaison entre la mortalité en août 2003 et une moyenne des années précédentes. Cette démarche est la

plus exhaustive et donc la plus honnête, mais elle manque évidemment de finesse, et une analyse beaucoup plus poussée des décès devra être conduite. Par ailleurs, le recul est encore très insuffisant ; les avis des experts sont hésitants sur le maintien éventuel d'une certaine surmortalité de personnes fragilisées suite à une canicule, puis, *a contrario*, sur le constat ultérieur d'une sous-mortalité qui rendrait compte de ce qui est parfois appelé, froidement, « l'effet de récolte » : dans la mesure où les victimes d'un épisode climatique de cette nature seraient en partie des personnes qui étaient déjà « en fin de vie », on pourrait déceler ensuite une diminution des décès, d'autant plus marquée que les victimes avaient une faible espérance de vie.

Une interrogation complémentaire concerne l'ensemble des « populations » touchées par le drame sanitaire. L'attention s'est focalisée sur les personnes âgées, légitimement puisqu'elles ont de toute évidence été en nombre les principales victimes. Cependant, d'autres classes d'âge ou catégories étaient potentiellement concernées : jeunes enfants, personnes handicapées (en particulier mentales), actifs exposés à des conditions de travail particulièrement peu adaptées aux fortes chaleurs... Au demeurant, les premiers décès par coup de chaleur signalés ont concerné des personnes relativement jeunes et selon l'enquête sommaire sur les décès par coup de chaleur réalisée par l'InVS, telle que retracée dans son rapport d'étape du 29 août, 2 % seulement des femmes, mais 10 % des hommes décédés recensés étaient âgés de moins de 60 ans ; parmi ces personnes jeunes, 41 % étaient atteintes d'une maladie mentale, 28 % d'obésité, 14 % de diabète, 45 % d'une autre pathologie.

2. Quels facteurs de surmortalité autres que la chaleur ?

Les facteurs « co-aggravants » potentiels de la surmortalité constituent un autre champ d'investigation.

La contribution de la pollution atmosphérique à la mortalité, qui a été étudiée notamment par l'InVS en 2002, est une donnée admise ; en période caniculaire, accompagnée le plus souvent – ce qui s'est vérifié cet été – d'une forte pollution atmosphérique, quelle est sa contribution à la surmortalité ? Le président-directeur général de Météo-France, M. Jean-Pierre Beysson, comparant devant la mission les canicules qui ont frappé Athènes en 1987 puis 1988, a lié le bilan humain nettement moins lourd de la seconde aux mesures de restriction de la circulation et de l'activité économique qui avaient alors été prises pour limiter la pollution. Le caractère aggravant de la pollution atmosphérique ne paraît guère douteux, mais pourrait être paradoxal ; ainsi Mme Michèle Froment-Védrine, directrice générale de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale, a-t-elle émis l'hypothèse que ce caractère aggravant pourrait être moindre dans des villes méditerranéennes où cette pollution a été massive et continue qu'à Paris où elle a été plus sporadique, mais où, en conséquence, les personnes y sont moins habituées (à moins que la surmortalité ne soit plus étalée, et donc moins visible, là où la pollution est plus fréquente et plus durable). En outre, dans la mesure où le niveau de pollution atteint à un endroit et un moment donné dépend non seulement de l'activité humaine locale (transports notamment), mais aussi de la situation météorologique d'ensemble et de l'activité dans d'autres zones, l'adoption de mesures de restriction de l'activité qui soient efficace va au-delà de simples restrictions ponctuelles locales et implique une politique d'ensemble.

L'incidence de certaines consommations médicamenteuses, notamment de diurétiques mais aussi de psychotropes, justifie de même une analyse. Le rapport précité de l'InVS relève ainsi, en lien avec le taux élevé de maladies mentales notifiées, la présence d'un traitement psychotrope chez 37 % des sujets jeunes décédés d'un coup de chaleur répertoriés par son enquête. La question des médicaments se pose d'autant plus que l'on connaît le niveau élevé de la consommation des personnes âgées. Selon les données rassemblées par la Cour des comptes dans son rapport 2003 sur la sécurité sociale, les plus de 65 ans, soit 16 % de la population, représenteraient 39 % de la consommation de médicaments prescrits par la médecine de ville et recourraient en moyenne à 3,6 médicaments différents par jour ; la Cour souligne que des risques particuliers s'attachent à la consommation médicamenteuse des personnes âgées, liées justement à la poly-médication (interaction), ainsi, notamment, qu'au non respect fréquent des traitements (par les personnes atteintes de troubles cognitifs ou sensoriels). La Cour considère que « *les essais pré-AMM n'incluent pas assez de personnes âgées* », de même d'ailleurs que les études postérieures, et regrette l'absence consécutive de préconisations spécifiques aux personnes âgées dans les répertoires et notices de médicaments.

Par ailleurs, les études épidémiologiques devront s'attacher également aux facteurs « sociaux » éventuels d'exposition à la surmortalité : l'isolement ; le niveau social (à Chicago en 1995, il semble y avoir eu une très forte corrélation entre surmortalité et faibles revenus¹) ; le type d'habitat (plusieurs intervenants ont évoqué devant la mission les morts « du dernier étage » des immeubles ou des établissements spécialisés) ; le type de prise en charge, d'établissement d'hébergement (à but lucratif ou non, signataire ou non d'une convention tripartite...). Le croisement de ces multiples facteurs est certainement très complexe. Dans un premier temps, les interlocuteurs de la mission ont surtout évoqué la grande diversité des situations, faisant apparaître qu'il n'existe pas de facteur « évident » – en dehors du facteur climatique – d'explication de la répartition de la surmortalité.

3. Quelle efficacité pour quelles mesures ?

Le défaut d'anticipation du drame sanitaire de la canicule est considéré, comme l'on y reviendra, comme une des causes de l'importance de la surmortalité constatée. Il existe toutefois au moins une exception, celle de la ville de Marseille, où, suite à l'analyse faite de la canicule de 1983, des mesures ont été prises.

Le dispositif marseillais, tel que décrit lors de son audition par M. Jean-Louis Sanmarco, repose sur un système d'alerte et des mesures de prévention : « (...) *de la prévention et de l'éducation pour la santé au long terme : distributions de plaquettes dans les pharmacies, toutes simples, expliquant pourquoi et comment on se protège. D'autre part, une plaquette plus complète d'une trentaine de pages pour l'ensemble des médecins des Bouches-du-Rhône (...). Troisième élément, des bulletins dans le Conseil de l'ordre, répétés (...). Quatrième point, des conférences auprès des responsables médicaux et administratifs des maisons de retraite. Ce qu'on a préconisé – fait ou pas, cela a été assez variable – c'est la rotation de toutes les personnes âgées dans la pièce climatisée quand il en existe une (...). Autre point, le mouillage de la peau avec un brumisateur et enfin [la réhydratation avec de l'eau gélifiée]*».

¹ Cf. intervention précitée de M. Jean-Pierre Besancenot au colloque « météorologie et santé » du 21 mars 2002, organisé par le conseil supérieur de la météorologie.

Ces mesures ont-elles été efficaces durant la canicule de 2003 ? La ville de Marseille a effectivement connu, d'après les premières statistiques, une surmortalité « modérée » – en termes relatifs. Cependant, d'autres villes du sud du pays, comme Toulouse et Grenoble, semblent avoir aussi été relativement « épargnées », alors que, selon certains, elles auraient connu des conditions climatiques plus sévères que Marseille, les déclarations des uns et des autres sur ce point étant contradictoires. Cette question, centrale pour l'appréciation de l'efficacité des mesures d'alerte et de prévention, devra être expertisée.

4. Élargir le champ d'investigation

La manière dont nos voisins européens ont traversé la même période devra être analysée. Le document préliminaire précité de l'InVS signale que des phénomènes de surmortalité ont été observés chez certains de nos voisins, notamment en Espagne et en Italie du nord ; dans d'autres pays, comme l'Allemagne, il n'y a pas eu de débordement du système hospitalier, mais des décès par coups de chaleurs ont été relevés ; la plupart des pays européens ne semblent pas disposer de systèmes rapides de recueil des données sur les décès et il faudra attendre plusieurs mois pour disposer d'éléments de comparaison fiables. Il conviendra en outre de prendre en compte la gravité comparée des épisodes caniculaires selon les pays. Il semble à cet égard que sinon toute la France, du moins la région de la capitale, ait connu des conditions exceptionnellement sévères par rapport à celles supportées dans le reste de l'Europe (cf. les analyses de Météo-France) ; on constate d'ailleurs que, selon la carte provisoire établie par l'InVS, la surmortalité a été la plus élevée dans une vaste zone qu'on pourrait définir comme « l'intérieur » de la moitié nord de la France métropolitaine, mais que les régions côtières, les régions méridionales, mais aussi l'ensemble des régions frontalières ont été, en termes relatifs, moins touchées. Les comparaisons transfrontalières immédiates ne sont donc pas possibles.

Enfin, au-delà du caractère exceptionnel, catastrophique de ce qui s'est passé cet été, la question du lien entre le climat – et plus particulièrement la température – et la santé, la mortalité, mérite d'être creusée, dans l'optique du changement climatique de plus en plus évident. Comme l'on y reviendra, l'un des facteurs qui expliquent la détection trop tardive de la catastrophe qui était en train de se produire au mois d'août tient peut-être au fait qu'il existe une surmortalité « modérée », « normale », des personnes âgées en été, que des intervenants « de terrain » ont évoquée à mots couverts devant la mission ; le passage à une situation « anormale » aurait donc été moins net. La question de la surmortalité se pose symétriquement lors des « coups de froid ». Dans un exposé devant la commission « santé-biométéorologie » du conseil supérieur de la météorologie le 31 mars 2003, M. Jean-Pierre Besancenot a présenté un travail de croisement des courbes de température et de décès sur les années 1991-1995 et par département ; il en ressort une nette corrélation entre les unes et les autres ; actuellement, la mortalité reste en moyenne plus forte durant les mois d'hiver, mais, dans l'optique du réchauffement climatique, l'analyse faite conduit à estimer que suite à un réchauffement moyen de trois degrés, ce seraient les mois d'été qui deviendraient les plus « meurtriers », même en temps « normal ». La question du réchauffement climatique est également évoquée, dans le cas marseillais, par un article à paraître de MM. Jean-Christophe Delarozière et Jean-Louis Sanmarco.

II.- UNE CATASTROPHE QUI N'A ETE NI ANTICIPEE, NI PERÇUE RAPIDEMENT COMME TELLE

Le drame de cet été n'a été ni anticipé, ni détecté très rapidement, et la gravité de son bilan est liée en grande partie à cette situation. Ou plutôt, s'il a été assez vite détecté, il n'a pas été perçu immédiatement par la plupart des responsables administratifs comme une crise majeure.

Le professeur Sanmarco a déploré devant la mission l'absence de leçon tirée dans notre pays des épisodes caniculaires de 1976 et 1983, très largement passés inaperçus, et l'absence de tout intérêt de la presse nationale pour les avertissements qu'il s'est efforcé de faire passer. Comme plusieurs interlocuteurs de la mission l'ont observé, à commencer par M. le ministre de la Santé, un pays, une ville, qui n'ont pas vécu et ressenti une canicule ne se dotent pas d'instruments d'alerte.

Des interlocuteurs de la mission ont évoqué une certaine indifférence aux problèmes du vieillissement, à l'analyse des causes de mortalité des personnes âgées, un déficit de l'intérêt scientifique pour ces sujets.

La mission a également relevé des dysfonctionnements, des cloisonnements administratifs, voire des contradictions qui, mettant en cause des personnes, pourraient être analysés plus au fond par la commission d'enquête à constituer.

A. DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES PEUT-ETRE INSUFFISANTES, MAIS PAS INEXISTANTES

M. Lucien Abenhaïm, directeur général de la santé démissionnaire, a expliqué à la mission qu'en 2002-2003, il avait réuni une centaine d'experts pour élaborer les objectifs nationaux de santé publique : *« J'ai repris ces documents depuis cette affaire et je n'y ai pas trouvé une seule fois le mot « chaleur », alors qu'il y avait là une centaine d'experts, toutes les sociétés savantes de gériatrie, de pédiatrie, de cardiologie, de pneumologie (...). Toutes les agences de sécurité sanitaire ont été concernées : l'Institut de veille sanitaire, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale. Dans aucun de leurs rapports, qui sont parfois très épais, nous n'avons retrouvé de référence à la chaleur. Ceci faisait suite à une consultation dans toutes les régions de France. Des milliers de personnes y ont participé (...). Dans aucune de ces régions, même dans celles du sud, la chaleur n'a été mentionnée comme un objectif ou une priorité, voire simplement comme un problème de santé publique. Depuis qu'il existe, le Haut comité de la santé publique n'a jamais mentionné la chaleur comme un problème de santé publique sur lequel se pencher. Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, institution vénérable et plus que centenaire, n'a jamais mentionné la chaleur comme un problème de santé publique sur lequel il faudrait se pencher »*. Selon M. Abenhaïm, le professeur Sanmarco lui-même n'a jamais prévenu la DGS des risques caniculaires en juillet 2003 et aurait participé à la consultation sur les priorités de santé publique sans signaler la chaleur comme une priorité.

1. Les travaux menés sur les conséquences des grosses chaleurs et l'alerte

Outre les travaux, déjà mentionnés, de M. Jean-Louis Sanmarco, il convient pourtant de signaler que le conseil supérieur de la météorologie a adopté le 14 octobre 2002 un vœu demandant à Météo-France d'étudier, en liaison avec le ministère de la Santé, la diffusion vers les organismes responsables et le public de conseils de santé et d'informations relatifs aux épisodes de canicule et de grands froids. Cette recommandation faisait suite à des travaux internes. Un colloque, précité, avait été organisé le 21 mars 2002, où le professeur Besancenot s'était exprimé. Lors d'une réunion de la commission le 30 août 1999, le docteur D. Coulombier, de l'InVS, avait présenté une communication sur les coups de chaleur, partant de l'expérience de la coupe du monde de football de 1998.

Il existait donc bien à l'Institut de veille sanitaire, en théorie, une connaissance des problèmes liés à la chaleur, même s'ils étaient en l'espèce abordés sous un angle très différent : non pas l'hyperthermie fatale des personnes âgées en période de canicule, mais celle, le plus souvent sans conséquences, pouvant toucher le public d'une manifestation en période estivale « normale ». Sur plus de trente membres, la commission « santé-biométéorologie » du conseil supérieur de la météorologie ne compte certes qu'un représentant de l'InVS et un de la direction générale de la santé, dont la présence aux réunions semble inégale. Il est toutefois à noter que la représentante de la DGS a assisté (selon le compte-rendu) à la réunion du 31 mars 2003 où M. Jean-Pierre Besancenot a fait un exposé sur le lien entre températures et mortalité et où le « suivi » du vœu précité adopté le 14 octobre 2002 a été évoqué.

Suite aux travaux du conseil supérieur de la météorologie, Météo-France a, par convention avec le secrétariat d'État à la lutte contre la précarité et l'exclusion, mis en place un dispositif d'alerte directe de responsables administratifs (15 DDASS et le cabinet) en cas de prévision de grands froids. En revanche, tel n'a pas été le cas, symétriquement, avec le ministère de la Santé, en cas de prévision de fortes chaleurs, que cela provienne du manque de volonté du ministère, comme le président-directeur général de l'organisme l'a laissé entendre, ou de Météo-France, comme l'indique un e-mail adressé le 12 août par M. Gilles Dixsaut, de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale, à M. Yves Coquin ; M. Dixsaut y rappelait que « *la prévention des risques sanitaires lors des périodes de situation météorologique extrême, c'est-à-dire notamment grand froid ou canicule, est un sujet de préoccupation pour la section santé biométéorologie du conseil supérieur de la météorologie depuis plusieurs années. Il existe une abondante littérature sur ce sujet et des propositions régulières ont été faites dans le cadre de ce conseil (...) sans succès (...) faute de moyens et faute d'une volonté du côté de Météo-France. C'est ainsi que ces situations météorologiques extrêmes n'ont pas été prises en compte dans le cadre des procédures de vigilance mises en place en 2001 à la suite de la tempête de fin 1999* ».

2. Un risque bien connu, la déshydratation des personnes âgées

En tout état de cause, si les conséquences mortelles d'une canicule et le phénomène de la mort par hyperthermie, lié aux chaleurs extrêmes, étaient largement ignorés dans les milieux médicaux et paramédicaux, comme plusieurs auditions l'ont

confirmé, il n'en était pas de même des risques de déshydratation des personnes âgées ; les mesures de prévention de la déshydratation sont d'ailleurs classiques dans ces établissements pour personnes âgées ; une circulaire de M. Falco, secrétaire d'État aux personnes âgées, les avait rappelées le 12 juillet 2002.

B. UNE ALERTE QUI A CHEMINÉ BIEN LENTEMENT

Plusieurs intervenants devant la mission ont souligné le caractère insidieux de l'« épidémie caniculaire » : il y a régulièrement, dans les hôpitaux et les établissements, des décès de personnes âgées, aux causes desquels, sans doute, l'on ne prête pas la même attention que pour des sujets jeunes (il est à cet égard significatif que les signalements remontés de quelques DDASS vers le 6-7 août aient concerné le décès par coup de chaleur de personnes de moins de soixante ans). En outre, il est assez connu que l'été, comme l'hiver symétriquement, n'est pas une bonne période pour les personnes âgées. Un ou deux décès sporadiques par établissement n'ont pas été perçus, souvent, comme « anormaux ».

A quand remontent les premiers « signaux » ? Les représentants des médecins urgentistes, comme M. Patrick Pelloux, médecin urgentiste à l'hôpital Saint-Antoine et président du syndicat AMUHF, ont « mis la pression » sur le ministère de la Santé dès le mois de juillet. Mais il s'agissait alors essentiellement d'une protestation contre l'encombrement structurel des services d'urgence en été, lié aux fermetures incontrôlées de « lits d'aval » et à l'absence de certains médecins libéraux.

Le 1^{er} août, le communiqué de presse de Météo-France n'évoquait que la « forte chaleur » à venir ; celui du 7 août, titré « poursuite de la canicule », a été beaucoup plus explicite ; le caractère exceptionnel de la situation et le risque sanitaire pour les personnes sensibles, notamment les personnes âgées, y sont mentionnés. Entre-temps, le 4 août, l'organisme a diffusé sur son site internet un ensemble de conseils très complets vis-à-vis des fortes chaleurs.

En fait, des éléments concordants sont remontés assez précocement, dès le 6-7 août, vers deux des administrations centrales du ministère de la Santé, la direction générale de la santé (DGS) et la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) :

Le 6 août, la DDASS (direction départementale des affaires sanitaires et sociales) du Morbihan a signalé trois décès par hyperthermie de sujets jeunes. Le 7 août, la DDASS de Paris en aurait signalé un. Selon M. Lucien Abenhaïm, la DGS aurait immédiatement transmis ces signalements à l'InVS, ce qui ressort également de la chronologie interne élaborée par la DGS, selon laquelle l'appel provenant du Morbihan a été « réorienté » vers l'Institut. Le 7 août également, M. Patrick Pelloux a téléphoné à la DHOS à propos de l'encombrement de son service d'urgences.

Le même 6 août, M. William Dab, responsable « santé publique » au cabinet du ministre, a adressé un e-mail à M. Yves Coquin, qui assurait la direction à la DGS en l'absence du directeur général en vacances : « *L'épidémiologique [sic] nous permet d'anticiper un excès de mortalité lié à la canicule. 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 pourrait les signaler (...) et cela pourrait faire l'objet d'un message DGS-URGENT ». Le système DGS-URGENT, mis en place ce printemps, permet d'adresser directement des messages d'alerte électroniques aux médecins libéraux volontaires.

La DGS n'a pas transmis de message « DGS-URGENT » et ne s'est apparemment pas mobilisée lourdement sur la question. Lors de son audition, M. Lucien Abenhaïm a justifié l'absence de DGS-URGENT par les problèmes techniques de ce système, le fait qu'il ne soit encore accessible qu'au dixième environ des professionnels et enfin par la médiatisation de la canicule, qui lui paraissait rendre inutile une « alerte » supplémentaire, argument sans doute discutable avant le 10-11 août. Le 8 août, M. Yves Coquin a certes demandé par e-mail à l'InVS de « *réfléchir à la mise en place d'une surveillance* » des cas de décès par coup de chaleur, mais le ton ne paraît guère impératif.

C. L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE HORS-JEU

L'InVS, créé en 1998, est notamment chargé par la loi¹, outre de tâches de recueil et de traitement de données épidémiologiques et de collecte de connaissances sur les risques sanitaires, « *d'effectuer la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population (...), [à ce titre] de détecter tout évènement modifiant ou susceptible d'altérer l'état de santé de la population (...); 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 (...)* ».

Lors de la crise de cet été, l'InVS s'est mobilisé plutôt mollement. Selon son directeur général, M. Gilles Brücker, l'Institut a été informé le 6 août : il s'agit en fait du signalement provenant de la DDASS du Morbihan – à travers la DGS selon celle-ci. Il y eut ensuite des « *échanges* » avec la DGS, puis, l'alerte étant « *relayée* » aux autorités sanitaires, c'est-à-dire à la DGS, par laquelle ladite alerte était précédemment remontée à l'InVS, ce dernier avait joué son rôle « d'alerte » selon son directeur général. Ultérieurement, à partir du 11 août, l'Institut a lancé des travaux d'enquête et a pu, enfin, le 13 août selon M. Lucien Abenhaïm, transmettre des informations à la DGS...

« Prévoir l'imprévisible », selon la formule employée par plusieurs intervenants, n'est certes pas chose aisée. Mais, outre qu'une mortalité due à un épisode de canicule n'était peut-être pas si « imprévisible » en l'état des connaissances scientifiques, le fait est que cela fait partie des missions légales de l'Institut, qui ne les a pas remplies en l'espèce. Lors de son audition, M. Gilles Brücker a indiqué que les risques climatiques n'avaient pas été inscrits dans le contrat d'objectifs et de moyens en vigueur ; l'établissement ne s'en est donc pas préoccupé. Le jugement émis dans le rapport de la mission dirigée par Mme Françoise Lalande, selon lequel l'InVS n'a pas joué « *pleinement le rôle que la loi lui a confié* » et s'est comporté surtout comme « *un organisme d'observation et d'analyse a posteriori* » n'est donc pas infirmé par les travaux de la mission d'information.

¹ Articles L. 1413-2 sq. du code de la santé publique.

L'agence française de sécurité sanitaire environnementale, chargée de par la loi¹ « d'évaluer les risques sanitaires liés à l'environnement » en fournissant au gouvernement « l'expertise et l'appui scientifique et technique », n'a pas non plus mené de travaux sur les risques sanitaires climatiques, selon sa directrice générale, car cela ne lui avait pas été demandé par sa tutelle. Elle a également évoqué la jeunesse de l'établissement et ses faibles moyens.

D. LES EFFETS DU CLOISONNEMENT ADMINISTRATIF

1. Le cloisonnement entre administrations sanitaires

Le lundi 11 août, des dysfonctionnements dans les remontées d'information et dans les communications entre administrations centrales de la Santé et avec le cabinet du ministre se sont fait sentir.

D'un côté était rédigé par le cabinet un communiqué de presse faisant état d'une augmentation des passages aux urgences, mais sans « engorgement massif », et de « difficultés (...) comparables aux années antérieures, en dehors de cas ponctuels ». Selon la chronologie interne élaborée par la DGS et transmise par M. William Dab à la mission d'information, cette direction n'aurait pas été consultée sur la rédaction de ce communiqué qui, selon M. Lucien Abenhaïm, serait issu d'éléments provenant de la DHOS. M. Édouard Couty, directeur de l'hospitalisation et de l'offre de soins, a fourni l'éclairage suivant sur les informations, par nature incomplètes, dont il disposait le lundi 11 : « Pour nous, le 8 au soir, le phénomène est strictement cantonné à Paris, et plus précisément à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Aucun signal ne nous parvient d'autre part. Le 9 et le 10, donc, il y a des contacts entre la DHOS et la DGS en interne, mais toujours pas de signaux venant des établissements ou des services déconcentrés. C'est le lundi 11 au matin que nous mettons en place, après les échanges que nous avons eus avec l'AP les 8 et 9 août et avec la DGS, un dispositif de remontée systématique, un questionnaire sur l'état du fonctionnement des urgences et de la disponibilité des lits, que nous envoyons dans toutes les régions (...). C'est le 11, je crois, que nous avons commencé à voir que l'on avait des difficultés ailleurs qu'à Paris (...). Jusqu'au 11, les remontées que nous avons ne constituent pas un faisceau qui nous permettrait d'affirmer que le phénomène est généralisé et dramatique ».

Le même jour, à partir des éléments qu'il a recueillis de son côté, indépendamment, M. Yves Coquin, pour la DGS, a adressé un e-mail à Mme Anne Bolot-Gittler, directrice adjointe du cabinet : « La DGS a reçu vendredi dernier – pour la première fois depuis le début de la vague de chaleur – des appels de DDASS signalant des décès par coup de chaleur chez des 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 ».

La DGS aurait eu, toujours le 11, de multiples contacts avec des opérateurs funéraires, dont elle aurait, selon M. Lucien Abenhaïm, averti la directrice adjointe de cabinet du ministre (« A dix-sept heures, le Dr Yves Coquin me dit avoir informé l'adjointe du directeur de cabinet du ministre de la santé »). La DGS a préparé un

¹ Loi du 9 mai 2001 ayant inséré dans le code de la santé publique les articles L. 1335-3-1 sq.

communiqué qui a été transmis par e-mail au cabinet, mais seulement à 19h. 36, trop tard pour que le ministre en soit informé avant son intervention télévisée.

Ces points sont importants, car ils éclairent les conditions dans lesquelles M. le ministre de la Santé a été amené à s'exprimer le soir du 11 août à la télévision.

Par ailleurs, M. Lucien Abenhaïm, lors de son audition, a regretté l'absence de tout spécialiste de santé publique au cabinet du ministre les 11, 12 et 13 août, période cruciale, comme l'a notamment relevé M. Gilles Brücker : « *Tout s'est joué, dans l'intensité et la gravité du drame, entre le 9 et le 13 août. Notre enquête sur les décès par coup de chaleur montre que plus de 50 % des décès ont eu lieu entre le 11 et le 13 août* ». L'ancien directeur général de la santé a également déclaré, à propos de l'attitude des membres du cabinet, qu'à son retour le 13 août, « *le cabinet du ministre ne se rendait pas compte que nous étions dans une situation de crise, et pas simplement dans une situation de gestion d'urgence* ». M. Édouard Couty a porté devant la mission une appréciation différente sur les relations de la DHOS avec la DGS et le cabinet du ministre : « *Nous avons tenu le cabinet informé au fur et à mesure que nous recevions les données. Pendant ces trois premiers jours, les 8, 9 et 10, il y a relativement peu de relations avec la DGS, mais des relations intenses avec le cabinet* ».

2. Une mobilisation du système sanitaire par le bas

Le système hospitalier a su répondre à la crise qu'il vivait. Il est intéressant d'observer que sa mobilisation a « cheminé » du bas vers le haut, ce qui est surprenant en période de crise, où, théoriquement, les pouvoirs publics prennent de manière coordonnée les décisions qui s'imposent. Ainsi, en Île-de-France, les premières mesures de type « plan blanc » ont-elles été prises par la direction de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) le vendredi 8 août. C'est le lundi 11 que l'échelon supérieur, la DHOS, a constitué une cellule de crise, tandis que l'AP-HP lançait officiellement son « plan d'action chaleur extrême ». Le même jour, le plan blanc était déclenché à l'hôpital de Créteil ; le 12, le préfet l'étendra à l'ensemble du Val-de-Marne, avant qu'il ne le soit le 13 au soir à l'Île-de-France.

Enfin, une réunion interministérielle se tiendra le 14 août, mais consacrée (exclusivement ?) aux problèmes de production énergétique (application des dérogations prévues en matière de rejets d'eau par les centrales, risques de coupures...).

3. Le « social » coupé du « sanitaire »

Le secteur « social » de l'administration centrale, représenté par M. Jean-Jacques Tregoat, directeur général de l'action sociale, a été quant à lui informé « officiellement » bien tard, restant isolé des administrations « sanitaires » et bénéficiant manifestement de peu de remontées du secteur médico-social, ce qui pose un réel problème, puisque de nombreux décès concernaient alors les pensionnaires des établissements. Dans un document remis à la mission, il a indiqué : « *Les premières informations de la DGAS relatives aux conséquences de la canicule datent officiellement du dimanche 10 août quand le fonctionnaire de permanence de la DGAS a :*

– été alerté par un établissement « Les résidences d’Arcadie » à Suresnes exposant ses difficultés à trouver des places disponibles dans les chambres funéraires ;

– été sollicité par un journaliste (...).

Aucune remontée officielle des difficultés n’est venue des DDASS, des établissements hébergeant des personnes âgées ou des associations de maintien et de soins à domicile... »

4. La mobilisation tardive de la hiérarchie des services chargés de la sécurité civile

La mission a entendu le colonel Serge Delaigue, commandant le service départemental d’incendie et de secours (SDIS) de Lyon, et le colonel Daniel Grangier, adjoint au commandant de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP). Le colonel Grangier a fait état d’une augmentation des secours à victimes perceptibles dès le 5-6 août, l’activité quotidienne passant de 1 000 à 1 200 interventions environ. Il a indiqué avoir pris contact avec ses seuls supérieurs hiérarchiques, à savoir la préfecture de police, le 8 août, pour recevoir des instructions, car il était sollicité par la presse. Les deux responsables ont souligné que le nombre de décès n’avait jusqu’à présent jamais constitué un indicateur important de leur activité.

La mission a également procédé à l’audition des responsables du COGIC, le centre opérationnel de gestion interministérielle des crises, M. Christian de Lavernée, directeur de la défense et de la sécurité civile, et deux de ses collaborateurs. Le centre dispose de moyens significatifs : une quarantaine de personnels, 500 m² de locaux. D’après son site internet, le COGIC est entouré d’un « *réseau constitué d’un noyau de partenaires devenus des interlocuteurs permanents* », au premier rang desquels il place Météo-France, qui « *transmet quotidiennement les prévisions météorologiques qui permettent d’anticiper les situations susceptibles de générer des catastrophes naturelles* ». Toutefois, il ressort de cette audition que le COGIC a été informé de la situation grâce à l’intervention télévisée de M. Patrick Pelloux le 10 août et suite à une dépêche AFP. Manifestement, le centre ne s’est guère senti concerné par un événement perçu comme « *davantage une crise sanitaire qu’une crise de sécurité civile* ».

D’autres signes d’une mobilisation tardive des administrations du ministère de l’Intérieur et d’une communication interministérielle limitée sont perceptibles :

– le 13 août, la mairie de l’Haÿ-les-Roses appelle par un courrier l’attention du préfet du Val-de-Marne sur « *l’enchaînement d’évènements exceptionnels* » connus par la ville en vingt-quatre heures, soit quatre décès, souligne la difficulté à trouver des transporteurs et un funérarium disponibles et constate l’absence de dispositif spécifique mis en place par les services préfectoraux ;

– M. Lucien Abenhaïm a déclaré avoir « *eu beaucoup de mal à obtenir les données du ministère de l’Intérieur et [avoir dû intervenir] auprès du cabinet du préfet de police, le 14 août, pour les avoir, alors que l’Institut de veille sanitaire et la DGS essayaient depuis trois jours* ». C’est effectivement le 14 août que la préfecture de police a transmis au ministère de la santé des données sur les décès enregistrés par l’état-civil à Paris et relatives aux interventions de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ;

– une synthèse établie par la préfecture de police le 17 août évoque la mise en place de patrouilles mixtes (policiers-secouristes) pour assurer le contact avec les personnes âgées dans la capitale, mais seulement à partir du 15 août, alors même que l'épisode caniculaire s'achevait ; au demeurant, alors que ce dispositif a conduit à plusieurs de cent visites de maisons de retraite et à plus de mille contacts directs sur la voie publique, il n'aurait débouché que sur quatre demandes de prise en charge médicale.

E.- QUE FAIRE ?

Il ressort des travaux de la mission que la prévention des conséquences d'un épisode de canicule repose sur deux éléments obligatoires : l'alerte donnée à temps ; l'anticipation. En effet, l'alerte météo, si elle est assez sûre en la matière (la canicule correspondant à un temps très stable), n'est encore vraiment fiable qu'à trois jours ; il reste passé ce délai un à trois jours avant que la surmortalité s'installe, brutale. Quand les victimes arrivent à l'hôpital, il est très souvent trop tard. L'intervalle entre alerte et drame humain est donc trop bref pour être réellement utilisé si les mesures à prendre alors n'ont pas été anticipées.

1. Mettre en place des systèmes d'alerte

a) L'alerte météo

S'agissant de la seule canicule, l'alerte pourrait assez facilement reposer sur les services de la météorologie nationale, qui, comme il a été indiqué, ont déjà mis en place un dispositif symétrique d'alerte aux pouvoirs publics en cas de grands froids, ainsi que des procédures dites de vigilance, pour d'autres événements climatiques violents, en direction du grand public. Météo-France a d'ores et déjà fait des propositions en ce sens, qui devront être affinées en accord avec le ministère de la Santé, sachant notamment que les seuils d'alerte doivent être adaptés à chaque pays en fonction de l'habitude qu'on y a de la chaleur, de la conception des logements, du taux d'accès à la climatisation (il est significatif que les maxima atteints en août à Paris – que ce soit en termes de températures diurnes ou nocturnes – restent inférieurs aux seuils d'alerte en vigueur outre-Atlantique)...

b) Le signalement sanitaire

Mais il s'agit aussi de disposer enfin d'un dispositif d'alerte « tous azimuts » qui permette de faire remonter le constat d'un risque sanitaire jusque-là méconnu, ou d'un désastre sanitaire « invisible » en cours. Ce dispositif, ou plutôt les dispositifs envisageables, doivent être à l'abri des phénomènes de cloisonnement et de chaîne hiérarchique qui ont grandement nui à l'efficacité de la transmission de l'alerte cet été.

Dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique déposé au mois de mai, le Gouvernement a su d'une certaine façon anticiper la crise en proposant l'instauration d'un principe de « signalement sanitaire », par l'ensemble des organismes publics et professionnels de santé, de toute menace imminente pour la santé. Ce dispositif intéressant pourrait être élargi et précisé.

c) La détection en temps réel des drames sanitaires

Pour détecter rapidement, plus spécifiquement, un drame sanitaire rampant, il convient de s'interroger sur le « moment » où il faut mesurer en temps réel « l'activité » dans la chaîne dramatique qui voit les victimes prises en charge par un service de secours, puis par les urgences hospitalières, puis, le cas échéant les voit décéder.

Le professeur Abenhaïm, se fondant sur son expérience d'épidémiologiste, a considéré devant la mission qu'il était naturel que l'alerte soit venue, pour la canicule, des services d'urgences, donc de médecins ; selon lui, la grande variabilité de l'activité des services de secours rendrait difficile la mise en œuvre d'un dispositif d'alerte fondé sur la seule activité de ces services. Sur la base des statistiques¹ de décès dans les hôpitaux de l'AP-HP, et de celles des pompiers de Paris sur les décès « liés directement ou indirectement » à la canicule – donc retraitées d'après les statistiques brutes d'activité, mais sommairement –, il semble pourtant *a posteriori* que la surmortalité massive aurait pu être détectée en région parisienne dès le 7-8 août si un système de recueil centralisé avait été en place dans quelques endroits stratégiques : grandes brigades de pompiers, principaux hôpitaux (le recueil se faisant, si l'on suit les décès, au moment de leur enregistrement administratif), SAMU... Les uns et les autres réalisent déjà, plus ou moins régulièrement, un suivi de leur activité. L'enjeu porte donc sur la normalisation de ces rapports d'activité et la mise en œuvre, malgré les tutelles diverses, de leur centralisation informatique en temps réel.

d) A terme, le suivi en temps réel de la mortalité

Dans le projet de loi précité, le Gouvernement propose une simplification du circuit administratif des certificats de décès, excessivement long actuellement : le volet médical non nominatif ne transiterait plus par les DDASS, mais remonterait directement à l'INSERM. Toutefois, cette solution ne réduirait apparemment le délai de traitement long de deux, voire trois ans – car il s'agit aujourd'hui uniquement, rappelons-le, de confectionner *a posteriori* des statistiques de cause de mortalité internationalement homogènes – que de quelques mois tout au plus. La perspective d'une informatisation du certificat de décès apparaît beaucoup plus prometteuse, puisqu'elle permettrait à terme un suivi au jour le jour des décès, transmis informatiquement, et de leurs causes, les rédacteurs étant aidés par un didacticiel qui leur permettrait d'assurer directement le codage de celles-ci. Il va de soi qu'une telle évolution suppose préalablement des expérimentations et des concertations avec les professions de santé ; mais son principe devrait être acté. Elle pourrait être précédée de la mise en place de systèmes de suivi plus limités (échantillonnages) et plus simples (transmission en temps réel seulement du nombre de décès, de la localisation, *etc.*).

2. Anticiper : les plans locaux de solidarité

S'agissant des effets des chaleurs extrêmes et de la mort par hyperthermie, la prévention repose sur des mesures simples – et qui pour certaines ne consistent pas en gestes médicaux –, telles que l'accès des personnes fragiles à une pièce refroidie durant quelques heures par jour, mais qui impliquent que l'on se soit préalablement organisé.

L'organisation en place en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées laisse à désirer. La Cour des comptes, dans son rapport 2003 sur la sécurité sociale, relève « *l'absence de pilotage de la coordination gérontologique* » et appelle à

¹ Voir document InVS reproduit en annexe.

« clarifier les rôles respectifs des CLIC (centres locaux d'information et de coordination gérontologique), des équipes APA et des réseaux de santé ».

S'organiser, cela signifie diffuser des messages de prévention localement, répertorier par avance les personnes les plus fragiles, recenser dans leur entourage les personnes susceptibles de constituer des réseaux locaux de solidarité, recenser les lieux « frais » où l'on peut les conduire pour récupérer quelques heures en cas de canicule, éventuellement prévoir les conditions d'une meilleure coopération des professions de santé et des travailleurs sociaux en précisant les possibilités pour les premiers de prescrire l'intervention des seconds quand ils rencontrent des situations le justifiant.

Cette organisation ne se conçoit qu'à l'échelon le plus local, celui des communes ou des intercommunalités, qui connaissent de fait déjà les personnes âgées de leur ressort. Il est important, afin d'éviter la dispersion critiqu e par la Cour des comptes, qu'elle soit « chapeautée » par un opérateur au niveau de chaque bassin de vie, qui logiquement pourrait être le CLIC là où il existe.

III.- UN DEFI LANCE AU SYSTEME SANITAIRE ET SOCIAL

Le caractère exceptionnel de la canicule et la méconnaissance du phénomène joints aux carences du système d'alerte et à l'absence d'anticipation ont placé le système sanitaire et social dans une situation particulièrement difficile, ne lui laissant d'autre choix que de réagir dans l'urgence. On peut considérer que l'ensemble de notre système sanitaire a su faire face à cette situation, même si la crise a mis au jour certains dysfonctionnements latents ou déjà connus. Sans nul doute, chacun d'entre nous gardera présentes à l'esprit les images des services d'urgence encombrés par les victimes de la canicule. La mission d'information a eu à cœur, suivant le mandat qui lui avait été confié, de ne pas s'attacher à ces seuls aspects : la crise n'est pas seulement sanitaire mais aussi sociale. Si les établissements médico-sociaux et les services d'aide à domicile se sont trouvés en première ligne, la canicule montre à la fois les difficultés de leur action et la nécessité d'une réponse plus globale de notre société au problème de son vieillissement.

A. UNE CAPACITE AVEREE A FAIRE FACE A L'URGENCE SANITAIRE

Même si toute crise doit conduire à identifier les responsabilités de chaque acteur, il faut être conscient de la tentation existant de désigner à la hâte des boucs émissaires. Les témoignages individuels – et ceux recueillis par la mission n'échappent pas toujours à ce travers – mettent souvent en relief la carence de tel ou tel type d'intervenant au travers d'expériences isolées : sont naturellement mises en avant les défaillances individuelles, particulièrement choquantes dans un tel drame, et non l'accomplissement de leurs obligations par la plupart jugé naturel. La mission d'information a cependant le sentiment que chaque catégorie d'acteurs du système de santé a pleinement joué son rôle dans la limite de ses moyens. Il n'en demeure pas moins que la crise a mis en exergue, notamment par la suractivité brutale du secteur sanitaire, de réels dysfonctionnements et insuffisances.

1. La médecine de ville, une action réelle mais peu visible

Les médecins généralistes ont fait l'objet de vives critiques. Ils auraient été absents, en vacances, ou présents mais n'assurant pas la permanence des soins la nuit et le week-end.

Plusieurs indices, notamment relevés par la mission de l'IGAS dirigée par Françoise Lalande, militent en faveur de cette assertion. Mme Lalande a ainsi souligné devant la mission que : *« de nombreuses informations ont montré que les généralistes avaient manqué dans les services d'accueil des urgences, premièrement parce que ces derniers avaient subi un afflux de consultations non programmées qui les engorgeaient encore plus, deuxièmement parce que les personnes âgées n'avaient jamais ce mot d'accompagnement dont elles sont munies d'habitude et, troisièmement, parce les mêmes services, ainsi que les SAMU et les pompiers, ont été très sollicités pour les certificats de décès (...), la brigade des sapeurs pompiers de Paris (...) reçoit habituellement la plus grande partie de ses appels de la part des médecins généralistes mais, cette fois, ces derniers ont été pratiquement absents. Donc, non seulement il existe*

dans ce domaine une série de témoignages concordants, mais on peut également observer des indices probants. »

La permanence des soins constitue une obligation déontologique d'ailleurs confirmée par les textes réglementaires. Le rappel et la meilleure définition des conditions de cette permanence de soins par les décrets publiés la semaine dernière présentent une indéniable utilité. Toutefois, il convient afin d'en assurer la pleine application d'associer le plus en amont possible le Conseil de l'ordre à la mise en œuvre de la permanence de soins dont Jean-François Mattei a rappelé qu'elle constitue « *un service public* ». La mission estime par ailleurs que les défaillances individuelles doivent être sanctionnées et ne peut qu'approuver les investigations actuellement menées par l'IGAS à la demande du ministre de la santé et par le Conseil national de l'ordre des médecins sur ce point. Toutefois, il lui semble nécessaire, en attendant le résultat de ces enquêtes, de relativiser la critique exprimée quant à l'attitude collective des médecins généralistes pendant la canicule, comme l'a d'ailleurs fait Françoise Lalande soulignant lors de son audition : « *notre propos était beaucoup plus nuancé sur ce point que ce dont la presse a rendu compte* ».

En effet, plusieurs éléments conduisent à atténuer cette critique. Le premier d'entre eux tient à l'engagement des généralistes souligné par certains intervenants, les syndicats de médecins libéraux mais également SOS Médecins, ou encore la mission Lalande qui note qu'« *un certain nombre de médecins généralistes étaient là mais là mais qu'ils avaient été débordés* ». Le nombre de feuilles de soins électroniques transmis par les médecins au mois d'août 2003 comparable à celui des deux mois précédents ne permet pas de corroborer l'assertion d'une désertion des généralistes. De même, on peut douter que les difficultés chroniques rencontrées dans l'organisation de la permanence des soins aient joué un grand rôle dans la canicule puisqu'elles touchent, à la différence de celle-ci, plutôt les zones rurales que les zones urbaines. Il y a là davantage matière à réflexion sur la démographie médicale que sur la permanence des soins elle-même.

Il convient plutôt de réfléchir à la spécificité de la canicule en termes de réponse médicale. La plupart des interlocuteurs souligne la rapidité de la dégradation de l'état des patients, l'absence fréquente de signes avant-coureurs de celle-ci – les personnes âgées n'ayant pas de sensation de soif et ayant traditionnellement plus froid que les sujets plus jeunes – ainsi que la difficulté pour elles de demander du secours, soit du fait de la dégradation rapide mais insensible de leur état de santé, soit du fait de leur état de dépendance ou encore de leur isolement, les trois facteurs étant souvent liés.

De fait, si les médecins généralistes ont traité de nombreux patients pour des symptômes liés à la chaleur, il s'est souvent agi d'enfants, de personnes assez jeunes souffrant d'affections comme des coliques néphrétiques ou de personnes âgées pour lesquelles le traitement – réhydratation, modification des prescriptions médicamenteuses – était simple. Comme le souligne M. Coste, « *la société française fonctionne avec un système de médecine de ville qui soigne l'essentiel de la population, mais qui est comme la partie cachée d'un iceberg* », l'attention portée à ces patients, naturelle, est passée sous silence.

Qu'en est-il des autres, des cas les plus lourds ? Pourquoi le généraliste n'a-t-il pas été impliqué dans leur prise en charge ? Certaines explications sont avancées, comme par exemple une répugnance à demander du secours, notamment dans le

contexte d'un resserrement des conditions de remboursement des visites à domicile ou de façon plus profonde la transformation croissante des urgences en service de consultation de médecine générale. Au-delà de ces facteurs tenant à l'évolution des comportements, le constat est unanime : souvent les personnes étaient décédées ou dans un tel état que ceux qui les découvraient recouraient immédiatement aux services d'urgence. C'est la rapidité de la dégradation de l'état des patients qui explique le plus souvent que le médecin généraliste ait été court-circuité et que les patients aient été hospitalisés sans mot d'accompagnement.

En bref, on n'a pas le sentiment – même si certaines défaillances individuelles sont indéniables – que la profession ait failli à sa mission.

2. Une indéniable capacité d'adaptation des structures d'urgence parvenue à sa limite

Le premier défi posé aux moyens d'intervention lourds (SAMU, SMUR, pompiers) ainsi qu'aux services d'urgence a consisté dans l'identification des pathologies liées à la canicule, notamment celle de l'hyperthermie maligne qui se caractérise par une température très élevée mais ne s'accompagne pas nécessairement d'une déshydratation. Il semble que ces symptômes assimilés dans les premiers temps à une infection aient commencé assez rapidement, vers le 8 août, à donner lieu à un diagnostic correct et à une médication appropriée. On assiste à compter de cette date à une diffusion rapide – quoique sur une base informelle – de protocoles de prise en charge des patients, par exemple à l'initiative du SAMU de Paris en Île-de-France.

Le second défi était d'ordre quantitatif : comment faire face à l'augmentation du nombre de patients ?

Les moyens lourds d'intervention, en dépit d'un très fort accroissement de leur activité entre le 5 et le 15 août, allant jusqu'à son doublement les 7 et 8 août ainsi que les 11, 12 et 13, ont pu faire face aux demandes d'intervention au prix d'une présence accrue des personnels, du report de leurs congés et du retour spontané ou du rappel de certains d'entre eux. On notera que l'ajustement semble avoir été plus facile dans les départements non exclusivement urbains, certains effectifs étant réaffectés des zones rurales moins touchées vers les agglomérations. Cette capacité à prendre les patients en charge explique sans doute en partie que le ministère de l'intérieur n'ait pas été conscient plus rapidement de l'importance de la crise.

Le défi était tout autre pour les services d'accueil d'urgence (SAU) compte tenu des caractéristiques des patients. En effet, outre le nombre de patients en consultation extrêmement élevé, il a fallu gérer l'admission d'un très grand nombre de patients avec un taux d'admission parfois cinq fois plus élevé que la moyenne, soit un nombre de cas graves s'élevant à plusieurs dizaines de personnes par jour. Comment les urgences ont-elles fait face ?

Il convient tout d'abord de rendre hommage à leurs personnels. Multipliant les heures, écourtant leurs temps de repos, repoussant leurs congés, revenant souvent de façon spontanée au fur et à mesure que l'ampleur de la catastrophe apparaissait, les personnels des urgences ont su, dans la pire des crises qu'ils aient rencontrée depuis la guerre, se montrer à la hauteur du drame. Pourtant, on ne peut se réfugier derrière ce

constat pour nier les difficultés rencontrées et le fait que l'on a approché le point de rupture.

La première de ces difficultés n'a guère été évoquée dans le grand public : on ne dira jamais assez à quel point les personnels ont été marqués par le nombre de décès auxquels ils ont été confrontés. Loin de l'image véhiculée par la télévision, la mort n'est pas si fréquente aux urgences. Il semble nécessaire de prévoir les moyens nécessaires au soutien et au suivi psychologique des personnels.

Le deuxième problème rencontré est celui de l'absence de coordination entre les différents SAU. Chacun a dû faire face à peu près seul à la crise, la découvrant isolément au travers de ses propres cas, réinventant dans son coin les mêmes solutions. Ceci explique notamment le décalage dans la mobilisation des différents hôpitaux pour faire face à la crise puisque celle-ci s'étale entre le 8 et le 12 août dans la plupart des établissements. Il semble indispensable de mieux coordonner les différents SAU au sein de réseaux d'urgence.

Un autre dysfonctionnement tient à l'engorgement des services d'urgences. On ne peut leur en imputer la faute. Le service d'urgence n'a pas, par nature, vocation à accueillir des patients de façon durable. La difficulté de trouver un lit dans les autres services de l'hôpital est quasi-structurelle pour les urgences. Cette difficulté chronique a pris au mois d'août une acuité particulière sous l'effet de trois facteurs :

- le nombre exceptionnellement élevé de patients concernés ;
- la fermeture de lits liée à la période estivale qui entraîne en elle-même une réduction de la capacité d'accueil et qui semble en outre avoir été supérieure aux prévisions transmises par les établissements aux ARH en début d'année ;
- le profil des patients concernés, âgés, souffrant souvent de poly-pathologies et fréquemment dépendants.

Cette situation n'a pu être surmontée que par un réflexe de solidarité de l'ensemble de l'hôpital. Les urgentistes ont pu, avec plus ou moins de difficultés, convaincre leur administration et leurs collègues des autres services que leurs demandes de lits ne relevaient pas de l'antienne habituelle mais d'une absolue nécessité. Le déclenchement du plan blanc peut paraître officialiser une situation de fait mais il répond en fait au principe de précaution et permet de faciliter la sortie de la crise ; comme le rappelle le ministre de la santé devant la mission : *« Afin de renforcer les équipes fatiguées, de prévenir une éventuelle recrudescence de la chaleur et d'assurer la prise en charge des hospitalisations non urgentes différées, la généralisation du « plan blanc » est décidée, sous réserve d'une appréciation locale, par les préfets, de la gravité de la situation. »*

La libération des lits nécessaires s'est donc faite de façon informelle entre le 8 et le 12 août mais, sous ce déroulement en apparence évident, les urgences ont traversé une phase particulièrement difficile du 10 au 12 août et les conditions d'accueil voire de traitement des patients en ont certainement souffert. Le rapport Lalande note ainsi : *« Le fait que tous les malades aient été pris en charge grâce à une mobilisation exceptionnelle de la communauté hospitalière ne signifie pas que chaque patient, dans ce contexte, a pu bénéficier de tous les soins qu'il aurait reçus en temps normal. C'est*

évident pour les conditions de confort pendant le séjour souvent très long aux urgences, c'est sans doute vrai pour les soins médicaux plus techniques et pour l'accès aux services de réanimation ».

Peut-on à l'avenir continuer de s'en remettre à des solutions bricolées ?

3. Une réflexion à mener sur l'organisation du système sanitaire

La mission estime que rien ne serait plus préjudiciable que de vouloir revoir tout notre système de santé pour répondre à la catastrophe que nous venons de vivre, de le déstabiliser ainsi sans pour autant nécessairement parer aux crises non identifiées qui pourraient survenir à l'avenir. Par exemple, la mission n'a pas jugé probante l'idée selon laquelle il faudrait réformer les urgences. Pour autant, il semble opportun d'étudier des réponses à quelques-unes des questions récurrentes ou inédites posées par la crise. La canicule a notamment mis en lumière à la fois le vieillissement de notre société, la vulnérabilité particulière des personnes âgées et l'inadaptation partielle de notre système à ces évolutions ainsi qu'aux situations de crise.

Les pistes de réflexion s'articulent autour de trois axes : une politique de prévention des risques spécifiques aux personnes âgées plus active et de formation des personnels à ces questions, une élaboration plus en amont de la réponse du système de santé aux situations de crise, une gestion plus intelligente des capacités hospitalières et une meilleure coordination de celle-ci avec les autres acteurs du système sanitaire.

a) Tenir compte du vieillissement de la population dans les politiques de formation et de prévention

Une réflexion approfondie doit être menée sur la démographie et la formation médicales tant sur un plan global que pour répondre aux besoins spécifiques d'une population dont la moyenne d'âge augmente.

Alors que les personnes âgées nécessitent davantage de soins, le maintien du *numerus clausus* risque d'accroître les trous dans la couverture médicale du territoire comme l'illustrent les difficultés rencontrées dans certaines régions pour organiser la permanence des soins ; une attention particulière doit donc être portée aux effectifs de personnels médicaux mais également paramédicaux en formation initiale. Il est essentiel dans cette formation initiale mais également dans la formation continue des personnels de développer des modules de gériatrie. Les services de gériatrie de ce point de vue devraient porter la bonne parole, répandre les bonnes pratiques, en constituant des unités mobiles. La formation médicale continue des médecins devrait également inclure un tel volet.

Plus encore que la nécessité d'une réponse curative adaptée aux personnes âgées, la canicule a montré l'importance et l'insuffisance d'une politique de prévention. On peut penser que sur le sujet de la canicule, chacun des acteurs de santé sera désormais sensibilisé : la mission n'en recommande pas moins l'élaboration – par exemple sur le modèle de celles élaborées en région PACA – de plaquettes d'information à destination des professionnels de santé (médecins, pharmaciens) mais également des établissements accueillant des personnes âgées, des services de soins à domicile et du grand public ainsi que de campagnes de sensibilisation. Tout cela pourrait être fait sous l'égide de l'INPES ou/et de la CNAV. Le fait qu'un seul décès de

nourrisson lié à la canicule ait été signalé montre le succès que peut avoir une politique d'éducation en la matière. Dans le même esprit, il semble opportun, compte tenu des effets de la canicule sur les personnes poly-médicamentées, de prévoir sur les médicaments concernés (diurétiques, psychotropes), des mises en garde relatives à la chaleur.

De façon plus globale, il semble nécessaire d'inclure dans la politique de santé publique une approche par populations tenant compte des risques propres à certaines catégories, propres à certains publics vulnérables, dont celui des personnes âgées. De même, une réflexion devrait être menée sur l'intégration des personnes âgées dans les procédures d'expérimentation des médicaments avant leur mise sur le marché dès lors qu'ils leur sont principalement destinés afin de cerner au mieux leur éventuelle nocivité.

b) Élaborer le plus en amont possible les réponses du système sanitaire aux situations de crise

Il est nécessaire de mieux définir les conditions de mise en œuvre des dispositifs de crise. La canicule a montré leurs insuffisances : seul un établissement, le centre hospitalier intercommunal de Créteil, a mis en œuvre le plan blanc avant l'intervention du Premier ministre, les autres ont mis en œuvre soit un mini plan blanc à l'instar de l'AP-HP avec son plan d'action chaleur extrême, soit des mesures comparables sans cadre officiel. Il importe de clarifier les conditions de mise en œuvre – éventuellement graduelle, on rappellera par exemple que l'AP-HP n'a pas souhaité recourir au plan blanc et rappeler ses personnels préférant garder cette possibilité au cas où surviendrait un nouvel épisode de canicule après le 15 août – du dispositif, de leur donner pour ce faire une assise législative et d'étendre sous certaines conditions la faculté pour les préfets d'y recourir. Enfin, il semblerait utile de pouvoir y intégrer d'autres acteurs que les seuls hôpitaux publics et d'y associer par exemple les médecins libéraux et les hôpitaux privés.

Relève de la même logique l'élaboration précédemment évoquée de plans locaux de prévention des risques sanitaires climatiques.

c) Gérer au mieux la capacité hospitalière, en tenant notamment compte du vieillissement de la population

De cette préoccupation unanimement partagée découlent trois questions concrètes : faut-il réformer les urgences ? Comment augmenter le nombre de lits disponibles en aval des urgences ? Vers quels services orienter les personnes âgées ?

Les urgences ont-elles répondu à leur mission ? Oui. Comme le relève M. Dominique Sebbe, président du syndicat des urgences hospitalières : « *En cas de pénurie, nous n'avons aucun moyen de limiter les flux entrant dans un service d'urgence. Nous avons compensé cet inconvénient par une grande adaptabilité de nos plannings et une grande disponibilité. Notre organisation est ce qu'elle est, compte tenu des possibilités dont nous disposons. Mais elle est optimisée. A ma connaissance, on n'a d'ailleurs jamais constaté que des services d'urgence fermaient par manque de moyens ou parce qu'on n'avait pas réussi à mobiliser les membres d'une équipe.* »

Plus que d'une réforme – d'ailleurs quasi-permanente – des urgences, la France a besoin d'une meilleure reconnaissance des professionnels qui y exercent – de ce point

de vue, la création d'une filière urgentiste semble une piste à étudier de près tant le métier apparaît spécifique et tant il souffre d'un manque de reconnaissance – et d'une meilleure intégration des urgences dans l'hôpital.

Il existe aujourd'hui – et la canicule l'a montré – un problème de prise en charge des personnes âgées par les urgences : les temps d'attente y sont parfois longs et les personnes âgées sont celles qui attendent le plus longtemps d'être transférées dans un autre service. Même si la thèse de la mise en place d'urgences gériatriques est parfois défendue, elle semble à écarter. L'appui éventuel par des équipes mobiles de gériatrie semble de nature à répondre aux besoins.

La vraie difficulté des urgences, c'est vrai pour tous les publics, réside d'abord dans le manque de lits d'aval. Les urgences sont encombrées parce que l'on ne trouve pas de lits pour accueillir les malades qui devraient en sortir. Cet encombrement retarde également les entrées.

On ne reviendra sur les facteurs ayant aggravé la situation cet été que pour en tirer quelques enseignements : nul ne saurait contester le droit des personnels hospitaliers à prendre des vacances en même temps que le reste des Français, encore convient-il de pouvoir en apprécier et maîtriser les conséquences. La demande du ministre de la Santé de réduire le nombre de fermetures de lits pendant l'été notamment dans les services d'urgence, de réanimation et de maintenir une capacité suffisante de lits d'aval était légitime. Il est logique que la fermeture de lits concerne d'abord les activités programmables, à charge pour les personnels de ces services de venir renforcer les équipes des services maintenus en activité. Cependant, les prévisions transmises, déjà tendues parfois, par exemple 20 % à l'AP-HP, n'ont pas été respectées. Dès lors, au-delà d'une nécessaire enquête interne sur la réalité des fermetures de cet été, il est nécessaire de mettre en place une programmation intelligente et fiable pour les années à venir. Pour ce faire, il est nécessaire de clarifier le rôle de chacun (ARH, AP, directeur d'établissement) dans l'établissement de cette prévision. Le fait que personne ne soit à ce jour en mesure de donner un chiffre fiable sur les fermetures de lits effectives est un signe de la dilution des responsabilités en la matière et de l'absence totale de contrôle.

Au-delà de cette question, il apparaît essentiel de prévoir dans les schémas régionaux d'organisation des soins un développement des lits en moyen et long séjour. La question qui se pose alors pour les personnes âgées est celle du type de services vers lesquels les orienter. Si certains plaident pour un renforcement des lits de gériatrie aiguë, d'autres craignent une « ghettoïsation » des personnes âgées. L'objectif partagé est de soigner au mieux les pathologies en évitant le risque spécifique d'une perte d'autonomie de la personne âgée hospitalisée. Ce dernier risque semble pouvoir être surmonté par une meilleure formation des personnels et une diffusion des bonnes pratiques ; dès lors, les lits de gériatrie aiguë devraient être réservés aux patients poly-pathologiques et présentant un risque manifeste de perte d'autonomie. Le vieillissement de la population plaide pour une approche par pathologies et non par âge qui induirait un remaniement permanent des structures hospitalières.

Enfin, la question de la meilleure gestion des capacités hospitalières ne saurait être abordée sans évoquer la question de la coordination entre l'hôpital public et l'ensemble des autres acteurs. L'entrée à l'hôpital et plus encore la sortie se déroulent mieux lorsque les autres intervenants sont associés. La canicule a montré l'intérêt qu'il y aurait à mieux associer les médecins de ville à la gestion de l'urgence : faute d'avoir

perçu la gravité de la situation, bien des énergies sont restées inutilisées comme le souligne le docteur Brasseur de SOS Médecins : « *Les généralistes étaient présents au mois d'août à Paris, seulement quand ils avaient terminé leur tournée au bout de 12 ou 13 heures de travail, ils ne savaient pas qu'il y avait encore des choses à faire. Si on avait pu avoir la liste du conseil de l'ordre, on aurait très bien pu avoir un peu de renfort pendant trois jours, cela nous suffisait, et cela aurait peut-être permis de maintenir plus de gens en vie.* » Il conviendrait de mettre en place un système de mobilisation de proximité des médecins généralistes sur la base du volontariat en cas de crise sanitaire.

Cette coordination des acteurs est tout aussi essentielle dans la prévention de l'hospitalisation. Chacun gagnerait à un renforcement des liens, notamment entre centres hospitaliers et hôpitaux locaux ainsi qu'entre hôpital et structures médico-sociales et intervenants de l'aide à domicile. Prise en charge sanitaire et prise en charge sociale sont souvent indissociables chez les personnes âgées et la canicule a montré les dangers liés à l'isolement.

B. UNE CRISE AU MOINS AUTANT SOCIALE QUE SANITAIRE

Le fait que tous les corps des victimes de la canicule n'aient pas été réclamés vivement – et à juste titre – heurté les esprits. Les membres de la mission ne sont pas moins étonnés et tout aussi choqués de voir qu'un mois après le drame, on ne sait toujours pas avec précision d'où venaient les milliers de victimes, quel était leur mode vie, quelles étaient leurs fragilités. Cette crise peut être qualifiée comme celle de l'isolement, seul facteur unanimement décrit par l'ensemble des personnes auditionnées.

Jean-François Mattei relevait lors de son audition : « *cette catastrophe (...) a (...) montré combien le délitement du lien social, la solitude, l'isolement ont progressé dans notre société au point que l'on peut aujourd'hui mourir seul, chez soi, sans attirer l'attention de personne.* »

Pour autant, « isolement » n'est pas toujours synonyme d'abandon : nombre d'entre elles vivaient en institutions ; les autres, à domicile, bénéficiaient parfois d'aides à domicile. On doit dès lors s'interroger sur les raisons qui ont conduit à leur décès : est-ce le fruit d'une insuffisance de moyens comme cela est régulièrement avancé ? Qu'en est-il des autres, morts seuls ? Comment les repérer alors même qu'ils n'étaient pas connus des services sociaux ?

1. Un portrait des victimes difficile à dresser

La mission n'a pas été en mesure de dresser un portrait des victimes. On ne sait pas avec précision quelle part d'entre elles vivait à domicile même si les informations accueillies plaident pour un partage à peu près égal entre celles vivant en institutions et celles vivant à domicile. On rappellera qu'il y a en France 10 000 EHPAD et 73 000 places de SSIAD ce qui donne une idée de la diversité des acteurs et des situations. Il serait d'ailleurs judicieux de prévoir un système de diffusion rapide à l'ensemble des établissements utilisable soit par la DGAS soit par la DGS.

De même, on ne sait pas encore quelle était la part de personnes dépendantes même si plusieurs indices donnent à penser qu'elles étaient prépondérantes, notamment

le fait que la CNAV n'ait pas été sollicitée par les associations d'aide à domicile pour l'octroi de crédits relatifs à l'aide aux personnes an grilles GIR 5 et GIR 6, et que plusieurs témoignages aillent plutôt dans ce sens.

Les indications sont en revanche plus nettes sur la répartition géographique des décès : il s'agit d'un drame urbain même s'il est difficile de dire si cela résulte de l'habitat ou comme l'avancent certains d'une plus grande persistance des liens de solidarité à la campagne qu'à la ville.

Plus encore qu'en matière sanitaire, les études épidémiologiques seront de ce point de vue d'une importance essentielle. Il est essentiel que ces études soient réalisées rapidement, quand bien même elles ne porteraient que sur des zones géographiques restreintes. Il va de soi que leurs résultats seront d'une importance déterminante pour les travaux de la commission d'enquête. Pour l'heure, la mission ne peut que se fonder sur des données partielles ou des témoignages concordants.

Un seul trait commun est unanimement et constamment mis en avant : l'isolement de ces personnes. Il ne faut cependant pas verser dans la facilité qui consisterait à culpabiliser les familles. 57 corps non réclamés ne doivent pas faire oublier l'implication de millions de familles dans la prise en charge de leurs personnes âgées. Elle n'a jamais été aussi forte, en temps, en argent, en souffrance également parfois.

L'isolement tient malheureusement pour partie à l'évolution de la démographie et à la modification des structures familiales. Les docteurs Maurice et Brasseur de SOS-Médecins relèvent ainsi : « *On a culpabilisé les Français en disant : « Les Français partent en vacances et laissent leurs parents ». La plupart des vieillards que j'ai vus n'avaient pas de famille, et vivaient seuls suite au décès de leur conjoint. Sans enfants, ils n'ont qu'un lointain neveu ou cousin, qui vit en province mais ne s'en occupe pas. Il faut savoir qu'au mois d'août, la gardienne d'immeuble est souvent en vacances, et sa remplaçante se retrouve avec quatre ou cinq immeubles en charge, et doit sortir les poubelles et distribuer le courrier (...) Pour l'anecdote, on a même vu des gens dont les enfants, âgés de 75 ans, étaient déjà eux-mêmes en maison de retraite. »*

Cet éloignement familial, cet isolement ne signifient pas qu'il y a nécessairement abandon. Il convient de rappeler que nombre des victimes étaient en institutions ou bénéficiaient d'aides à domicile. Alors que s'est-il passé ?

2. Des établissements insuffisamment préparés

Comme l'ensemble des acteurs, les établissements n'étaient pas préparés à affronter la canicule. Les circulaires des 12 juillet 2002 et 27 mai 2003 du secrétaire d'Etat aux personnes âgées mettaient bien en garde les établissements contre les dangers liés à la chaleur et à l'isolement des personnes âgées pendant l'été mais elles ne sauraient être considérées comme une mise en garde suffisante contre une canicule comme celle que nous avons connue. On ne peut que réitérer le souhait de voir diffuser à l'ensemble des établissements des informations sur les dangers liés à la canicule et des protocoles de prise en charge des pensionnaires ainsi qu'une formation à destination des personnels.

Cette impréparation se double d'une fréquente inadéquation de l'architecture des établissements à un phénomène de canicule. En effet, la politique a été d'ouvrir le plus possible les bâtiments au soleil, à la lumière. Si cette optique est compréhensible, elle n'en a pas moins eu des effets désastreux dans le cas présent et il conviendra à l'avenir de revoir les normes architecturales applicables aux établissements.

Deuxième vicissitude de cette architecture, l'absence quasi-générale de climatisation qui, outre une prévention des personnes âgées à son encontre, se heurte également à une certaine défiance des personnels qui voient en elle une source de diffusion d'agents pathogènes. Il est pourtant acquis qu'un séjour de trois à quatre heures par jour dans une pièce climatisée suffit à faire baisser la température du corps et permet d'éviter l'hyperthermie maligne. En conséquence, il semble impératif non de climatiser l'ensemble des établissements mais au moins une pièce dans chacun d'entre eux permettant d'accueillir pendant cette durée tous les pensionnaires par un système de rotation. Outre les crédits nécessaires à cet équipement, il conviendra également de prévoir les crédits liés à sa maintenance et à son fonctionnement. Il convient également que les établissements qui ont, de leur propre initiative, acheté sur leurs crédits des matériels destinés à lutter contre la canicule (climatiseurs, ventilateurs) en soient rapidement remboursés.

La principale difficulté rencontrée par les établissements lors de la crise réside de l'avis unanime dans les tensions sur les effectifs. Les organisations représentatives du personnel mettent en avant la faiblesse du taux d'encadrement. Il convient de nuancer ce critère dont, au demeurant, on ne sait dans quelle mesure il est ou non comparable avec ce qui est pratiqué chez nos voisins : le taux d'encadrement englobe les situations de personnels très divers. Or, le manque de personnels semble avoir posé difficulté essentiellement dans deux types de situations : en cas de forte augmentation des actes de soins (notamment pendant les quelques jours où il a fallu multiplier les perfusions) et la nuit, les deux situations pouvant se cumuler. Il semble prioritaire de renforcer la présence de personnels soignants, en particulier la nuit. Ceci peut passer par un renforcement du taux d'encadrement – qui éviterait un engorgement des urgences hospitalières – mais également par l'habilitation de personnels non soignants à effectuer des actes simples dans certaines circonstances. Bien encadrée, liée à une formation adéquate, une telle mesure permettrait à ces personnels souvent extrêmement dévoués de se placer comme ils ont dû le faire cet été dans une situation juridique irrégulière. Il convient également que l'ensemble des personnels soit rapidement rémunéré pour les heures supplémentaires accomplies et que les établissements reçoivent les crédits nécessaires à la rémunération des personnels remplaçants.

Il paraît également essentiel que les établissements développent un partenariat avec les structures sanitaires : développement de leur médicalisation et politique de conventionnement avec les établissements hospitaliers publics afin de faciliter l'hospitalisation en urgence. Plus fondamental encore, ce partenariat doit permettre des allers et retours entre l'hôpital et l'établissement. La vieillesse ne doit plus être considérée comme une maladie incurable appelant une dégradation constante de l'état du patient

3. Des services d'aide à domicile aux moyens limités

Comme le souligne M. Hermange, directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, « *Quand je dis que l'on n'est pas en tension sur la consommation, cela ne veut pas dire pour autant que tous les besoins d'aide ménagère sont satisfaits. Cela veut dire que les associations et les prestataires, probablement parce qu'ils sont lourdement sollicités, ont aidé en priorité les personnes les plus lourdement dépendantes et qui relèvent de l'APA. Je vous rappelle les difficultés rencontrées par ces prestataires pour trouver du personnel afin de satisfaire les besoins des personnes relevant des GIR 5 et 6.* »

De fait, les services d'aide à domicile confrontés à un manque de personnels au mois d'août comme chaque année ont procédé à un redéploiement de leurs moyens au profit des bénéficiaires les plus vulnérables, notamment les personnes âgées les plus dépendantes. Cette réorientation nécessaire ne saurait dissimuler le fait que cette rupture est mal vécue par les personnes qui en bénéficient le reste de l'année, particulièrement cet été. Mme Danièle Dumas, présidente de l'UNADMR, rappelle ainsi qu'elle aurait voulu apporter à ces personnes non dépendantes « *des passages plus fréquents et du réconfort, parce que – l'on s'en est rendu compte – l'isolement à la campagne ou au quatrième ou cinquième étage d'un immeuble est exactement le même. Ces personnes ont donc besoin de passages fréquents et de conseils répétés, parce qu'elles oublient. Elles ne sont pas dépendantes, mais elles oublient souvent de boire ou de réagir efficacement face à une telle canicule.* »

La difficulté ne tient pas seulement au fait que ces structures travaillent sous enveloppe ; elles l'ont montré cet été en n'hésitant pas devant l'urgence à faire travailler leurs personnels en heures supplémentaires sans s'être préalablement assurées que ces prestations seraient acceptées par les financeurs. Il est d'ailleurs indispensable que les sommes concernées leur soient versées au plus vite par ceux-ci tout comme il est indispensable que les crédits d'aide à domicile nécessaires au retour des victimes de la canicule hospitalisées chez elles soient débloqués d'urgence. Il conviendrait également d'assouplir le système de gestion de ces enveloppes afin que les structures ne se retrouvent pas dans la situation précaire qui est la leur aujourd'hui.

L'autre problème, commun d'ailleurs avec les établissements, est la pénurie de personnels formés et désireux de travailler auprès de personnes âgées. La plus grande attractivité de ces métiers passe d'abord par leur meilleure reconnaissance : il convient de développer un programme de formation au sein des branches concernées, faisant notamment appel à la validation des acquis de l'expérience. Un effort devrait également être accompli en direction des personnels bénévoles.

Ceci renvoie pour partie à la question essentielle posée par la canicule : au travers de la reconnaissance des personnels qui s'occupent des personnes âgées, la question posée à la société est celle du regard qu'elle porte sur celles-ci.

4. Une exigence de solidarité

M. Maurice Bonnet, auditionné par la mission en tant que personnalité qualifiée, a dressé un tableau saisissant de la perception qu'il a de l'attitude de notre société à l'encontre des personnes âgées : « *Dans une société où le jeunisme triomphe en permanence (...) on continue de jeter des regards terribles sur [les personnes*

âgées], en disant qu'elles coûtent. Mais elles ne coûtent rien ! On nous dit que les vieux sont responsables des dépenses de santé. Mais, sur une augmentation de 6 % ou 7 %, l'augmentation des dépenses de santé des vieux ne représente que 1 %. On dit que les vieux sont responsables des accidents de la route, et on va nous imposer une visite pour le permis de conduire. (...) On a créé une couche sociale sur laquelle on jette un regard terrible. Aujourd'hui, on propose de supprimer un jour férié, suscitant un conflit avec des gens qui travaillent et qui ont des ressources parfois inférieures à celle des retraités. (...) Mon inquiétude tient au regard que la société porte sur les vieux. Je pense profondément que si on avait eu un autre regard, on serait peut-être intervenu beaucoup plus à temps, on aurait porté davantage le souci de ce drame. »

Ce tableau nous rappelle à notre devoir de solidarité envers les plus vulnérables : la canicule a mis en relief l'isolement de certaines de nos personnes âgées, pas par mépris ou par indifférence mais simplement parce que les réseaux traditionnels n'ont pas su s'adapter au vieillissement de la population. Les bonnes volontés existent. Ainsi, M. Gentilini, président de la Croix rouge, a rappelé les mesures mises en œuvre par celle-ci cet été et regretté de devoir rappeler que « *la raison d'être de la Croix-Rouge est d'être auxiliaire des pouvoirs publics* ». Il a poursuivi ainsi : « *Je le rappelle souvent – les pouvoirs publics ne s'en sont pas souvenus suffisamment – ils ont à leur disposition la plus grande association caritative de France sans toujours avoir le désir de s'adresser à elle.* ». De même, il devrait être possible de développer un partenariat avec les gardiens d'immeubles en zones urbaines et les facteurs en zones rurales pour que ces professions exercent une mission de veille sociale sur les personnes âgées les plus isolées. Enfin, il faut réfléchir à la possibilité pour les médecins d'établir une ordonnance sociale prescrivant par exemple des heures d'aide à domicile.

Il faut également assurer la mise en place d'un maillage social sur le plan local. L'une des plus grandes surprises – et l'une des raisons majeures – du drame de cet été est la méconnaissance de la situation d'isolement d'un grand nombre de personnes âgées. La mission préconise la mise en place de plans locaux de solidarité : mis en place à l'échelle de l'arrondissement – voire du quartier pour les plus grandes villes –, de la commune ou de la structure intercommunale, ce plan, s'appuyant sur les informations des CCAS, confié à un opérateur qui pourrait par exemple être les CLIC, aurait pour ambition de repérer les personnes âgées les plus vulnérables en raison de leur isolement, de leur état de santé, de leur degré de dépendance ou de leur habitat et permettrait la mise en place de véritables réseaux de solidarité.

A cette déclinaison locale de la solidarité doit faire écho une solidarité nationale assurant un traitement égal sur l'ensemble du territoire. Après vingt ans de débats et de faux-fuyants, l'heure semble venue de mettre en place un financement pérenne de la perte d'autonomie par la sécurité sociale, de ce que l'on appelle parfois le « cinquième risque » (dont la gestion pourrait être confiée à la CNAM ou/et à la CNAV). Il est temps de faire sortir le soutien aux personnes les moins autonomes, personnes âgées en perte d'autonomie mais également personnes handicapés, du champ de la générosité pour les faire entrer dans celui de la solidarité, de transformer des assistés en assurés et de changer ainsi le regard que nous portons sur eux.

LES PISTES DE REFLEXION DE LA MISSION

L'analyse de la crise sanitaire et sociale d'août 2003 débouche sur quelques constats sévères, sévères pour une société qui a détourné son regard de ses personnes âgées et, dans un premier temps, du drame qui survenait, et sévère pour des administrations qui n'ont su ni anticiper, ni alerter rapidement. Elle révèle aussi tout un dispositif sanitaire et social qui a fait face dans l'urgence, mais a été poussé à la limite de ses possibilités.

Décloisonnement, proximité, prévention, anticipation et alerte doivent être les maîtres mots des mesures d'organisation à prendre rapidement pour éviter qu'un drame comparable ne se reproduise.

Au-delà, l'état de notre système sanitaire et social appelle des réponses structurelles dont nous savons qu'elles seront coûteuses. Engager le chantier de ce qu'il est convenu d'appeler le « cinquième risque » paraît donc inévitable.

TRENTE-CINQ PISTES POUR « TIRER LES PREMIERES LEÇONS » DE LA CRISE

Mieux connaître les risques sanitaires environnementaux et les populations qui y sont exposées

1. Conduire les études épidémiologiques nécessaires sur la mortalité liée à la canicule de l'été 2003 pour, en particulier :

- connaître son bilan exact, pour les personnes âgées, mais aussi pour les autres populations potentiellement touchées (enfants, personnes handicapées, travailleurs...);

- identifier et quantifier les facteurs « co-aggravants » des fortes chaleurs, notamment la pollution et la prise de certains médicaments ;

- mesurer l'efficacité réelle des mesures de prévention qui pouvaient exister localement, à Marseille par exemple ;

- analyser et comparer la surmortalité connue dans les différents pays européens exposés à la canicule.

2. A moyen terme, dans l'optique du changement climatique, développer la recherche sur les liens entre climat et santé publique et introduire dans les études sur la santé publique une meilleure prise en compte des « populations » à risque, et pas seulement des pathologies, points qui pourraient utilement être explicitement mentionnés dans les missions de l'InVS telles que définies par la loi.

3. Dans la même optique de prise en compte des populations, préciser à l'article L. 1411-18 du code de la santé publique (créé par le projet de loi relatif à la politique de santé publique) que les programmes de santé publique mis en œuvre par les différents acteurs sanitaires tiennent compte, outre des difficultés particulières des personnes les plus démunies, des spécificités des populations vulnérables, telles que les personnes âgées et en perte d'autonomie.

4. Sur la base des recommandations de la Cour des comptes, modifier la réglementation afin d'obtenir une meilleure prise en compte des personnes âgées (ou handicapées) dans les essais thérapeutiques et études portant sur des médicaments dont elles constituent la cible principale.

Prévenir, anticiper, alerter

Former et informer

5. Conduire régulièrement (en début d'été) des campagnes d'informations préventives sur les conséquences des fortes chaleurs en direction de la population générale et de « populations à risque » ciblées.

6. Élaborer et diffuser des protocoles de prise en charge des personnes âgées en cas de fortes chaleurs à destination des services d'aide à domicile, des établissements d'hébergement (EHPAD), des secouristes et des services d'urgences.

7. Renforcer la formation générale et continue en gériatrie des médecins généralistes, ainsi que celle des autres personnels soignants.

8. Sur la base d'études à mener préalablement, rendre obligatoire l'introduction, dans les notices, de mises en garde sur l'utilisation de certains médicaments (psychotropes et diurétiques notamment) en période de fortes chaleurs.

9. Sur la base des recommandations de la Cour des comptes, modifier la réglementation afin d'imposer que les laboratoires pharmaceutiques prévoient une information spécifique des prescripteurs lorsque la cible d'un médicament est principalement constituée par les personnes âgées (ou handicapées).

Se donner les moyens d'alerter sur les risques et de suivre en temps réel la mortalité

10. Mettre en place rapidement un dispositif d'alerte météo aux « événements extrêmes ». En première analyse, il apparaît que Météo-France, qui a développé un dispositif d'alerte de responsables publics en cas de grands froids, serait bien placé pour instaurer symétriquement un dispositif « canicule » en collaboration avec la DGS et l'InVS.

11. Accélérer le déploiement du dispositif d'alerte des médecins « DGS URGENT ».

12. Instaurer un principe de « signalement sanitaire » en amendant le dispositif proposé dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique, qui doit être élargi aux services de secours et aux pompes funèbres, s'agissant des auteurs de l'alerte, et précisé, s'agissant de l'autorité sanitaire destinataire de l'alerte.

13. Mener une réflexion sur les moyens de se doter d'un système de détection statistique des situations sanitaires « anormales », qui pourrait être fondé sur les comptes-rendus d'activité, préalablement normalisés, d'un échantillon représentatif de services de secours, de SAMU, de services hospitaliers.

14. Afin de disposer d'un suivi en temps réel de la mortalité, poser dans la loi le principe de l'informatisation des certificats de décès, en prévoyant une phase d'expérimentation et des systèmes transitoires.

15. Plus généralement, conduire une réflexion sur l'organisation administrative afin de dépasser les cloisonnements entre administrations sanitaires (direction générale de la santé/direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins/Institut de veille sanitaire/Agence française de sécurité sanitaire environnementale), avec les administrations sociales (direction générale de l'action sanitaire et sociale), entre ministères (Santé/Affaires sociales/Intérieur/Écologie et développement durable).

Anticiper les crises sanitaires

16. Instituer des plans locaux de solidarité face aux risques sanitaires. Ces plans, nécessairement élaborés à l'échelle locale, donc par les maires ou présidents d'établissements publics de coopération intercommunale, seraient mis en œuvre par un opérateur au niveau du bassin de vie ; cet opérateur serait logiquement le centre local de coordination et d'information gérontologique (CLIC). Il s'agirait notamment de diffuser des messages de prévention, de répertorier par avance les personnes les plus fragiles, de recenser dans leur entourage les personnes susceptibles de constituer des réseaux locaux de solidarité, de recenser les lieux « frais » où l'on peut les conduire pour récupérer quelques heures en cas de canicule, éventuellement de prévoir les conditions d'une meilleure coopération des professions de santé et des travailleurs sociaux en précisant les possibilités pour les premiers de prescrire l'intervention des seconds quand ils rencontrent des situations le justifiant. Les plans locaux devront être articulés avec les plans nationaux et régionaux de prévention des risques sanitaires environnementaux prévus dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique.

Répondre aux besoins structurels du système sanitaire et social confronté au vieillissement de la population

Savoir gérer les crises sanitaires

17. Comme M. le ministre de la Santé l'a indiqué devant la mission d'information, donner au « plan blanc » une base légale afin de le rendre opposable à l'ensemble des professionnels de santé (secteur hospitalier privé, médecins libéraux...), sachant que, dans cette hypothèse, cet instrument relèverait des représentants de l'État.

18. À l'échelon régional/départemental, mener une réflexion sur l'articulation entre l'autorité de planification, l'ARH, et celle de gestion des crises, le préfet, et sur l'opportunité d'instaurer un volet « situation de crise » dans les schémas d'organisation sanitaire.

19. Encourager la mise en place d'un service minimum par voie conventionnelle entre représentants des médecins libéraux, SAMU et services des urgences.

20. Mener des études et des expérimentations en vue de l'instauration d'un dossier médical commun « ville-hôpital », accessible par voie informatique, pour les patients âgés.

21. La question des lits d'aval étant centrale, mettre en place, comme M. le ministre de la Santé l'a indiqué devant la mission d'information, des lits de gériatrie aiguë dans l'ensemble des hôpitaux ayant un service d'accueil des urgences, grâce au redéploiement de lits de spécialités excédentaires.

22. Mettre en place, grâce à des redéploiements, des lits de soins de suite et de réadaptation.

23. Réformer le mode de fonctionnement interne des hôpitaux et des cliniques afin d'y promouvoir, par voie contractuelle si possible, une meilleure coordination des services et, en particulier, une programmation mieux coordonnée et mieux respectée des fermetures de lits estivales (à défaut, des mesures réglementaires s'imposeront).

24. Comme M. le ministre de la Santé l'a indiqué devant la mission d'information, instituer une formation spécifique de médecine d'urgence.

25. En concertation avec les organisations syndicales, s'efforcer de rendre plus attractives les régions, comme l'Île-de-France, où les services d'urgences sont en sous-effectif.

26. Mettre en place, à partir des services de gériatrie, des « équipes mobiles » dans une optique de formation et de diffusion des bonnes pratiques.

Le secteur médico-social

27. De manière générale, relever le niveau de formation des personnels des services d'aide à domicile et des EHPAD, afin notamment de renforcer l'attractivité de ces professions.

28. Mettre en œuvre sur crédits publics des programmes de formation des bénévoles associatifs intervenant auprès des personnes âgées, étant entendu que ce que peuvent faire ces bénévoles et ce qui relève nécessairement de professionnels doit avoir été préalablement identifié.

29. En matière d'aide à domicile, débloquer rapidement non seulement les crédits permettant de couvrir les heures supplémentaires effectuées durant l'été, mais

aussi ceux nécessaires à l'accompagnement du retour au domicile des personnes hospitalisées durant la crise.

30. Mettre en œuvre le fonds de modernisation de l'aide à domicile.

31. Développer les lieux d'accueil temporaire, pour assouplir l'antinomie hébergement institutionnel/maintien à domicile.

32. Débloquer rapidement non seulement les crédits permettant de couvrir les dépenses supplémentaires engagées durant l'été par les établissements d'hébergement des personnes âgées, mais aussi ceux nécessaires à l'accompagnement du retour dans ces établissements des personnes hospitalisées durant la crise.

33. Comme M. le ministre de la Santé l'a indiqué devant la mission d'information, inscrire dans la réglementation l'obligation, pour chaque établissement accueillant des personnes âgées (EHPAD), de disposer d'une pièce dotée de la climatisation. La taille de cette pièce devra permettre d'y accueillir par roulement l'ensemble des résidents. Cette obligation doit être accompagnée du financement correspondant. A plus long terme, il convient de réfléchir à une architecture adaptée à la possibilité de fortes chaleurs et au grand âge.

34. Inscrire de même dans la réglementation l'obligation pour les EHPAD d'organiser une permanence de nuit en personnel habilité à dispenser des soins, l'absence trop fréquente de personnel infirmier, alors qu'étaient posées de nombreuses perfusions, ayant été l'un des dysfonctionnements constatés cet été. Cette obligation doit également être accompagnée du financement correspondant.

Le financement

35. Afin d'assurer un financement suffisant et pérenne destiné à prendre en charge les coûts liés à la perte d'autonomie (quel que soit l'âge des personnes concernées) – et en particulier les mesures structurelles comme le renforcement des taux d'encadrement en personnels soignants dans les établissements pour personnes âgées –, engager une concertation nationale en vue de l'instauration d'une nouvelle branche de sécurité sociale, que gèrerait la Caisse nationale d'assurance maladie et/ou celle d'assurance vieillesse.