

Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques  
DREES

SÉRIE  
ÉTUDES

**DOCUMENT  
DE  
TRAVAIL**

Épisode caniculaire et personnes âgées  
Éléments localisés de diagnostic, d'alerte  
et de plan d'urgence  
Synthèse des études réalisées dans les régions  
Île-de-France, Centre, Bourgogne, Auvergne,  
Haute-Normandie et Franche-Comté

Alain Jourdain, Guillaume Gardin, Thomas Frinault  
LAPSS - ENSP

n° 43 – mai 2004

**Nous tenons vivement à remercier les correspondants de chaque DRASS dont la contribution a été décisive pour le bon déroulement de l'étude, en particulier : Marie-Claude DIDIERLAURENT, Marc DI PALMA, Jean FROMAGET, Dominique LECHANTEUR, Pascal LECLERC, René NOBLET, Valérie OLAGNIER.**

**Nous adressons enfin nos remerciements à Denise Bauer et à Georges Gadel pour leur disponibilité et l'attention portée à ce travail.**

## Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>7</b>
<b>I. Rappel des objectifs et de la méthodologie de l'enquête .....</b>	<b>9</b>
1. Le champ couvert par les entretiens.....	9
2. Les profils des personnes interrogées .....	10
<b>II. Présentation comparée des situations régionales .....</b>	<b>11</b>
1. Analyse comparée des informations statistiques caractérisant les six régions étudiées.....	11
1.1 Le profil des six régions.....	11
1.2. Données quantitatives sur les personnes âgées et mortalité dans les six régions.....	13
2. L'environnement ordinaire des acteurs.....	13
2.1. Les interlocuteurs et partenaires habituels .....	14
2.2. Les procédures de coordination les plus connues en cas d'urgence .....	14
2.3. Les pratiques de coopération plus ou moins formalisées en cas d'urgence .....	15
2.4. Les « filières » de prise en charge des personnes âgées.....	15
3. Le récit de la canicule .....	16
3.1. Les chronologies .....	16
3.2. Perturbations des filières de prise en charge.....	17
4. Le ressenti d'une situation particulière ou non .....	18
5. La mobilisation des acteurs et la gestion du phénomène .....	19
5.1. Le processus de mobilisation des acteurs .....	19
5.2. La gestion du phénomène .....	22
<b>III. Les propositions des personnes interrogées.....</b>	<b>25</b>
1. Mesures prises ou envisagées depuis la canicule.....	25
1.1. État de la réflexion depuis la canicule .....	25
1.2. Organisation matérielle.....	29
2. L'alerte et l'urgence.....	31
2.1. Repérage des problèmes, transmission de l'alerte et circulation de l'information .....	31
2.2. Suggestions sur les suites à donner .....	33
3. Autres suggestions .....	36
<b>IV. Les enseignements de l'enquête pour la réalisation de plans locaux.....</b>	<b>41</b>
1. La mobilisation sur un plan d'alerte (Vermeil), avec des professionnels nombreux et dispersés	42
1.1. Des acteurs multiples et spécifiques .....	42
1.2. Une connaissance limitée des plans d'urgences.....	42
1.3. Des modes de coordination pragmatiques et aléatoires .....	42
2. Le déclenchement des plans d'alerte : quel seuil d'alerte pertinent ?.....	43
2.1. Des chronologies différentes.....	43
2.2. Le ressenti d'une situation particulière .....	43
2.3. Quel plan d'alerte proposer ?.....	44
3. La définition de plans d'intervention : pour quelle urgence ? .....	44
3.1. La filière gériatrique .....	44
4. Des propositions issues des entretiens pour enrichir la réalisation de plans .....	45
4.1. Des actions sont en cours .....	45
4.2. Des propositions au sujet de l'alerte .....	46
4.3. Des actions collectives et coordonnées .....	48
4.4. L'exigence d'un programme complémentaire .....	49
<b>V. Conclusion générale .....</b>	<b>51</b>
1. Les impressions générales des interlocuteurs interrogés .....	51
1.1 Un positionnement régional : province versus Île-de-France .....	51
1.2. Une suractivité perçue comme à relativiser .....	51
1.3. Un décalage entre le bilan chiffré et le ressenti des interlocuteurs .....	51
1.4. Des opinions contrastées à l'endroit des différents protagonistes.....	52

2. La réaction des directeurs de DRASS.....	52
2.1. Une crise euphémisée .....	53
2.2. La nécessité d’agir .....	53
3. Quels enseignements ?.....	54
<b>Bibliographie.....</b>	<b>57</b>
<b>Annexe 1 : Valeur des indicateurs sélectionnés .....</b>	<b>59</b>
<b>Annexe 2 : Valeur des indices de chaque indicateur pour les régions.....</b>	<b>60</b>
<b>Annexe 3 : La gestion du phénomène .....</b>	<b>61</b>
<b>Annexe 4 : La grille d’entretien .....</b>	<b>65</b>
<b>Annexe 5 : Définition des crises sanitaires .....</b>	<b>75</b>

Ce rapport de synthèse s'appuie sur les enquêtes régionales réalisées par :

- Pour la Haute-Normandie :
  - o **Annabelle Courseaux**, sociologue, chargé d'étude à l'ORS de Haute-Normandie,
  - o **Luc Dauchet**, épidémiologiste, stagiaire à l'ORS de Haute-Normandie,
  - o **Hervé Villet**, médecin, directeur de l'ORS de Haute-Normandie.
  
- Pour la Franche-Comté :
  - o **Sabrina Dolidzé**, psycho-sociologue, chargé d'étude à l'ORS de Franche-Comté.
  
- Pour l'Île-de-France :
  - o **Sylvie et Gérard Gaillaguet**, consultants au Cabinet Gaillaguet, à Paris.
  
- Pour l'Auvergne et le Centre :
  - o **Thomas Frinault** : politiste, chargé de recherche au LAPSS, à Rennes.
  
- Pour la Bourgogne :
  - o **Guillaume Gardin**, politiste, chargé de recherche au LAPSS, à Rennes.

La coordination des enquêtes a été assurée par **Alain Jourdain**, démographe, enseignant – chercheur au LAPSS / ENSP, à Rennes.

## Introduction

La France a vécu, en août 2003, dans des conditions dramatiques, l'impact des vagues de chaleur sur la santé de la population. Ce n'est pas la première fois depuis trente ans que l'on observe un pic de mortalité : on avait observé pendant l'été 1976 une surmortalité importante. Mais de nombreux phénomènes se sont combinés au cours de l'été dernier pour déboucher sur une crise sanitaire dont on continue de rechercher les déterminants précis.

De nombreux points d'éclaircissement ont été amenés par les principaux rapports parus sur le sujet : l'étude de l'INSERM préparé par Hémon & Jouglu qui donne une première estimation de la surmortalité observée pendant cette période, de même les rapports de l'InVS qui décrivent les caractéristiques de la population touchée. À cela, il convient d'ajouter le rapport parlementaire qui examine la manière dont les services publics ont réagi à cet épisode et différentes publications scientifiques qui sont parues avant cet épisode ou à l'occasion du débat (INED). À cela, on peut ajouter le travail réalisé par les groupes du plan « solidarité vieillesse » sur l'alerte et l'action en cas d'urgence météorologique, ainsi que les nombreuses réunions qui se sont déroulées depuis le mois de septembre dans les services déconcentrés de l'État pour tirer les leçons de cet épisode.

Certaines interrogations ont pu néanmoins demeurer parmi lesquelles celle de la réactivité du système sanitaire et social et des professionnels concernés, qui a toutefois été éclairée par deux rapports de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Pour compléter cette approche et tenir compte de l'avis des professionnels de santé qui sont, en permanence, en contact avec la population âgée fragilisée, une étude spécifique menée au niveau national a été jugée intéressante dans la perspective de l'adaptation *locale* des plans de prévention et d'action qui vont être définis au niveau national à la suite de l'épisode de canicule de l'été.

Il ne s'agit pas, comme certains de nos interlocuteurs ont pu le penser au début de l'entretien, d'une enquête complémentaire sur les responsabilités des uns ou des autres pendant la canicule, mais d'un recueil précis du point de vue des professionnels qui ont été confrontés à cet épisode. Ceux-ci ont été interrogés à titre personnel sur leur expérience professionnelle lors de l'épisode caniculaire et non comme représentant d'une institution. L'attention a porté sur les relations entre les différents interlocuteurs, voire leur absence, les difficultés qui ont pu être éprouvées, davantage que sur le fonctionnement interne des différentes institutions parties prenantes.

L'enquête par entretien a permis de recueillir des éléments sur les thèmes suivants :

- le contexte ordinaire de fonctionnement et les dispositions en cas d'événements imprévus ;
- le déroulement de l'épisode de canicule ;
- les échanges et la mobilisation des partenaires au cours de l'épisode ;
- les facteurs essentiels pour l'élaboration d'un plan d'alerte et d'urgence ;
- les leçons à tirer, les suggestions éventuelles en cas de nouvelle occurrence d'une telle crise.

**Dans une première partie, nous rappelons les objectifs initiaux de l'enquête et nous exposons la méthodologie utilisée (I).**

**Dans une deuxième partie, nous présentons les résultats de la comparaison entre les six régions étudiées, résultats qui suivent pas à pas le développement retenu pour chaque monographie régionale (II).**

**Dans une troisième partie, nous proposons une analyse des plans solidarité vieillesse « en situation » à partir des enseignements de l'enquête (III).**

**Dans une quatrième partie, nous présenterons les suggestions faites par les personnes interrogées (IV)**

**Dans la dernière partie, nous tirons quelques conclusions générales (V).**

# **I. Rappel des objectifs et de la méthodologie de l'enquête**

L'étude avait pour objectifs de :

- mener des études monographiques locales sur la perception des acteurs des événements de la période caniculaire, et sur les relations qu'ils ont entretenues les uns avec les autres,
- apporter des éléments de connaissance pour adapter au niveau local un plan d'alerte et d'action pour pallier les situations de crise régionales,
- fournir à la DREES, mais aussi à chacune des six DRASS, une analyse qualitative comparative des contextes des différentes régions et des moyens préconisés pour y faire face à l'avenir.

Pour ce faire, nous avons retenu une approche qualitative. Des entretiens ont été réalisés auprès des acteurs impliqués lors de l'épisode de canicule, présents dans leurs fonctions entre le 4 et le 13 août. Ces entretiens durent en moyenne une heure, ils sont enregistrés – si l'interviewé est d'accord – pour une réécoute éventuelle par l'interviewer et lui seul.

## ***1. Le champ couvert par les entretiens***

Le champ de questions couvert par les entretiens était le suivant :

- 1- Les partenaires et les collègues habituels des personnes interrogées, leur connaissance des procédures, les modes de coordination.
- 2- Comment s'est déroulé l'épisode de canicule : décrire le cheminement à partir du début de la vague de chaleur jusqu'aux difficultés posées par le retour au domicile ou à l'EHPAD des personnes hospitalisées ou déplacées. Comment qualifier cette période, fut-elle vécue comme une situation particulière ?
- 3- La mobilisation des partenaires au cours de cet épisode de canicule : difficultés ou obstacles au repérage du problème, prise de décision en faveur de mesures spécifiques à la canicule, effet de l'environnement de travail et des ressources humaines au cours de la période ?
- 4- Éléments pour adapter au contexte local un plan d'alerte et d'urgence : quelque chose a-t-il été fait et que proposerait la personne interrogée pour pallier le type de situation qu'elle a vécue et élaborer un plan d'urgence ?

Pour plus de détails, voir la grille de questionnement en annexe.

Les vingt entretiens réalisés dans chacune des six régions étudiées ont permis de rédiger, pour chaque site, une monographie régionale construite autour de deux sortes d'environnement : la capitale de région et un département plus « rural ». Les personnes interrogées ont été désignées par profil socioprofessionnel, elles ont été sélectionnées par les correspondants de l'enquête en DRASS qui ont assuré la prise de rendez-vous et contribué de façon décisive à cette étude.



## 2. Les profils des personnes interrogées

Les profils des personnes interrogées ont été les suivants :

- Établissement hospitalier public : Directeur des soins infirmiers ou Cadre infirmier, Médecin de service d'urgences, Cadre infirmier ou infirmier de service d'urgences, Gériatre ou gérontopsychiatre d'USLD, Psychiatre de liaison, Urgences, Médecin régulateur de SAMU.
- SDIS – Pompiers : Responsable centre d'appels.
- Hôpital local : Directeur, Cadre infirmier, Président de CME.
- Maison de retraite publique : Directeur, Médecin coordonnateur d'EHPAD.
- Maison de retraite privée : Directeur ou infirmier.
- Médecine ambulatoire : Médecin libéral de médecine non programmée – en ville (type SOS-Médecin) ou libéral chargé de l'organisation des gardes – en zone rurale.
- Pharmacie d'officine : Pharmacien.
- Service de maintien à domicile : Infirmier coordonnateur de SSIAD, Aide ménagère, Infirmière libérale.
- CCAS ou CLIC : Assistante sociale, coordinateur.
- Protection sociale : Médecin de la MSA (médecin conseil).
- Conseil général : Directeur de la solidarité et de l'action sociale.
- Élus : Maire ou Maire adjoint chargé des affaires sociales.
- Réseau de gérontologie : Président, coordinateur ou médecin.
- Association d'usagers ou bénévoles: CODERPA, Croix-Rouge, France Alzheimer, Petits Frères des pauvres, Aînés ruraux, etc.

## II. Présentation comparée des situations régionales

La synthèse comparée s'appuie sur les observations récurrentes et les éléments significatifs issus des enquêtes menées dans les régions Auvergne, Île-de-France, Bourgogne, Centre, Franche-Comté et Haute-Normandie.

### *1. Analyse comparée des informations statistiques caractérisant les six régions étudiées*

#### *1.1 Le profil des six régions*

Une analyse des profils régionaux relatifs aux services à destination des personnes âgées s'impose avant de présenter les résultats de l'analyse comparée des six monographies.

Pour ce faire, les indicateurs suivants ont été sélectionnés dans la base de données STATISS :

- Personnes de moins de 75 ans (pour-cent) ;
- Réadaptation fonctionnelle (taux d'équipement en lits et places pour 1 000 habitants) ;
- Équipement global en soins de suite et de réadaptation pour 1 000 habitants ;
- Taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées (lits maison de retraite, de logements foyers et lits d'hébergement temporaires) pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ;
- Taux d'équipement en places de soins à domicile pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (SSIAD, SAPAD) ;
- Taux d'équipement en lits médicalisés (lits de section de cure médicale en maison de retraite et logements foyers, lits de soins de longue durée) pour mille habitants de 75 ans et plus ;
- Médecins généralistes libéraux, densité pour 100.000 habitants ;
- Infirmiers diplômés d'État libéraux densité pour 100.000 habitants ;
- Soins de longue durée : nombre d'équivalent temps plein (médecins et non médicaux) par lit, (SAE 2001) ;
- Maisons de retraite : équivalent temps plein (tout personnel) par lit, (EHPA 1996).

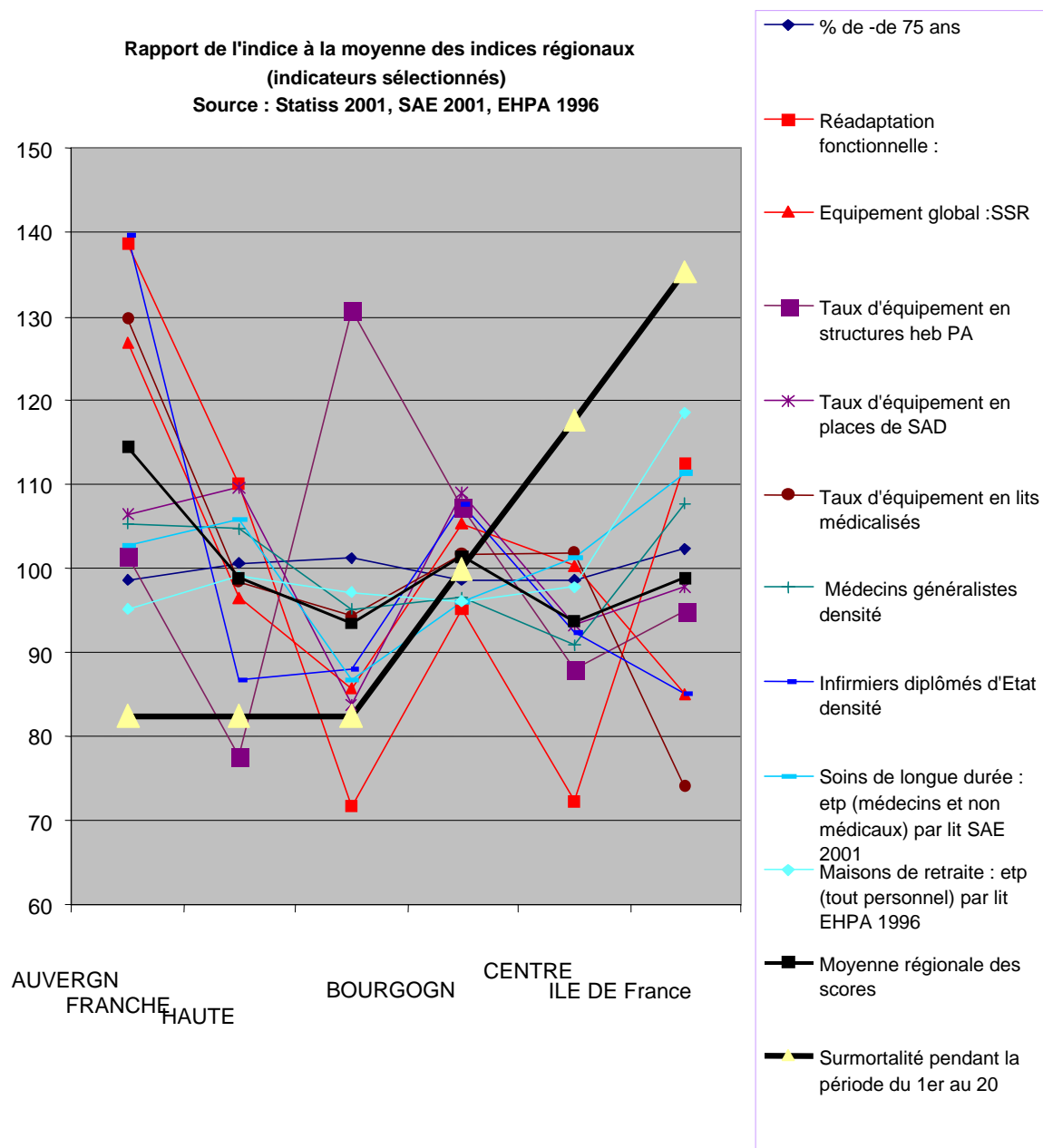
Pour mettre tous les indicateurs à la même échelle et ainsi pouvoir représenter l'ensemble des données sur un même graphique, nous avons calculé un indice « centré » dont la valeur est égale au quotient de la valeur dans la région à la moyenne des indices des six régions. Ainsi, une région qui a la même valeur que la moyenne des six régions aura un indice 100.

Afin de faciliter la lecture des tableaux, nous avons calculé les indicateurs sur la même base intuitive, ainsi les densités en professionnels ou en équipements, qui sont des valeurs « positives » pour la région, peuvent être comparées avec la proportion de population de moins de 75 ans (plutôt que les plus de 75 ans) qui est un avantage pour une région. Dans le même ordre d'idées, le nombre d'équivalents temps plein par lit de long séjour a été retenu comme indicateur, plutôt que le nombre de lits par équivalent temps plein qui est généralement utilisé.

Ces indicateurs ont été résumés par la « moyenne régionale des scores ».

Enfin, nous avons représenté sur le graphique, en traits gras, la surmortalité observée pendant la période du 1<sup>er</sup> au 20 août 2003.

Les résultats sont représentés dans le graphique ci-joint. Les régions ont été réparties sur l'axe des abscisses par valeur croissante de l'indice de surmortalité de façon à repérer une éventuelle relation entre ces caractéristiques régionales et la surmortalité.



Ce graphique appelle quelques remarques :

- L'Auvergne se caractérise par des indicateurs presque tous supérieurs à la moyenne des six régions.
- La Franche-Comté est en situation moyenne, sauf pour le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées où elle est la région la plus déficitaire.

- La Haute-Normandie présente une valeur plus élevée pour le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées, mais des valeurs inférieures pour toutes les autres catégories de services.
- La Bourgogne est en situation atypique avec une grosse concentration des indices autour de la moyenne.
- Les deux autres régions, Centre et Île-de-France sont en dessous des moyennes régionales. Dans le Centre, on observe une concentration de certains indices en dessous de la moyenne, alors que la situation est plus contrastée en Île-de-France : bonne pour le nombre d'équivalent temps plein par lit dans les maisons de retraite, mais franchement plus déficitaire pour le nombre de places de section de cure médicale ou pour la densité en infirmiers diplômés d'État libéraux.

**Pour résumer, nous pouvons dire qu'il n'apparaît pas de manière manifeste des disparités d'équipement particulièrement notables dans les régions étudiées qui seraient susceptibles, à elles seules, d'expliquer les écarts de mortalité relevés.** Les particularités de chacune des régions sont résumées dans le tableau suivant.

	Auvergne	Franche-Comté	Haute-Normandie	Bourgogne	Centre	Île-de-France
Caractéristiques régionales par rapport à la moyenne des six autres régions	Bonne : indicateurs presque tous supérieurs aux moyennes des six régions	Moyenne, mais faible taux d'équipement en structures d'hébergement	Médiocre, mais taux élevé d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées	Moyenne, toutes les valeurs sont concentrées autour de la moyenne	Médiocre Tous les indicateurs sont inférieurs à ceux des autres régions	Médiocre, peu de sections de cure médicale, mais bon ratio etp/lit
Score moyen	114	98	93	101	93	99

## ***1.2. Données quantitatives sur les personnes âgées et mortalité dans les six régions***

Les six régions étudiées représentent 31 % des personnes âgées de 85 ans et plus en France, soit approximativement 250 000 personnes dépendantes (en prenant pour base le chiffre de 796 000 personnes dépendantes en France<sup>1</sup> en supposant le nombre de personnes dépendantes proportionnel à l'effectif de la population de plus de 85 ans).

D'après le rapport Hémon et Jouglu, on a observé 7 465 décès supplémentaires par rapport au nombre attendu dans ces 6 régions, soit 3,29 décès pour 100 personnes dépendantes.

Globalement, peu de professionnels ont été confrontés à une mort inhabituelle de personne « fragile », mais beaucoup ont dû surmonter des conditions de travail particulièrement difficiles au cours de cette période. Ces données quantitatives seront à confronter au ressenti des acteurs, tel que nous allons le présenter dans la suite de cette étude.

## ***2. L'environnement ordinaire des acteurs***

Dans ce chapitre, nous nous intéressons aux collègues et partenaires des personnes interrogées, dans le cadre de leur fonction sur le terrain, en recherchant avec qui ils travaillent en interne ou en externe, et quels établissements, services ou administrations font partie de leur environnement ordinaire. Dans les régions étudiées, on retrouve un certain nombre de récurrences notamment sur la façon dont les acteurs se rapprochent les uns des autres et quelles procédures de mise en relation existent. Plus précisément, on peut établir des constats

<sup>1</sup> COLIN C. avec la collaboration de COUTTON V, « Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacité-dépendance » Drees, *Études et Résultats*, n° 94, décembre 2000.

valables au sein de chaque région étudiée sur la manière dont les acteurs s'organisent en cas de situation d'urgence similaire à celle vécue pendant l'épisode de canicule.

### ***2.1. Les interlocuteurs et partenaires habituels***

À la question « Dans le cadre de vos fonctions sur le terrain, qui sont vos interlocuteurs proches ? Avec qui travaillez-vous d'ordinaire en interne, quelles sont les principales institutions de votre environnement avec lesquelles vous travaillez d'habitude ? », aucun acteur n'est systématiquement désigné comme un interlocuteur incontournable dans aucune des régions étudiées. En outre, plus d'une trentaine d'acteurs du système sanitaire et social sont cités dans chaque région. À titre indicatif, nous présentons ci-dessous la liste classée des « partenaires en externes cités par les professionnels interrogés » en région Centre :

- les institutions : DDASS, préfecture, Conseil général, organismes sociaux (dont CRAM, dont services sociaux), CAF, CCAS, Trésorerie ;
- les établissements sanitaires et sociaux : hôpitaux (dont praticiens hospitaliers), cliniques, EHPAD, maisons de retraite, SAMU, SMUR ;
- les professionnels intervenants à domicile : médecins libéraux, SOS Médecins, infirmiers libéraux, kinésithérapeute, pédicure, Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les Services d'aides aux personnes à domicile (SAPAD)
- divers : CLIC, fournisseurs, associations de lutte contre l'exclusion.

Cette liste définit, dans la région Centre, le réseau des acteurs des plans d'urgence en cas de canicule. Une telle diversité, si elle est le gage d'une bonne palette de services disponibles pour les usagers, risque d'être difficile à mobiliser car on retrouve au moins trois ou quatre types d'acteurs individuels ou collectifs :

- les hôpitaux (sans pouvoir toujours y distinguer un interlocuteur individuel même si les directeurs d'établissements sont très souvent cités),
- les médecins généralistes libéraux,
- les tutelles sanitaires et sociales (DDASS, DRASS, Préfecture, ARH, conseils généraux). Celles-ci sont citées parce qu'elles ont un pouvoir de décision budgétaire et qu'elles représentent l'autorité de contrôle. Dans les discours, elles ne sont pas en effet souvent citées comme des partenaires. Ce qui a eu un effet probable sur le recours aux autorités pendant la crise ;
- les associations sanitaires et sociales intervenant ou non à domicile : parmi elles, sont cités diversement les SSIAD, les services d'aides à domicile, les CLIC, ou encore les réseaux gérontologiques.

En définitive, les acteurs sont nombreux et divers, ils représentent l'ensemble du champ hospitalier, de médecine de ville, du secteur social et les administrations des différents secteurs. Leur mobilisation collective représente, en soi, un véritable problème car il ne semble pas y avoir, en première analyse, d'acteur « charnière » unique.

### ***2.2. Les procédures de coordination les plus connues en cas d'urgence***

La notion de procédures de coordination en cas d'urgence renvoie à peu de chose, elle n'est évoquée que par un faible nombre d'acteurs, lesquels exercent le plus souvent en établissement hospitalier.

Dans toutes les régions, plan Blanc et plan ORSEC sont les procédures de coordination les plus connues. Cela dit, c'est plus à l'existence de ces plans qu'on fait référence qu'à une connaissance des contenus des plans, qui n'ont généralement pas été abordés en entretien. On évoque de façon anecdotique les comités de vigilance en hôpital.

Dans la plupart des régions, les professionnels ont pu se référer aussi aux protocoles internes aux établissements qui existaient notamment par rapport au « risque incendie » ou « au risque inondation ».

### ***2.3. Les pratiques de coopération plus ou moins formalisées en cas d'urgence***

Dans l'ensemble des régions, il apparaît que les pratiques de coopération en cas d'urgence sont plutôt informelles, individualisées et liées aux configurations locales.

Les pratiques qui ont été relevées ne sortent généralement pas du cadre ordinaire de fonctionnement des services mises à part la réunion de crise qui s'organise généralement dans les établissements sanitaires et sociaux, impliquant évidemment la direction avec plus ou moins de personnels issus des différentes catégories (administratifs, soignants, cadres médicaux, techniciens).

- Dans les établissements sanitaires et sociaux, les professionnels de santé communiquent par notes de transmission et dans le cadre de réunions informelles.
- Dans les organisations intervenant à domicile, les informations seront souvent transmises via un cahier de transmission ou encore par l'intermédiaire du dossier porté par le patient.

Dans chaque établissement et chaque organisation, on trouve variablement l'utilisation de listings de coordonnées des acteurs de recours mais la référence aux autorités sanitaires reste peu présente. Les usages du téléphone et du fax dans des situations d'urgence sont privilégiés.

Il apparaît, d'après nombre de personnes interrogées en région, que, selon les configurations locales, l'activation de la coopération des acteurs de santé, lors de situation d'urgence, peut être facilitée principalement par :

- l'existence de réseaux ville-hôpital (au sens large),
- des rencontres régulières pluriprofessionnelles (dans le cadre de formation, de réunions thématiques engageant plusieurs professionnels comme les hospitalisations programmées),
- des relations interpersonnelles suivies.

Pour les personnes interrogées, les réseaux informels sont donc le seul moyen d'une coordination locale en cas d'événement imprévu.

### ***2.4. Les « filières » de prise en charge des personnes âgées***

Il s'agissait de rapporter les éléments qui peuvent poser problème dans les filières de prise en charge des personnes âgées. Nous entendons par « filières », le chemin suivi par les personnes âgées et les différents acteurs rencontrés en cas de prise en charge, avec la notion de soins, notamment à l'hôpital, comme élément central de la prise en charge.

Brièvement, on retiendra :

- l'existence d'une diversité de filières, organisées autour des médecins traitants, assistantes sociales, hébergements collectifs, famille, initiatives individuelles, infirmières libérales... avant d'entrer à l'hôpital,
- que les hospitalisations programmées semblent pas ou peu répandues et que l'existence variable de ces hospitalisations ont souvent pour corollaire une entrée à l'hôpital par les urgences,
- qu'aux urgences, on souligne le déficit et/ou l'absence de compétences gériatriques et parfois d'équipements appropriés à la prise en charge des personnes âgées (Île-de-France, Bourgogne, Centre, Auvergne),
- la référence à l'insuffisance des lits en gériatrie à la suite des services d'urgences et/ou de médecine générale est également prégnante au sein de la plupart des régions étudiées,
- la sortie de l'hôpital (en ce qu'elle pose le problème du suivi du patient vers son domicile ou son hébergement) apparaît problématique dans l'ensemble des régions.

### ***3. Le récit de la canicule***

Le vécu de cette période est très différent selon les acteurs. Schématiquement, on peut opposer ceux pour qui cette période s'est déroulée comme d'ordinaire pendant la période des congés d'été, à ceux pour qui ce fut une période particulièrement difficile. La question de la définition d'un plan d'alerte localisé ne peut être posée correctement sans que l'on sache quel fut le vécu collectif dans les régions, en termes de chronologie des événements telle que les acteurs l'ont vécue, et notamment en lien avec la forme particulière prise par la vague de chaleur dans ce lieu, mais aussi en termes de fonctionnement particulier de la prise en charge des personnes âgées à ce moment-là.

#### ***3.1. Les chronologies***

On constate qu'il n'y a pas de chronologie commune aux acteurs de la région. Tout au plus peut-on repérer entre les différents récits des chronologies locales, généralement limitées aux univers quotidiens de travail de chaque interviewé. On peut considérer que l'activité professionnelle des acteurs (dans le court séjour hospitalier ou dans le secteur médico-social) constitue la variable discriminante permettant d'expliquer la diversité des chronologies.

Par exemple, à l'instar de l'étude menée en Franche-Comté, sur un même site, on a pu percevoir des divergences notables dans le récit des événements.

Quelle que soit la région, tous les enquêteurs ont rencontré des acteurs qui n'ont pas d'événements particuliers à relater si ce n'est la mobilisation du personnel liée à la surcharge de travail induite par la chaleur. On peut noter aussi, dans toutes les régions, l'existence d'un discours orienté sur la fatigabilité des équipes, des personnels en établissements ou intervenant à domicile. Parmi ceux-là, certains évoquent avec insistance les conséquences de la canicule qui ont perduré jusqu'à l'automne 2003 et ce, particulièrement dans les structures d'accueil pour personnes âgées et dans les services intervenant à domicile, de façon plus ou moins contrastée au sein de chaque région.

Cela dit, dans toutes les régions, on trouve des divergences notables dans la structuration des récits entre les chronologies des services d'urgences hospitalières d'une part et les chronologies des professionnels exerçant en EHPAD, en maison de retraite, en services gériatriques, en foyer pour personnes âgées d'autre part.

- De manière générale, les services d'urgences disent avoir connu une augmentation de leur activité de façon plus ou moins aiguë, sur quelques jours, en décrivant des pics plus ou moins réguliers sur une période ramassée située entre le 5/6 et le 13/14 août. Selon les configurations locales, les urgentistes ont vécu cette période avec plus ou moins d'intensité. De même que les SDIS, les médecins régulateurs de SAMU ne confirment pas toujours les chronologies de leurs collègues des services d'urgence en termes de suractivité, notamment en Bourgogne et en Haute-Normandie. Autrement dit, une augmentation de l'activité aux urgences ne signifie pas systématiquement une augmentation perceptible de l'activité du SAMU.
- Au sein des établissements pour personnes âgées, médicalisés ou non, les professionnels font référence à des chronologies étalées de juillet à août voire à l'automne. Il n'empêche que des structures, qui ont été confrontées à une surmortalité concentrée sur quelques jours, font référence à la période caniculaire de la première quinzaine d'août avec plus de précisions notamment en Bourgogne, en Centre et en Île-de-France.

Au travers des récits sur la canicule, le temps pour les acteurs du médico-social apparaît beaucoup plus lent, progressif, étalé tandis que celui des urgences est court, parfois brutal avec un ressenti de pics d'activité voir de mortalité.

Dans les régions Auvergne, Franche-Comté et Haute-Normandie, les récits apparaissent à la mesure de la perception de la gravité de la situation et de la surmortalité, c'est-à-dire pauvres. *A contrario*, en Bourgogne, en Centre, en Île-de-France les événements évoqués en entretien concernent principalement les réactions et/ou les mesures prises par les autorités sanitaires, notamment les DDASS et parfois l'ARH. Les institutionnels (élu, responsable de conseil général, responsable d'association de patients...) eux-mêmes sont assez peu prolixes sauf lorsqu'ils font part des échos du « terrain » pendant la période estivale et des conséquences ultérieures de la canicule.

Ceux qui traitent beaucoup de cas graves (les urgences) ont perçu sur une courte période une situation exceptionnelle de crise, mais ceux qui soignent les mêmes personnes ayant une maladie chronique (EHPA et généralistes) parlent d'une période longue de surcharge, et ne perçoivent pas de crise. Ce simple constat est un argument en faveur d'une procédure d'alerte.

Enfin, tous les acteurs rencontrés, à un moment donné, font référence à une prise de conscience des effets de la canicule par le biais des médias, dont ils situent les informations souvent à la fin de la première quinzaine d'août. Pour eux, la médiatisation des événements est généralement marquante, puisque certains disent vivre la situation décrite par les médias déjà depuis le mois de juillet et ce, quelle que soit la région.

### ***3.2. Perturbations des filières de prise en charge***

Pendant la canicule, d'après les discours recueillis, on peut distinguer deux types de perturbations des filières de prise en charge des personnes âgées :



- Les perturbations subies, dans toutes les régions (sauf en Haute-Normandie) : les problèmes récurrents liés notamment à l'insuffisance de lits et à la sortie de l'hôpital ressortent avec force dans les régions.
- Les perturbations maîtrisées au sein des régions Auvergne et Centre : le choix a été de privilégier l'hospitalisation directe de personnes âgées vivant à domicile plutôt que celles des personnes âgées hébergées en établissement. Les consignes ont été de soigner les personnes âgées sur place dans les « limites de la sécurité sanitaire » (par exemple : les médecins généralistes ont été sollicités pour perfuser à domicile ou en EHPA, l'équipe du SMUR pour perfuser en maison de retraite...). D'ailleurs, certaines maisons de retraites ont formulé après coup le reproche aux établissements de soins de ne pas avoir accédé à des demandes d'hospitalisation. Cela met en évidence que le rapport de force entre les établissements provient de l'absence de régulation locale au bénéfice des cas les plus problématiques.

#### **4. Le ressenti d'une situation particulière ou non**

Le nombre de réponses est rapporté au nombre de personnes interrogées dans chaque région.

Île-de-France	Centre	Bourgogne	Auvergne	Haute-Normandie	Franche-Comté
<i>Nombre de personnes interrogées ayant ressenti une situation différente par rapport à : juillet 2003 :</i>					
9 sur 16	13 sur 20	5 sur 17	7 sur 15	8 sur 21	3 sur 21
<i>Nombre de personnes interrogées ayant ressenti une situation différente par rapport à : l'été 2002 :</i>					
11 sur 16	15 sur 20	7 sur 17	7 sur 15	13 sur 21	5 sur 21

Globalement, une minorité de personnes interrogées a ressenti, en août 2003, une situation différente de celle vécue le mois précédent, c'est-à-dire en juillet dans les régions de Bourgogne, Auvergne, Franche-Comté et Haute-Normandie.

En Centre et en Île-de-France, le nombre de personnes interrogées ayant ressenti une situation différente est légèrement supérieur ou égal à la moitié du nombre de personnes sélectionnées.

- Ce sont surtout les personnels des établissements sanitaires et sociaux qui ont ressenti une situation particulière alors que les professionnels intervenants à domicile n'ont rien ressenti de différent entre le mois d'août 2003 et le mois de juillet 2003, et entre l'été 2003 et l'été 2002, sauf en région parisienne. En Centre et en Île-de-France, des médecins libéraux évoquent tout de même une activité plus importante, notamment ceux intervenant en maison de retraite, voire dans des hôpitaux locaux.
- Les institutionnels évoquent rarement avoir vécu des situations différentes.

Cela dit, les avis ne sont pas aussi tranchés qu'il n'y paraît : si on ne ressent pas de situation particulière, on évoque cependant la durée et l'intensité de la chaleur qui ont été exceptionnelles et qui ont durci les conditions de travail, notamment dans les établissements. Beaucoup de professionnels exerçant en EHPAD ou en maison de retraite disent avoir connu des conditions de travail plus pénibles qu'à l'accoutumée. Dans les hôpitaux, on avoue volontiers, mais de façon contrastée au sein des régions et selon le type de structure, avoir connu une hausse de l'activité en août par rapport au mois creux qu'est habituellement août.

## 5. La mobilisation des acteurs et la gestion du phénomène

Cette étude, contrairement à celles qui ont été réalisées auparavant, n'a pas pour objet d'évaluer le fonctionnement des services ou de montrer quelles sont les causes de la surmortalité. Elle a pour ambition d'identifier, à partir des représentations collectives des acteurs impliqués, quels processus précis se sont mis en œuvre quand un problème de santé publique s'est déclaré. Deux questions principales ont été traitées dans cette partie de l'enquête. Dans la première, il s'agit de savoir si au cours de cette période, les professionnels ont d'emblée fait le lien entre la vague de chaleur et les problèmes de santé publique qu'elle pouvait poser, et s'ils ont pris des dispositions particulières dans leur environnement de travail propre. Dans la seconde, il s'agit, de manière plus générale, d'identifier comment les événements ont été gérés, pendant l'été 2003, par les professionnels que nous avons interrogés, premièrement au sein même de leur institution, deuxièmement avec les autres institutions de soins et, troisièmement, par les autorités compétentes.

### 5.1. Le processus de mobilisation des acteurs

#### 5.1.1. De l'appréciation de la gravité ou non de la situation à la prise de décisions

Île-de-France	Centre	Bourgogne	Auvergne	Haute-Normandie	Franche-Comté
<i>La gravité de la situation exprimée par :</i>					
- 5 personnes sur 16	2 personnes sur 20	5 personnes sur 17 .	1 seule personne sur 15	2 personnes sur 21	5 personnes sur 21

D'abord, une faible minorité parle de gravité de la situation quelle que soit la région. Qui plus est, tous mettent en avant leur professionnalisme qui a permis même, selon certains, d'éviter une « catastrophe ».

Pendant, concernant les facteurs permettant de prendre conscience du phénomène, on a relevé partout une modification du profil des patients aux urgences mais pas nécessairement davantage de patients.

Dans les établissements hospitaliers visités de chaque région, les services d'urgences ont vu l'augmentation du nombre de personnes âgées et, partout, les urgentistes ont eu le sentiment d'avoir été confrontés à des cas de prise en charge plus lourds que d'habitude. Quelle que soit la région, nombreux sont ceux qui ont observé l'aggravation des pathologies des patients pris en charge.

À cela, peuvent s'ajouter des difficultés éprouvées par les personnels hospitaliers à l'enlèvement des corps et à la saturation des morgues, qui ont contribué à la prise de conscience du phénomène dans les établissements visités en Bourgogne, en Auvergne et en Haute-Normandie.

Par ailleurs, les professionnels rencontrés exerçant en SAMU en Île-de-France et en Centre disent avoir une activité totalement anormale pour la période considérée. De fait, le nombre d'appels relativement important enregistré en Île-de-France, en Centre et dans une moindre mesure en Bourgogne, est semblable ou proche au nombre d'appels connu à certaines périodes hivernales de grand froid et/ou de verglas.

Dans certains services gériatriques hospitaliers, en EHPAD et en maison de retraite, qui n'ont pas connu nécessairement de mortalité importante, des régions Centre, Île-de-France, Bourgogne et Auvergne, il semble de façon variable que ce soit l'aggravation de l'état de santé des patients qui a permis une prise de conscience du phénomène. En Franche-Comté et en Haute-Normandie, des difficultés liées à l'hospitalisation ont été relevées comme des facteurs ayant entraînés une prise de décision notamment dans les structures d'hébergement pour personnes âgées.

Dans les établissements hospitaliers, ce sont surtout les médecins et/ou les cadres infirmiers qui semblent d'abord prendre conscience du phénomène. Les responsables d'établissement sont, quant à eux, généralement sollicités par la suite ; des décisions peuvent avoir été prises avant ou après cette étape de transmission « hiérarchique » de l'information. Dans les maisons de retraite, ce sont avant tout les directeurs qui sont en première ligne ou les médecins coordonnateurs quand ils existent.

Enfin, pour ce qui est de la prise de décision, en Auvergne, en Franche-Comté et en Haute-Normandie, on met surtout en avant le caractère non exceptionnel des décisions prises alors qu'on évoque des termes forts désignant des décisions d'urgence « comme cellule de crise » dans les régions de Bourgogne, du Centre et d'Île-de-France (de façon variable selon les sites enquêtés).

Cela dit, le processus décisionnel semble avoir rarement dépassé la direction des établissements en question avant la prise de conscience générale et la médiatisation nationale du phénomène, soit à partir du 11/12 août. Pour le coup, on notera le cas atypique d'un département où un médecin régulateur d'un établissement siège de SAU a prévenu les autorités sanitaires dès le 5 août d'une situation anormale. La DDASS a alors réactivé une cellule de crise (mise en œuvre pour la tempête de 1999) et élaboré un plan d'intervention partagé par un ensemble d'acteurs de santé du département. Cet exemple mérite la réflexion.

#### *5.1.2. L'effet de l'environnement de travail*

Partout, l'effet des congés, pour la plupart des personnes interrogées, n'apparaît pas comme un élément véritablement problématique. Mais ne s'agit-il pas d'une dénégation ? Et comment l'évaluer objectivement ? Quelle que soit la région, on a entendu dire que, dans la plupart des structures d'hébergement de type maison de retraite, les effectifs sont constants. D'après les discours recueillis, le ratio personnel/patient pris en charge reste stable toute l'année.

Cela étant, la grande majorité des acteurs rencontrés évoque la mobilisation des personnels à s'organiser mieux et à donner de leur temps personnel de façon spontanée.

Dans la plupart des établissements hospitaliers visités dans les six régions, on indique ne pas avoir voulu rappeler ou de manière très limitée (comme l'indique l'enquête réalisée en Haute-Normandie) les personnels en congés mais on met en exergue des mesures formelles et informelles, comme le gré à gré entre services, la diminution de ses propres temps de pause, le report de congés qui ont permis d'assurer les prises en charge. En Centre, en Bourgogne, en Auvergne, en Franche-Comté, on rapporte également des éléments concernant une organisation du travail ad hoc entraînant la priorisation de tâche, reléguant souvent, par exemple, le ménage à des périodes plus calmes.

Dans toutes les régions, la fermeture estivale de lits a pu engendrer, selon les professionnels exerçant en hôpital ou en structure d'accueil pour personnes âgées, des difficultés dans la capacité d'accueil des établissements et dans la gestion des personnels concernés par le surcroît d'activité. Sur les lits ouverts, aucune perturbation n'a été déplorée parce que les ratios de personnels par lits sont restés stables. Cela dit, on fait état d'un trop grand nombre de lits fermés pendant l'été 2003. La capacité de lits disponibles ayant été jugée insuffisante pendant la période caniculaire, des lits ont été rouverts.

À cela, s'ajoutent des difficultés de remplacement et/ou de recrutement de personnels soignants de façon récurrente dans toutes les régions.

### *5.1.3. Les facteurs de risque signalés par les professionnels*

#### *L'inadaptation du bâti*

Dans toutes les régions enquêtées, les acteurs interrogés ont fait remarquer les risques supplémentaires liés à l'inadaptation du bâti, notamment une isolation thermique problématique. Les surfaces vitrées, l'absence de climatisation et de ventilation, l'existence de rideaux métalliques, l'absence de rideaux intérieurs ont ainsi été pointées comme facteurs de risques.

#### *L'absence ou le déficit de matériels appropriés*

Le manque de matériel de rafraîchissement et de ventilation a également fait l'objet de remarques (ventilateurs, brumisateurs, climatiseurs portatifs...).

L'absence et/ou le déficit d'installations ou de matériels adaptés à la prise en charge spécifique des personnes âgées (comme le matériel de levage, les lits électriques, les brancards, les boxes des urgences...) font partie des observations récurrentes.

#### *Les polyopathologies, la polymédication, la médication spécifique*

- La prise en charge médicale des personnes âgées apparaît d'autant plus problématique que les personnes sont affectées par plusieurs pathologies.
- Les maisons de retraite sont parfois montrées du doigt par les hospitaliers par rapport à un déficit de vigilance, voire de formation médicale, dans la prise en charge préventive de l'hyperthermie et de la déshydratation.
- La chaleur excessive peut nécessiter l'adaptation de traitements médicamenteux (diurétiques, psychotropes...), qui apparaissent comme des facteurs aggravant.
- Les gériatres, et parfois les urgentistes eux-mêmes, évoquent la difficulté à prendre en charge des personnes âgées affectées par plusieurs pathologies aux urgences notamment quand il n'existe pas de consultations gériatriques mobiles aux urgences.

Les principaux facteurs de risque avérés par les études épidémiologiques semblent aujourd'hui connus des professionnels pris ensemble. Mais il est possible que les lacunes des individus, dans un univers professionnel cloisonné, aient eu des effets tragiques.

#### *5.1.4. Le lien avec les familles et/ou le voisinage*

Dans l'ensemble, les familles apparaissent mobilisées à domicile et surtout en zone rurale. On évoque d'ailleurs souvent la force des réseaux informels de sociabilité et la solidarité qui règne dans les campagnes comme facteur permettant de surveiller les personnes âgées et de prévenir les risques.

En institution, hôpital ou maisons de retraite, les avis sont généralement partagés sur la présence et/ou le lien avec les familles des personnes âgées. Ainsi, dans toutes les régions, l'enquête montre que les familles habituellement présentes dans les services ont été d'autant plus proches pendant l'été. Globalement, dans ces cas-là, on évoque la spontanéité des familles ou des proches à proposer de l'aide aux personnels d'établissements sanitaires et sociaux. *A contrario*, dans certaines structures d'hébergement, on dénonce l'abandon des personnes âgées et le désengagement des familles.

Par ailleurs, la notion d'isolement reste souvent limitée à l'intention des personnes âgées vivant en zone urbaine, et n'ayant pas recours aux services sociaux et/ou à des soins à domicile.

Sur la base de ces appréciations collectives, une majorité de personnes interrogées conteste la culpabilisation des familles et la responsabilité indirecte qu'elles auraient eu dans les décès de leurs proches, parents ou pas. Beaucoup de répondants ont ainsi été indignés du jugement négatif porté par les médias et les responsables politiques sur les familles.

#### *5.2. La gestion du phénomène*

Dans les tableaux situés en annexe 3 (page ..), on peut différencier la gestion du phénomène selon qu'elle se fait en interne à l'établissement ou service, ou en relation avec les établissements en proximité (réseau) ou bien qu'elle est pilotée par les institutions. Le commentaire ci-après a une portée globale et présente des enseignements transversaux à ces trois types de catégories de gestion du phénomène, catégories qui ne sont pas toujours aussi formellement distinguées dans la réalité.

La tendance à gérer la situation en interne dans l'établissement est observée dans toutes les régions.

À la lecture des tableaux présentés en annexe, on observe qu'il n'existe pas ou peu de communication transversale entre acteurs de santé sauf là où elle a l'habitude d'être exercée. Dans toutes les monographies régionales, on relève que les acteurs interrogés mettent en exergue leur professionnalisme pour faire face aux effets de la chaleur et leur autonomie pour prendre les mesures simples, nécessaires au rafraîchissement et à l'hydratation des personnes. D'une manière générale, les mesures ont été prises « frappées au coin du bon sens ».

Dans les régions étudiées, les structures d'accueil pour personnes âgées font souvent part d'une volonté de garder « leurs malades », de maintenir les patients dans leur environnement ordinaire et d'éviter une hospitalisation. Il semble que, dans la plupart des établissements sanitaires et sociaux visités, les mesures prises concernant l'hydratation des personnes, la prévention des hyperthermies ont plus ou moins évolués dans le temps et ont parfois conduit à la réalisation de protocoles de prise en charge de façon ad hoc. Aussi, la question du

renforcement de la médicalisation des structures d'hébergement plutôt que de renforcer les urgences peut se poser.

Par ailleurs, on peut signaler dans plusieurs régions le paradoxe d'un « isolement » exprimé par les établissements et une absence de réflexe d'une communication « avec l'extérieur ».

- Quelle que soit la région, la consultation et l'information des autorités sont loin d'être un réflexe sauf quand le phénomène dépasse les capacités matérielles des établissements, notamment au niveau de la conservation des corps comme on a pu le rapporter en Bourgogne, en Centre et en Haute-Normandie. La situation du médecin régulateur informant la DDASS dans un département de la région Centre est anecdotique au regard de la totalité des informations recueillies. En tout état de cause, le recours aux autorités ne va pas de soi.
- Dans l'ensemble des régions étudiées, la gestion institutionnelle du phénomène intervient quand la mobilisation est nationale, c'est-à-dire grosso modo dans la période du 9 au 12 août avec des variations infrarégionales d'un ou deux jours, sauf dans un département où la DDASS est impliquée quasiment une semaine plus tôt.
- À partir du 12 août, partout des contacts sont établis entre les établissements et les autorités sanitaires. Dans les discours recueillis, ce sont davantage les DDASS en province et plutôt l'ARH en Île-de-France qui sont mentionnées. On retrouve aussi l'idée que les informations diffusées sur les recommandations sanitaires liées aux effets de la chaleur par les institutions sanitaires sont globalement jugées tardives dans les régions Bourgogne, Centre, Auvergne et Haute-Normandie. En Île-de-France, on « juge » de « l'inefficacité » des mesures organisationnelles type plan Blanc mises en œuvre par les autorités.

### III. Les propositions des personnes interrogées

Ce chapitre s'est attaché à recenser différentes mesures prises à la suite ou pendant les événements de l'été, identifier différentes propositions autour du repérage des problèmes de santé publique et de la transmission des informations susceptibles de donner lieu à une alerte, de façon à présenter quelques suggestions vers l'organisation d'un système de gestion de crise régionalisé.

Les informations recueillies sont présentées de manière détaillée (1), elles sont ensuite synthétisées par les auteurs de l'étude de façon à faciliter leur usage pour la réalisation de plans locaux (2).

Chaque tableau présente les éléments régionaux relevés par thème et fait l'objet d'un commentaire général.

#### 1. Mesures prises ou envisagées depuis la canicule

##### 1.1. État de la réflexion depuis la canicule

Tableau 1- Réflexion institutionnelle et collective

RÉGION A	<p>➤ Les personnes que nous avons interrogées ne connaissent pas les réflexions collectives menées par les institutions : par exemple, le PRS autonomie (axe 2 du PRS pour 2003-2007) ou la prévention des risques sanitaires liés aux événements environnementaux exceptionnels (fortes chaleurs, grands froids).</p>
RÉGION B	<p>➤ Même constat que dans la région précédente</p>
RÉGION C	<p>➤ <b> dans un département :</b>  <i>Une personne mentionne une réunion réunissant tous les partenaires, tenue le 19 septembre 2003. Elle a servi de forum d'expression pour dresser un constat. Il en est ressorti un écart entre le ressenti des participants et la réalité des chiffres. Au cours de la réunion, il a beaucoup été question des CLIC et de leur rôle de prévention (identifier les personnes en difficulté).</i></p> <p>➤ <b> dans un autre département :</b>  <b>Dans ce département, certains interlocuteurs nous ont fait part, de manière fragmentée, d'un travail collectif initié par la DDASS, et destiné à informer la construction d'un plan départemental susceptible de répondre aux situations de crise sanitaire liées à des urgences climatiques ou environnementales. Les travaux sont coordonnés par un comité de pilotage réunissant la DDASS, l'administration sociale du Conseil général, les hôpitaux, les organismes sociaux. Les thèmes sont divers.</b></p> <p>➤ Le médecin régulateur évoque l'élaboration et le relais de messages à destination des personnes vulnérables. Un consensus existe sur la nécessité de mettre en place une communication organisée et programmée dont le Comité départemental d'éducation pour la santé aurait la charge (plan annuel de communication). Les messages couvriraient les dangers climatiques pour la santé et la sécurité, la liste des médicaments amplifiant les risques de surmortalité lors d'épisodes climatiques. Les messages seraient validés par le médecin chef du SAMU. Cela entre dans le cadre d'un groupe de travail intitulé « <b>Communication en direction des publics vulnérables</b> ».</p> <p>➤ Un maire d'une commune, mentionne l'existence d'une réflexion portant sur l'identification des personnes vulnérables, et non des seules personnes âgées. Les questions soulevées tiennent aux modalités opérationnelles de mise en place d'un système de vigilance, et de son cadre juridique. Parallèlement, une enquête menée sur les 356 personnes décédées devrait permettre de mieux quantifier et analyser les cas d'isolements géographiques et sociaux, sources de décès. Cette réflexion entre dans le cadre d'un groupe de travail intitulé « <b>Personnes vulnérables à domicile</b> ».</p> <p>➤ Une directrice d'EHPAD mentionne l'existence d'une réflexion sur la protocolisation des établissements. Certains établissements disposent déjà de protocoles très formalisés. Ils seront validés par le SAMU. Cet élément intègre la réflexion</p>

	<p>du groupe baptisé « Personnes vulnérables en établissement en période d'urgence climatique ».</p> <p>➤ Enfin, un acteur signale une réunion s'est tenue au siège d'EDF, le 19 novembre 2003, relative à l'actualisation du plan Electro-Secours. Les problèmes suivants ont été évoqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise à jour de l'arrêté relatif au plan Electro-Secours avec une actualisation des annexes répertoriant les établissements ou activités sensibles aux coupures. La DDASS rappelle que l'alimentation en électricité des maisons de retraite est prioritaire et doit faire l'objet d'une annexe spéciale.</li> <li>• Autonomisation des établissements à travers un équipement temporaire en groupes électrogènes. Cet équipement pourrait être assuré par deux fournisseurs. Autonomisation continue à terme des établissements les plus importants.</li> </ul>
RÉGION D	<p>➤ Certains acteurs commencent à réfléchir à la gestion d'une nouvelle canicule. Seulement, aucun d'entre eux n'a encore formalisé de plan spécifique. Dans les discussions, le sujet de l'alerte est privilégié afin d'appréhender à temps une éventuelle canicule en 2004. La DRASS et les DDASS réfléchissent à ce sujet. En outre, un groupe d'hospitaliers s'est également constitué pour y réfléchir (CHU, Fédération Hospitalière, Centre de soins, municipalité...).</p>
RÉGION E	<p>➤ <i>La réflexion sur l'épisode canicule semble jusqu'à aujourd'hui marginale. Une réunion des tutelles est signalée sans plus de précision. Le manque de retour d'information suite aux données envoyées aux DDASS a également été cité par les responsables des structures d'hébergement.</i></p> <p>➤ <i>Selon des professionnels, aucune réflexion sur les conséquences de la crise et les mesures à prendre ou plus précisément sur le milieu hospitalier n'a été engagée. Certains acteurs rencontrés ont évoqué leur crainte de voir l'épisode de la canicule s'oublier très vite sans qu'aucune décision ou action ne soit entreprise.</i></p> <p>➤ La mise en œuvre, sur le plan communal, d'actions ou le renforcement de réflexions pour faire face aux problèmes futurs similaires est signalée par un professionnel. L'instauration d'un numéro unique personnes âgées (en partenariat avec les CLIC), la multiplication des formations auprès des professionnels ont ainsi été citées (formation sur les signes de l'hyperthermie...).</p>
RÉGION F	<p>➤ Peu ou pas d'information des répondants non institutionnels sur l'avancée de la réflexion des pouvoirs publics, au niveau départemental ou autre. Près de quatre mois après la réunion à l'INVS du 3 septembre, un des participants s'agace de n'avoir eu aucun retour, et craint que « la montagne n'accouche d'une souris ».</p>

➤ La réflexion collective et institutionnelle ne transparait que faiblement à partir de ce travail d'enquête. Un département représente une exception : il s'est distingué lors de l'épisode canicule par une mobilisation en réseau, institutionnelle et précoce. Le contact a ainsi été établi plus tôt avec les protagonistes. Ensuite, ce département est faiblement peuplé, vieillissant et rural. En outre, les protagonistes du champ vieillesse sont souvent en poste depuis longtemps. Ce qui permet une connaissance réciproque et une interaction en moyenne plus intenses que dans les autres départements.

Mais cela ne traduit en aucun cas l'existence et l'importance des réflexions respectives engagées par les institutions. Toutes semblent avoir organisé des réunions, réalisé des enquêtes, mis en place des groupes de travail. Le fait le plus notable est d'abord que peu d'interlocuteurs rencontrés ne mentionnent cette réflexion. Ce qui peut apparaître surprenant dans une région comme l'Île-de-France.



Tableau 2 : Réflexions menées par les personnes interrogées, dans leur établissement ou service

RÉGION A	<p>➤ Revoir les problèmes de bâti, fréquemment cités comme un facteur majeur d'aggravation de l'épisode canicule.</p> <p>➤ La réflexion sur la climatisation semble partout engagée. Les avis sont partagés sur ses bienfaits. Certains mettent en avant les difficultés : problèmes microbiens, surface à climatiser, habitudes des personnes âgées. En attendant, des solutions correctives et classiques sont envisagées. Elles concernent le rafraîchissement conjoncturel des lieux.</p>
RÉGION B	<p>Il est possible de classer l'état de la réflexion en fonction des attaches professionnelles.</p> <p>➤ <b>Professionnels de santé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin de promouvoir dans les établissements de soins et d'hébergement toutes les règles simples de nutrition, d'hygiène et d'hydratation.</li> <li>- réflexion avec les médecins sur l'évaluation régulière de leurs prescriptions.</li> </ul> <p>➤ <b>Maisons de retraite ou petits établissements touchés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Envoyer en formation les cadres de santé « <i>pour mieux appréhender les situations d'urgences sans stress</i> ».</li> <li>- Idée de mise en œuvre de procédures communes entre établissements proches (hôpital et maisons de retraite) pour faire face aux situations de chaleur importante.</li> </ul> <p>➤ <b>Représentants ordinaires et syndicaux des pharmaciens :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation d'un colloque régional en collaboration avec l'université sur le thème « <i>canicule et pharmacie</i> » afin d'identifier l'impact que peut avoir une chaleur excessive sur certaines médications et les précautions à prendre.</li> </ul> <p>➤ <b>les personnels des urgences dans certains établissements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grève (septembre 2003) pour « <i>revendiquer plus de moyens matériels et humains</i> » notamment pour faire face à des situations de crise telles que celle connue pendant l'été aux urgences.</li> </ul> <p>➤ <b>EHPAD adhérents à un réseau gérontologique devenu CLIC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nécessité d'une réflexion sur un « <i>dossier unique pour les patients</i> » de tous les établissements du réseau pour assurer <b>une prise en charge plus efficace lors d'éventuels transferts</b> de patients en cas d'urgence mais surtout pour permettre un <b>partage d'informations claires, précises et comprises de tous</b>.</li> </ul> <p>➤ Dans une municipalité, le projet d'observatoire sanitaire social sur la ville avec une mission de recueil de données sanitaires « territorialisées » a pu être renforcé.</p> <p>Mutualisation des données entre CLIC et associations d'aide à domicile afin de permettre une appréhension globale de la situation des prises en charge des personnes notamment pendant les épisodes d'urgences.</p> <p>➤ Par rapport au bâti des établissements, les remarques sont concentrées sur la mise en œuvre de systèmes de rafraîchissement par climatisation ou bien par ventilation. <b>L'installation de la climatisation fait débat</b> au sein des services. La question de l'emplacement et/ou la diffusion de la climatisation dans les établissements est clairement posée dans bon nombre d'établissements, même ceux n'ayant pas enregistré de surmortalité.</p>
RÉGION C	<p>➤ La question du rafraîchissement des lieux est dans toutes les têtes mais les avis sont très partagés sur l'opportunité de mettre en place des systèmes climatisés. Certains le préconisent sans réserve quand d'autres se montrent plus sceptiques. Mais quelles que soient les préemptions à l'égard de la climatisation, son principe semble partout acquis. Les questions sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La climatisation est-elle un plus, si l'on intègre les problèmes de contagion microbienne ?</li> <li>- Faut-il climatiser une seule pièce ? <b>Si oui, que faire des patients âgés les plus dépendants qui restent dans leurs chambres ?</b> Ensuite, comment régler le problème de sécurité posé par les portes coupe-feu censées être ouvertes en permanence. Tout le monde s'accorde à reconnaître que le rafraîchissement doit être modéré pour éviter un choc thermique. D'autant plus que dans les EPHAD, chacun a pris soin de rappeler la difficulté, y compris cet été, pour que les personnes âgées ne soient pas trop habillées.</li> <li>- Qui financera ? Des doutes existent quant à savoir qui financera. Rien ne semble encore dessiné.</li> </ul> <p>➤ Il semble que les EPHAD aient été sensibilisés au besoin de mieux protocoliser les démarches à suivre lors d'épisodes d'urgence comme celui de la canicule. Il n'y avait jamais eu de situation d'urgence généralisée. La canicule les a sensibilisés.</p>

RÉGION D	<p>➤ Matériellement, certains professionnels des établissements de santé citent l'achat de brumisateurs et de ventilateurs (réapprovisionnement de stocks), d'autres envisagent également d'équiper leurs locaux de climatiseurs. Toutefois, ces mesures restent minoritaires et sont encore sujettes à discussion en ce qui concerne la climatisation, l'intérêt de cet outil n'étant pas reconnu par tous les professionnels. Les structures d'hébergement attendent les réformes pour savoir si elles doivent disposer ou non d'une climatisation.</p> <p>➤ Réflexion sur l'architecture des bâtiments et la dimension matérielle (mettre des volets au lieu de rideaux...). Le bâti pose beaucoup plus de questions notamment pour ceux qui ont des projets architecturaux en cours. Le choix des matériaux est au centre des débats.</p>
RÉGION E	Aucune action citée dans l'enquête
RÉGION F	<p>➤ <i>Anticiper sur de prochaines vagues de chaleur en prévoyant des dispositifs de rafraîchissement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- budget pour des climatiseurs personnels (soins à domicile)</li> <li>- achat de ventilateurs</li> <li>- équipement d'au moins une pièce climatisée utilisable par rotation.</li> </ul> <p>➤ En SAD, organiser <b>plus de passages à domicile</b> par jour.</p> <p>➤ Instaurer <b>plus de connexions sur le terrain</b> entre les intervenants de santé (SSIAD, SAPAD, hôpital, CLIC...), avec une meilleure connaissance de leurs fonctions respectives.</p> <p>➤ Impliquer l'ensemble du personnel de façon plus active dans la préparation à de futurs déclenchement de plan Blanc : <b>simulations</b> régulières impulsées par les équipes elles-mêmes.</p> <p>➤ Si le bâti est perçu comme un facteur de risque important, le scepticisme prévaut quant à la probabilité de modifications. Pour les locaux vétustes, le temps long s'impose. Pour les constructions récentes, le sentiment est qu'il est trop tard pour contrer les options architecturales.</p>

➤ La région B est la région où les réflexions respectives apparaissent les plus nombreuses et les plus diversifiées. Si l'on s'intéresse au niveau général, les deux items récurrents sont en lien avec la question des températures :

➤ Réflexion ou interrogation sur le bâti, en particulier dans les EPHAD, apparu comme un facteur de risque important. Les ajustements nécessaires sont lourds et coûteux. Ce qui explique que les interlocuteurs qui mentionnent le problème sans s'y attarder. La réflexion vaut surtout pour les futures réalisations. Des mesures plus légères sont avancées comme le remplacement de rideaux par des volets.

➤ Mais le rafraîchissement des lieux passe surtout par l'installation de climatiseurs. L'hypothèse est dans toutes les têtes bien qu'elle suscite des interrogations et des doutes sur ses inconvénients (problèmes microbiens), ses modalités (que faut-il climatiser ?), son financement. Malgré certaines préemptions, le principe de la climatisation semble acquis.

- Une certaine demande de protocoles apparaît, mais ne semble pas toujours très motivée.

## 1.2. Organisation matérielle

Tableau 3 : Organisation matérielle au niveau collectif

RÉGION A	<p>➤ Dans un département : octroi d'une rallonge budgétaire de 5.000 euros pour chaque maison de retraite.</p> <p>➤ Dans un autre département : des moyens supplémentaires ont été alloués par la DDASS et l'Assurance maladie, au titre du soin.</p>
RÉGION B	<p>➤ Octroi, à certains endroits de la région, d'un budget à des services comme les SSIAD pour « gérer les conséquences de la canicule ». D'après les institutionnels et quelques professionnels de santé exerçant en ville, quelques services à domicile ont pu avoir aussi plus facilement une augmentation de leur capacité en lits.</p>
RÉGION C	<p>➤ Actions engagées avant la canicule</p> <p>Projet régional de mise en place une filière gériatrique, en lien avec la circulaire ministérielle. Développement souhaité de pôles gériatrique à l'hôpital, et de lits en SSR.</p> <p>Au niveau d'une agglomération, poursuite de la démarche, initiée depuis l'été 2002 par la ville, visant à réunir l'ensemble des partenaires de l'agglomération dans la perspective de mise en place d'un réseau gérontologique. Deux axes de travail ont été ébauchés. Le premier touche aux retours d'hospitalisation avec la mise au point de deux fiches de liaison. La première est médico-sociale et est expérimentée. La seconde est médicale et est travaillée avec l'ordre des médecins.</p> <p>Concernant les mesures matérielles décrétées suite à la canicule, elles sont de trois ordres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'une cellule départementale proposée par la DDASS. Des côtes ont été fixées pour définir les situations d'urgence : en dessous de moins 5 degrés ou au-dessus de 30° en journée et 25 la nuit.</li> <li>• Le schéma gérontologique départemental d'un département, en cours de validation, a ajouté une fiche dite de haute priorité. Celle-ci concerne la création d'un dispositif d'alerte. Un groupe de travail a été mis sur pied et les travaux ne font que débuter.</li> <li>• Un plan d'équipement doit être mis en place pour que chaque établissement dispose d'une pièce climatisée.</li> </ul>
RÉGION D	Aucune action citée dans l'enquête
RÉGION E	Aucune action citée dans l'enquête
RÉGION F	Aucune action citée dans l'enquête

Des éléments ont été signalés dans seulement trois des six régions.

➤ Certains sont communs : octroi non sollicité de moyens supplémentaires aux structures EPHAD ou à domicile ; ouverture facilitée de lits.

➤ Les autres sont spécifiques à la région Centre et concernent différents échelons : communal avec la mise en place d'un réseau gérontologique et départemental (cellule départementale, fiche de haute priorité dans le schéma gérontologique en vue de créer un dispositif d'alerte, plan d'équipement de climatisation des maisons de retraite).

Tableau 4 : Moyens matériels dégagés par les personnes interrogées

RÉGION A	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Recrutement d'un second cadre infirmier dans un EPHAD</li> <li>➤ <i>Recensement dans un hôpital par rapport au bâti de l'USLD, en vue d'entreprendre de futures actions non mentionnées au cours de l'entretien.</i></li> <li>➤ <i>Achat programmé de ventilateurs dans un EPHAD</i></li> <li>➤ Un hôpital est en train de travailler sur le plan Blanc jugé insuffisamment protocolisé.</li> <li>➤ Ouverture accélérée d'une maison médicale dans un hôpital.</li> </ul>
RÉGION B	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dans un établissement siège de SAU, une mesure organisationnelle permettant de « désengorger provisoirement » les urgences est envisagée. Chaque service de l'établissement doit garder un lit chaque nuit pour dégager le service des urgences et répartir l'activité de surveillance de première intention sur l'ensemble de l'établissement.</li> <li>➤ Mesures matérielles en EPHAD <ul style="list-style-type: none"> <li>- Achat dans les EPHAD de matériels de rafraîchissements comme des ventilateurs, de fontaine à eau</li> <li>- Équipement de stores épais et mise en place de rideaux aux fenêtres</li> <li>- Remplacement dans certains établissements de réfrigérateurs défectueux pendant la canicule par du matériel professionnel résistant aux fortes températures.</li> </ul> </li> <li>➤ Dans les projets de rénovation ou de reconstruction prévus avant l'été 2003, il a été noté des modifications spécifiques liées aux températures élevées.</li> </ul>
RÉGION C	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Achat par les maisons de retraite de petit matériel lié au rafraîchissement (ventilateurs, brumisateurs...) avec gestion prévisionnelle des stocks.</li> </ul>
RÉGION D	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En ce qui concerne le "petit matériel" lié à l'hydratation, les établissements sanitaires et sociaux ont acheté du matériel durant la canicule, qu'ils pourront réutiliser le cas échéant : fontaines à eau, ventilateurs, boissons aux goûts variés, draps, congélateurs...</li> </ul>
RÉGION E	Aucune action relevée
RÉGION F	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>En projet</b>, dans un hôpital : <ul style="list-style-type: none"> <li>- aménagement d'un secteur climatisé</li> <li>- commande de 2 machines à glace</li> <li>- acquisition d'un stock de brumisateurs avant l'été</li> <li>- des ventilateurs dans chaque box</li> </ul> </li> <li>➤ Ailleurs, <b>quelques achats</b>, pas toujours jugés judicieux : 2 brumisateurs par service, chers et non rechargeables, là où il était suggéré de se procurer, à budget égal, des vaporisateurs à gâchette comme on en trouve partout à bas prix pour les plantes ou les vitres.</li> </ul>

Le seul élément récurrent de cette rubrique réside dans l'achat de matériel lié au rafraîchissement, observable dans cinq des six régions : ventilateurs, brumisateurs, vaporisateurs, fontaines à eau...

## 2. L'alerte et l'urgence

### 2.1. Repérage des problèmes, transmission de l'alerte et circulation de l'information

Tableau 5 : Opinions exprimées à propos de l'alerte et du repérage des problèmes

RÉGION A	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le manque d'anticipation est regretté par beaucoup, et <b>l'amélioration de la chaîne d'alerte est attendue et souhaitée par beaucoup d'interlocuteurs</b>. Bien que très peu formulent des vœux plus précis. D'ailleurs, un certain nombre se montrent sceptique sur la possibilité d'anticiper une situation comme l'épisode canicule</li> <li>➤ Mise en place d'un <b>outil informatique aux urgences</b> permettant une analyse de la situation et de l'activité, et d'aller rapidement à l'item pertinent. La difficulté est de sortir un message d'alerte, notamment au niveau de la régulation qui est une impression selon un médecin urgentiste. Il faut selon lui situer l'alerte au niveau des urgences.</li> <li>➤ <b>Mieux associer SOS médecins</b>, disposant de bases de données intéressantes, dans la détection et l'alerte. Dupliquer en quelque sorte l'exemple de la grippe et de GROG: expérience avec des « médecins sentinelles ».</li> </ul>
RÉGION B	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'alerte pour pallier des situations d'urgence telle que celles connues au cours de l'été 2003 semblent loin d'être une évidence.</li> <li>➤ La plupart des répondants indiquent que « <i>le meilleur indicateur est le diagnostic médical</i> ». D'après le SDIS et le SAMU, il semble que SOS Médecin serait un interlocuteur intéressant pour repérer le problème. Cela dit, SOS médecin ne dispose pas toujours d'éléments médicaux pour porter un diagnostic sur les patients qui vont être pris en charge à la suite de l'appel.</li> <li>➤ Au sein des établissements, les médecins rencontrés rapportent que les conséquences de la chaleur devraient faire l'objet d'un signalement particulier ou d'une vigilance plus systématique notamment en direction des DDASS.</li> <li>➤ Exploitation rapide des arrivées aux urgences permise par une harmonisation des logiciels informatiques entre les urgences de chaque établissement et le partage des données portant sur l'enregistrement des arrivées des patients. Pourtant, les hospitaliers insistent sur le fait que « <i>le problème en période de canicule</i> » se situe « <i>avant les urgences, en pré-hospitalier</i> ». <i>L'alerte des pouvoirs publics doit donc être donnée par rapport à la situation des personnes à domicile ou en hébergement pour personnes âgées</i> ».</li> <li>➤ Les CLIC et les équipes médico-sociales chargées de l'APA sont présentés comme des acteurs de proximité susceptibles de veiller aux pathologies liées à la chaleur. Ces acteurs pourraient regrouper des données issues des différents services à domicile et en établissements sur les personnes âgées. Ce qui suppose de renforcer les moyens matériels et humains avant qu'une éventuelle mission de veille leur soit confiée.</li> <li>➤ Nécessité d'apprécier les conditions météorologiques et les risques pour les personnes par un praticien à un niveau local. Certains interlocuteurs estiment qu'il faudrait mettre en place un réseau « <i>de médecins sentinelles</i> » à l'image de ce qui peut se faire pour le développement des épidémies de gripes (GROG).</li> </ul>
RÉGION C	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tous les interlocuteurs soulignent un <b>défaut d'anticipation</b> et souhaiteraient disposer d'une meilleure information. La nécessité d'un système gradué est reconnue, mais aucune désignation d'un référent n'est faite. Le seul élément tangible est d'éviter qu'il y ait « trop de pilotes dans l'avion ».</li> <li>➤ En revanche, divers éléments ayant trait à la détection des urgences sont mentionnés : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Fixation de normes climatiques et optimisation du suivi météorologique.</b></li> <li>2. <b>Analyse en temps réel</b> de l'activité des urgences. Cela exige une <b>informatisation en réseau</b> avec mise en place de logiciels capables de détecter des chiffres anormalement élevés.</li> <li>3. Mise en place d'un <b>observatoire de la santé exclusivement dédié aux professionnels.</b></li> </ol> </li> </ul>
RÉGION D	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Développer un <b>système de surveillance avec les services météorologiques</b> (cette information serait surtout destinées aux administrations régionales ou départementales) (cité trois fois).</li> <li>➤ Mise en place d'un <b>système informatisé</b> pour recueillir des informations sur les pathologies identifiées avec enregistrement au jour le jour.</li> <li>➤ <b>Communication régulière de trois types d'informations aux administrations</b> : l'augmentation de l'activité, la tranche d'âge des personnes accueillies et les pathologies de ces mêmes personnes.</li> </ul>

RÉGION E	<p>➤ La majorité des professionnels n'ayant pas perçu l'épisode caniculaire comme une situation locale grave, aucune remarque sur les dispositifs d'alerte n'a été citée. Quelques acteurs ont toutefois évoqué le <b>manque d'anticipation</b> du problème au niveau national, notamment dans les services d'urgences.</p> <p>➤ Selon les professionnels, la faible prévention des conséquences des fortes chaleurs, le difficile repérage des personnes dépendantes et de diffusion de la part des tutelles sont en partie responsables de ce manque d'anticipation.</p> <p>➤ Un système d'alerte reposant sur un réseau de médecins et un recueil d'indicateurs non spécifiques comparables à ce qui se fait pour la grippe (GROG) a également été préconisé par certains mais jugé inapproprié par d'autres.</p>
RÉGION F	<p>➤ La question des indicateurs et des relais (montants et descendants) de l'alerte est jugée d'autant plus cruciale que le fonctionnement désormais « en flux tendu » de pratiquement tout le système de santé implique de « réussir à anticiper ».</p> <p>➤ Détermination de marqueurs d'alerte pertinents</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aux urgences</b> (données informatisées) <ul style="list-style-type: none"> <li>- temps moyen d'attente des patients</li> <li>- moyenne d'âge des patients présents dans la salle et remontée quotidienne à la Direction du nombre de patients de plus de 75 ans aux urgences.</li> </ul> </li> <li>- <b>Pour le SAMU</b>, différents marqueurs sont possibles (simulation de leur effet prédictif opérée avec les moyens du bord sur un département) ; il s'agit de comparatifs avec la médiane des données des années précédentes, après pondération des chiffres toujours plus élevés des WE, et sur la base, estimation à valider, d'un dépassement de 25 %.</li> <li>- <b>Le nombre total d'appels reçus</b> : marqueur simple, disponible en continu à l'écran, qui aurait déclenché une alerte dès le 6 août.</li> <li>- <b>Le nombre d'interventions SMUR sur l'ensemble du département</b> (aurait déclenché une alerte le 7).</li> <li>- <b>Le nombre de décès constatés par les SMUR</b> : aurait déclenché une alerte le 8, mais « quand on en est à compter les morts, c'est qu'il y a eu des dysfonctionnements en amont ».</li> <li>- (D'autres chiffres disponibles sont moins pertinents, tel celui des envois de MG, dont l'activité pendant la crise a peu augmenté, n'étant pas élastique.)</li> <li>- <b>Pour les pharmaciens</b> : Un programme informatique qui permettrait de repérer « d'un simple clic » les patients âgés (par ex. à partir de 80 ans, vivant seuls) qu'on n'a pas vus depuis un temps x (à définir).</li> </ul>

La question du repérage des problèmes et des indicateurs d'alerte donne lieu à une profusion de réponses. Quels sont les éléments significatifs et/ou récurrents ?

Le défaut d'anticipation de l'épisode caniculaire de 2003 est un élément unanimement regretté par les interlocuteurs. Deux éléments distincts peuvent être envisagés :

➤ Optimisation du système de surveillance météorologique. Néanmoins, certains se montrent néanmoins sceptiques sur la possibilité d'anticiper ce type de situation (durée de l'épisode).

➤ Détection d'une situation atypique au niveau des conséquences sanitaires. Les indicateurs peuvent se situer à différents niveaux :

- Dupliquer l'expérience GROG (cité dans trois régions) ;
- Mieux associer SOS médecins (deux régions) ;
- La mise en place d'un système informatisé à l'hôpital pour recueillir quotidiennement des informations sur le profil de population et des pathologies est citée dans quatre régions. L'informatisation peut se faire en réseau afin de détecter des chiffres anormalement élevés sur un territoire défini, et non pour chaque établissement.

La question de l'identification des publics fragiles sera traitée à part et ultérieurement.

Tableau 6 : Opinions exprimées à propos de la transmission de l'alerte et circulation de l'information

RÉGION A	<p>➤ Aucune consigne précise n'est donnée sur la manière d'organiser l'information. Si la nécessité d'un référent est reconnue, aucun nom n'émerge.</p>
RÉGION B	<p>➤ <b>Deux niveaux d'alerte et d'action</b> sont mis en évidence : un niveau local et un niveau national :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Au niveau local</b>, on retrouve la DDASS chargée d'activer les décisions et d'informer de manière adaptée les acteurs de santé tandis que, sur les territoires, s'organise un système de veille.</li> <li>- <b>Au niveau national</b>, le <b>recueil de données</b> doit pouvoir permettre de caractériser l'urgence dans sa globalité tandis que la population est informée des risques encourus et des conduites à tenir.</li> </ul> <p>➤ Les DDASS, voire la DRASS, doivent donner l'alerte précocement sans attendre l'aval « <i>du niveau national</i> ». Mais localement, les répondants souhaitent voir s'améliorer l'articulation entre DDASS et Conseil général dans la gestion de l'urgence. La crédibilité des autorités sanitaires dans le retour d'information apparaît comme une condition sine qua none pour bon nombre de répondants.</p> <p>➤ Pour deux médecins gériatres, <b>il faut raccourcir les chaînes de recueil d'information</b>. Il apparaît que l'InVS pourrait être un correspondant direct par courrier électronique ou/et par fax avec les établissements de santé, les maisons de retraites. Cela dit, les buts doivent être clairement exprimés et la réflexion adoptée doit être large.</p>
RÉGION C	Aucune action relevée
RÉGION D	<p>➤ Développer un <b>système d'information destiné aux familles</b> : Informations à communiquer par le biais des médias pour déterminer les gestes utiles à effectuer en cas de chaleur extrême, destinées aux familles et aux personnes âgées (cité quatre fois) Informer localement de l'existence de certaines structures et préciser leur rôle.</p>
RÉGION E	➤ <i>Créer une cellule départementale canicule sur le modèle des cellules médico-psychologiques.</i>
RÉGION F	<p>➤ <i>Mieux utiliser les structures de coordination existantes comme les CLIC :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ne serait-ce qu'en les <b>popularisant</b> plus (augmenter de 30 % les moyens de communication) ;</li> <li>- et en les aidant mieux à <b>recenser et comparer</b> les situations ;</li> <li>- pour réfléchir ensemble à un dispositif de prévention, avec les équipes de développement local, les bailleurs sociaux, les relais de terrain.</li> </ul> <p>➤ <i>Pour mieux relayer l'information préventive en direction du public et le responsabiliser :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informations urbaines par panneaux lumineux, ou par affichage en vitrine des pharmacies (du type de l'info sur les champignons non comestibles).</li> <li>- Pharmaciens dépositaires de livrets d'aide d'urgence sur les conditions climatiques extrêmes (comment hydrater / comment réchauffer ; qui appeler...).</li> <li>- Un numéro Canicule spécifique (équivalent du Numéro Vert concernant les SDF).</li> </ul>

Les réponses étant toutes spécifiques et différentes, il convient de se référer au tableau ci-dessus.

## 2.2. Suggestions sur les suites à donner

Tableau 7 : Opinion exprimée sur l'hypothèse d'un plan d'urgence

RÉGION A	<p>➤ Si l'anticipation est souhaitée, elle n'emporte pas nécessairement la mise en place d'une gestion collective spécifique. Pour beaucoup, la réponse à une situation comme cet été ne relève pas d'une organisation <i>ad hoc</i>, mais peut être prévenue avec des actions structurelles et permanentes. Si les choses fonctionnaient bien en temps normal, la nécessité d'une réponse ponctuelle serait marginale.</p> <p>➤ Il faut veiller à <b>ne pas banaliser le plan d'urgence</b>, avec le risque d'avoir désormais des réactions disproportionnées</p>
RÉGION B	➤ Si des mesures peuvent être envisagées, elles ne le sont pas nécessairement sous la forme d'un plan d'urgence dont l'utilité n'apparaît pas d'emblée évidente. Le plan ne pourra pas fonctionner efficacement sans la mise en œuvre préalable de mesures structurelles.
RÉGION C	➤ Si l'alerte est considérée comme une nécessité, la grande majorité des interlocuteurs n'ont pas d'attente précise et formalisée à propos des suites à donner à l'alerte en termes de gestion collective de la situation d'urgence. Davantage, un certain scepticisme s'exprime à l'endroit d'une réponse <i>ad hoc</i> que constituerait un plan. La première leçon à tirer de l'épisode caniculaire renvoie davantage aux actions structurelles et quotidiennes. La réponse souhaitable, dans le champ médico-social, s'inscrit d'abord dans une action

	<p>quotidienne et permanente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La réponse doit d'abord être gérée en amont, et régulée, autant que possible, selon des procédures de droit commun.</li> <li>➤ Par prolongement, l'activation d'un plan d'urgence comme le plan Blanc ne doit pas être banalisée.</li> <li>➤ Dans l'optique d'une organisation <i>ad hoc</i>, le souhait est que les pouvoirs publics ne mettent pas sur pied une usine à gaz, et laissent place à l'expérimentation locale. Besoin d'une bonne réactivité.</li> <li>➤ Selon un professionnel de la filière urgences, il faut <b>adapter le plan Blanc</b> pour pouvoir ouvrir, en situation de crise, une unité spécifique faisant face à l'afflux de victimes relevant d'une même pathologie, avec procédures de rappel et de mutualisation du personnel soignant à l'échelon départemental. Avoir une gestion en temps réel par le SAMU des lits d'hospitalisation au niveau départemental.</li> </ul>
RÉGION D	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Opposition majoritaire à la mise en place d'un dispositif administratif</b> développé en cas de canicule (de type plan ou circulaire). Scepticisme quant aux bienfaits concrets que pourraient apporter une telle mesure, perçue comme une parade affichée qui ne résout rien. Face aux difficultés structurelles, le plan apparaît dérisoire. Croyance dans les moyens humains développés au niveau local.</li> <li>➤ Les interlocuteurs, minoritaires, favorables à la mise en place d'une procédure administrative, insistent sur la nécessité de <b>l'adapter aux particularités locales</b>.</li> </ul>
RÉGION E	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>L'intérêt d'un plan local d'urgence n'a globalement pas été perçu auprès des professionnels rencontrés, exception faite d'un intervenant à domicile (mis au centre des médecins, développement d'un réseau ville hôpital).</i></li> <li>➤ Globalement, la majorité des acteurs ne perçoit pas l'utilité d'un plan et insiste sur le fait que l'épisode de canicule est un phénomène révélateur des problèmes structurels que connaît la santé publique depuis de nombreuses années. En particulier, le manque de moyens notamment en personnel.</li> </ul>
RÉGION F	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dans l'ensemble, les répondants ont du mal à s'abstraire d'un relationnel plutôt cloisonné pour concevoir un système global. On a tendance à imaginer au mieux des « initiatives bicéphales ». Ceux qui raisonnent sous un angle plus large voient bien les difficultés à résoudre : par ex., quelle région témoin choisir pour identifier le départ d'une situation de crise ?</li> </ul>

Si une meilleure anticipation est partout souhaitée, elle n'emporte pas nécessairement la mise en place d'une gestion collective spécifique. Cette rubrique est peut-être celle où s'exprime la plus grande convergence de vues entre les six régions. C'est aussi la plus paradoxale : suffit-il d'alerter les établissements pour qu'ils apportent une réponse adéquate à l'ensemble de la population ?

La grande majorité des interlocuteurs n'a pas d'attente précise et formalisée à propos des suites à donner à l'alerte en termes de gestion collective de la situation d'urgence. Davantage, un certain scepticisme s'exprime à l'endroit d'une réponse *ad hoc* que constituerait un plan. La première leçon à tirer de l'épisode caniculaire renvoie davantage, de leur point de vue, aux actions structurelles et quotidiennes. La réponse souhaitable, dans le champ médico-social, s'inscrit d'abord dans une action quotidienne et permanente.

La réponse doit d'abord être gérée en amont, et régulée, autant que possible, selon des procédures de droit commun. Par prolongement, l'activation d'un plan d'urgence comme le plan Blanc ne doit pas être banalisée.

Ensuite, si des plans doivent se mettre en place, leur efficacité est conditionnée par l'existence de mesures parallèles. Sinon, il ne sert à rien d'énoncer des préconisations qui ne pourront pas être opérationnelles dans l'état actuel des choses.



Enfin, les plans ne doivent pas prendre une forme standard mais s'adapter aux particularités locales, et laisser la place aux expérimentations.

Tableau 8 : Opinion sur les éléments de prévention et d'action utiles pour la gestion des événements

RÉGION A	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Répondre au problème d'information sur les conséquences de traitements médicamenteux. Adapter les traitements, notamment les diurétiques. Pour un médecin d'USLD, l'arrêt doit être apprécié au cas par cas.</li> </ul>
RÉGION B	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dans les épisodes d'affluence aux urgences, disposer de <b>relais des médecins généralistes</b> du secteur pour retarder des hospitalisations non graves.</li> <li>➤ Suite à l'alerte, <b>mise en place d'équipes</b> constituées de médecins, d'infirmières et d'aides soignantes pour renforcer ponctuellement les équipes permanentes en milieu hospitalier.</li> <li>➤ Dans les maisons de retraite, l'idée de <b>faire intervenir des bénévoles</b>, comme la Croix-Rouge ou le Secours catholique, pour faire boire les malades a été abordée avec les personnels en cas d'urgence.</li> <li>➤ L'adaptation culinaire des prises en charges sur les périodes de l'année les plus chaudes fait ainsi partie des mesures envisagées à long terme au sein des hôpitaux.</li> </ul>
RÉGION C	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Augmenter les capacités d'accueil</b> en cas de besoin au sein des hôpitaux. Cela peut passer, selon un médecin urgentiste, par la mise en place d'une <b>prévision pour risque</b> en milieu hospitalier pour payer des heures supplémentaires en nombre suffisant.</li> <li>➤ Mobilisation des lits en cliniques, curieusement absentes de l'épisode canicule.</li> <li>➤ Limiter la charge administrative : Les directeurs d'EPHAD, et <i>a fortiori</i> ceux des hôpitaux, demandent à ne pas être trop fortement sollicités, en situation de crise, par les institutions pour leur fournir des statistiques.</li> <li>➤ <b>Adapter la médication en période de fortes chaleurs, apparus comme facteur premier de mortalité. Il faut aussi adapter les régimes sans sel, facteurs de déséquilibre ionique.</b></li> </ul>
RÉGION D	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mise en place d'un système de visibilité des lits disponibles d'une institution à une autre dans une perspective de mutualisation des moyens. L'une des difficultés est de s'assurer que les lits inoccupés "à l'écran" le soient réellement. Et inversement.</li> <li>➤ Avoir un numéro vert pour joindre les administratifs 24h/24 en cas de crise, pour obtenir des moyens supplémentaires (moyens humains et matériels).</li> </ul>
RÉGION E	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Actions préventives</i></li> <li>- <i>Développer des lits de réserve en cas de situation particulière.</i></li> <li>- <i>Mettre en place un personnel mobilisable dans les établissements hospitaliers durant les mois d'été.</i></li> </ul>
RÉGION F	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Il est difficile d'imaginer un système autre que <b>coordonné entre public et privé</b>, c'est-à-dire où le secteur privé resterait libre de toute obligation de répondre à l'urgence alors même qu'il disposerait des moyens (en lits, en compétences...) pour aider à y faire face.</li> </ul>

Les réponses apparaissent le plus souvent spécifiques. Seuls deux éléments sont ici cités deux fois : le premier tient au besoin d'adapter les traitements médicamenteux, et en particulier les traitements diurétiques. Cela transparait en Auvergne et dans le Centre, mais aussi en Bourgogne (rubrique « État de la réflexion ») ; le second élément, crucial en période d'urgence, mais aussi délicat, réside dans l'intégration des cliniques à une réponse collective. Notamment en termes de capacité d'accueil et de traitement.

Pour le reste, se référer aux réponses du tableau 8.

### 3. Autres suggestions

Tableau 9 : Propositions quant à l'identification des personnes fragiles

RÉGION A	Aucun élément relevé
RÉGION B	➤ Le recensement des personnes par catégorie de population sur le territoire poserait le problème, chez les intervenants professionnels au domicile, de l'intrusion dans la vie privée.
RÉGION C	<p>➤ Activer un <b>travail de vigilance</b> sur les populations identifiées comme susceptibles de souffrir des conditions climatiques. Cette perspective requiert, dès à présent, de développer un travail de veille, d'identification et de détection des situations problématiques.</p> <p>➤ Sur la <b>désignation des responsables</b>, le débat est ouvert :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- action de prévention en appelant à une solidarité resserrée et à la vigilance de tous</li> <li>- les mairies, comme maillon naturel</li> <li>- le CLIC devrait pouvoir jouer un rôle plus important en termes d'informations et de consignes, à condition de développer ses ressources.</li> </ul> <p>➤ La désignation du responsable semble relever de la <b>délibération locale</b>, pour tenir compte des différences territoriales.</p> <p>➤ La création d'un listing de personnes fragilisées fait débat par rapport au problème du <b>respect de la liberté individuelle et aux capacités d'organisation</b>.</p>
RÉGION D	➤ Développer une <b>meilleure connaissance des personnes âgées au niveau local</b> . Au niveau local, certains organismes ont des données importantes sur la vie des personnes âgées qui ne sont généralement pas exploitées : les CCAS et les associations (AMAD/ADMR). Il faut mieux les exploiter et renforcer leur potentiel d'observation.
RÉGION E	<p>➤ <i>Débat sur la possibilité de repérer des personnes âgées dépendantes ou fragiles afin de mieux leur venir en aide.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certains voient dans ce listing une solution éventuelle (repérage effectué par le biais des mairies, des CLIC ou bien d'EDF-GDF dans le cas de personnes dialysées et sous respirateurs).</li> <li>- D'autres s'y opposent. Cela nécessiterait un suivi très lourd qu'aucune structure actuelle ne peut réaliser. En outre, de nombreuses personnes âgées dépendantes ne veulent pas être aidées.</li> </ul> <p>➤ Certains professionnels évoquent la possibilité d'utiliser l'outil Internet afin de réaliser des enquêtes rapides auprès des médecins, d'alerter ces derniers en cas de situation particulière.</p>
RÉGION F	<p>➤ <b>Mieux détecter et suivre les personnes à risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une surveillance par quartier ou arrondissement, effectuée par des équipes sociales</li> <li>- un travail de terrain appuyé sur des acteurs naturels de proximité : <ul style="list-style-type: none"> <li>concierge, facteur, éboueur</li> <li>commerçants fréquentés au quotidien (boulangers...)</li> <li>pharmacien de quartier, aisément secondé par l'informatique</li> </ul> </li> </ul> <p>Des remarques s'expriment quant à la nécessité d'un <b>respect de la liberté individuelle</b> des personnes âgées.</p>

Le travail préventif d'identification des personnes vulnérables à domicile, afin d'activer une surveillance durant des épisodes climatiques exceptionnels, semble s'imposer dans la plupart des régions. Si le principe est acquis, deux questions font débat.

La première tient à la désignation des protagonistes. Plusieurs réponses sont envisagées avec le souci de l'échelon de proximité. Les acteurs désignés sont les bénévoles, les associations d'aide à domicile, les mairies et les CLIC.

La seconde question soulevée est celle du respect de la liberté individuelle. Jusqu'où la délivrance d'information n'est-elle pas une intrusion dans la vie privée ? Ensuite, jusqu'où faut-il faire pression pour qu'une personne vulnérable ait recours à des services. Et a-t-on les

moyens d'entrer en contact avec une population aussi nombreuse, dont on ne connaît pas précisément le profil épidémiologique ?

Dans deux régions, A et C, il a été plusieurs fois fait mention d'une médicalisation insuffisante des maisons de retraite. Notamment à partir du soir où des établissements dits médicalisés n'ont plus aucune infirmière lors des nuits. La médicalisation passe par un renforcement du personnel, mais aussi une systématisation des médecins coordonnateurs.

Il semble que l'œil médical ait fait défaut cet été. Surtout dans une détection plus précoce des états de fatigue.

Tableau 10 : Remarques faites par les personnes interrogées sur les ressources humaines

RÉGION A	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Augmenter les ratios de personnel en EPHAD;</li> <li>➤ Éviter de "boucher les trous" avec du personnel non qualifié;</li> <li>➤ Répondre au déficit d'offre de soins pour les SSIAD.</li> </ul>
RÉGION B	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Renforcement nécessaire des professionnels des champs sanitaires et sociaux intervenant à domicile en nombre et en moyens.</li> </ul>
RÉGION C	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pour beaucoup, la canicule a mis en avant le <b>manque de moyens humains</b>. Ce qui a notamment pu être collectivement vérifié dans un département à la réunion du 19 septembre. Les réponses peuvent concerner la période estivale, notamment pour les hôpitaux et la fermeture des lits.</li> <li>➤ Dans les EPHAD, ce manque de personnel est accentué par une <b>mauvaise équation entre la charge réelle de travail et les dotations budgétaires</b> liées au GMP : <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'outil AGIR ne reflète qu'imparfaitement la charge de travail ;</li> <li>- les évaluateurs ont tendance à sous-pondérer les variables discriminantes, ne mesurant pas bien l'importance de leur impact sur la dotation budgétaire de l'établissement.</li> </ul> </li> <li>➤ À domicile, le déficit le plus criant relève du nombre de places disponibles dans les Services de soins infirmiers à domicile. Les deux listes d'attente citées comportent environ 30 à 40 dossiers.</li> </ul>
RÉGION D	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les professionnels des établissements sanitaires et sociaux soulignent tous les difficultés liées au manque de personnel et plus généralement au manque de moyens alloués à leur structure. Selon certains d'entre eux, l'amélioration du système passe avant tout par la nécessité de faire fonctionner correctement l'existant.</li> </ul>
RÉGION E	<i>Aucun élément relevé</i>
RÉGION F	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Redonner au système de santé les moyens de fonctionnement indispensables.</li> <li>➤ Accorder, dans ce système, une place plus équitable à la filière gériatrique.</li> </ul>

Le manque de personnel est une critique récurrente et commune à l'ensemble des catégories d'intervenants professionnels. Critique déjà ancienne, la canicule lui aurait donné un surplus de légitimité. C'est aussi la raison pour laquelle les interlocuteurs évoquent le plus souvent un déficit permanent, ou chronique de personnel durant l'été, davantage qu'ils n'isolent le problème de la canicule.

Le déficit de personnel concerne les différents lieux : à domicile, le déficit le plus marqué concerne les SSIAD dont les listes d'attente ne cessent de s'allonger. Les déficits concernent ensuite les maisons de retraite dont les ratios sont insuffisants. Ils concernent enfin l'hôpital, et notamment les urgences de plus en plus sollicitées. Les déficits peuvent être plus ponctuels et liés à des périodes de congés.

Enfin, le problème de personnel est redoublé par une difficulté à recruter du personnel « adéquat » lors d'épisodes comme celui de l'été 2003.

Tableau 11 : Propositions sur la formation et la qualification

RÉGION A	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Un guide des bonnes pratiques est jugé utile. Notamment pour les personnels non soignants mobilisés durant les situations d'urgence.</li> <li>➤ Plusieurs médecins jugent que le travail d'hydratation en maison de retraite doit être impérativement amélioré.</li> <li>➤ Débat sur la nécessité de sondes gastriques en EPHAD.</li> <li>➤ Professionnaliser les CLIC</li> </ul>
RÉGION B	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La formation des professionnels de santé et l'éducation des personnes sont les thèmes assez récurrents dans le discours des personnes. Les gériatres insistent sur la formation de l'ensemble des professionnels de santé sur la gérontologie. Les services administratifs, hospitaliers ou non, devraient être sensibilisés aux problématiques gérontologiques tandis qu'une information au public devrait être poursuivie au niveau national sur les effets de la chaleur sur l'organisme et les conduites à tenir en cas de chaleur excessive.</li> </ul>
RÉGION C	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Optimiser les réflexes professionnels : Mise en place des petits guides médicalement validés et codifiant les bonnes pratiques. Cette option est jugée d'autant plus nécessaire car les situations d'urgence mobilisent des personnels non soignants.</i></li> <li>➤ <i>Nécessité de développer des grilles pour évaluer l'hydratation.</i></li> </ul>
RÉGION D	<b>Aucun élément relevé</b>
RÉGION E	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Investir davantage dans la prévention et la formation afin d'anticiper les situations et de développer des systèmes d'alerte.</i></li> <li>➤ <i>Trouver des solutions pour les aspects matériels semble réalisable mais pas sans personnel qualifié. Développer le personnel intérimaire qualifié ou disposer d'un groupe de remplaçants toute l'année est souhaité vivement par des professionnels hospitaliers pour faire face à un événement non prévu. Des mesures au niveau de la valorisation des professionnels sont souhaitables et prioritaires sur des mesures matérielles comme l'achat de climatiseurs.</i></li> </ul>
RÉGION F	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mieux former les urgentistes à la prise en charge de la personne âgée.</li> </ul>

L'optimisation des gestes professionnels semble être un leitmotiv récurrent.

➤ Cela peut renvoyer à un débat plus général sur la nécessité de faire de la gériatrie/gérontologie, un champ à part entière, reconnu et vers lesquels affluent des moyens. Ce qui pose la question de la revalorisation statutaire.

➤ Cela peut coïncider plus simplement avec le développement de formations en lien avec les épisodes climatiques exceptionnels.

➤ Enfin, cela peut reposer sur l'élaboration de guides de bonnes pratiques ou protocoles, mobilisables en cas de besoin, notamment pour des personnels non soignants.

Tableau 12 : Propositions sur l'organisation des soins : urgences, filières et coordination

RÉGION A	<p>➤ <i>Renforcer le lien ville/hôpital</i> : la participation des médecins libéraux à l'activité de régulation peut participer à la réduction du fossé entre les deux médecines.</p> <p>➤ <i>Nécessité de recentrer les urgences sur leur métier</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rétablissement de la permanence des soins;</li> <li>- Systématisation des maisons médicales. Le débat sur leur emplacement (hôpital ou extérieur) est posé.</li> </ul>
RÉGION B	<p>➤ Les professionnels de ville et les intervenants à domicile, ainsi que les institutionnels disent la nécessité de revoir le <b>positionnement des urgences dans la prise en charge des patients</b>. L'idée d'une consultation par un médecin généraliste (installé dans les locaux des urgences) qui filtrerait les entrées spontanées des personnes a été émise par deux personnes rencontrées.</p>
RÉGION C	<p>Les professionnels du domicile souhaitent mieux articuler leur travail avec les médecins généralistes</p> <p>Plus généralement, il convient de développer l'interconnaissance entre professionnels. Il ne sert à rien, selon un directeur d'hôpital, que l'État préconise ou décrète des actions transversales. L'important réside dans le fait de créer les conditions de faisabilité à travers un tissu réel d'interconnaissance. Celui-ci fait gagner un temps précieux lors d'épisodes d'urgence ou de crise. Pour créer en amont ce tissu de connaissance, il faut alors éviter la taille trop importante.</p> <p>Les questions de la permanence des soins et de la garde sont posées. Les hospitaliers y semblent particulièrement sensibles. Revenir sur le choix « malheureux » de la diminution du nombre de visites. Il est de plus en plus difficile, pour les urgences, d'avoir une disponibilité sur les plages non programmées.</p> <p><i>Concernant spécifiquement les personnes âgées, les urgences doivent s'adapter :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aménagement matériel des urgences : adapter les box à l'image des box de pédiatrie, les brancards...</li> <li>- Création d'une cellule gériatrique aux urgences, restant sous son autorité mais pouvant accueillir les praticiens de l'hôpital. Les gériatres devraient être davantage mobilisés aux urgences.</li> </ul>
Région D	<p>Revoir le fonctionnement interne des services des urgences :</p> <p>Traitement des "semi-urgences" par la médecine ambulatoire;</p> <p>Mieux concilier hospitalisation programmée et hospitalisation d'urgence.</p>
Région E	<p>Améliorer la filière gériatrique en développant les réseaux ville-hôpital, en redéfinissant le rôle de chaque professionnel, en soutenant financièrement les Comités locaux d'information et de coordination et en reconnaissant financièrement le temps de concertation de chaque professionnel.</p> <p>Mettre en place des structures tampons entre la médecine de ville et les services des urgences.</p> <p><i>Résolution des problèmes des personnes âgées tombées à leur domicile, et n'entrant dans aucune des fonctions des pompiers, ni du SAMU.</i></p>
Région F	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Aucune action citée dans l'enquête</i></li> </ul>

Si l'on devait retenir les discours les plus significatifs, du point de vue de la récurrence, la priorité est de recentrer les urgences sur leur cœur de métier : l'urgence. Cela implique de les désengorger des semi-urgences de plus en plus nombreuses en résolvant la question de l'aval après traitement de l'urgence. Cette perspective interpelle la question du lien ville / hôpital. Trois chantiers ressortent comme prioritaires :

- Mieux concilier hospitalisation programmée et hospitalisation d'urgence ;
- Rétablir de fait la permanence de soins et la garde ;
- Systématiser les maisons médicales en réfléchissant à leur emplacement géographique idéal.

Deux autres chantiers, spécifiques aux personnes âgées, peuvent être signalés :

- Aménager des box gériatriques aux urgences ;
- Doter la coordination des moyens de fonctionner (CLIC, rémunération des temps de concertation).

## IV. Les enseignements de l'enquête pour la réalisation de plans locaux

Les résultats de notre étude peuvent éclairer, interroger et enrichir différentes propositions du plan solidarité vieillesse.

Nous nous intéresserons, dans ce chapitre, en premier lieu à la mobilisation des préfets et ARH sur un plan d'alerte (Vermeil) dans un contexte où :

- interviennent des professionnels nombreux et dispersés ;
- une situation où la notion d'alerte n'apparaît pas clairement ;
- où l'urgence de la situation est diversement appréciée.

Parmi les informations recueillies, nous avons retenu les plus pertinentes, susceptibles de donner lieu à des recommandations. Les résultats exposés ci-après sont une retranscription des informations recueillies au cours des entretiens, à partir des grandes orientations de l'opinion des professionnels. Ces informations reflètent l'état d'esprit des interviewés, elles sont organisées autour de questions relatives aux futurs plans d'urgence. Aujourd'hui, ces plans n'existent pas mais des propositions ayant été faites par le gouvernement, nous les utiliserons pour structurer le plan de cette partie. Le contenu de ce chapitre n'engage évidemment pas le point de vue des rédacteurs de l'étude, mais il reflète les interrogations et opinions les plus fréquemment exprimées avec l'insistance la plus forte pour les professionnels interrogés.

### LES DISPOSITIONS PROPOSÉES POUR UN PLAN SOLIDARITÉ VIEILLESSE PAR RAPPORT À L'URGENCE

- 1) L'alerte doit reposer sur un partenariat avec les autorités sanitaires (et avec Météo France en cas d'alerte climatique)
- 2) Le déclenchement et l'organisation du plan d'alerte (plan Vermeil) sont les suivants :
  - a. les ministres chargés de la santé et des personnes âgées mobiliseront tout ou partie des préfets de département et des directeurs d'ARH,
  - b. le département constitue le niveau d'élaboration et de mise en œuvre du plan (sanitaire et social), sous l'autorité du préfet et président du Conseil général et ARH,
  - c. le niveau communal application concrète et de coordination local.
- 3) Le repérage et le suivi à domicile des personnes âgées fragiles en situation d'isolement se feront, il faudra pour cela connaître ces personnes âgées isolées et mobiliser les relais de proximité.
- 4) La mise en place des plans Bleus dans les institutions accueillant des personnes âgées permettra de prévoir une organisation de l'établissement pour toute situation de crise sanitaire.

## ***1. La mobilisation sur un plan d'alerte (Vermeil), avec des professionnels nombreux et dispersés***

Les opinions exprimées :

- Une multitude d'acteurs concernés. Les plus cités sont l'hôpital, les EHPAD, les médecins libéraux, l'administration ;
- Peu de procédures de coordination sont connues : plans Blancs, ORSEC, protocoles incendie et inondation ;
- Des pratiques de coopération pendant l'été qui s'avèrent informelles, individualisées, locales (réunion de crise, cahiers de transmission...).

### ***1.1. Des acteurs multiples et spécifiques***

La multiplicité et la diversité des protagonistes sont une particularité du champ gérontologique. Un « plan canicule », destiné aux professionnels, ne peut l'ignorer. La principale difficulté tient à ce que cette diversité est bien supérieure à ce que l'on observe habituellement dans les services de soins de santé. Ce qui explique probablement la difficulté de réagir à l'alerte. Les Conseils généraux font, par exemple, partie de la liste des acteurs qui comptent. Or, peu d'entre eux semblent s'être sentis concernés par l'épisode de chaleur extrême. Et l'on peut penser que de nombreuses personnes du secteur médico-social ont réagi de même.

### ***1.2. Une connaissance limitée des plans d'urgences***

En dehors des établissements, les acteurs de santé n'ont pas connaissance de procédures d'urgence collective. Quant aux professionnels exerçant dans des structures collectives (en hôpital, en EHPAD), ils citent des exemples de plans d'urgence : les plans ORSEC et les plans Blancs reviennent en permanence, quelle que soit la région étudiée. Viennent ensuite différentes procédures relatives à différents risques auxquels sont confrontés les établissements (incendie, inondations). Mais le fait de se référer à tel ou tel plan n'indique pas une connaissance approfondie de leur contenu. Celle-ci semble varier dans des proportions considérables.

### ***1.3. Des modes de coordination pragmatiques et aléatoires***

Les outils de coordination privilégiés par les professionnels sont ceux qui sont utilisés d'ordinaire dans l'organisation des soins en gérontologie : cahiers de transmission, dossiers de patients...

En revanche, les communications inter-institutionnelles sont peu nombreuses, et rarement formalisées en réseau ou sous forme conventionnelle. Cela peut d'ailleurs légitimer l'intervention de l'autorité administrative visant à définir les rôles de chacun au niveau local, mais aussi à limiter ces interventions au strict nécessaire. Ainsi, les acteurs de terrain rencontrés dans une région ont critiqué l'intervention de l'autorité administrative, limitée au recueil des données et à la transmission de messages de prévention simples et déjà connus des professionnels.

Les interlocuteurs rencontrés insistent sur leur professionnalisme et leur capacité à réagir et gérer **individuellement** les événements imprévus. Qu'ils soient climatiques ou d'une autre nature. Ce caractère individuel pose problème dans la mesure où il limite, sinon empêche, le

développement d'actions de coopération, d'entraide ou de complémentarité entre services. *A contrario*, ces solidarités sont réelles quand un dispositif local de coordination formalisé existe (un CLIC par exemple), ou qu'existent des pratiques éprouvées de coopération entre les établissements. Enfin, dans les cas où une cellule de crise départementale existait, elle a permis d'apporter une réponse efficace et appréciée. Un plan d'aide et d'urgences devrait donc en tenir compte et intégrer le tissu de relations sociales existant.

## ***2. Le déclenchement des plans d'alerte : quel seuil d'alerte pertinent ?***

Il est quelque peu paradoxal d'évoquer un plan unique alors que le vécu des acteurs est très différent, et qu'une césure est perceptible entre les professionnels de l'urgence et ceux du secteur médico-social. Quand la situation est vécue différemment, on doit alors s'interroger sur la manière de construire un seuil d'alerte commun et opérationnel.

Les opinions exprimées :

- Il n'y a pas de chronologie-type : l'effet de l'environnement de travail est massif et oppose le temps court – les urgences et la suractivité, au temps long – les EHPAD et la pénibilité ;
- Le ressenti d'une situation particulière est notable seulement en région Centre et en Île-de-France, le signal déclencheur est l'encombrement dans les morgues et la suractivité des établissements ;
- L'exposition aux médias donne une image partiellement déformée de la situation vécue depuis juillet par de nombreux établissements.

### ***2.1. Des chronologies différentes***

Un consensus existe au niveau des interlocuteurs pour situer le pic caniculaire au cours de la première quinzaine d'août. Pour le reste, tout semble différer : il n'existe pas de chronologie type, mais plutôt des chronologies locales ou relatives à l'univers de travail quotidien. Beaucoup évoquent une chronologie longue, n'hésitant pas à la faire remonter à juin. Ce sont la durée et l'intensité de la chaleur qui qualifient les mois qui vont suivre. À ce moment-là, les mesures d'hydratation habituelles sont prises.

Pour ce qui est de la chronologie courte, ce sont les services des urgences qui en parlent le plus, la période de référence, correspondant à l'alarme des urgences dans les Centres hospitaliers, débute à partir du 9 août, il s'agit d'une période isolée et atypique. Pendant la période d'apogée de la crise, le vécu des professionnels est similaire, principalement construit autour de la charge de travail qui s'accroît.

### ***2.2. Le ressenti d'une situation particulière***

Une majorité des interlocuteurs rencontrés (65 sur 110 personnes interrogées) n'exprime pas un ressenti différent, à propos de la période canicule, par rapport à l'année précédente ou au mois de juillet 2003. Or, l'efficacité d'un signal d'alerte repose sur la prise de conscience par les acteurs d'une situation grave. Mais on constate que la réalité est assez hétérogène, et la prise de conscience de la gravité dépend, en grande partie, de la situation professionnelle. Par exemple, ceux qui ont eu le sentiment qu'août a été un mois particulier font tous partie d'une institution, lieu où les sollicitations des usagers envers les professionnels, compte tenu des caprices du climat, ont été les plus fortes.



### **2.3. Quel plan d'alerte proposer ?**

Il existe approximativement deux modèles de plans d'urgence. Ils diffèrent tant par leur objet que par la nature du porteur d'alerte. Le plan Orsec est organisé sous l'autorité du Préfet, pilotant le moment venu un dispositif centralisé qui permet de coordonner les acteurs en cas de catastrophe. C'est la forme la plus organisée où l'État se trouve en première ligne pour répondre aux situations d'urgence.

Les plans Blancs représentent une seconde forme d'intervention en urgence. Préparés pour accueillir l'afflux de blessés graves à l'hôpital, ces plans ont pour levier le report des hospitalisations programmées, de façon à libérer un maximum de moyens d'intervention. Ils sont préparés, sous l'autorité de l'État, avec l'aide des ARH. Il s'agit d'outils actionnés par les acteurs hospitaliers eux-mêmes. Ces plans combinent urgence médicale et organisation des soins.

Les plans « canicule » tels qu'ils se profilent, ne sont superposables directement à aucun des deux précédents. Actionnés par les Préfets, ils ressemblent aux plans ORSEC, mais ils ne placent pas tous les acteurs du système de santé sous l'autorité directe du Préfet. D'autre part, les acteurs du système de soins, placés sous l'autorité de l'ARH, doivent trouver des formes de coopération avec le Conseil général qui est partie prenante de la mise en œuvre de ces plans.

Autrement dit, les plans « Vermeil » restent à construire en tenant compte de la pluralité des acteurs, la diversité des institutions et la multitude des niveaux décisionnels dans le cas des politiques en direction des personnes âgées.

### **3. La définition de plans d'intervention : pour quelle urgence ?**

Beaucoup de professionnels ont par ailleurs émis des interrogations sur la construction de plans d'urgence quand les soins aux personnes âgées s'inscrivent dans la durée propre aux maladies chroniques et invalidantes, et dans un contexte où le manque de places disponibles dans les services et les établissements est permanent.

Les opinions exprimées :

- Perturbation de la filière gériatrique autour des urgences : accès direct, file d'attente, pas de compétence gériatrique, pas de lits adaptés, pas de suivi de sortie d'hôpital.
- Prise de décision : généralement non urgente, mesures simples, prises par des médecins hospitaliers, coordinateurs EHPAD ou directeurs.
- Pas de problème spécifique à cette période lié au recrutement de personnel.
- Facteurs de risque connus : bâti, manque de matériel, polyopathie et médication.
- Les familles réagissent comme d'ordinaire.

#### **3.1. La filière gériatrique**

Il n'existe pas de filière gériatrique vraiment définie, mais une pluralité d'intervenants entre le domicile et l'institution. Le médecin généraliste apparaît comme l'élément central, dans un contexte de pénurie de places en services à domicile et en établissements.

La filière gériatrique a-t-elle dysfonctionné ? Si oui, comment ?

Tout d'abord, signalons que les effectifs en maisons de retraite étant déclarés constants, la période estivale n'a pas posé, pour nos enquêtés, plus de problèmes qu'en temps ordinaire, contrairement à ce qui se passe pour les hôpitaux dont la charge de travail diminue habituellement pendant cette période. Quant aux familles, celles qui se mobilisent en temps ordinaire, elles se sont davantage impliquées. Les autres sont souvent demeurées extérieures à la vigilance et à l'aide, malgré le caractère exceptionnel de l'épisode caniculaire.

En août 2003, les acteurs présents se sont mobilisés bien avant la période de forte chaleur. Mais les défauts chroniques d'organisation de cette filière se sont manifestés dans un contexte de charge de travail accrue :

- Augmentation du nombre de personnes âgées aux urgences,
- Insuffisance de débouchés en lits après les passages en urgences ou en médecine générale ou en court séjour,
- Pas toujours de gériatre aux urgences,
- Problème des admissions directes de patients en hébergement aggravant la prise en charge médicale,
- Reflux de quelques personnes âgées présentées spontanément par l'hôpital, vers des lieux frais avec conseils d'hydratation.

Les foyers et maisons de retraite pour personnes âgées semblent avoir retardé ou évité autant que possible l'hospitalisation des pensionnaires, du fait de la connaissance de l'afflux aux urgences. Ce rôle de régulation constituera un objectif pour les plans bleus qui, comme les plans Blancs, devront stabiliser au maximum la population dans les établissements, et organiser la circulation des personnes entre les établissements en cas d'affluence.

En définitive, les plans doivent moins répondre à une logique de gestion de l'urgence que de fluidité des flux de personnes entre les différents services.

#### ***4. Des propositions issues des entretiens pour enrichir la réalisation de plans***

Des faits et arguments issus des entretiens dans les six régions, nous pouvons dégager une synthèse, construite par les auteurs des monographies régionales, à la suite d'une discussion de groupe. Il ne s'agit donc pas d'opinions exprimées par les rédacteurs, mais d'une mise en forme des réponses, réactions et propositions recueillies qui restent celles exprimées par les secteurs interrogés lors des enquêtes régionales.

##### ***4.1. Des actions sont en cours***

Depuis août 2003, les initiatives locales se sont développées, à l'initiative des autorités publiques. Elles se sont d'ores et déjà traduites par des réalisations visant à structurer la préparation de plans locaux d'alerte et d'urgence. On peut aujourd'hui s'en inspirer, ou du moins les prendre en compte, dans la formulation d'un plan.

Dès aujourd'hui, des réalisations :

- Réflexion institutionnelle et collective en cours : volet personnes fragiles du PRS, réunion post-crise, groupe de travail communication, vulnérabilité, organisation des soins, plans locaux ;
- Réflexion extra institutionnelle : bâti, climatisation, rôle par catégorie d'acteurs ;
- Organisation matérielle : achat de petit matériel, création de SSIAD, filière gériatrique en ville, volet d'un schéma gérontologique, plan Blanc modifié.

Prenons quelques exemples pour illustrer ces mesures :

Dans un département, une cellule départementale a été créée, elle a défini les seuils d'alerte :

- moins 5°C. ou au-dessous, ou plus de 30° le jour et 25° la nuit,
- une fiche de haute priorité a été rédigée et intégrée dans un schéma gérontologique,
- dans un établissement hospitalier siège de SAU, chaque service réservera un lit pour désengorger les urgences,
- un projet de rénovation ou de construction des locaux tenant compte des températures élevées à l'avenir,
- achat de ventilateurs et de fontaines à eau, de réfrigérateur et congélateur professionnels, de rideaux dans les chambres, de stores épais en PVC,
- ajustement des repas.

Mais certains points font encore débat, comme l'exemple de l'installation de systèmes climatiseurs.

#### **4.2. Des propositions au sujet de l'alerte**

De nombreuses observations et propositions ont été recueillies au cours des entretiens. Leur spécificité tient au fait qu'elles sont formulées par des acteurs qui, nous l'avons vu précédemment, critiquent sévèrement les plans définis au sommet par les autorités administratives. Malgré leurs défiances à l'égard des initiatives des pouvoirs, ces acteurs sont parties prenantes d'une action collective concertée et coordonnée à condition que l'on prenne en compte leur point de vue. Notre rôle se borne ainsi à présenter les propositions recueillies en rappelant qu'elles doivent avant tout être envisagées comme une base de réflexion.

Dès aujourd'hui, des propositions :

- repérage des problèmes et transmission d'alerte : outils informatiques, transmission d'information, observation par tranche d'âge et pathologie, réseau sentinelle, CLIC, météo,
- articulation DDASS - Conseil général
- Un référent, des messages d'information destinés aux familles, cellules de crise « médico-psychologiques »

Le point faible reste le départ de l'alerte. Si de nombreux acteurs n'ont pas eu le sentiment qu'un seuil avait été franchi, comment faire pour qu'un plan local soit appliqué ? Un débat doit s'engager sur les indicateurs à utiliser et les modalités de la transmission, il y a lieu également de s'entendre sur la nature du danger, la nature des réponses à apporter et sur la nature des dispositifs d'alerte à construire.

Quelles sont les conditions à remplir par un plan d'alerte ?

- le meilleur indicateur étant le diagnostic médical, il faudrait un système informatisé dans les services des urgences pour recueillir les pathologies identifiées, une harmonisation des logiciels utilisés et un enregistrement des entrées permettant une exploitation rapide avec partage de données à un échelon territorial qui reste à définir ;
- cet enregistrement se ferait au jour le jour pour 3 types d'informations à communiquer aux autorités régionales et départementales : l'augmentation de l'activité, les tranches d'âge des personnes accueillies et, bien entendu, les pathologies ;
- à ce système d'alerte seraient associés SOS Médecin, des médecins sentinelles comme dans le réseau GROG ;
- un rôle devra être donné aux CLIC et aux équipes médico-sociales chargées de l'allocation d'autonomie pour assurer un regroupement des données et une veille des personnes fragiles ;
- une vigilance particulière par rapport aux effets de la chaleur devra être assurée avec la gestion des signalements à la DDASS qui devra constituer un numéro de téléphone de permanence ;
- apprécier les conditions météo et les risques pour les personnes âgées et traduire ces informations pour les praticiens locaux (rôle de l'ingénieur sanitaire ?).

Il va sans dire que ces mesures ne pourront être réalisées sans moyens nouveaux.

Parallèlement, des mesures devront être prises pour gérer l'urgence, une fois celle-ci connue :

- en premier lieu, il faudra développer un système de visibilité des lits disponibles, incluant tous les services de l'hôpital, mais aussi le secteur privé et le secteur médico-social ;
- définir un protocole commun en déterminant précisément les actions à mettre en place localement ;
- repérer les personnes dépendantes et fragiles : la solution semble être la constitution de listings à l'échelon local. Mais est-ce matériellement possible ? Et comment faire pour que la liberté individuelle soit respectée ?

Le plan « canicule » prévoit que le système d'alerte fonctionne sous l'autorité de la DDASS. L'enquête a relevé un jugement des interlocuteurs mitigé vis-à-vis des autorités départementales. Leur rôle n'étant pas clairement défini dans un problème du type canicule, leur pratique s'est souvent cantonnée à recueillir de l'information auprès des établissements. Un plan d'urgence requiert que ce rôle soit précisé, et qu'un contact plus organisé autour de la coopération soit construit.

En premier lieu, il faut s'assurer que les données fournies par les professionnels à la DDASS ont été accompagnées d'un retour d'information. Ensuite, les personnes interrogées se placent volontiers sous l'autorité préfectorale à condition que l'articulation DDASS et Conseil général existe, par exemple sous forme d'une cellule départementale canicule. Elle pourrait fonctionner sur le modèle des cellules médico-psychologiques. L'intérêt d'un tel fonctionnement, selon un des enquêtés, serait de promouvoir un rapport plus équilibré entre acteurs, en se mettant d'accord au préalable sur un code de bonne conduite qui maintiendrait les potentialités de la filière gériatrique et ne la conduirait pas à l'éclatement.

Le crédit de ce plan se jouera sur sa capacité à anticiper les problèmes, en tenant compte des prévisions météorologiques, afin de prendre les solutions appropriées. Mais quelles sont les actions appropriées ?

#### **4.3. Des actions collectives et coordonnées**

En plus des réponses déjà mises en œuvre, telles que l'achat de climatiseurs ou la protection des locaux contre le soleil, les propositions d'action portent sur différents éléments de l'action collective : une communication efficace, la formation des personnels, doter les services d'urgences et de gérontologie de moyens supplémentaires, préparer une intervention auprès des personnes vivant à leur domicile.

Passons rapidement en revue ces différents points avec des exemples concrets.

##### ➤ *Communication :*

- Promouvoir au sein des établissements sanitaires et sociaux, auprès des services et des particuliers, des règles simples de nutrition, d'hygiène et d'hydratation. Ces messages seront dirigés vers les secteurs les plus exposés, connus grâce aux risques relatifs de mortalité.
- Communication de messages préventifs par les comités départementaux d'éducation pour la santé.
- Préparer des protocoles adaptés aux fortes chaleurs et les diffuser en cas de suspicion de danger.

##### ➤ *Formation :*

- Avoir une réflexion sur l'évaluation régulière des prescriptions de médicament, par exemple sous forme de colloque « canicule et pharmacie » où il s'agirait d'identifier l'impact d'une chaleur excessive sur médicaments et précautions à prendre.
- Formation au plan Blanc dans un hôpital, avec lecture et discussion du document existant.
- Formation des professionnels sur les signes de l'hyperthermie.
- En maisons de retraite et petits établissements : formation des cadres de santé à la gestion des crises et de l'urgence.

##### ➤ *Gérer au plus près les moyens :*

- Établir une priorité pour l'attribution de lits de façon à ne garder que les personnes les plus gravement atteintes.

##### ➤ *Moyens pour l'urgence :*

- Assurer une meilleure régulation à l'entrée aux urgences par des structures tampons entre médecine de ville et service des urgences de l'hôpital.
- Doter les urgences de moyens matériels et humains supplémentaires.
- Revoir le système de permanence des soins, par exemple en systématisant la présence de maisons médicales.
- Aménager des box et les brancards pour personnes âgées aux urgences.
- Créer une cellule gériatrique aux urgences.

➤ *Moyens pour la gérontologie :*

- Interventions ponctuelles d'équipes mobiles gériatriques en EHPAD et dans les services situés en 1<sup>ère</sup> ligne.
- Développer l'hébergement temporaire et les lits de réserve en cas de situation particulière de courte durée.

➤ *À domicile :*

- Les mairies doivent établir des listes de personnes âgées fragiles vivant à domicile.
- Mutualiser les informations pour les personnes âgées vivant sur un même territoire.
- Faire appel aux bénévoles de la Croix-Rouge et du Secours catholique.
- Développer un système d'information destiné aux familles.
- Rappeler qu'il est possible de perfuser à domicile.
- Informer le grand public sur les gestes à faire en cas de chaleur extrême, pour la prévention des « coup de chaleur ».

#### **4.4. L'exigence d'un programme complémentaire**

À côté des mesures d'application immédiate précitées, les professionnels se révèlent particulièrement attentifs aux actions sur le long terme. Elles sont présentées par beaucoup comme une condition *sine qua non* de tout plan d'action à venir. De nombreux interlocuteurs voient l'épisode caniculaire comme un prisme révélateur de problèmes structurels qui demeurent. Le sous-développement de la santé publique apparaît comme l'un des éléments les plus symptomatiques.

L'élaboration des plans locaux suppose un jeu sur plusieurs leviers : la compréhension préalable de ce qui s'est passé ; la prise en compte de l'autonomie des établissements ; l'amélioration de la réactivité en milieu hospitalier ; l'implication des cliniques privées.

Une seconde stratégie d'action s'appuie sur l'amélioration de la prise en charge professionnelle des personnes âgées, avec la présence renforcée des professionnels du social et de la santé à domicile. L'amélioration de la filière gériatrique devra se faire par la mise en place de structures tampons entre médecine de ville et urgences (exemple, des maisons médicales), le recrutement d'un personnel qualifié, la valorisation financière du travail à domicile qui demande du personnel qualifié.

Le développement de la prévention, grâce à des personnels spécifiques, constitue une autre piste de travail suggérée par les soignants. Ils ne disposent pas de temps suffisant pour cela.

## **V. Conclusion générale**

### ***1. Les impressions générales des interlocuteurs interrogés***

**À la fin de l'entretien, nous avons demandé à nos interlocuteurs quel était leur sentiment général à l'issue de cet épisode de canicule. Les grands types de réactions qui se dégagent sont les suivants.**

#### ***1.1 Un positionnement régional : province versus Île-de-France***

Les discours recueillis sur l'épisode de canicule en région présentent des différences de degré dans le ressenti de la canicule et de ses conséquences sanitaires. Sans surprise, les régions relativement épargnées comme l'Auvergne, la Franche-Comté et la Haute-Normandie sont celles où le décalage avec la description nationale est le plus fort. Néanmoins, les interlocuteurs franciliens ne semblent pas avoir ressenti davantage les conséquences qu'en Centre. Au-delà de cette graduation, plusieurs éléments communs se dessinent.

D'abord, les interlocuteurs de cinq régions sont tous prompts, y compris dans une région particulièrement affectée par la canicule comme le Centre, à opposer la métropole francilienne à la province. L'Île-de-France fait ressortir l'idée d'un délitement de la sociabilité et des liens de solidarité, d'une disparition de la notion d'intérêt général. Même si cette représentation ne lui est pas exclusive

#### ***1.2. Une suractivité perçue comme à relativiser***

Ensuite, les conséquences de la canicule sont selon les interlocuteurs interrogés à replacer dans une perspective de comparaison sur la même période annuelle de référence. L'« effet » canicule est aussi lié au fait que la première quinzaine d'août est traditionnellement creuse. Août 2003 a été moins creux que d'habitude. Ce qui ne signifie pas qu'il ait mobilisé davantage d'énergies qu'au cours des périodes hivernales. La particularité de l'épisode tient aussi à la pénibilité des conditions de travail.

#### ***1.3. Un décalage entre le bilan chiffré et le ressenti des interlocuteurs***

La première chose à noter est l'existence d'un décalage entre la réalité des chiffres et le ressenti des interlocuteurs. Cela peut s'expliquer, en premier lieu, par un phénomène d'agrégation statistique à grande échelle et dont l'ampleur ne peut être transposée sur de petites échelles.

Ensuite, il y a une tendance assez partagée à relativiser, voire contester, l'exercice d'un bilan chiffré lié à la canicule et resserré sur la première quinzaine d'août. Nous avons observé des processus, plus que des stratégies, impliquant une certaine dénégation de la part des acteurs, une euphémisation des bilans. Cela passe principalement par deux types d'arguments :

- Les décès sont souvent liés à des polyopathologies, même si le distinguo avec l'hydratation et/ou l'hyperthermie apparaît à certains douteux (chaleur comme facteur aggravant et non exclusif) ;

- Ceci permet aussi d'évoquer des décès légèrement anticipés, le « vrai » bilan ne pourrait pour beaucoup d'interlocuteurs être établi sur quinze jours. Cette perception n'est toutefois pas confirmée sur l'évolution qui a pu être scientifiquement constatée par la suite en termes de mortalité.

#### ***1.4. Des opinions contrastées à l'endroit des différents protagonistes***

##### *1.4.1. Les professionnels*

Les interlocuteurs soulignent, pour beaucoup, la bonne réaction des professionnels en termes de compétence, d'engagement, de dévouement... Ce qui est en contraste avec un certain climat de recherche des « responsables », attribué aux médias et aux politiques.

##### *1.4.2. Les médias*

Concernant spécifiquement les médias, un discours unanime et spontané existe pour critiquer le traitement disproportionné et sensationnaliste.

##### *1.4.3. Les réactions gouvernementales*

En ce domaine, la prime attribuée aux personnels a parfois été ressentie comme une maladresse. Ensuite, l'impression a plutôt été celle d'une réaction décalée dans le temps et mal proportionnée.

##### *1.4.4. Les institutions*

Les institutions sont souvent critiquées sur plusieurs points. Elles ont été perçues comme éloignées et tardives à réagir : sentiment d'isolement. Leur réaction consistant à demander quotidiennement des chiffres a irrité. Enfin, les retours d'information dans la période post-canicule apparaissent parfois insuffisants.

Certains discours font de la canicule le prisme révélateur d'une société individualiste, en panne de solidarité avec ses aînés, et démontrant une perception limitée de l'intérêt collectif. De ce point de vue, elle aura représenté une prise de conscience de l'isolement social des personnes âgées.

Le deuxième prisme souvent évoqué à propos de la canicule tient au retard ou au déficit d'une politique gérontologique française. Là aussi, la canicule aura peut-être permis de souligner l'urgence qu'il y a à combler le retard accumulé.

## ***2. La réaction des directeurs de DRASS***

Les Directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales, après avoir pris connaissance des résultats de cette enquête, ont confirmé, de leur point de vue, certains des constats mis en évidence : euphémisation de la crise et nécessité d'agir.



## **2.1. Une crise euphémisée**

Une partie des personnes interrogées minimise le caractère évitable de la surmortalité observée pendant la période de canicule en 2003. Cela recoupe les observations ponctuelles faites sur le terrain. Par exemple, des professionnels de santé ont constaté plusieurs décès dans un même établissement, au début de la vague de chaleur, et n'ont pas jugé utile de donner l'alerte, ce qui a pu conduire à des erreurs dans le traitement de l'épidémie (Région D).

Les causes les plus vraisemblables de cette attitude sont les suivantes.

Il semble y avoir eu confusion, chez les personnes enquêtées, entre deux compétences des Directions des affaires sanitaires et sociales : la tutelle des établissements d'une part, et la veille sanitaire de l'autre. Dans un cas, il s'agit d'un rapport d'autorité ; dans l'autre, il s'agit de la coopération entre l'État et les soignants, cette relation est indispensable. Tout s'est passé, pendant la canicule, comme si la relation tutélaire avait été privilégiée, certains établissements ayant attendu des instructions et n'ayant pas joué le rôle de déclencheur d'alerte.

Cette confusion est renforcée par le contexte financier ; dans le secteur des personnes âgées, les demandes de revendications en termes de moyens sont permanentes. Cela a joué un rôle de brouillage des rapports entre les services de l'État et les établissements, en mettant au premier plan la relation de tutelle.

À cela, il convient d'ajouter qu'il n'existait pas de recommandations de bonnes pratiques ni de fiches-réflexes ou de « check-list » à l'usage des professionnels, pour faire face à un épisode inédit de type caniculaire. Ces professionnels ont estimé qu'il suffisait de faire preuve de bon sens pour traiter la crise. Or, ceci peut avoir selon les DRASS des conséquences défavorables (méconnaissance de l'importance de la climatisation dans le traitement du coup de chaleur, par exemple).

Un des principaux points qui a attiré l'attention des DRASS est la complexité du fonctionnement des organisations régionales dans un contexte de crise, c'est ce qui explique que l'administration ait réagi très tardivement ou transmis des demandes de renseignements, parfois redondants, qui ont été perçus comme une charge supplémentaire. Il en résulte une certaine lassitude des acteurs liée au mode d'intervention de la tutelle et une méfiance à l'égard de ce qui peut être préconisé dans des plans d'alerte. Ceci explique pour les DRASS que l'image plutôt affaiblie de l'État, en matière de surveillance et de crise sanitaire combinée au scepticisme des professionnels sur les plans d'urgence, conduise avant tout ces derniers vers des revendications dont l'argument principal est le manque de moyens.

Les analyses précédentes sont toutefois à moduler en fonction du mode de vie rural ou urbain ou encore du contexte météorologique et climatique de la région pendant l'été dernier.

## **2.2. La nécessité d'agir**

La grande leçon à tirer du point de vue des DRASS (Région C), c'est qu'il faut améliorer la chaîne d'alerte et s'organiser en réseau tout en ne centralisant pas trop. Il faut aussi travailler pour faire percevoir l'intérêt d'un plan de prévention des risques exceptionnels.

La priorité doit être donnée à l'anticipation (Région B) qui permettra à l'ensemble des structures et acteurs concernés de prendre en amont les dispositions capables de limiter l'impact de l'événement sur la santé et l'offre de soins. Corrélativement, une veille spécifique pourra être mise en place auprès des structures d'urgences hospitalières et libérales (sur la base de recommandations de l'InVS) afin de suivre l'évolution de la situation si besoin au jour le jour et d'adapter au mieux le dispositif. Ce qui est valable pour la canicule l'est tout autant pour d'autres domaines tels que les pathologies infectieuses hivernales, et dans ce domaine, l'échelon régional semble le mieux placé.

Dans la perspective d'un plan régional, la monographie sera, pour les DRASS concernées, une aide car elle constitue un instrument de dialogue et d'animation à utiliser au cours des forums locaux (Région F). D'autre part, il s'agit d'un outil qui permettra de discuter, avec les élus et les autorités préfectorales, d'un dispositif administratif partagé qui permettrait une meilleure gestion et coordination des enquêtes, en évitant des plans trop normatifs et centralisés.

Un point demeure après cette enquête : les entretiens réalisés donnent peu d'espace au discours sur la population, et évoquent très peu les victimes (Région E).

### ***3. Quels enseignements ?***

De nombreuses propositions sont formulées par les acteurs. Mais la lecture des recommandations des spécialistes de la gestion de crise montre le chemin qui reste à parcourir pour trouver une parade à toute nouvelle canicule. Dans ce dernier paragraphe, les auteurs de cette étude se proposent de prendre un peu de recul par rapport aux données présentées, afin de mesurer le chemin qui reste à parcourir pour atteindre un environnement propice à la gestion d'une crise caniculaire.

Selon Patrick Lagadec, l'action stratégique de réponse à toute situation de crise sanitaire comprend les éléments suivants :

- une **planification préalable** : se doter d'outils autonomes de recueil d'information, ouvrir la réflexion, faire fonctionner les réseaux, se donner des capacités de décision, s'appuyer sur un groupe d'intelligence critique, dégager les logiques d'action : règles générales, partenariat, faire fonctionner les circuits habituels, fixer des règles de décision : travailler par grandes options ouvertes, travailler sur des scénarii ;
- une **gestion de la crise** : poser un acte fondateur : se positionner, nommer la crise, assurer le pilotage en direct, créer une cellule de crise, assurer la maîtrise de la communication, conduire la crise dans la durée et l'après-crise ;
- une situation **d'apprentissage collectif** : favoriser le changement culturel dans les organisations, écouter les usagers, engager les dirigeants, informer sur les stratégies de changement, prévoir un séminaire de simulation, faire un retour d'expériences, conduire des audits de vulnérabilité, mener des études techniques logistiques, conduire la planification du changement et nommer un responsable.

Or, pour le moment, les informations recueillies dans le cadre de l'enquête décrivent une situation assez éloignée de ces recommandations :

- les acteurs se sont individuellement mobilisés pendant la période de canicule,
- mais il n'y a pas eu de conduite de crise au cours de l'été 2003,
- les conduites les plus fréquentes des professionnels ont eu lieu dans un contexte de cloisonnement et de disparités des actions menées,
- avec, pour corollaire, un manque de coordination entre les établissements, notamment au niveau de la gestion des lits en hôpital, ou de la circulation de l'expertise gérontologique,

- le fait que peu d'acteurs aient été confrontés directement à un décès dû à la canicule a généré une réaction de dénégation.

Comment expliquer cela ?

Dans un contexte de cloisonnement des pratiques observable au cours de la période caniculaire, les professionnels ne semblent pas avoir immédiatement pris la mesure d'une situation grave et généralisée. La prise de conscience ne vient que tardivement. Jusque-là, la mobilisation avait pris les traits d'une adaptation usuelle des conduites internes aux périodes estivales. Les mesures plus significatives ne sont observables qu'à partir de début août, et en interne. Les ressources externes ne sont pas spontanément intégrées à un ajustement des réponses professionnelles. Elles soulignent un déficit d'anticipation collective.

Bien qu'ils n'aient pas sollicité les institutions, un certain nombre d'interlocuteurs font part, a posteriori, d'un sentiment d'isolement lors de la première quinzaine d'août. Les institutions ont été perçues comme éloignées et, lorsque les contacts ont été établis, elles n'ont que rarement apporté une aide. Paradoxalement, ce sentiment d'isolement ne se traduit pas dans le champ professionnel par des attentes vis-à-vis d'une gestion collective et institutionnelle. Au contraire, l'hypothèse de plans d'urgence suscite, au mieux, des doutes et, au pire, des réticences. La préférence s'oriente donc vers des mesures de droit commun. Or, dans un contexte de rejet d'une réponse collective et formalisée, cela implique l'existence d'interactions et de communication qui sont, aujourd'hui, loin de constituer des évidences. Le dilemme est donc d'arbitrer et de concilier les deux versants que sont la présence d'un plan d'urgence formalisé et des pratiques de coopérations bilatérales et en réseau.

Si la gravité de l'épisode canicule est jugée, au niveau politique et national, à l'aune d'un bilan chiffré qui s'apparente à une épidémie, tel n'est pas le cas chez les professionnels à l'exception de quelques grandes structures sanitaires ou médico-sociales. Cet été, la règle est que la particularité de la situation relève simultanément de la fragilisation des patients et de la dégradation des conditions de travail. Depuis, l'éclairage national s'est chargé de marquer les esprits et a fait de la canicule un événement exceptionnel.

Plusieurs mois après l'épisode canicule, il ressort que les interlocuteurs ont en général peu de préconisations nombreuses et précises. Bien que critiques à l'égard des institutions, et demandeurs de moyens supplémentaires, ils n'endossent pas le rôle de prescripteur, et sont davantage enclins à déléguer la réflexion aux acteurs tiers, en particulier les institutions, quitte à approuver ou désapprouver leurs propositions.

C'est dans ce contexte plutôt difficile que devra se construire, avec les professionnels, un dispositif d'alerte fiable et acceptable, ainsi que des plans locaux adaptés.

## Bibliographie

- *Abenhaim L. (2003) Canicules. La santé publique en question, Paris, Fayard.*
- *Besancenot JP. (2002) Vagues de chaleur et mortalité dans les grandes agglomérations urbaines. Environnement risques et santé. Vol. 1.*
- *Hémon D, Jouglu E, Estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques -Rapport d'étape, INSERM, 25 septembre 2003.*
- *Hirsch E. (2003) (Dir.) : Vieillesse méconnues, enjeux éthiques de la crise d'août 2003, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, 6<sup>e</sup> colloque d'éthique de Bicêtre, Collection espace éthique.*
- *Lagadec P. (1991) La gestion des crises. Ediscience international. Paris.*
- *Lalande F et Al., Mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, septembre 2003.*

### RAPPORTS

- *ORS Île-de-France Conséquences sanitaires de la canicule d'août 2003 en Île-de-France, octobre 2003.*
- *Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 : premiers résultats et travaux à mener, BEH, n°45-46, novembre 2003.*
- *Impact sanitaire de la vague de chaleur en France survenue en août 2003, Rapport d'étape, 29 août 2003, Département des maladies chroniques et traumatismes, Département santé et environnement, Institut de veille sanitaire, septembre 2003.*
- *STATISS 2003, Les régions françaises, DRASS-DREES, juillet 2003.*
- *La mortalité liée à la canicule d'août 2003. Fiche éditée par l'INED, octobre 2003.*

## Annexe 1 : Valeur des indicateurs sélectionnés

	AUVERGNE	BOURGOGNE	CENTRE	FRANCHE COMTE	ILE DE France	HAUTE- NORMANDIE	
Population 85 ans et +	35 141	44 456	78 790	23 272	188 456	33 199	403 314
Excès décès observés - attendus	274	591	1 237	192	4 866	301	7 461
% 75 et +	8,94	8,77	8,85	7,01	5,46	6,43	7,58
% de -de 75 ans	91,06	91,23	91,15	92,99	94,54	93,57	92,42
Réadaptation fonctionnelle :	0,56	0,38	0,29	0,44	0,45	0,29	0,40
Équipement global en SSR	1,77	1,47	1,40	1,35	1,19	1,20	1,40
Taux d'équipement en structures heb PA	146,42	155,00	127,05	112,19	137,12	188,89	144,45
Taux d'équipement en places de SSIAD, SAPAD	16,57	16,98	14,52	17,05	15,23	13,03	15,56
Taux d'équipement en lits médicalisés	84,68	66,36	66,53	64,20	48,33	61,62	65,28
Médecins généralistes densité	111,51	102,25	96,11	110,75	114,07	100,69	105,90
Infirmiers diplômés d'État densité	101,74	78,49	67,29	63,23	61,96	64,14	72,81
Surmortalité pendant la période du 1er au 20	1,40	1,70	2,00	1,40	2,30	1,40	1,70
Soins de longue durée : etp (médecins et non médicaux) par lit (SAE 2001)	0,56	0,53	0,56	0,58	0,61	0,48	0,55
Maisons de retraite : etp (tout personnel) par lit (EHPA 1996)	0,38	0,39	0,39	0,40	0,48	0,39	0,40
Soins de longue durée : lits par etp (médecins et non médicaux) SAE 2001	1,78	1,90	1,80	1,73	1,64	2,10	1,82
Maisons de retraite : résidents par etp (tout personnel) EHPA 1996	2,60	2,58	2,53	2,50	2,09	2,55	2,47

**Annexe 2 : Valeur des indices de chaque indicateur  
pour les régions.  
(Ce tableau est celui qui a servi à construire le graphique  
inséré dans le texte.)**

Rapport de l'indice à la moyenne des indices régionaux	AUVERGNE	FRANCHE COMTE	HAUTE-NORMAN DIE	BOURGO GNE	CENTRE	ÎLE DE France	Corrélation avec l'indice de surmortalité
% de -de 75 ans	99	101	101	99	99	102	0,27
Réadaptation fonctionnelle :	139	110	72	95	72	112	- 0,14
Équipement global :SSR	127	97	86	105	100	85	- 0,39
Taux d'équipement en structures heb PA	101	78	131	107	88	95	- 0,27
Taux d'équipement en places de SAD	106	110	84	109	93	98	- 0,16
Taux d'équipement en lits médicalisés	130	98	94	102	102	74	- 0,64
Médecins généralistes densité	105	105	95	97	91	108	0,02
Infirmiers diplômés d'État densité	140	87	88	108	92	85	- 0,38
Soins de longue durée : etp (médecins et non médicaux) par lit SAE 2001	103	106	87	96	101	111	0,53
Maisons de retraite : etp (tout personnel) par lit EHPA 1996	95	99	97	96	98	119	0,77
Moyenne régionale des scores	114	99	93	101	94	99	- 0,31
Surmortalité pendant la période du 1er au 20	82	82	82	100	118	135	1

### Annexe 3 : La gestion du phénomène (3 tableaux commentés en 5.2)

Tab. 5.2.1	La gestion du phénomène en interne
Région A	<p><u>En H :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- travail accru d'hydratation et de rafraîchissement</li> <li>- transfert de matériels vers USLD</li> <li>- évolution variable des tâches de personnel, aides ponctuelles entre service</li> <li>- parfois réalisation de protocoles d'hydratation ad hoc (en EHPAD), priorisation de tâches en EHPAD</li> </ul> <p><u>en MR :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bâchage des vitres, rassemblement des personnes en salle ventilée</li> <li>- augmentation du travail de rafraîchissement</li> </ul> <p><u>à domicile :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consignes formelles de prévention pour hydratation et surveillance en SSIAD</li> <li>- mesures d'hydratation à domicile par généralistes (hospitalisation impossible)</li> </ul>
Région B	<p>Réactions variables selon la configuration des établissements mais généralement limitées à l'établissement. Chaque établissement ou service gère ses malades car :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il apparaît que le transfert de patients est trop risqué</li> <li>- on met en avant son professionnalisme</li> <li>- les effets de la chaleur ne font pas partie des pathologies à signaler aux DDASS.</li> </ul> <p>Mesures prises spontanément, sous le signe du bon sens. Cela dit : évolution au cours de l'été de façon variable selon les établissements.</p> <p><u>En H :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réalisation de protocoles ad hoc notamment en EHPAD</li> <li>- redéploiements internes des effectifs vers les Urgences et en gériatrie</li> <li>- chirurgie non urgente déprogrammée dans certains établissements, appels à de jeunes étudiants d'IFSI</li> <li>- répartition possible de tâches entre Directeurs de soins et directeur d'Hôpital.</li> <li>- quelques heures supplémentaires.</li> </ul> <p><u>En MR :</u> rien de particulier sinon parfois mesures exceptionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- évacuation de lits d'un service vers d'autres, inondation de toiture terrasse, arrosage des murs, achats massifs de matériels de rafraîchissement</li> <li>- adaptation des menus</li> </ul> <p><u>Hors établissements :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contacts des personnes âgées connus par les services sociaux pour conseils d'hydratation</li> <li>- surveillance accrue et mesures d'hydratation simples (en SSIAD, aides à domicile)</li> </ul>
Région C	<p><u>Hors des établissements :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à domicile, multiplication des tournées de boissons, des passages, douches, perfusions sous cutanées,</li> <li>- les généralistes ont eu une augmentation d'activité liée à la canicule en institution,</li> <li>- rupture de stock en matériel pour perfusion en pharmacie.</li> </ul> <p><u>En EHPAD :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- surveillance, hydratation, rafraîchissement</li> <li>- installation climatisation salle à manger,</li> <li>- quelques heures supplémentaires,</li> <li>- perfusion, sollicitation de généralistes</li> </ul> <p><u>En hôpital local :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contact de la DDASS quand encombrement de la morgue</li> </ul> <p><u>En H :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hospitalisation directe en SSR sans passer par les urgences, occupation de lits en chirurgie</li> </ul> <p><u>En ville :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vigilance début août, espace information 3<sup>ème</sup> âge : coordination pour établir solutions.</li> </ul>
Région D	<p>Gestion en fonction de ses propres moyens.</p> <p><u>Globalement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- plus de vigilance par rapport à la fragilité médicale des personnes âgées, l'hydratation a mobilisé tout le monde,</li> <li>- quelques heures supplémentaires, des recrutements supplémentaires marginaux</li> </ul> <p><u>à l'hôpital :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des problèmes matériels aux Urgences notamment (ventilateurs, congélateurs)</li> </ul>
Région E	<p><u>Dans les structures spécialisées pour personnes âgées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- maintien des personnes dans leur environnement, quelques heures supplémentaires. Efficacité de leur organisation mise en avant.</li> </ul> <p><u>Dans les services hospitaliers :</u> des problèmes matériels sont signalés. « La débrouille » permet d'y remédier.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication des directions sur le terrain selon les structures</li> </ul> <p><u>Hors établissement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des difficultés de stocks en pharmacie (libérale) sont rapportées. Davantage de conseils donnés par téléphone sur les précautions à prendre.</li> </ul>

Région F	<p>Série d'actions mises en place dès juin. Moyens humains, moyens matériels, réorganisation des activités, transfert de tâches.</p> <p><u>À l'hôpital :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- davantage de surveillance, et de travail lié à la prise en charge</li> <li>- temps personnel (mais récurrent),</li> <li>- temps de ménage réduit, mobilisation variable de moyens matériels (ventilateurs, brumisateurs, adaptation des menus)</li> </ul> <p><u>à domicile :</u> actions renforcées : cahier de transmission d'hydratation, utilisation de linges humides</p>
----------	---

Tab. 5.2.2	La gestion du phénomène en réseau
Région A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Équipe SMUR en concertation avec médecin libéral du secteur pour poser des sondes gastriques de perfusion en maison de retraite</li> <li>- plus d'intervention de médecins en maisons de retraite</li> </ul>
Région B	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pas ou peu d'échanges entre établissements</li> <li>- partage d'information quand apparaissent la surmortalité et des difficultés de gestion des chambres funéraires</li> <li>- coopération rare entre hôpital et maisons de retraite pour éviter hospitalisation et/ou pour conseil d'hydratation</li> </ul>
Région C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Dans un département, à l'échelle du département : régulation SAMU-SMUR avec DDASS dès le 05 août qui est alors responsable de cellule de crise en accord avec le préfet.</i></li> <li>3 : niveaux d'intervention avec activation des deux premiers niveaux le 12 août.</li> <li>→ objectif de répartition de l'activité sur l'ensemble des structures pour éviter l'engorgement massif des urgences en direction des populations âgées à domicile.</li> <li>- Dans un autre département : en lien avec les autorités sanitaires, mobilisation de la Croix-Rouge et de l'armée avec ouverture de lits avec médecins et infirmières.</li> </ul>
Région D	- Informations transmises entre infirmières libérales, SSIAD, et aides ménagères.
Région E	- Coopération plus facile au sein de l'AP-HP, qu'entre public et privé.
Région F	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1'établissement d'accueil a géré avec le SAMU pour conseil pour éviter hospitalisation</li> <li>- des appels entre services d'aides à domicile et hôpital pour savoir comment gérer mais pas de recours à l'aide.</li> </ul>



Tab. 5.2.3	La gestion institutionnelle du phénomène
Région A	Mobilisation des DDASS après initiative ministérielle : - Recueil de données - Recommandations sanitaires diffusées à partir de la circulaire Falco <b>vers le 15/08</b> (jugées tardives) Pas de contacts particuliers des établissements sanitaires et sociaux avec les autorités. Paradoxe d'isolement des établissements et absence de réflexe de communication extérieure.
Région B	Dans un département, la gestion institutionnelle est indissociable d'une gestion en réseau avec la DDASS au cœur du dispositif à <b>partir 05/08 et mise en œuvre à partir du 12/08</b> . - pic d'ozone signalé entre le 06/08 - suivi quotidien de l'information par les DDASS vers l'ARH, diffusion enquête DGS, ARH, INVS, transmission mortalité à l'INSERM - diffusion d'information sur les opérateurs funéraires par DDASS - visite d'établissement par autorités sanitaires à partir du 12/08 - diffusion des recommandations sanitaires ministérielles le 13/14 aux établissements et le 19/20 aux CCAS, SSIAD, aides à domicile... et information sur la gestion des stocks pharmaceutiques - mobilisation des bénévoles de la croix rouge sur demande de DDASS et/ou de Conseil général. <u>Sondage téléphonique réalisé par 1e Conseil général dans ses établissements.</u>
Région C	Dans un département, la gestion institutionnelle est indissociable d'une gestion en réseau avec la DDASS au cœur du dispositif à <b>partir 05/08 et mise en œuvre à partir du 12/08</b> . - pic d'ozone signalé entre le 06 et le 08/08 par une DDASS. - suivi journalier de l'activité et de la situation des décès dans les établissements par les DDASS. - réponses à de multiples sollicitations par INVS, DGAS, DHOS, INSERM, ARH. - recensement et coordination offre de soins, - vigilance par rapport approvisionnement liquide de réhydratation dans les établissements et les pharmacies de ville dans certains départements - appel aux volontariats dans plusieurs départements - inventaire des moyens funéraires - diffusion des informations et recommandations de la DGS dans plusieurs départements mais pas toujours relevées. Gestion isolée du phénomène par les établissements hors hôpital. <u>En Conseil général, pas de mobilisation d'ampleur.</u>
Région D	- Pas de mesures exceptionnelles ou inhabituelles prises par les institutions. - Un CH et les urgences ont eu des contacts avec la DRASS et l'ARH pour augmentation de moyens à <b>partir 11/12 août</b> .
Région E	- regret du silence de l'État - divergence par / imprévisibilité des conditions climatiques - sensation d'intéresser les autorités que quand elles sont en demande - pour les professionnels voués au 3 <sup>e</sup> âge : alerte officielle inutile voire exaspérante. - pour les libéraux : sentiment d'isolement - pour tous : <i>mise en œuvre du plan Blanc généralisé est à la fois tardive et confuse</i> (consignes peu applicables ou dépassées). <b>AP: note aux urgences le 08/08 sur plan de mobilisation et le 11 : PACE</b> (report activité programmée et réouverture de lits). ARH : le 11, envoi d'une note à tous les établissements avec urgences sur mesures exceptionnelles. En CH : plan Blanc. Préfet du 77 déclenche plan Blanc sur le département.
Région F	- Relation DDASS et SAMU pour diffusion des consignes liées à la circulaire du <b>13/08</b> (Circulée jugée tardive) - contacts réguliers entre établissements, hébergements, urgences avec DDASS, ARH, CCAS à partir du 14/15 août. - Sinon information diffusée le 26/08.

## Annexe 4 : La grille d'entretien

### *L'introduction au guide d'entretien*

#### Les objectifs de l'étude sur l'épisode de la canicule en région

→ *Il n'apparaît pas toujours nécessaire d'évoquer les éléments suivants.*

Les entretiens intègrent une démarche commune à six régions (Auvergne, Île-de-France, Haute-Normandie, Bourgogne, Franche-Comté et Centre). Les entretiens doivent permettre de :

- réaliser des études monographiques régionales sur l'épisode de canicule, plus précisément de savoir ce qu'il s'est passé pendant la période du 4 au 13 août,
- apporter des éléments de connaissance en vue de la construction d'un « plan localisé d'alerte et d'action pour pallier les situations de crises régionales ».

Les synthèses régionales devront permettre une analyse qualitative comparative des situations des différentes régions lors de la période caniculaire et des moyens préconisés pour y faire face à l'avenir.

#### La présentation nécessaire à l'introduction de l'entretien

*« Bonjour, je suis chargé d'étude dans un laboratoire d'analyse sociologique à Rennes, qui s'appelle le LAPSS (Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires)<sup>2</sup>. C'est un laboratoire indépendant et extérieur au système administratif.*

*Ce laboratoire de recherche a été chargé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la DREES, d'une étude sur l'épisode de la canicule. Dans les faits, six DRASS, dont votre région, sont associées à l'étude pour comprendre ce qu'il s'est passé, et voir comment on pourrait mettre en place un plan d'alerte et d'action dans des situations telles qu'au début du mois d'août.*

*Dans le cadre de l'étude, nous rencontrons différentes personnes, une vingtaine dans la région, qui étaient en fonction du 4 au 13 août : nous rencontrons des professionnels de santé libéraux, des professionnels des urgences, des responsables hospitaliers, des intervenants à domicile...*

*Pour ce qui est des documents, des données susceptibles de nous intéresser, nous en parlerons après l'entretien.*

*Si vous le voulez bien, j'enregistrerai l'entretien...pour que je puisse facilement, en cas de besoin, préciser l'analyse de l'entretien. Sachez, bien entendu, que toutes les données nominatives sont rendues anonymes et que le contenu des entretiens n'est exploité que par moi. »*

---

<sup>2</sup> Pour la région Ile-de-France, Franche-Comté et Haute-Normandie : *« Bonjour, je suis chargé d'étude à l'Observatoire Régional de la Santé de la région. Je suis actuellement missionné avec un laboratoire d'analyse sociologique de Rennes, qui s'appelle le LAPSS... »*

## *Les thèmes et les questions du guide d'entretien*

→ Les thèmes et les sous-thèmes (soulignés) ne sont présentés ici qu'à titre indicatif.  
Les questions posées en **gras** en caractère 14 sont les questions ouvertes, à la suite desquelles se succèdent les questions de relance et/ou reformulées signalées en italique.

### **Thème 1. La description de l'environnement organisationnel de la personne interrogée.**

#### 1.1 Les collègues, les partenaires ordinaires

- **Dans le cadre de vos fonctions sur le terrain, qui sont vos interlocuteurs proches ?**
  - avec qui travaillez-vous d'ordinaire en interne (quatre ou cinq principaux collaborateurs), en externe (quatre ou cinq principaux référents institutionnels ou techniques) ?
  - quelles sont les principales institutions de votre environnement avec lesquelles vous travaillez d'habitude ? (CLIC, les réseaux de santé, l'informel associatif, l'aide à domicile...)

#### 1.2 Connaissance des procédures et du réseau interne de coordination entre les partenaires de la personne interrogée

→ Cette question s'adresse à des personnes travaillant en établissements mais aussi provenant d'associations, de services ou autres formes d'organisation.

- **Pouvez-vous me dire quelles sont les procédures de coordination avec ces partenaires internes en cas d'urgence ? (sinon, pratiques informelles)**
  - Les procédures de coopération ? Quelle connaissance avez-vous de la réglementation sur les situations d'urgence (plans) ? Quelles sont les instances qui existent en interne pour appliquer ces plans ? Avez-vous des modèles de plan en tête (pas forcément dans le domaine des personnes âgées) ?
  - Avez-vous des protocoles ou guides de bonnes pratiques pour les situations de canicule (par exemple sur la réhydratation, usage de l'eau minérale ou du robinet, ajout d'un additif gustatif pour augmenter le désir de boire, etc.) ?

#### 1.3 Connaissance du réseau externe de relation pour assurer la coordination entre les interlocuteurs

- **Quelles sont les procédures de coordination avec les partenaires externes en cas d'urgence ? (sinon, pratiques informelles)**
  - Quelles sont les instances qui existent pour mettre en œuvre ces coordinations (par exemple comité de suivi des plans blancs, etc)

#### 1.4 Le contexte de la mobilisation de ce partenariat en cas d'urgence

- **Quel type de coopération entreprenez-vous avec les acteurs précédents quand il y a un épisode d'urgence ou en cas d'absence anormale d'une personne ?** (Par cas d'urgence, on entend : épidémie de grippe, grand froid, ou encore du type toxi-infection alimentaire ou début d'incendie, etc.)

### **Thème 2. Relation du déroulement de l'épisode de canicule**

#### 2.1 La description du cheminement à partir du début de la vague de chaleur jusqu'à aujourd'hui.

- **Que s'est-il passé pendant la période de la canicule ?**
  - Chronologie des événements dans la région : informations locales ? radios, télévisions, journaux ? Un pic de pollution a-t-il été décrit ? caractéristiques propres de la situation régionale par rapport au national ?
  - Des dysfonctionnements sont-ils apparus ? quelles failles dans l'organisation ont-elles été relatées ou constatées ? que reste-t-il encore à régler aujourd'hui à propos de cette période de canicule (patients encore hospitalisés, problèmes de ressources humaines ou financiers encore en attente) – quelles séquelles observe-t-on encore aujourd'hui ?

#### 2.2 La filière habituelle de prise en charge des personnes âgées

- **Pouvez-vous décrire la filière habituelle de prise en charge des personnes âgées ?**
  - Quelles personnes vont rencontrer la personne âgée ?
  - Existence d'une équipe pluriprofessionnelle de gérontologie ? Une consultation spécifique de gérontologie ou encore une unité d'accueil et d'orientation ?
  - Quelle est votre place ?

### 2.3 La perturbation des filières de prise en charge des personnes âgées pendant la canicule

- **Comment la filière de soins des personnes âgées a été perturbée pendant la canicule ?**
  - o Les généralistes n'ont pas été consultés ? Les services à domicile n'ont pas joué leur rôle de tampon ? L'hôpital local n'a pas été concerné ? L'encombrement aux urgences a retardé l'hospitalisation ?

### Thème 3. L'opinion personnelle des acteurs sur des situations comparables dans le temps et dans l'espace

- **Avez-vous pendant cette période, le sentiment d'avoir été confronté à une situation différente de celle que vous avez connue en juillet ou lors de l'été 2002 ?**
- **Quel est votre point de vue sur ce qui s'est passé au plan national ?**

### Thème 4. La mobilisation des partenaires au cours de cet épisode de canicule

La mobilisation des acteurs sera analysée au cours de l'entretien en accordant une attention particulière à la capacité et aux difficultés rencontrées pour mettre en œuvre des coopérations :

- en interne
- en externe avec les autres institutions et acteurs.

→ Ces questions se rapportent au lieu habituel d'exercice de la personne interrogée : établissement si la personne travaille en maison de retraite, communauté si elle travaille au domicile des personnes, département ou région si elle a des responsabilités politiques ou techniques à ces niveaux, etc.

#### 4.1 Les difficultés ou obstacles au repérage du problème

- **Comment s'est fait la prise de conscience de la gravité de la situation ?**
  - o Y a-t-il eu un moment où la situation est apparue grave ? Qui a donné le signal de cette gravité ? Comment la gravité du phénomène s'est-elle manifestée ? Qu'avez-vous fait en réaction ? Comment vos partenaires internes ou externes ont-ils réagi ? Avez-vous eu le sentiment d'être débordé ? A quel moment ?
  - o Qui détient l'expertise et comment l'avez-vous cherchée ? Comment se fait l'articulation entre soignants et gestionnaires dans la définition du problème ? Pourquoi l'hyperthermie, bien connue des gériatres n'a-t-elle pas été, généralement parlant, perçue comme un problème ?
  - o Quelles sont les voies de communication qui ont été utilisées et se sont révélées les plus utiles ? Comment intervient le niveau hiérarchique ?

#### 4.2 La prise de décision en faveur de mesures spécifiques à la canicule

- **Quelles ont été les décisions prises en faveur de mesures spécifiques à la canicule ?**

- Par qui ? Sur quels critères ?
- Quel a été le rôle de l'opinion publique ? Comment s'est fait la prise de responsabilité (administratif/soignant) ? Répartition thématique ? Comment s'est négociée au niveau institutionnel cette responsabilité ?
- Quelle a été la place des services de l'état ? S'il n'a pas été pris comme interlocuteur central, pourquoi les services de l'État ne sont-ils pas toujours reconnus comme interlocuteurs ? Quels sont les facteurs de blocage ?

#### 4.3 L'effet de l'environnement de travail et des ressources humaines au cours de la période

- **Votre environnement de travail, la gestion du personnel ont-ils eu des effets au cours de la période ?**

→ À adresser à tous les nos interlocuteurs

- Comment cela s'est-il passé au moment du pic de gravité, le 12 août ?

→ À adresser aux personnels hospitaliers

- Quel effet de la période de vacances ? Qui était absent à ce moment-là ?
- Comment cela se serait-il passé en août si ce n'était pas une période de congés ? S'il n'y avait pas eu de canicule (à cause des congés) ?
- Pour les personnes hospitalisées, que savez-vous des conditions organisationnelles et des caractéristiques de construction qui ont aggravé ou amélioré la situation de la personne ?

→ À adresser aux professionnels de santé en ville

- Que faites-vous quand le nombre de passages auprès des personnes à domicile a été augmenté ? Que faites-vous en cas d'afflux de personnes ou de demande d'intervention à domicile ? Aujourd'hui que pouvez-vous dire sur la gestion du retour des personnes après hospitalisation ?

→ À adresser aux institutionnels et aux intervenants à domicile

- Quelle place avez-vous accordée au bénévolat ? Comment l'aide professionnelle et les volontaires se sont-ils complétés pendant la période de vacances ? Aujourd'hui que pouvez-vous dire sur la gestion du retour des personnes après hospitalisation ?

#### 4.4 La situation des personnes prises en charge à domicile et la relation aux familles

→ Cette question s'adresse aux intervenants à domicile et aux professionnels de ville

- **Quelle était la situation des personnes prises en charge à domicile ?**
  - Quels étaient les liens de ces personnes âgées à domicile avec leurs familles ? Se sont-elles manifestées ? Comment les familles ont-elles réagi ?
  - Où estimez-vous les limites de vos responsabilités institutionnelles ?

#### 4.5 Éléments de bilan

- **Qu'est-ce qui a bien marché pendant cette période dans votre institution, votre organisation ? Votre activité ?**
- **Ce qui a mal marché ?**
  - Quels sont les facteurs de risques organisationnels ? Autrement dit, y a-t-il eu des problèmes de coordination, des conflits entre le public et le privé, entre les soignants et les administratifs... ? En quoi les difficultés financières ont empêché l'achat de matériel qui aurait amélioré le soin donné ?

#### 4.6 L'opinion sur la période en l'absence d'urgence vécue par les acteurs

- **S'il n'y a pas eu d'urgence : quel est votre point de vue sur cette période ?**

### **Thème 5. Éléments pour élaborer un plan d'alerte et d'urgence**

#### 5.1 L'existence de réponses régionales ou locales au problème des températures élevées ou extrêmes.

- **Qu'est-ce qui a été mis en place dans la région ou localement depuis août dernier pour répondre aux problèmes des températures élevées ? ou extrêmes ?**

→ Si quelque chose a été fait, le dispositif sera analysé en fonction des points suivants :

  - Les procédures d'urgences sont-elles formalisées, codifiées ?
  - Le nombre d'intervenants est-il limité ? Y a-t-il eu des conflits de légitimité ? Quels sont les chevauchements possibles entre institutions ?  
Des modalités des partenariats institutionnels sont-elles prévues ?
  - Une autorité de référence a-t-elle été désignée ? Votre avis à ce sujet ?
- **Matériellement, qu'est-ce qui a été fait ?**
  - Des climatiseurs ont été achetés ? Des habitats rénovés pour être conforme aux normes de chaleur ? Du personnel spécifique a été recruté ? Des plans locaux ont été mis en place ? Un budget a-t-il été débloqué ?

## 5.2 Proposition personnelle pour pallier à ce type de situation

- **Que proposeriez-vous pour pallier le type de situation que vous avez vécu, notamment pour élaborer un plan d'urgence ?**
  - Quel plan ou dispositif d'urgence auriez-vous aimé avoir à votre disposition à ce moment-là ?
  - Sur le plan des informations, que faut-il mettre, ne pas mettre ? Qui serait chargé de cette information ? Quel risque d'un dispositif bureaucratique ?
  - Un recueil d'information est nécessaire avant d'intervenir. Un tel système existe-t-il ? Où est-il ébauché ? Par quels moyens diffuser le contenu de ce plan : fiche type, circulaire, formation des différents intervenants. Quels sont les pièges à éviter ? Que suggérez-vous ?

## **Thème 6. Impressions personnelles à la suite de l'épisode caniculaire**

→ Des témoignages font état d'un sentiment d'impuissance face à un phénomène difficilement prévisible, d'autres du sentiment d'avoir une équipe qui a bien réagi et montré son savoir-faire face à l'incertitude.

- **Quel est votre sentiment général après coup ?**

## **Thème 7. Les données de cadrage**

→ *Les données locales sont abordées à la fin de l'entretien en fonction des répondants.*



### *Les catégories de répondants*

Les personnels des établissements sanitaires et sociaux A	Les intervenants à domicile B	Les urgences et les professionnels de santé hors des établissements sanitaires et sociaux C	Les institutionnels D
Directeurs des soins infirmiers	Infirmier coordinateur de Services de Soins infirmiers à Domicile (SSIAD)	Médecin régulateur de SAMU	Médecin de la Mutualité sociale agricole (MSA)
Médecin de service d'urgence	Aide ménagère	Service départemental d'incendie et de secours (SDIS) - Pompiers	Représentant du Conseil général (directeur de la solidarité et de l'action sociale)
Cadre infirmier ou infirmier de service gériatrique	Infirmière libérale	Médecin libéral de médecine non programmée - en ville (type SOS)	Association d'usagers
Gériatre ou géronto-psychiatre d'unité de soins longue durée (USLD)	Assistante sociale d'un centre communale d'action sociale (CCAS)	Pharmacien	Élus
Directeur hôpital local	Coordinateur ou assistante sociale de comité locale d'information et de coordination gériatrique (CLIC)		
Cadre infirmier	Réseau de gériatrie (si # hospitalier)		
Président de CME			
Directeur de maison de retraite publique			
Médecin coord. d'établissement pour hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD)			
Directeur ou infirmier de maison de retraite privée			

## Annexe 5 : Définition des crises sanitaires

Pour Patrick Lagadec, il y a crise sanitaire quand différentes composantes sont en présence, dont les principales sont résumées dans le tableau suivant :

I. Une défaillance importante dans le système de santé.	Méconnaissance des effets de la grande chaleur sur les personnes fragiles chez certains soignants et des traitements appropriés à y apporter.
Une déstabilisation des représentations professionnelles.	Le nombre de morts observés par rapport au nombre attendu a surpris les professionnels qui n'ont pas eu le sentiment d'avoir vécu une telle crise.
Une inconnue majeure dans le secteur de soins observé.	Le vieillissement de la population, l'accroissement du nombre de personnes « fragiles ».
Une multitude d'intervenants.	Le secteur médico-social implique bien plus d'échelons sociaux (national, local, élus, assurance maladie, voisinage...) que le secteur sanitaire.
Un problème de communication.	Les autorités n'ont pas trouvé le bon registre de communication, entre le tragique et le message rassurant.

II. Une perte de références des professionnels	En gériatrie, nous étions sur le versant des réformes de la gestion des aides publiques : aide à la personne, tarification proportionnelle à l'ampleur de la tâche.
Une déstabilisation des professionnels.	Une alerte tardive, une communication ministérielle qui veut rassurer, un responsable syndical des urgences médiatique et débordé, des corps non réclamés dans les morgues. Face à cela, une alerte non perçue au niveau local, une réponse des services de l'État sous forme de demande de statistiques, qui ne seront diffusées que quelques semaines après.
Le poids du passé.	Un conflit social permanent sur les urgences, un secteur de la gérontologie sous-doté par rapport à la demande sociale, des services de l'État qui combinent le rôle de tutelle financière (maîtrise des dépenses) et de tutelle en santé publique (besoins de santé en croissance rapide).
Des événements perturbateurs.	La désorganisation des soins au moment des congés ; L'expertise déboussolée : pas d'information fiable, des rapports délicats entre experts et décideurs ; Des médias qui décrivent l'apocalypse ; Le désarroi des responsables : tout le monde se tourne vers l'État.

Les éléments précités nous conduisent à conclure que nous sommes face à une véritable crise sanitaire. La réponse à ce genre de situation fait appel (toujours selon P. Lagadec) à différents outils devant être mis en œuvre, notamment sous forme de plans d'action définis dans un processus de gestion de crise.