N° 1455 – tome 2

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
DOUZIÈME LÉGISLATURE

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

RAPPORT

FAIT

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

Président
M. Claude EVIN,

Rapporteur
M. François d'AUBERT,

Députés.

TOME 2

AUDITIONS

[1] La composition de cette commission figure au verso de la présente page.

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

SOMMAIRE DES AUDITIONS

Les auditions sont présentées dans l'ordre chronologique des séances tenues par la commission (la date de l'audition figure ci-dessous entre parenthèses)

Audition de M. Jean-Paul PROUST, Préfet de police de Paris 7

Audition conjointe du général Jacques DEBARNOT, ancien commandant de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris, et du commandant Jacques KERDONCUFF, ancien officier de presse de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris 35

Audition conjointe de Mme Anne BOLOT-GITTTLER, directrice adjointe du cabinet du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, et de M. William DAB, ancien conseiller du ministre et directeur général de la santé 57

Audition conjointe de M. Edouard COUTY, directeur de la DHOS, et de Mme Danielle TOUPILLIER, conseillère technique à la DHOS..... 81

Audition conjointe de Mme Rose-Marie Van LERBERGHE, directrice générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), et de M. Dominique DEROUBAIX, ancien secrétaire général de l'AP-HP 103

Audition de M. Gilles BRÜCKER, directeur général de l'institut de veille sanitaire (InVS) 125

Audition conjointe de MM. Jean-Pierre BEYSSON, président directeur général de Météo France, et Jean-Claude COHEN, secrétaire de la commission biométéorologie à Météo France 145

Audition de M. Jean-François MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées 167

Audition de M. Lucien ABENHAÏM, ancien directeur général de la santé 193

Audition de M. Patrick PELLOUX, président de l'association des médecins urgentistes hospitaliers de France (AMUHF) 217

Audition de M. Patrick LAGADEC, directeur de recherche à l'Ecole polytechnique 243

Audition du Professeur Pierre CARLI, chef de service au SAMU de Paris 259

Audition de M. Jean de KERVASDOUE, ancien directeur des hôpitaux, professeur d'économie de la santé au Conservatoire national des Arts et Métiers 283

Audition de responsables des fédérations et syndicats d'établissements d'hébergement pour personnes âgées : Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (ADEHPA), Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés (FEHAP), Fédération hospitalière de France (FHF), Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA), Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA) et Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) 295

Audition conjointe de MM. Cédric GROUCHKA, conseiller technique au cabinet du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, et Yves COQUIN, directeur adjoint de la DGS 333

Audition de M. Nicolas SARKOZY, ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales 359

Audition conjointe des responsables des associations d'aide et de soins à domicile : Mme Danièle DUMAS, présidente, et M. Jean VERNET, délégué général de l'Union pour l'aide à domicile en milieu rural (ADMR), et de M. Emmanuel VERNY, directeur général, et Mme Frédérique DECHERF, directrice de communication et des ressources humaines de l'Union nationale des associations de soins et services à domicile (UNASSAD) 379

Audition conjointe de MM. Jean-Jacques TREGOAT, directeur général de la DGAS, et Jean-Marie PALACH, ancien responsable de la mission Marthe sur la réforme des EPHAD au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées 399

Audition de M. Bertrand DELANOË Maire de Paris 420

Audition de M. Marc PAYET, journaliste au Parisien 442

Audition conjointe de Mmes Jocelyne WROBEL, Christine NONCIAUX et Annie TOUROLLE, auteurs du rapport de la mission d'expertise sur les effets de la canicule en Côte d'Or 458

Audition conjointe de MM. Christian de LAVERNEE, Régis GUYOT et Didier MONTCHAMP, responsables du COGIC 486

Audition conjointe de MM. Denis HEMON et Eric JOUGLA, de l'INSERM 502

Audition conjointe de Mme Michèle FROMENT-VEDRINE, directrice générale de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale, et de M. Denis ZMIROU, directeur scientifique 518

Audition conjointe de MM. François FILLON, ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, et Hubert FALCO, secrétaire d'Etat aux personnes âgées 528

Audition du Professeur Jean-Louis SAN MARCO 557

Audition de M. Jean-Paul PROUST,
Préfet de police de Paris

(Extrait du procès-verbal de la séance du 29 octobre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

M. Jean-Paul PROUST est introduit.

M. le Président : Mes cher(e)s collègues, nous entamons aujourd'hui le cycle de nos auditions en accueillant M. Jean-Paul Proust, préfet de police de Paris.

Monsieur le préfet, je vous souhaite la bienvenue devant cette commission.

Au-delà des travaux qu'a pu mener la mission d'information sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule, au mois de septembre, et du rapport volumineux et intéressant qui en a résulté, l'un des objectifs de la commission d'enquête est de faire toute la lumière sur le déroulement des événements du mois d'août dernier et de cerner les éventuels dysfonctionnements qui peuvent expliquer le manque de réactivité des pouvoirs publics face à la canicule.

La mission d'information, faute de temps, n'a pu clairement analyser le rôle des services du ministère de l'intérieur. J'avais personnellement demandé qu'elle puisse vous auditionner, ce qui n'a pu être le cas pour des raisons de calendrier et d'emploi du temps. Vous comprendrez aisément que, compte tenu des très nombreux décès survenus dans la capitale, nous ayons souhaité vous entendre dès le début de nos réunions. C'est en effet un éclairage qui nous a manqué lors des travaux de la mission d'information, que de pouvoir apprécier la mobilisation de l'ensemble des services de la sécurité civile.

M. le Président lui rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête lui ont été communiquées. A l'invitation du Président, M. Proust prête serment.

M. Jean-Paul PROUST : M. le Président, mesdames et messieurs les députés, le mois d'août a été marqué par un événement sans précédent puisque la canicule a entraîné, dans la majeure partie du territoire hexagonal, une surmortalité qui a frappé, en premier lieu, les personnes âgées. Ce drame nous interpelle tous au-delà de nos responsabilités, au-delà de nos fonctions. C'est une crise, mais avant tout un véritable drame de société auquel les personnels de la préfecture de police de Paris ont fait face avec – je crois pouvoir le dire – courage et abnégation.

Je souhaite vous exposer ce qu'ont été le rôle et la mission de la préfecture de police et des services qui lui sont rattachés, durant cette période. Ensuite, je vous dirai quelques mots sur les dispositions que j'ai décidé de mettre en oeuvre pour être mieux préparé à faire face à de telles situations de crise dans l'avenir.

Avant toute chose, il m'appartient de rappeler – et ce point est important – que la préfecture de police, les services de police et la brigade des sapeurs-pompiers de Paris placée sous l'autorité du préfet de police, n'ont en charge ni la veille sanitaire, ni la régulation hospitalière. La préfecture de police ne dispose pas non plus de moyens de recensement du nombre de décès dans la capitale, du moins en temps réel.

La brigade des sapeurs-pompiers de Paris, dont la compétence territoriale s'étend au-delà de Paris sur les trois départements de la petite couronne (Val-de-Marne, Hauts-de-Seine et Seine-Saint-Denis), a pour mission de porter aide et assistance, par un secours immédiat, aux personnes qui ont composé le 18, qu'elles se trouvent sur la voie publique ou à leur domicile. Sa mission est, après avoir pris les premières mesures d'urgence, y compris médicales, de transporter ces victimes dans les services d'urgence hospitalière si cela est nécessaire et sans savoir, le plus souvent, ce qu'il advient des victimes transportées.

J'ajoute que ni les sapeurs-pompiers ni les services de police n'ont connaissance des décès intervenus dans les maisons de retraite ou à l'hôpital. Leur échappe également la majorité des décès intervenus à domicile, qui sont constatés le plus souvent par les médecins de ville. Leur terrain habituel d'intervention est la voie publique. Ainsi, tous les rapports quotidiens qu'adresse et qu'adressait la brigade des sapeurs-pompiers de Paris à mon cabinet, mentionnent uniquement le bilan des interventions de secours à victimes sur la voie publique, en précisant dans le commentaire qu'il n'y avait rien de particulier à signaler.

C'est pour cette raison que, contrairement à ce qui a pu être indiqué, la brigade des sapeurs-pompiers de Paris n'avait pas – pas plus d'ailleurs que les services de police – les moyens d'appréhender l'ampleur du phénomène de surmortalité, du moins avant le 12 août. En ne transportant qu'environ 15 % des personnes qui sont adressées aux urgences hospitalières et en ne disposant d'aucune information particulière sur l'activité des hôpitaux ou des maisons de retraite, la brigade des sapeurs-pompiers n'a qu'une vision partielle, empêchant toute communication d'informations fiables quant au nombre de morts et, plus encore, sur le lien pathologique entre les décès et la canicule.

Je précise qu'en temps ordinaire, on dénombre sur le ressort de Paris et des trois départements de la petite couronne, une moyenne de 95 décès par jour. La brigade a connaissance d’une moyenne de 9 ou 10 décès par jour environ, lesquels sont généralement intervenus sur la voie publique par accident, crise cardiaque ou autre. C'est le chiffre approximatif des constatations des décès que fait chaque jour la brigade, c'est-à-dire environ 10 % du nombre total de décès intervenus sur Paris et les trois départements de la petite couronne.

J'insiste sur le fait qu'aucun service – on peut le déplorer – ne disposait d'un outil statistique permettant de suivre en temps réel et de façon précise l'évolution de la mortalité. Avant le 12 août, ni les sapeurs-pompiers ni les services de police n'avaient les moyens de prévoir l'ampleur du phénomène qui se préparait.

En revanche, la préfecture de police a mis en place trois séries de mesures qui correspondent à autant de phases chronologiques du déroulement de cette crise.

En premier lieu, si au cours de la période du 5 au 12 août, personne n'a pu mesurer l'ampleur et la gravité de la crise qui allait survenir en termes de surmortalité, à compter de la nuit meurtrière du 11 au 12 août, il n’empêche que, dès le 5 août, un dispositif de suivi de l'activité opérationnelle quotidienne de la brigade des sapeurs-

pompiers est mis en place, à l'initiative de la préfecture de police. Cette mise en observation résulte de l'évolution du nombre des interventions pour secours à victimes, comme en témoignent les rapports quotidiens que la brigade adresse chaque matin à mon cabinet. Nous observons effectivement, à compter du 5 août, une augmentation du nombre d'interventions de secours aux victimes sur la voie publique effectuées par la brigade de sapeurs-pompiers, généralement pour des malaises.

La brigade fait état, à ce moment-là, d'une activité soutenue pour ses interventions sur la voie publique. Elle disposait alors des capacités pour répondre à ces demandes en mobilisant pleinement ses effectifs. L'activité de secours à victimes s'intensifiant, une série de mesures sont arrêtées. Il s'agit en particulier de la mobilisation, dès le 8 août, des moyens des associations de secouristes.

Il est fait appel, par mon cabinet, à la Croix-Rouge et à la Fédération nationale de la protection civile, deux structures avec lesquelles nous avons coutume de travailler lors de circonstances exceptionnelles ou lors de grandes manifestations. Ces deux associations mobilisent, à compter du 8 août, l'ensemble de leurs moyens pour renforcer les centres de secours de sapeurs-pompiers. Elles proposent par ailleurs leur soutien aux activités de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), dans l'hypothèse où celle-ci en exprimerait le besoin.

Dans le même temps, le 8 août, la brigade des sapeurs-pompiers fait appel à ses réservistes pour renforcer ses centres de secours. Ces derniers ainsi renforcés, je peux affirmer que la brigade des sapeurs-pompiers a eu les moyens pour répondre à tous les appels de secours et accomplir pleinement et au mieux sa mission.

En outre, la préfecture de police a demandé à la brigade des sapeurs-pompiers de communiquer au grand public, et notamment à l'occasion du week-end des 9 et 10 août, sur les risques qui s'attachaient à la persistance de la canicule et sur les mesures pratiques de prévention à mettre en oeuvre. A compter de cette date, de nombreux messages, provenant de la préfecture de police, diffusés par l'intermédiaire de la brigade et relayés par la presse, notamment audiovisuelle, attestent de ce souci de prévention.

La seconde phase débute le 12 août, lorsque l'institut médico-légal (IML), qui dépend de la préfecture de police, constate un afflux considérable de défunts et alerte mon cabinet. Elle s’achève le 18 août.

C'est en réalité suite à l'intervention de l'institut médico-légal que la préfecture de police a pris conscience de la gravité des problèmes, et non pas par l'augmentation du nombre de secours à victimes effectués par la brigade de sapeurs-pompiers sur la voie publique. C'est cette information de l'institut médico-légal, confirmée par les enquêtes que nous avions fait mener par les services de police, qui nous fait prendre conscience de l'ampleur de la crise en termes de surmortalité. Mais nous sommes déjà le 12 août.

Immédiatement, des contacts sont pris et dès le 13 août, mon cabinet, qui agit en tant que secrétariat général de la zone de défense, organise une série de contacts et de réunions entre les services de la préfecture de police, les services de la ville de Paris et les autres partenaires. Dans le même temps, des contacts sont également établis avec les préfectures des trois départements de la petite couronne.

Trois séries de mesures sont immédiatement prises. Elles concernent tout aussi bien les capacités d'intervention de secours que la prise en charge des personnes isolées ou l'accueil des défunts.

Tout d'abord, s'agissant de la prévention des risques d'hyperthermie, des postes de secours avec des équipes de secouristes, qui avaient déjà été mobilisés depuis quelques jours, sont implantés sur cinq sites de la capitale particulièrement fréquentés. Les équipes de secouristes renforcent également les centres de secours les plus sollicités.

En ce qui concerne les personnes isolées à domicile, même si la préfecture de police n'a pas la responsabilité des services de proximité aux personnes âgées, elle met toutefois, dès le 13 août, ses services – police et pompiers – à la disposition de la ville de Paris et notamment des centres communaux d'action sociale (CCAS). C'est ainsi que la ville de Paris, qui ne disposait pas de moyens suffisants au niveau de ces centres communaux d'action sociale, notamment pour le week-end du 15 août, nous a communiqué une liste de noms de personnes âgées supposées isolées.

Une cellule d'appel a été constituée. Composée de fonctionnaires bénévoles de la préfecture de police et de secouristes, elle a passé, durant la période du 15 au 18 août – période à laquelle la mairie avait sollicité notre relève – 3 500 appels téléphoniques. Cette cellule a contacté 1 882 personnes âgées pour s'enquérir de leur état de santé et voir s'il était nécessaire de faire une intervention à domicile.

Parallèlement, ont été mises en place, sous l'égide de la police urbaine de proximité, c'est-à-dire des commissariats de police des arrondissements, des patrouilles composées de policiers et de secouristes pour prendre contact sur le terrain ou à domicile avec les personnes âgées. Ce dispositif, composé de 1 400 policiers affectés à cette mission pendant cette période et de secouristes, a permis, outre le contact avec les personnes isolées à domicile et en détresse, la visite de 391 maisons de retraite, foyers ou associations. Par ailleurs, 2 231 personnes âgées ont été directement contactées sur la voie publique.

Cette action, qui n'est pas dans la mission même de la préfecture de police, a été conduite en pleine intelligence avec les services de la ville de Paris pour renforcer les moyens de proximité au plan social. Grâce à ces actions, plusieurs dizaines de personnes âgées en difficulté ont été secourues.

Enfin, nous avons dû veiller à ce que les structures d'accueil des défunts puissent faire face à l'afflux précédemment mentionné. C'est la raison pour laquelle les capacités d'accueil de l'institut médico-légal ont été doublées grâce à l'ouverture d'un site à Villejuif. D'autre part, a été organisé, avec les pompes funèbres générales, le site de Rungis.

La troisième période débute le 19 août. A compter de cette date et jusqu'au 3 septembre, l'action a consisté en la mise en place d'un processus spécifique d'inhumation des défunts au titre de la santé publique. En effet, l'afflux des personnes décédées ne devait pas conduire à engendrer un nouveau risque sanitaire pour la population. C'est ainsi qu'il m'appartient, en vertu des dispositions législatives particulières à Paris, de veiller à la prévention de tout risque épidémiologique.

A ce titre, j'ai donc pris deux mesures. D'une part, après avoir consulté l'ensemble des acteurs ainsi que les autorités judiciaires, j'ai été amené à porter le délai d'inhumation de six à dix jours, afin de faciliter pour les familles l'organisation des

funérailles, en leur conservant toute la dignité qu'imposait la situation. D'autre part, le délai d'inhumation des corps déposés à l'IML et aux pompes funèbres de la ville a été porté jusqu'au 1er septembre, puis au 3 septembre, afin de permettre aux équipes, mises en place par la ville pour rechercher les familles, de travailler le plus longtemps possible pour en identifier le maximum.

Après ce rappel des faits, je souhaite vous faire part des mesures que j'ai décidé de prendre afin d'améliorer notre dispositif de gestion des crises pour l'avenir et de mieux anticiper celles-ci.

Tout d'abord, j'ai pris la décision d'élaborer un plan d'intervention « *chaleur extrême* » qu'il m'a paru utile d'élargir aux périodes de grands froids. Sera donc élaboré un plan « *températures extrêmes* » pour la zone de défense de Paris, qui correspond à la région Ile-de-France, et pour laquelle nous avons déjà rédigé le volet « *grands froids* ». D'ici quelques mois, nous disposerons également d'un chapitre « *canicule* ».

D'une manière plus générale, les crises et catastrophes que peut connaître notre société prennent des formes multiples et sont, par définition, celles que l'on n'attend pas. Leur survenance intervient à tous moments. Il peut s'agir d'une catastrophe technologique, naturelle, d'une pollution majeure, d'inondations dévastatrices, d'un risque sanitaire ou alimentaire, d'une paralysie d'un réseau routier, de risques biologiques, chimiques, radiologiques, cet inventaire n’étant pas exhaustif.

Le drame que nous avons vécu cet été souligne la nécessité d'une coordination active de tous les services en charge d'une mission de service public, dans le respect certes des compétences de chacun mais avec une meilleure mise en réseau de tous les services publics. Une coordination efficace ne se décide pas le jour de la survenue de la catastrophe ; elle se prépare en amont par des contacts permanents et réguliers, et par des habitudes de travail en commun. C'est la raison pour laquelle, en ma qualité de préfet de la zone de défense de Paris, j'ai décidé, conformément aux récents textes donnant des compétences élargies aux préfets de zone en la matière, de renforcer le dispositif de la gestion de crise de la préfecture de police.

A la lumière des différentes crises survenues les mois passés, notamment l'épisode intervenu l'hiver dernier dans les Yvelines lorsque quelques dizaines de milliers d'automobilistes ont passé la nuit sous la neige en raison d'un problème de mise en réseau des différents services publics, j'ai pris la décision de créer un état-major de sécurité civile doté d'un organisme de veille opérationnel permanent : le centre opérationnel zonal. Ces deux structures, d'une part, l'état-major, d'autre part, le centre opérationnel zonal, seront à pied d'œuvre début 2004.

Le centre opérationnel zonal est une structure de veille permanente qui sera animée par des policiers, des gendarmes et des sapeurs-pompiers. Cet outil exécutif aura pour mission d'être à l'écoute vingt-quatre heures sur vingt-quatre et de faire remonter le plus grand nombre possible d'informations, en provenance non seulement des sapeurs-pompiers, des policiers et des gendarmes, mais aussi des autorités sanitaires, des hôpitaux, des services d'EDF, des transports publics, de Météo France, des opérateurs de télécommunications et des collectivités locales.

L'objectif est de disposer, avec ce centre opérationnel zonal, d'une veille permanente avec une remontée permanente de toutes les informations de toute nature. De plus, cette structure de veille répercutera, deux fois par jour sur tous les acteurs, une petite

brochure de deux pages qui comportera l'ensemble des informations essentielles à savoir. En temps ordinaire, ces informations ne concerneront peut-être que les conditions météorologiques ou les accidents importants intervenus. Néanmoins, deux fois par jour, toutes les autorités publiques, qu'il s'agisse des directeurs d'hôpitaux ou des maires de communes, recevront, en retour de la remontée d'information, une synthèse.

Il est très important que l'échange se fasse dans les deux sens. Ceux qui donnent l'information doivent avoir un retour, sinon ils ont l'impression que cette information se perd et que leur action ne sert à rien.

Il s'agit donc de remonter systématiquement toutes les informations vers ce centre opérationnel zonal.

Par ailleurs, l'état-major de la sécurité civile, qui aura une dimension interministérielle au niveau régional, recevra pour mission d'analyser et de synthétiser les informations, puis de les croiser ou de les compléter avec des réseaux d'experts. Il aura un noyau dur et pourra s'élargir. Il comprend d'ores et déjà un médecin, le directeur du SAMU 75 qui coordonne l'ensemble des SAMU de l'Ile-de-France. Certes, ce médecin ne connaît pas tout, mais il constitue un relais médical essentiel pour s'adresser aux réseaux d'experts. Et pour l'Ile-de-France, le réseau d'experts est d'une richesse extrême : en l'occurrence, toutes les compétences médicales de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris.

Cet état-major aura pour missions d'analyser la situation sur la base de la veille du centre opérationnel zonal, d'anticiper sur les crises et d'intervenir comme structure d'aide à la décision. Ce réseau d'experts s'appuiera sur les services de la préfecture de police, mais aussi sur les directions départementales et régionales des services déconcentrés de l'Etat relevant du préfet de la région Ile-de-France, lequel m'a apporté son entier soutien dans cette démarche. Ces services déconcentrés –la DRAS, les DDASS, l'Equipement et tous les services de l'Etat relevant du préfet de la région Ile-de-France – seront, pour tout ce qui est gestion de la crise et anticipation des crises, à la disposition du préfet de police en tant que préfet de zone et responsable de la sécurité civile.

Les collectivités locales, qui ont un rôle majeur à jouer dans la gestion des crises, seront associées à la constitution de ce réseau d'experts et bénéficieront – je vous le disais tout à l'heure – d'un retour permanent d'informations, afin qu'elles puissent, elles aussi, être mises en alerte.

La crise que nous venons de traverser n'a fait que conforter mon entière détermination à moderniser notre dispositif de sécurité civile à Paris et dans le ressort de la zone de défense de Paris, et de l'étendre aux risques sanitaires. Soyez assurés que je tiendrai le plus grand compte des recommandations ou propositions que votre commission d'enquête pourra formuler.

M. le Rapporteur : Merci, M. le préfet, des précisions que vous avez apportées sur cette chronologie quelque peu difficile à établir, ne serait-ce que dans ses débuts. En effet, le premier rapport de l'INSERM montre qu'en réalité, la canicule a commencé le 4 août et que la mortalité a augmenté au niveau national dès le 4 ou le 5 août.

Je vous remercie également de nous avoir présenté les mesures qui ont été prises et qui seront opérationnelles dès le début 2004. En effet, d'autres risques majeurs que la canicule peuvent survenir et entraîner une crise grave.

Ma première question concerne la chronologie. La mission d'information a reçu un rapport chronologique en date du 17 septembre 2003, établi par votre directeur de cabinet, M. le Préfet Lalande. Ce dernier fait état d'une demande explicite du cabinet du préfet de police à la brigade de sapeurs-pompiers et à la direction de la police urbaine pour adresser, chaque jour, un état précis des secours à victimes auquel vous avez fait amplement allusion dans votre propos liminaire. Ceci a-t-il fait l'objet d'une demande écrite ou orale, parce qu'il est question d'une demande « *explicite* » et, s'il y a demande écrite, la commission d'enquête pourrait-elle en avoir une copie ?

Ma deuxième question porte sur l'alerte et son utilisation par rapport aux populations, car c'est bien là que se situe le problème. Le premier problème est celui de la remontée de l'information, puis l'usage fait de cette information de crise, en l'occurrence la montée des températures, voire le cumul, sur plusieurs jours, de températures élevées et la très faible amplitude entre les minima et les maxima, d'où une absence de refroidissement durant la nuit. Les conditions étaient donc très mauvaises et nécessitaient un besoin d'alerte des populations. Or le général Debarnot, ancien commandant de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, a souligné que déjà le 8 août, il y a eu une sollicitation de la part des médias demandant des informations sur ce qui passait et s'il y avait des annonces à faire. C'est ainsi du moins que l'on peut l'interpréter.

Or il semblerait que la consigne donnée a été de ne pas évoquer le nombre de personnes décédées. C'est un choix de communication, mais en dramatisant la situation, on peut supposer qu'il y aurait peut-être eu des réactions plus rapides de la part des intervenants des réseaux ou des services publics, voire des familles et des personnes elles-mêmes. C'est un point d'histoire. Néanmoins la non communication a joué un grand rôle dans cette crise, tout au moins jusqu'à la période des 11 et 12 août, période prise en considération par la quasi-totalité des acteurs comme étant le début de la crise, alors qu'en réalité la crise avait commencé bien avant.

Une autre question concerne les mesures prises à partir du 15 août et dont vous avez fait état au travers des liens avec les CCAS de Paris. Ces mesures se sont traduites par des appels téléphoniques aux maisons de retraite, aux foyers, aux associations, aux personnes âgées elles-mêmes. On peut se demander pourquoi cette action n'a été déclenchée qu'à partir du 15 août alors que des signaux d'alarme avaient été perçus un peu plus tôt, notamment au travers des rapports très statistiques de la brigade des sapeurs-pompiers qui montrent une accélération, à des périodes bien déterminées, du nombre de personnes décédées.

Je voudrais également évoquer la question de l'information apportée par l'institut médico-légal et les services funéraires de la ville de Paris. Vous indiquez que l'IML n'aurait averti la préfecture de police que le 12 août. Or il semblerait, selon les auditions des responsables des services funéraires de la Ville devant la mission d'information, qu'il y aurait eu un contact avec la préfecture de police dès le vendredi 8 août, au cours duquel la saturation des funérariums aurait été évoquée. Nous avons donc un problème de date : est-ce le 8 août ou le 12 août que ce contact a été établi ?

Cette question n'a pas pour simple but de vérifier les dates, mais de comprendre par quel processus la situation a été améliorée, y compris avec les moyens du bord tels que la mobilisation d'un entrepôt réfrigéré à Rungis et de camions frigorifiques.

Enfin vous avez évoqué la question de la coordination. Quelle a été l'action du Centre opérationnel de gestion interministérielle des crises (COGIC) puisque la vocation de cet organisme est d'assurer la coordination entre les différents services de l'Etat ? Selon votre directeur de cabinet, il semblerait que, jusqu'au 11 août inclus, « *aucune information ou analyse prospective de quelque service que ce soit n'ait permis au cabinet du préfet de police d'imaginer l'incidence de la canicule sur la mortalité* ».

M. Jean-Paul PROUST : S'agissant de savoir si la demande d'un certain nombre de précisions dans les rapports de la brigade des sapeurs-pompiers était une demande écrite, je ne le pense pas. En revanche, j'ai là tous les rapports quotidiens de la brigade qui sont d'ailleurs à votre disposition. Chaque jour, les sapeurs-pompiers produisent un rapport d'interventions avec une page de commentaires.

Nous avons reconstitué ultérieurement le nombre d'interventions, à compter du 4 ou du 5 août, et l'avons comparé avec celui de l'année 1998, dernière année où nous avons connu un été très chaud, mais sans commune mesure avec la canicule de cet été. Comme lors de toute période de chaleur ou de froid, les sapeurs-pompiers interviennent davantage en raison de la recrudescence de malaises ou autres sur la voie publique.

A titre de comparaison, les 4, 5, 6 et 7 août, nous observons une différence relativement faible. Si je compare la journée du 4 août 1998 à celle du 4 août 2003, les sapeurs-pompiers ont effectué sur le ressort de Paris et des trois départements 639 interventions de secours à personnes en 1998 et 794 en 2003, soit 20 % de plus. Le 7 août, il y a 831 interventions en 1998 et 1 073 en 2003, soit 20 % de plus. Ces chiffres sont certes importants et supposaient de renforcer les centres de secours, mais nous n'y voyons rien d'exceptionnel, et ce jusqu'au 10 août. Le 10 août 2003, nous sommes encore à 1 010 interventions contre 820 interventions en 1998.

M. le Président : A quel moment ces chiffres remontent-ils à votre cabinet ?

M. Jean-Paul PROUST : Tous les matins, nous recevons pour la veille le compte rendu d'activité de la brigade des sapeurs-pompiers. Nous avons ressorti les comparaisons par la suite, mais les chiffres retraçant les interventions effectuées par la brigade arrivent en temps réel le lendemain matin. Cela se présente sous la forme de deux pages, plus une page de commentaires.

M. le Président : D’après la note rédigée par le général Debarnot, il semblerait que le dimanche 10 août, à 11 heures 41, après que l'officier de permanence a reçu à 10 heures 07 un appel téléphonique de votre cabinet lui demandant le nombre d'interventions pour secours à victimes pour le même jour, le cadre de permanence de votre cabinet indique qu'il a bien reçu le nombre de victimes sur la journée du 9 août et demande alors que les chiffres lui soient envoyés quotidiennement. Quand on lit le rapport du général Debarnot, on a le sentiment que ces statistiques n'étaient pas transmises quotidiennement.

M. Jean-Paul PROUST : Les rapports quotidiens de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris sont transmis quotidiennement depuis des années. D'ailleurs, je pourrais vous fournir, si vous le vouliez, tous les rapports quotidiens du mois de juillet.

M. Pierre HELLIER : Disposez-vous des chiffres de l'année précédente ?

M. Jean-Paul PROUST : Je ne les ai pas là, mais je peux vous les fournir. Par contre, les comptes rendus quotidiens ne font pas référence à l'année antérieure.

M. le Président : Je renvoie les membres de la commission au volume 2 des annexes du rapport de la mission d'information sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule. Vous trouverez, après la page 492 me semble-t-il, les rapports de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris au jour le jour. Permettez-moi d'insister sur ma question précédente : lorsque je lis le rapport du général Debarnot, il est fait état d'un échange avec votre cabinet au cours duquel on demande au commandant de la brigade de transmettre quotidiennement les statistiques. Pourquoi, tout à coup, est-il expressément dit qu'il faut transmettre quotidiennement les statistiques, alors qu'*a priori* c'était la procédure habituelle ? A la lecture de ce passage, nous avons le sentiment que ces statistiques n'étaient pas transmises quotidiennement.

M. Jean- Paul PROUST : Je comprends votre question. Je pense qu'il s'agit là d'une conversation, et non pas d'une demande écrite, lors de laquelle le correspondant du cabinet a dû insister sur l'heure à laquelle devait être envoyé ce document. Mais je vous confirme qu'il est envoyé à mon cabinet, depuis des années, tous les matins et qu'il nous parvient dans la matinée. Peut-être a-t-on voulu accélérer les choses, ce jour-là, pour recevoir les statistiques plus tôt ? En effet, nous étions alors en train de constater une augmentation des interventions, et cela a attiré l'œil. Ces statistiques ont d'ailleurs explosé dans la nuit du 11 au 12, ainsi que les 12 et 13 août.

M. le Rapporteur : Sur ce point, quelles sont les sources d'information dont vous disposez tous les matins sur votre bureau, concernant les secours à victimes et les éléments qui auraient pu éventuellement donner plus fortement l'alerte ? Du côté des bureaux d'état civil, il n'y a pas grand-chose à attendre compte tenu des délais de délivrance des certificats de décès. Les statistiques des hôpitaux ne vous parviennent pas non plus. Qu'en est-il des statistiques de police secours ?

M. Maxime GREMETZ : M. le Président, vous-même et M. le Rapporteur monopolisez la parole alors que nous sommes un certain nombre à avoir des questions à poser à M. le Préfet de police.

M. le Président : M. Gremetz, je conduis les auditions de cette commission d'enquête et mon rôle ne se limitera pas à donner la parole aux uns et aux autres. J'aurai un certain nombre de questions à poser pour faire préciser aux personnes que nous auditionnons quelle est la manière dont ils ont vécu ces événements. M. le Rapporteur a posé des questions et il est important que M. le préfet de police lui apporte les précisions nécessaires. Ceci étant, j'ai pris bonne note de votre demande de parole et vous pourrez poser vos questions. Nous prendrons le temps qu'il faudra pour conduire nos investigations.

M. Jean-Paul PROUST : Tous les matins, je reçois très tôt les statistiques de police secours ainsi, d'ailleurs, que des statistiques beaucoup plus développées en provenance de la police sur la police secours, et également les mains-courantes et les commentaires que peuvent faire les services de police sur ce qui s'est passé au cours de la nuit.

Vous m'avez posé une question quant à la sollicitation des médias auprès de la brigade des sapeurs-pompiers, et notamment cette question qui touche au nombre des victimes. Je précise que les rapports quotidiens de la brigade ne mentionnent pas le nombre de personnes décédées. Le 8 août, il y a effectivement une communication téléphonique entre mon cabinet et la brigade des sapeurs-pompiers. Elle peut être qualifiée de conversation entre communicants, c'est-à-dire qu'elle vise à déterminer la politique de communication de la brigade des sapeurs-pompiers vis-à-vis de la presse au sujet de la crise. Tel était le contenu de la conversation. Ce n'était pas du tout une conversation de cadres supérieurs.

M. le Président : L'appel de 17 heures 53 à votre cabinet est celui de l'officier chargé des relations avec la presse, mais celui de 18 heures 07 est l'appel de l'adjoint du général Debarnot. Ce dernier n'est pas un communicant, c'est un des responsables de la brigade.

M. Jean-Paul PROUST : Certes, mais les communicants avaient déjà discuté au préalable. La brigade des sapeurs-pompiers a indiqué ce jour-là qu'il paraissait y avoir eu des décès dus à l'hyperthermie. Sans en évaluer le nombre exact, ils situaient ce nombre de décès à environ 7.

Il a été dit qu'il convenait de vérifier les informations. Pourquoi ? Parce que les pompiers ne connaissent pas avec précision le nombre de personnes décédées à la suite d'hyperthermie. Dans le cadre de leurs interventions, suite à un diagnostic très rapide, ils transportent des gens à l'hôpital, sans savoir ce qu'il advient d'eux par la suite. Mais ils ont constaté que 7 personnes pouvaient être décédées ou allaient décéder en raison de problèmes dus à l'hyperthermie. C'est ce qui a été rapporté par les sapeurs-pompiers.

Doit-on alors dresser un bilan ? Il a été convenu que nous n'avions aucun moyen pour ce faire. D'ailleurs, cela résulte également de la déposition du colonel Grangier devant la mission d'information qui, avec son médecin, constate qu'il n'a aucun moyen d'établir un bilan. Au demeurant, ce chiffre de 7 est ridicule quand on sait que tous les jours, les pompiers constatent une dizaine de décès sur les 95 qui surviennent dans leur zone de compétence.

Les interlocuteurs de ces appels téléphoniques ont convenu entre eux de ne pas dresser de bilan, car cela ne correspondait à rien et restait de toute façon de l'à-peu-près. Si nous avions communiqué ce jour-là sur 7 décès dus à la canicule et qu'aujourd'hui on constatait qu'il y en avait en fait plus de 100, nous aurions été accusés d'avoir considérablement minimisé le phénomène.

Ils ont donc convenu que la communication des sapeurs-pompiers devait être essentiellement axée sur les mesures à prendre pour se protéger de la chaleur. Il ne s'agissait pas de cacher le fait qu'il y avait eu des décès, mais de ne pas communiquer de bilans chiffrés car ils en étaient incapables. C'est à ce moment-là qu'ont été rédigés, en collaboration avec les médecins des sapeurs-pompiers et le SAMU, plusieurs communiqués préventifs diffusés sur les radios. C'est l'explication de ce chiffre de 7 décès.

M. Alain CLAEYS : Pour prolonger la question du Rapporteur, vous définissez bien, dans votre propos liminaire, vos sources d'information sur les interventions sur la voie publique. Mais à quel moment, lorsque vous avez ces indications qui ne sont que parcellaires, s'établissent des contacts avec les autres services de l'Etat, *via* le préfet de région ?

M. Jean-Paul PROUST : En ce qui concerne les contacts avec les autres services de l'Etat, il y a effectivement des contacts avec le SAMU.

M. Alain CLAEYS : Y a-t-il eu des réunions organisées à ce moment-là ?

M. Jean-Paul PROUST : Non. Les premières réunions se tiennent le 13 août.

Je répondrai maintenant aux autres questions. Pourquoi attendre la date du 15 août pour la mise en place des mesures d'appel et d'assistance à domicile et dans les maisons de retraite, par les services de police, les pompiers et les secouristes ? Parce que la demande en a été faite le 13 août.

Les CCAS de la ville de Paris ont commencé le 13 août à mettre en place ces procédures. Puis la ville de Paris nous a demandé, au cours de différentes réunions, de donner un coup de main pendant le week-end du 15 août, car il apparaissait qu'elle n'aurait pas suffisamment de personnels disponibles pour couvrir tout ce travail dans les arrondissements. En la matière, nous n'apportons que notre concours aux services de la ville, car nous sommes dans une compétence municipale d'assistance de proximité. C'est ce qui explique que la préfecture de police, avec des policiers, des pompiers et des secouristes, a secondé les services de la ville de Paris, pendant le long week-end du 15 au 18 août. C'est en accord avec la ville de Paris et à sa demande.

M. le Rapporteur : Qui participait à cette réunion du 13 août ?

M. Jean-Paul PROUST : Il y a eu plusieurs réunions ce jour-là, essentiellement avec les services de la ville de Paris. Elles étaient plutôt orientées vers le secours aux personnes.

Il y a eu également des réunions avec les organismes de secours, les pompiers et les services de police, ainsi qu'à la demande de l'IML, sur le problème des défunts. Y ont participé, outre les services de la ville de Paris, les services funéraires des départements périphériques et les pompes funèbres générales. Un certain nombre de réunions se sont donc tenues le 13 août sur les trois points que j'évoquais tout à l'heure.

M. Alain CLAEYS : Y a-t-il eu des réunions avec les services de l'Etat et le cabinet du ministre de l'intérieur ?

M. Jean-Paul PROUST : Il y a eu la réunion qu'a tenue le Premier ministre le 13 ou le 14 août.

M. le Président : Je reviens à la dernière question du Rapporteur sur la saturation des chambres funéraires. C'est non pas, comme l'a dit M. le Rapporteur, lors de la mission d'information, mais au cours d'une émission de télévision intitulée « *Complément d'enquête* », diffusée le 22 septembre sur France 2, que le directeur des services funéraires de la ville de Paris a fait référence à une demande qui aurait été formulée à votre cabinet le 8 août, sur le fait que déjà, à cette date, les services funéraires de la ville de Paris estimaient que le funérarium était saturé. Il aurait demandé, selon ce reportage, que dès le 8 août le funérarium du Père-Lachaise puisse être ouvert.

M. Jean-Paul PROUST : J'ai eu beau rechercher dans mes services, je n'ai pas eu connaissance de cette demande. En revanche, je tiens à votre disposition les chiffres

quotidiens d'arrivée des dépouilles à l'IML qui, au-delà de sa vocation légale, sert un peu de morgue pour la ville de Paris. Vous constaterez que l'IML ne rencontre aucun problème d'accueil, si je puis m'exprimer ainsi, jusqu'au 11 août. Les arrivées massives ne commencent que dans la nuit du 11 au 12 août – quand vous regardez la chronologie, c'est une nuit meurtrière – et se poursuivent les 12 et 13 août. C'est donc le 12 août que commencent à se poser des problèmes. Mais jusqu'au 11 août, l'IML ne rencontre aucun problème. Selon les statistiques d'arrivée des dépouilles, jusqu'au 11 août, les chiffres sont quasiment dans la normale.

M. Georges COLOMBIER : Si je reprends les propos du directeur de l'ARH d'Ile-de-France, auditionné par la mission d'information dont j'ai été membre, selon lui, le fait le plus marquant de ce mois d'août 2003 a été l'ignorance du rôle de chacun dans le cadre d'une gestion de crise. Il estimait également que la gestion des crises doit demeurer du ressort des préfets de département.

Dans ce cas précis, doit-on considérer Paris comme un département à part entière ou bien alors la gestion des acteurs intervenant dans le cadre d'une crise doit-elle être assurée par la préfecture de police ou une autre instance – je connais très peu la région parisienne en termes d'organisation, mais vous avez parlé du préfet de la région d'Ile-de-France qui vous avait apporté son soutien – ?

Par ailleurs, pensez-vous que la mauvaise information sur le rôle de chacun soit une des causes de la surmortalité à Paris ?

M. Edouard LANDRAIN : Cette année 2003 n'a pas été la première année où la canicule a sévi. Nous avons tous en souvenir l'été 1976 dont les conditions ont été quasiment comparables. Y a-t-il eu, à cette époque-là, un plan mis en place ? Auquel cas, en avez-vous connaissance et a-t-il été respecté dès l'origine ?

Ma seconde question porte sur la liaison avec les services sociaux. Comme on le voit au travers des statistiques, le plus grand nombre de décès a eu lieu en milieu urbain, notamment dans la région parisienne où le drame de la solitude et de l'abandon semble avoir été plus fort qu'ailleurs. Dans les milieux ruraux où la solidarité joue encore, où l'on vit d'une façon plus humaine, beaucoup moins de décès ont été recensés. Dans certains endroits même, il y a eu moins de décès que les autres années à la même période. Un autre exemple est celui des gens du voyage dont les conditions de vie ne sont pourtant pas les meilleures : parmi eux, il n'y a eu, paraît-il, pas plus de décès qu'à l'habitude, mais il est vrai que les anciens sont extrêmement bien entourés.

Je voudrais vous demander si les CCAS de Paris et de la région parisienne avaient leurs effectifs en place et s'ils n'étaient pas affectés par les congés. Vous ont-ils spontanément informé de tous les renseignements que vous avez dû leur demander par la suite ou, au contraire, y a-t-il eu une espèce de vide entre les CCAS et vos services ?

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : J'aurais quatre questions à vous poser. Vous nous avez donné, de façon très précise, les dates d'augmentation des demandes d'interventions des sapeurs-pompiers. J'aimerais savoir à quel moment il y a eu un sentiment de réalité quant à l'augmentation des demandes d'interventions.

Deuxième question : quelle analyse a été faite de l'augmentation des demandes d'interventions et quels en ont été les résultats ?

Troisième question : quel était le niveau d'information de l'ensemble des cadres de vos services et des intervenants sur le risque caniculaire vis-à-vis des personnes âgées ?

Enfin, vous avez clairement indiqué qu'il y a eu, après analyse des risques, un message et une diffusion aux médias. Quel était le contenu de ce message, à quel moment a-t-il été diffusé et à quels médias ? J'aimerais que l'on voit comment, concrètement, les médias ont repris les messages que vous avez donnés sur les mesures de prévention à prendre.

M. Jean-Marc ROUBAUD : La canicule a été imprévue. En revanche, vous avez plus l'habitude des procédures « *grands froids* ». Lors de ces procédures, qui vous alerte ?

Il est apparu à la mission d'information que la France est dotée d'une multitude de structures dont la complexité a peut-être accentué les difficultés à déceler cet événement. Je m'explique : parmi ces structures, on retrouve la direction générale de la santé (DGS), l'institut de veille sanitaire (InVS), l'ARH, les DDASS, la sécurité civile, l'INSERM, le COGIC, les CCAS, Météo France, etc. Bref, l'impression que nous avons eue, lors de cette mission, est que cette richesse a notoirement compliqué la tâche des uns et des autres. Je vous remercie de me donner votre avis sur cette situation.

M. Philippe VITEL : M. le Préfet de police, apparemment, à la lecture du tableau que vous nous avez faite tout à l'heure, il n'y a pas eu lieu de s'alarmer plus que de coutume vis-à-vis des chiffres, et ce jusqu'au 10 août. Néanmoins, le 8 août, vous faites appel aux associations. J'aimerais connaître les raisons de cet appel. A quel niveau d'alerte faites-vous appel à elles et pour quelles missions les avez-vous contactées le 8 août ?

M. Pierre HELLIER : La question est peut-être quelque peu prématurée dans le déroulement de cette réunion, mais je voudrais savoir, puisque vous avez réfléchi à la mise en place de centres opérationnels de veille, comment vous comptez collecter et répercuter les informations, en particulier sur les personnes isolées. Comment comptez-vous recenser et repérer ces personnes isolées ?

M. Gérard BAPT : Je voudrais revenir sur l'interrogation que vous avez rapporté avoir été la vôtre le 7 août, me semble-t-il, quand on vous a fait part de 7 décès par hyperthermie. Vous tenez alors un raisonnement selon lequel ce n'est pas un chiffre significatif. Vous décidez donc de ne pas le communiquer, semble-t-il. Il y aurait même consigne de ne pas donner d'informations en réponse au questionnement de la presse.

Avant de prendre cette décision lourde, pourquoi n'avoir pas cherché à surmonter les cloisonnements administratifs et à vous informer auprès des DDASS, des DRAS et des services d'admission en urgence ? En effet, 15 ou 25 décès pouvaient être d'ores et déjà enregistrés dans les services d'urgence et, dans ce cas, le chiffre de 7 devenait alors significatif.

Par ailleurs, s'agissant de l'augmentation de 20 % des interventions des brigades mobiles, avez-vous déterminé la part d'augmentation du nombre d'interventions auprès des personnes de plus de 65 ans ? C'est aussi un facteur très important. Avez-vous pris la décision d'avoir plus d'informations sur ce point avant de déclencher l'alerte ?

M. Christian JEANJEAN : Cet événement a été catastrophique. Si cette canicule se renouvelait, sur quels critères décideriez-vous d'intervenir ou pas, et dans quelle direction ?

Avez-vous déterminé si les personnes en difficulté étaient en maison de retraite, à leur domicile, ou sur la voie publique ? Avez-vous pu établir l'origine du lieu de tous ces décès ? Sur quels critères réagiriez-vous si cela devait se reproduire ?

M. Dominique PAILLE : Je voudrais revenir sur la question de notre Rapporteur. En fait, le problème de la gestion de la crise s'est posé le 11 août au soir, lorsque le ministre de la santé est intervenu pour annoncer que la situation apparaissait maîtrisée. C'est à partir de là que la crise « *politique* » a pu germer. Or le ministre a fait cette déclaration sur la foi d'informations qui lui avaient été communiquées. Lorsque notre Rapporteur vous a demandé la raison pour laquelle, dans les jours qui ont précédé, il n'y a pas eu une véritable alerte des ministères concernés, vous avez répondu que vous aviez opté pour une communication rassurante. Cela a été décidé ainsi du fait que vous ne disposiez pas de tous les chiffres, ce que nous voulons bien croire. Néanmoins, vous aviez déjà quelques signaux d'alerte.

Ma question est la suivante : pourquoi n'avoir pas été rechercher plus loin des informations qui auraient pu vous conforter dans l'idée qu'il n'y avait pas de crise majeure à redouter et que vous étiez bien sur le bon ton lorsque vous rassuriez la population et les responsables politiques ? C'est un point qui mériterait d'être précisé.

M. Jean-Paul PROUST : La préfecture de police a autorité sur la police, les sapeurs-pompiers, et un certain nombre de services de police générale, non sur l'ensemble des services de l'Etat. Je ne dispose d'aucun médecin, hormis ceux en charge de soigner les policiers, qui soit capable de donner un avis. Je veux bien inventer les choses, mais je n'ai aucune compétence sanitaire et aucune compétence par rapport à l'Assistance publique des hôpitaux de Paris. Je le regrette. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, dans les propositions que je formule sur l'état-major de zone de défense, j'ai demandé que toute l'information remonte et qu'il y ait des communications entre le réseau d'informations sanitaires et les autres réseaux. Mais je n'ai pas de compétence sanitaire.

L'Assistance publique des hôpitaux de Paris aurait pu me dire que je sortais de ma compétence si je lui avais demandé un bilan des décès survenus dans les hôpitaux parisiens. Or, ce n'était plus 7 décès qui étaient dénombrés par l'AP-HP, mais des chiffres précis et bien plus importants. Moi, je ne connaissais pas ces chiffres et jusqu'à aujourd'hui, je n'avais aucune compétence qui m'autorisait à les demander.

Si cet état-major de sécurité civile est créé, reconnu, s'il compte un médecin parmi ses membres et si toutes les administrations se trouvent dans l'obligation d'y faire remonter leurs informations, j'aurai la connaissance de chiffres précis. Toutefois, au mois d'août 2003, je n'étais pas en mesure de les avoir. Je tenais à rappeler cela, parce que c'est un point important.

M. le Président : Cela étant, avez-vous répercuté les informations dont vous disposiez sur d'autres administrations ? Certes, vous ne disposiez pas de l'ensemble des informations et, de ce fait, vous ne pouviez pas avoir toute l'appréciation possible de la situation. Néanmoins, certaines de vos informations, colligées avec d'autres, auraient pu être utiles. A qui avez-vous répercuté vos informations, notamment dès les 7 et 8 août ?

M. Jean-Paul PROUST : Nos informations sont diffusées selon deux cheminements administratifs. D'une part, la brigade des sapeurs-pompiers de Paris adresse ses informations quotidiennement au COGIC, qui relève de la direction de la défense et de la

sécurité civile du ministère de l'intérieur. D'autre part, le préfet de police rend compte quotidiennement au ministre de l'intérieur.

M. le Président : Le COGIC a donc eu les informations dès le vendredi 8 août ?

M. Jean-Paul PROUST : Il s'agit des informations que les pompiers pouvaient lui donner, ni plus ni moins.

M. le Président : Toutefois, les responsables du COGIC ont indiqué, devant la mission d'information, qu'ils n'avaient commencé à s'alerter sur le sujet que le lundi 11 août, à la suite des déclarations du Dr Patrick Pelloux, parues la veille dans la presse du 10 août.

M. Jean-Paul PROUST : Je le répète, les informations des sapeurs-pompiers pour le 8 août n'avaient rien d'alarmiste. La réalité est que nous observons une augmentation des interventions sur la voie publique et que nous y répondons en installant des postes de secours et en renforçant les moyens en place. De son côté, la brigade rappelle ses réservistes pour être en mesure de répondre aux appels parvenant au 18. Elle fait son métier en répondant aux demandes de secours. Mais je suis désolé, je vous assure que le 8 août, la préfecture de police ne disposait pas des éléments lui permettant de mesurer la gravité de la situation, ni même la tendance. C'est d'ailleurs pour cela que j'essaie de mettre en place un état-major de sécurité civile.

M. Colombier m'a demandé s'il y avait une organisation spécifique à l'Ile-de-France et à qui devait revenir ce rôle de coordination. Je pense que les textes actuels sur l'organisation de l'Etat vont plutôt dans le sens de développer deux niveaux de compétence pour gérer les crises : le niveau de la zone de défense et le niveau du préfet de département.

Le niveau de la zone de défense est plutôt un lieu de veille, de regroupement des moyens pour être en mesure de gérer une crise de grande ampleur. Quant au rôle du préfet de département, dans notre système de droit, il a compétence pour gérer la crise, notamment les plans.

Cela étant, ce n'est pas une critique mais une constatation, le domaine sanitaire – et c'est une tendance lourde depuis trente ans – a progressivement échappé à l'autorité préfectorale. Des agences ont été créées. Quand je suis rentré il y a trente ans dans le corps préfectoral, le vrai tuteur vis-à-vis des directeurs d'hôpitaux était le préfet. Il ne se passait pas quelque chose d'important à l'hôpital sans que le préfet en soit informé. Or cela est terminé. Les hôpitaux et les autorités sanitaires sont complètement coupés des préfectures, à tort ou à raison, mais c'est une constatation de fait.

De plus, il y a cette particularité de l'Ile-de-France, qui est liée à l'histoire. D'une part, il y a la préfecture de police chargée de la sécurité publique et civile, et d'autre part, la préfecture de région qui a autorité sur les directions de l'Etat, notamment la DRAS et les DDASS pour ce qui nous concerne aujourd'hui. Pour autant, cela ne pose aucun problème de coordination entre les deux préfectures. C'est une question de bonne connexion entre la préfecture de région et la préfecture de police. Je peux vous affirmer que ce n'est pas source de problèmes. J'en veux pour preuve que la DDASS a participé à toutes les réunions dont j'ai fait état.

A la question de savoir si une mauvaise information sur le rôle de chacun est une cause de la surmortalité, je réponds non. La raison tient plutôt à la non-prise de conscience

de la gravité de la situation avant le 12 août. Je considère que la date essentielle dans cette chronologie est le 8 août, où il se passe quelque chose sans que personne n'en perçoive la gravité. Les premiers articles de presse ne paraîtront que le 9 août.

M. le Président : Mais sur la base des événements du 8 août…

M. Jean-Paul PROUST : Toutefois les articles ne font mention que des urgences hospitalières et des hôpitaux. C'est Le Parisien du 9 août qui commence à évoquer la situation dramatique, mais avant il n'y a rien. Le 8 août, on aperçoit les premiers phénomènes au travers des malaises, mais encore une fois, ce n'est pas un phénomène extraordinaire. Le 12 août est une autre date pivot pour ce qui concerne la préfecture de police. Ensuite, il n'y a plus de date pivot. Les dates pivots me paraissent être les 8 et 12 août.

Je poursuis mes réponses. En 1976, il y a eu une canicule. A ma connaissance, je n'ai pas trace d'un plan canicule établi dans les services de la sécurité civile. On va y remédier, comme je l'ai indiqué dans mon exposé liminaire.

En ce qui concerne les liaisons avec les services sociaux, notamment les CCAS, je peux vous affirmer que, de ce point de vue, la préfecture de police n'a rencontré aucun problème dans la répartition des tâches, notamment avec les collectivités territoriales, et notamment avec la ville de Paris. Nous avons eu des réunions avec les CCAS dès le 13 août. Il y a eu une très bonne articulation. Il faut dire que la préfecture de police a une longue habitude de travail avec les services de la ville de Paris, et les contacts ont tout de suite été pris et les mesures coordonnées.

Encore une fois je le répète, si la préfecture de police a mis à disposition ses moyens, notamment entre le 15 et le 18 août, pour aider aux contacts avec les personnes âgées, c'est suite à la demande des CCAS qui avaient moins de moyens pendant cette période de long week-end. Nous leur avons donc donné un coup de main à leur demande. Non seulement il n'y a eu ni conflit ni discordance, mais de surcroît la coopération a été bonne entre les services qui ont fonctionné comme ils pouvaient. Tout n'est jamais parfait, mais ils ont fait au maximum de leurs possibilités et avec beaucoup de volontariat. Je le souligne parce que certains personnels ont pris leurs trois jours de week-end, sans être rémunérés un centime, pour téléphoner de 6 heures à 23 heures et envoyer à domicile les équipes pour visiter les personnes en difficulté. Ce sont des personnels de la préfecture de police qui ont accompli bénévolement ce travail.

Pour la préfecture de police, les deux dates pivots ont été le 8 août, lorsqu'un problème a été perçu sans pour autant en mesurer la gravité – je demande d'ailleurs qui pourrait me dire aujourd'hui qu'il avait mesuré la gravité de la situation le 8 août –, et le 12 août, lorsque nous avons constaté un nombre important de décès.

Il est vrai qu'au départ, il n'a été question que de 7 décès dont on ne connaissait pas l'origine. Mais il faut savoir apprécier les choses. Je vous rappelle quand même que tous les jours et pendant toute l'année, plusieurs sans domicile fixe meurent chaque jour et sont trouvés sur la voie publique. Chaque jour, une dizaine de personnes meurt sur la voie publique, dans le ressort de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris.

M. le Rapporteur : A l'examen des rapports quotidiens transmis par la brigade des sapeurs-pompiers, on constate quand même une augmentation assez importante, puisque le

7 août, on recense 917 secours à victimes. Certes, ce ne sont pas des décès, mais cela demeure néanmoins un indice fort.

L'élément qui pourrait perturber la statistique est le fait qu'il y a dix centres de secours. Si on analyse les données par centre de secours, cela ne donne sans doute pas des augmentations très conséquentes. Mais quand on totalise l'ensemble des interventions, on note quand même un bond puisque l'on passe de 613, le 2 août, à 917, le 7 août. C'est un peu erratique, mais il y a quand même une tendance. De plus, il fait très chaud et le bon sens peut faire craindre des difficultés liées aux températures.

M. Jean-Paul PROUST : Les secours à victimes sont à 99 % des malaises. Dans les statistiques d'une journée comme le 14 juillet, vous auriez des chiffres supérieurs. C'est ce qui justifie en soi la mise en place – ce qui a été fait – de postes de secours dans les lieux les plus fréquentés de la capitale pour porter assistance à des gens qui avaient des malaises. Ce ne sont pas des décès. Le 8 août, nous n'en sommes qu'à des interventions pour des malaises, mais le 12 août, ce sont des décès.

Vous m'avez demandé l'analyse que nous avions faite de la situation. Je vous répète que nous ne nous sommes absolument pas rendu compte le 8 août – et nous n'en avions aucun moyen – de ce qui allait se passer. Nous n'avons constaté, hélas, la gravité de la situation que le 12 août.

En ce qui concerne le niveau d'information sur le risque caniculaire, il n'est pas particulier à la préfecture de police qui ne dispose d'ailleurs d'aucun médecin. Mon souhait serait que, si on met en place une structure de veille au niveau de la région parisienne, non seulement un médecin puisse déterminer la gravité d'une situation, mais également consulter un réseau médical de santé. En effet, un médecin ne peut pas à la fois établir un diagnostic et anticiper une crise à lui seul.

Le préfet de police n'a ni la compétence ni la connaissance pour anticiper une catastrophe caniculaire, suite à l'augmentation du nombre de malaises constatés dans la rue. Je vous assure que non et je suis sincère en vous disant que non ! Telle est l'analyse que nous avons faite.

S'agissant des messages en direction des médias, nous n'avons jamais voulu minimiser la situation. Nous avons simplement souhaité donner à toutes les radios, des consignes rédigées par les médecins pour expliquer aux gens qu'il fallait boire etc. D'ailleurs, c'est la brigade des sapeurs-pompiers que nous avons utilisée comme support pour diffuser ces consignes, car les pompiers sont des professionnels écoutés.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Pourrait-on avoir les messages concrets qui ont été donnés aux médias par vos services ?

M. Jean-Paul PROUST : Oui. Je pense que les médecins des sapeurs-pompiers ont également été en contact avec le SAMU 75 pour la rédaction de ces messages. Mais ce sont les médecins qui ont préparé ces consignes. Je ne vois pas qui d'autre pouvait rédiger de tels messages.

La question de M. Roubaud portait sur les procédures « *grands froids* » et la complexité des structures. Il est vrai que ces structures sont d'une très grande complexité, qu'elles sont multiples, mais il est vrai également que les catastrophes sont de toutes

natures. Dans le cas présent, il s'agissait de la canicule, mais nous ne sommes pas à l'abri d'autres catastrophes. C'est la raison pour laquelle il me semble essentiel d'avoir des lieux de veille qui soient rattachés en réseau à tous les acteurs publics qui sont eux-mêmes très nombreux. Il faut une structure qui les informe. Non seulement les structures de l'Etat mais aussi celles des collectivités locales doivent être en mesure de fonctionner en réseau en situation de crise.

S'agissant de la question de M. Vitel, sur notre appel aux associations je rappellerai que les deux plus importantes associations, notamment en région parisienne, sont la Croix-Rouge et la Fédération nationale de la protection civile. Nous faisons appel à ces associations, qui sont d'ailleurs tout à fait volontaires pour cela, lorsque se produisent des événements importants, tels que des rassemblements publics. Elles sont présentes lors des cérémonies du 14 juillet, à l'arrivée du Tour de France. Nous les avons également associées à l'exercice PIRATOX simulant un accident chimique dans le métro, que j'ai organisé il y a quelques jours, pour qu'elles participent avec les sapeurs-pompiers aux entraînements en situation de crise. Elles sont très disponibles et disposent de personnels infirmiers et secouristes qui viennent nous aider pour mettre en place des postes de secours. Mais elles le font dans toute la France. Elles sont très dévouées et apportent un concours très positif aux services publics de secours.

Le 8 août, nous avons fait appel à ces associations en raison de cette augmentation des malaises. Le nombre d'interventions de secours sur la voie publique fait que l'on commence à les mobiliser et qu'elles vont effectivement ouvrir des postes de secours sur un certain nombre de points de la capitale, notamment près de la tour Eiffel et de Notre-Dame, là où il y a beaucoup de monde et de malaises. Quelques-unes vont être prêtées à l'Assistance publique des hôpitaux de Paris.

M. Philippe VITEL : Cette mobilisation signifie-t-elle que cela a dépassé le seuil des capacités d'intervention de vos services ?

M. Jean-Paul PROUST : Cela signifie que les sapeurs-pompiers, surtout en période de vacances, étaient en flux tendu. Ils avaient fait appel eux-mêmes à leurs réservistes et ils ont apprécié d'avoir du renfort pour les premiers secours.

M. le Rapporteur : Existe-t-il des normes d'alerte ? A partir d'un certain nombre d'interventions, les moyens des sapeurs-pompiers de Paris sont-ils renforcés ?

M. Jean-Paul PROUST : Pour les grands froids, où les choses sont plus organisées, car la situation est sans doute plus répétitive,...

M. Maxime GREMETZ : M. le Président, je m'élève contre les interruptions intempestives de M. le Préfet de police par M. le Rapporteur. Nous ne sommes plus à l'ère des privilèges et chacun a droit à la parole.

M. le Président : M. Gremetz, nous passerons le temps qu'il faudra à auditionner M. le Préfet de police. Je vous ai passé la parole tout à l'heure et vous avez refusé de la prendre ! Vous l'avez à nouveau demandée et vous l'aurez.

M. Jean-Paul PROUST : M. Hellier m'a demandé comment collecter des informations sur les personnes isolées. C'est une information qui est surtout de la compétence des collectivités locales, notamment des CCAS. Je peux vous indiquer que, dans le cadre du

plan « *grands froids* » que nous élaborons avec la ville de Paris, cette partie-là est prise en charge par la ville. C'est elle qui établit la liste des personnes fragiles.

En réponse à M. Bapt, je suis désolé de dire que je n'ai aucune relation avec l'AP-HP. Le SAMU, qui est le régulateur pour le compte de l'AP-HP, ne dépend pas de moi. Je répète que je n'ai pas de compétence dans le domaine sanitaire. Encore une fois, je souhaite que, dans le cadre zonal – non pas en tant que préfet de police mais en tant que préfet de zone – il y ait une compétence sanitaire de coordination générale et de mise en réseau.

S'agissant des enseignements, j'indiquerai à M. Jeanjean que si j'ai tant parlé de la mise en réseau, c'est que pour anticiper une nouvelle alerte, il aurait fallu pouvoir rapprocher plusieurs éléments. Il faut certes avoir les éléments du terrain, notamment tous les éléments essentiellement en provenance des hôpitaux et des maisons de retraite, car c'est là qu'il y a eu le plus grand nombre de décès. Il fallait donc que toute l'information, que ce soit celle des hôpitaux, des policiers ou des sapeurs-pompiers, remonte à un seul point. A ce point-là, il convient d'avoir une équipe qui observe la réalité et croise alors ses informations avec celles remontées du terrain, avec les prévisions météorologiques et les données des experts médicaux. Ce sont les experts qui peuvent nous spécifier à partir de quel degré il y a danger pour l'homme.

A titre d'exemple, le phénomène de la rémission au cours de la nuit a été évoqué, mais c'est un élément dont nous avons pris conscience *a posteriori*, car ce sont les experts qui avaient la connaissance à ce sujet. Il aurait fallu disposer d'un lieu centralisant la remontée du terrain et d'une équipe pluridisciplinaire qui aurait observé la réalité et anticipé les problèmes éventuels. Auquel cas, les membres de cette équipe auraient pu demander des informations complémentaires à Météo France ou à tel ou tel professeur de médecine pour expertise.

Ma réponse est qu'il faut avoir ce lieu qui comporte et une cellule de veille permanente et un état-major capable d'aider à la décision, car capable d'approfondir et d'anticiper, à partir de cette veille, toute question.

M. Pierre HELLIER : Pour confirmer vos propos, avez-vous des chiffres précis sur les décès survenus dans les maisons de retraite ?

M. le Président : Les chiffres cités dans le rapport de l'INSERM corroborent le propos de M. le préfet de police.

M. Maxime GREMETZ : M. le Président, j'attends que l'on me donne la parole.

M. le Président : Mais vous l'aurez, M. Gremetz. Vous l'aurez.

M. Serge BLISKO : En tant qu'élu parisien, je reconnais là un certain nombre de difficultés sur lesquelles M. le préfet de police a insisté, notamment le cloisonnement parfois difficile entre les différents services et le fait que la préfecture de police n'a aucune compétence sanitaire. On peut le regretter, mais c'est ainsi.

J'en viens à mes questions. Tout d'abord, si je suis familier avec les arcanes parisiens, je le suis moins avec la fonction préfectorale. Le préfet de police a-t-il autorité

pour appliquer à Paris ces fameux plans d'organisation des secours en période exceptionnelle (ORSEC) que tous les préfets peuvent mettre en œuvre ? Avez-vous des niveaux d'alerte qui vous indiquent le moment où vous devez mettre en place un plan ORSEC ? J'aimerais avoir des éclaircissements sur ce point car je comprends mal où se situe le niveau d'alerte dans une métropole telle que Paris.

A titre incident, je voudrais confirmer ici que les DDASS de l'Etat sont très ténues en termes d'effectifs et de missions par rapport à ce que l'on a connu dans les années 1970. On ne trouve plus ces grands services d'épidémiologie, de vaccination qui auraient pu permettre de donner l'alerte.

Enfin, comme il est de tradition républicaine, vous avez un contact quotidien avec le ministre de l'intérieur. Du 8 au 12 août, l'informez-vous directement, ou son cabinet, que quelque chose commence à apparaître entre ces deux dates pivots ?

M. Maxime GREMETZ : J'ai lu avec attention les documents que nous avons eu du mal à obtenir de la préfecture de police et que nous avons enfin obtenus lors des travaux de la mission d'information. Il s'agit notamment du rapport de M. Michel Lalande, préfet, directeur de votre cabinet, du rapport du général Debarnot, alors commandant de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, du rapport de M. Pierre Lieutaud, sous-préfet, chef de votre cabinet, sans compter toute une série de documents, dont votre intervention en date du 22 septembre 2003 devant le Conseil de Paris ainsi que les rapports quotidiens de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris pour ce qui concerne son activité opérationnelle. Dans ces documents, on retrouve différents échanges de courriers.

Je voudrais souligner plusieurs éléments qui me surprennent beaucoup. Tout d'abord, le 4 août, les agents de Météo France lancent une première alerte et la renouvellent le 7 août, en indiquant que, jusqu'au 14 août, la canicule va s'accentuer. Par ailleurs, le Dr. Pelloux lance un cri d'alarme à la télévision, ce qui lui vaudra des critiques du genre : « *il dramatise et il veut se faire voir à la télévision* ». Nous avons également le témoignage, devant la mission d'information, du Pr. Carli, responsable du SAMU, et qui nous a dit que toute la nuit du 7 au 8 août, il réfléchit et se demande ce qui se passe. Il estime qu'il n'est pas normal d'avoir un tel afflux. Puis il pense à ce qui s'est passé à Chicago en 1995 et qui risque de se reproduire à Paris. Il alerte alors différentes instances, notamment le secrétariat du ministre de la santé. Rien ne se passe. Puis d'autres éléments viennent nous confirmer cette inertie.

Le rapport de M. Pierre Lieutaud explique ce que vous avez indiqué tout à l'heure, à savoir qu'il téléphone au colonel Grangier qui lui indique qu'il y a eu 7 décès et lui demande des consignes de communication vis-à-vis des médias. Comme ils ne sont pas certains de leur affaire, ils préfèrent calmer les choses et ne pas dramatiser. C'est ce qui est dit dans tous ces documents.

M. Michel Lalande rapporte que la préfecture de police reçoit des informations des pompiers et estime qu'il y a quand même des éléments perturbants dans tout cela.

Ma question est celle-ci. Tout le monde sent que la situation est particulière, notamment dans l'Ile-de-France. Moi-même j'étais en Baie de Somme et je l'ai senti. Je suppose qu'à Paris, c'était encore plus flagrant. Comment se fait-il, dans ces conditions, que personne n'intervient, alors qu'il y a les alertes du Dr. Pelloux ? Le 8 août, le Pr. Carli dit qu'on est à la veille d'un drame sanitaire. Le 8 août, personne ne bouge. Où est le ministre de la santé ? Où est le ministre de l'intérieur ?

Les responsables du COGIC ont défini leurs missions par rapport au traitement de la crise quand elle est déclenchée et non par rapport à l'alerte. Ils ont souligné n'avoir été alertés que vers le 13 août. Pourtant le COGIC, selon les termes de sa mission, est bien chargé de prévenir et de traiter les crises auprès du ministère de l'intérieur ! C'est quand même extraordinaire qu'il n'ait été informé de rien !

M. le préfet, êtes-vous bien sous l'autorité du ministre de l'intérieur ? Je sais que le préfet de la Somme a téléphoné tous les jours au ministère de l'intérieur pour traiter de la situation des décès dans les hôpitaux, les communes, etc. N'y a-t-il eu aucune relation – je ne peux pas le penser – entre le préfet de police et le ministre de l'intérieur ? Soit c'est vous qui l'alertez, soit c'est lui qui vous alerte. Qu'en a-t-il été exactement ?

M. Claude LETEURTRE : Je dois avouer, M. le préfet, que j'ai eu les mêmes interrogations que le Rapporteur, parce que votre vision du 8 août me pose vraiment problème. En effet, vous dites bien qu'il n'y a que 7 décès supplémentaires par rapport au rythme habituel, mais vous avez également dit en préambule que cela représentait 10 % des interventions.

Lorsque l'on remet ce chiffre en rapport de l'augmentation de 20 % du nombre des interventions des sapeurs-pompiers, cela interpelle encore plus. Sans compter que si l'on remet ces chiffres dans le contexte de la météo, il y a là des facteurs d'alerte extrêmement forts.

Certes, vous n'avez pas de médecins auprès de vous, mais vous avez néanmoins des professionnels habitués aux enquêtes et au travail de statistiques. Vous pouviez aussi interroger l'institut médico-légal pour savoir s'il y avait un nombre de décès supplémentaires. Clairement, n'avez-vous pas le sentiment que là on a laissé passer quelque chose ?

M. Jean-Paul PROUST : M. Blisko a évoqué les plans ORSEC. D'une manière générale, les plans ORSEC, ainsi que toute une série de plans d'intervention (plan rouge, etc.) sont mis en œuvre pour faire face à des situations de catastrophe. Il existe un plan ORSEC départemental qui est déclenché par le préfet de département. Puis, dans certains cas, si une catastrophe dépasse les limites d'un département, on peut déclencher le plan ORSEC zonal. Par exemple, dans le cas d'inondations qui toucheraient l'ensemble du bassin d'une région, il s'agirait alors d'un plan ORSEC zonal, qui est déclenché par le préfet de zone de défense, lequel coordonne les secours entre les différents départements.

A Paris, le préfet de police a la responsabilité en matière de sécurité civile et, à ce titre, c'est lui qui déclenche le plan ORSEC s'il concerne Paris. Le préfet de police a également la compétence d'un préfet de zone et peut déclencher le plan zonal.

Mais dans le cas de la canicule, nous sommes sur un problème de sécurité sanitaire qui n'est pas couvert par ce dispositif.

Vous avez évoqué l'affaiblissement des DDASS de l'Etat. A cet égard, je n'ai rien de particulier à dire, d'autant que les DDASS ne sont pas sous mon autorité, mais sous celle des préfets de droit commun.

M. Gremetz m'a demandé quels ont été mes rapports entre le 8 et le 12 août avec le ministre de l'intérieur. Je vous répondrai très directement. Le préfet de police – son

directeur de cabinet en son absence – a un rendez-vous quotidien avec le ministre de l'intérieur ou son directeur de cabinet, vers 19 heures.

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

En outre, deux fois par jour, j'avais mon collaborateur au téléphone. Quand le préfet de police prend quelques jours de vacances, il se tient néanmoins au courant et, au moins deux fois par jour, il a au téléphone son directeur de cabinet pour s'enquérir de ce qui se passe. Je suis sincère en vous disant que jusqu'au 12 août, mon collaborateur m'a expliqué des choses tout à fait simples – de la même manière qu'il a dû le faire auprès de M. Canepa –, à savoir que l'on allait renforcer le dispositif d'intervention en raison de l'augmentation des malaises et faire appel à la Croix-Rouge. Mon directeur de cabinet m'a également indiqué que les pompiers répondaient à la demande, et que la situation ne présentait rien de dramatique. C'est ce message que j'ai entendu deux fois par jour. Avant le 12 août, on n'a pas pris conscience de ce qui allait se passer.

Tous les rapports, dont vous avez pris connaissance, ont été rédigés, sur ma demande, par mes collaborateurs, dès lors que nous avons pris conscience de la situation. Ces rapports ont été rédigés en temps réel à cette époque-là, pour rendre compte de ce qu'ils avaient vu et fait. Ces documents étaient, à l'origine, des rapports internes rédigés sur la base des comptes rendus que mes subordonnés et collaborateurs me faisaient sur les actions mises en œuvre pendant cette période.

Vous avez abordé le thème de la météo. La météo était certes ce qu'elle était, mais je ne suis pas en mesure d'interpréter la météo au plan médical. De plus, comme il n'y avait pas eu de précédent depuis plusieurs années, je ne sais pas qui aurait été en mesure de le faire. Vous avez parlé du Pr. Carli. Mais autant sur un accident chimique, il peut intervenir et nous travaillons ensemble, autant sur une affaire comme celle-ci, le Pr. Carli ne pense pas au préfet de police car il sait qu'il n'a ni autorité ni compétence en matière sanitaire. Le Pr. Carli n'avait pas à me rendre compte. S'il s'était agi d'une pollution chimique, il aurait dû me rendre compte, mais dans le cas précis, ce n'était pas le cas et je n'ai aucun reproche à lui faire à ce propos. S'il a senti qu'une situation dramatique se profilait, ce n'était pas à moi qu'il avait à en faire part.

Mes collaborateurs n'ont jamais dit qu'il fallait cacher qu'il y avait eu des décès. Nous avons simplement indiqué aux sapeurs-pompiers, qui se posaient des questions et étaient arrivés à la même conclusion, à savoir qu'ils n'avaient pas les éléments pour communiquer des bilans, que nous n'étions pas en état de donner des bilans. Mais il n'a jamais été dit qu'il ne fallait pas divulguer le fait qu'il y avait eu des décès. En revanche, nous avons indiqué qu'il fallait communiquer au maximum sur les mesures à prendre. Cela me paraissait de notre devoir de faire du positif.

M. le Président : Je voudrais revenir sur un des éléments de calendrier concernant un autre sujet. L'institut de veille sanitaire est chargé, le 11 août, de réaliser une étude sur l'ensemble des informations. Il indique qu'il a demandé, le 11 août, les éléments à la brigade des sapeurs-pompiers de Paris qui a refusé de les lui communiquer sans l'accord de la

préfecture de police. Il faudra attendre 24 heures avant que la préfecture de police donne cet accord, le 12 août à 16 heures 26.

Par ailleurs, il faudra encore attendre deux jours, c'est-à-dire le 14 août, pour que ces informations remontent à la DGS. Comment expliquez-vous ce retard et cette difficulté qu'a rencontrés l'institut de veille sanitaire pour obtenir ces informations de la brigade des sapeurs-pompiers ?

M. Jean-Paul PROUST : Je ne sais pas si mes collaborateurs en font état dans leur rapport, mais je ne me l'explique pas.

M. le Président : C'est le croisement de la chronologie des différents services en question.

M. Jean-Paul PROUST : Je ne vois pas pourquoi mes services auraient tardé à collaborer. Les sapeurs-pompiers, lorsqu'ils communiquent un document, demandent mon accord. Cela fait partie de leur discipline interne. Toutefois, je n'ai pas d'explication à donner sur le fait qu'il y a eu un certain délai avant que ces documents soient fournis. Il n'y avait pas de raison.

M. le Président : Pour être plus précis, c'est le croisement de plusieurs documents, à la fois de l'InVS et de la DGS.

M. Jean-Paul PROUST : Je note que le directeur et le chef de mon cabinet n'ont pas été saisis de cette demande. Je n'ai pas dit que la préfecture de police n'avait pas été saisie, mais c'est sans doute resté à un échelon de gestion administrative, ce qui est dommage.

Cela aurait valu la peine d'appeler mon directeur de cabinet car je ne vois pas pourquoi nous aurions freiné la moindre communication. Mais je préfère ne pas répondre de manière affirmative, car je n'ai pas les éléments en ma possession.

M. le Président : Le 12 août, M. Coquin intervient auprès du cabinet du ministre de l'intérieur.

M. Jean-Paul PROUST : Ce n'est pas le cabinet du préfet de police.

M. le Président : Certes, mais on peut présumer qu'il y a un lien avec le cabinet du préfet de police.

M. Pierre LASBORDES : Je vais revenir sur la date du 8 août qui me semble être la date essentielle. Vous dites que ce jour-là, on constate une forte augmentation des demandes d'intervention de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris. De ce fait, on demande, comme pour les jours exceptionnels comme le 14 juillet, un renfort du monde associatif et de la Croix-Rouge. La seule différence avec les renforts réquisitionnés pour le 14 juillet, que vous demandez en anticipation d'un risque, c'est que, dans le cas présent, le phénomène est constaté. Ce qui m'étonne, c'est que l'on n'essaie pas de comprendre à quoi est due cette forte augmentation des interventions.

Face à ce constat, ne considérez-vous pas qu'il est désormais nécessaire de mettre en place des normes qui déclenchent un certain nombre d'actions et qui nécessitent

que l'on se penche sur le problème pour lui trouver une explication plausible ? Le sentiment qu'on retire de cette affaire, c'est que l'on a quasiment banalisé ce fort accroissement des demandes d'intervention des sapeurs-pompiers, comme si c'était un fait tout à fait naturel.

M. le Président : J'ouvre une parenthèse pour faire observer que nous constaterons, lors de l'audition des services de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, que la journée du 8 août est aussi la journée charnière et la journée où un certain nombre d'éléments montrent un accroissement d'activité. Manifestement, cette même situation se retrouvait dans divers services sur Paris, sans que ces services communiquent entre eux sur l'accroissement d'activité qu'ils connaissaient les uns et les autres. C'est un élément qu'il nous faudra essayer d'approfondir.

M. Alain CLAEYS : Je souhaiterais avoir une précision. Vous rappelez à chacune de vos réponses, le périmètre de vos compétences et vous exprimez, avec des mots simples, ce que vos collaborateurs ont ressenti le 8 août lorsqu'ils vous avaient au téléphone. Mais ce que je n'arrive pas à comprendre, c'est qu'à cette période, il semble qu'il n'y ait aucune relation entre votre cabinet et celui du préfet de région, qui a en charge les autres services de l'Etat. Le préfet de région a une vision globale vis-à-vis des hôpitaux, des maisons de retraite. N'avez-vous aucun échange à ce moment-là ? Auquel cas, cela montre un cloisonnement des services de l'Etat qui me paraît invraisemblable.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : J'aimerais revenir sur la question de M. Jeanjean sur les critères d'alerte qui vous semblent les plus importants. Je voudrais savoir également quel est le dispositif que chacun a mis en place pour essayer de comprendre réellement ce qui s'est passé et pouvoir construire un plan de gestion de crise *a posteriori*.

M. Edouard LANDRAIN : Il me semble que la question sur le cloisonnement entre les différents services est fondamentale. Il y a là quelque chose d'incompréhensible. Je vous ai demandé s'il y avait un plan existant précédemment, peut-être à la lumière de 1976, mais sûrement à la lumière des expériences américaines de Chicago et du Canada. Tiendrez-vous compte, dans le futur plan que vous mettrez en place, des informations que vous pourriez retirer de ces expériences ? Par ailleurs, je voudrais savoir qui déclenchera la cellule de veille zonale dont vous avez parlé tout à l'heure, car il faudra bien que quelqu'un en prenne la décision. Qui sera le décideur pour briser le cloisonnement dont vous avez parlé ?

M. Gérard BAPT : Ma question va dans le même sens que celle de M. Claeys. Pour revenir à ces deux journées des 7 et 8 août, ce cloisonnement semble totalement incroyable. J'ai l'information selon laquelle le 7 août, la direction de la DDASS des Hauts-de-Seine demande qu'on lui envoie tous les jours par fax, l'activité des services d'urgence des hôpitaux de ce département.

Vous-même à Paris, à aucun moment, vous n'avez eu l'information et vous n'avez pas pensé aller la chercher pour croiser avec vos propres éléments. On citait le Pr. Carli qui réfléchit dans son coin, la DDASS dans le sien, le préfet de police *idem*. C'est totalement irréel de voir que, dans une telle situation, il n'y a pas – même si c'est un vendredi, veille de week-end –, à un moment donné, un croisement, que ce soit dans les administrations ou les cabinets de ministres.

Vous semblez y répondre par cette proposition de dispositif zonal, mais il est néanmoins difficile, pour l'entendement d'un élu local, de constater qu'à aucun moment,

personne n'a pensé franchir la barrière. Le seul qui l'a fait, c'est le Dr. Pelloux, mais par une conférence de presse, du fait qu'il n'arrivait pas franchir autrement cette barrière.

M. Pierre LASBORDES : Les préfets de police de province ont-ils le même champ d'intervention que vous ?

M. le Président : Je termine par un point qui sera plutôt pour nos conclusions. Il sera intéressant que vous nous exposiez où en est la mise en œuvre de vos propositions.

Par ailleurs, mais c'est là une préoccupation du législateur qui examine actuellement le projet de loi relatif à la politique de santé publique, il conviendra de déterminer l'articulation entre votre proposition d'organisation zonale et les nouvelles missions que le Gouvernement a souhaité confier à l'institut de veille sanitaire. Cela a d'ailleurs conduit le ministre de la santé à modifier, dans le projet de loi de santé publique, les compétences de l'InVS. En effet, l'InVS aura les compétences du dispositif que vous souhaitez voir organiser au niveau zonal. Il serait dommage de créer un nouveau cloisonnement en mettant en place plusieurs schémas, sans avoir auparavant expertisé la meilleure organisation possible.

M. le Rapporteur : Pouvez-vous nous donner des précisions sur le plan qui sera mis en place début 2004, sur les seuils d'alerte, la coordination de l'application de la loi, et le décloisonnement entre toutes les administrations ?

Par ailleurs, avez-vous rencontré des problèmes d'effectifs à mobiliser dans l'administration, chez les sapeurs-pompiers, dans les CCAS ou les réseaux sociaux de la capitale ? Il ne faut pas oublier que nous sommes en pleine période de vacances. En 1976, la canicule a provoqué moins de dégâts car elle a eu lieu en juin.

S'agissant des secours à victimes, ils concernent la voie publique. Peut-on alors considérer cette statistique comme un bon indice pour mesurer les problèmes qu'ont pu rencontrer des personnes qui vivaient chez elles ? Qui s'est occupé de ces personnes qui nécessitaient des secours parce qu'elles avaient un malaise ? Les sapeurs-pompiers sont-ils aussi intervenus à ce niveau-là ? A-t-on une idée de l'âge des personnes qui étaient en difficulté, car on observe une surmortalité épouvantable autour de 75 ans ?

D'autre part, avez-vous noté des différences entre les quartiers ? Sur Paris, vous avez dix centres de secours qui couvrent des quartiers aux sociologies très différentes. *A posteriori*, peut-on faire une analyse en fonction du degré de pauvreté ou des difficultés sociales des personnes qui ont été secourues ou qui ne l'ont pas été ?

M. Serge BLISKO : Je ferai une simple remarque. Le Rapporteur a raison quand il fait valoir la validité des indices. A l'institut médico-légal, on amène les corps des personnes décédées sur la voie publique ou les personnes dont le décès est considéré comme étant suspect. Or dans le cas d'une personne qui décède chez elle et dont le médecin indique que la cause du décès est un coup de chaleur, le corps n'est pas transporté à l'IML. Les chiffres de l'IML peuvent certes constituer un indice, mais ce n'est pas statistiquement très probant.

M. Jean-Paul PROUST : Plusieurs questions ont été posées sur le cloisonnement administratif. Les réunions n'ont lieu qu'après le 12 août. La DDASS, qui relève du préfet de Paris, y a participé. Il n'y a pas de difficulté de ce point de vue. En amont, s'il n'y a pas eu de communication entre les services de l'Etat, c'est parce qu'aucun d'entre eux n'avait

pris conscience de la situation. Il est bien évident que si l'un d'entre eux avait pris conscience de la situation, il aurait contacté les autres services, mais il n'y a pas eu d'échange.

Toutefois, à compter du 12 août, des échanges permanents ont lieu entre tous les services de l'Etat, et aussi avec les services relevant des collectivités territoriales.

Vous m'avez demandé à quel moment déclencher le plan dans le dispositif que je propose. La veille est permanente, 24 heures sur 24. Elle sera assurée par un groupe composé de gendarmes, de policiers, de pompiers civils et militaires, qui fonctionneront selon un système de quart, avec un officier de quart et trois hommes.

Le point le plus important n'est pas tant l'organisation que la bonne remontée des informations. Effectivement, j'ai mis au travail un petit groupe composé du général de Courtis, ancien adjoint de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, du Pr. Carli, et d'un colonel civil des sapeurs-pompiers, qui représente les sapeurs-pompiers intervenant dans la grande couronne. Tous les trois mettent actuellement le dispositif en place. Hier encore, j'avais une réunion avec le Pr. Carli. Nous sommes tous d'accord sur la nécessité d'avoir cette veille permanente au niveau de chaque zone de défense.

L'état-major, qui sera sous l'autorité d'un officier général, comprendra deux ou trois personnes. Elles examineront tous les comptes rendus et devront décider, en tant que de besoin et au moins une fois par semaine, de réunir tout l'état-major avec le médecin du SAMU et éventuellement d'autres professionnels, selon la nature du problème.

Après un examen quotidien des informations collectées par la veille, l'état-major se réunit et propose au préfet de déclencher les plans. Mais cela sert aussi de mise en réseau de l'information, non seulement sur le plan sanitaire mais aussi sur d'autres plans. Il faudra que l'institut de veille sanitaire fasse partie de nos abonnés. J'espère que les sept zones de défense en France enverront tous leurs renseignements à l'institut de veille sanitaire, de la même manière que je souhaite que l'institut de veille sanitaire nous signale tout problème. Cette mise en réseau a pour objet de décloisonner l'information. Il ne s'agit pas de répondre à une préoccupation à la mode, mais plutôt de relier des administrations très spécialisées et empilées les unes sur les autres, afin de réagir efficacement en cas de crise.

Vous avez parlé de la période des congés. Certes, mais les catastrophes tombent toujours mal. Je rappellerai qu'en Bretagne, la marée noire de l'*Erika* a touché les plages juste avant Noël et que, deux jours plus tard, le soir de Noël, c'était la grande tempête. Ces catastrophes se sont aussi produites en pleine période de congés. L'Etat doit faire face à toute situation et organiser sa permanence.

Pour ce qui nous concerne, je crois pouvoir dire qu'il y avait suffisamment de personnels, sapeurs-pompiers et policiers. Le fait de se trouver en plein mois d'août n'a posé aucun problème particulier.

Quel dispositif avons-nous mis en oeuvre pour comprendre le phénomène ? Je vous donne mon interprétation. Nous avons essayé de réfléchir et c'est la raison pour laquelle j'ai demandé des rapports à tous mes collaborateurs. Personnellement, je regrette que la préfecture de police n'ait pas anticipé sur la crise, mais c'est la même chose pour les autres institutions. Il est toujours dommage de ne pas anticiper. On ne peut pas considérer cela comme une période faste.

On n'a pas anticipé. Je dis un « *on* » collectif, qui n'est pas un « *on* » pour la préfecture de police, mais elle, pas plus que les autres administrations, n'a anticipé. Pourquoi n'a-t-on pas anticipé ? Je vous livre ma réflexion personnelle qui vaut ce qu'elle vaut. Il me semble que c'est parce qu'il n'y a pas eu suffisamment de croisement d'informations de toute provenance, et c'est probablement ce qu'il faut organiser.

Comme nous n'aurons pas les moyens de l'organiser dans les quatre-vingt-quinze départements de l'Hexagone, c'est là que la zone de défense devient un support intéressant car il n'y en a que sept en France et elles couvrent des espaces suffisamment vastes. Mais il faut des moyens pour organiser une veille permanente, une remontée permanente de l'information, et un traitement permanent de cette information.

Audition conjointe du général Jacques DEBARNOT,
ancien commandant de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris,
et du commandant Jacques KERDONCUFF,
ancien officier de presse de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris

(Extrait du procès-verbal de la séance du 5 novembre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

Le général Jacques DEBARNOT et le commandant Jacques KERDONCUFF sont introduits.

M. le Président : Nous poursuivons, mes chers collègues, les auditions de notre commission d'enquête en accueillant aujourd'hui, dans le cadre d'une audition conjointe, le général Jacques Debarnot, ancien commandant de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris et le commandant Jacques Kerdoncuff, ancien officier de presse de cette même brigade. Messieurs, je vous souhaite la bienvenue.

Nous avons entendu la semaine dernière M. Jean-Paul Proust qui a fait état des relations qu'ont entretenues la préfecture de police et la brigade des sapeurs-pompiers de Paris pendant l'épisode de la canicule. Il nous appartient, aujourd'hui, de mieux connaître la manière dont vous avez vécu les événements, vous et vos services, avec éventuellement des divergences d'appréciation sur la gravité de la situation au début du mois d'août qui peuvent expliquer la communication relativement laconique de votre brigade, pourtant fortement sollicitée par les médias ; je pense notamment à la journée du 8 août.

Il nous faudra aussi apprécier la place de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris dans la gestion de la crise proprement dite et aussi ce que cette analyse conduit à formuler comme éventuelle réforme organisationnelle.

M. le Président leur rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête leur ont été communiquées. A l'invitation du Président, le général Debarnot et le commandant Kerdoncuff prêtent serment.

Général Jacques DEBARNOT : M. le président, mesdames et messieurs les députés, le 29 octobre, vous avez demandé à m'entendre, aujourd'hui, dans le cadre de la commission d'enquête sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule.

Je souhaite vous exposer le rôle et l'action de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) au cours du mois d'août dernier et vous faire part de mon analyse ainsi que de quelques enseignements que peut tirer la BSPP de cette période exceptionnelle. Avant toute chose, je tiens à préciser certains points qu'il me paraît utile, voire nécessaire, de porter à votre connaissance.

Premièrement, j'étais absent de Paris au début du mois d'août et je suis rentré le vendredi 15 août au soir. Je n'ai repris mes activités opérationnelles que le

samedi 16 août matin, après une passation de consigne avec mon colonel adjoint, chargé de la suppléance en mon absence. Les événements que je relaterai et les réponses aux questions que vous ne manquerez pas de me poser et qui concernent cette période ne reposent donc que sur les comptes rendus qui m'ont été faits à mon retour et par la suite.

Deuxièmement, muté à l'inspection générale de l'armée de terre depuis le 2 septembre par décision prise en conseil des ministres le 21 juillet dernier, il ne m'appartient pas de m'exprimer en qualité de commandant de la BSPP pour tout ce qui est postérieur au 1er septembre.

Troisièmement, en matière de secours à victimes (SAV), la mission de la brigade, dont le secteur opérationnel couvre Paris et les trois départements de la petite couronne, est de porter assistance aux victimes sur la voie publique ou à domicile lorsqu'elle a été alertée par le 18 ou le 112. Le traitement de ces appels est centralisé au centre opérationnel de la brigade qui est situé à la caserne de Champerret, dans le 17ème arrondissement. La BSPP peut être également alertée par appel au centre de secours le plus proche lorsque son numéro de téléphone à dix chiffres est connu ou par contact physique lorsque le centre de secours est à proximité immédiate.

Sur le terrain, après la prise des premières mesures d'urgence par le personnel de première intervention qui est, je le souligne, secouriste, les victimes sont, en fonction de leur état de gravité et après décision d'un médecin de la coordination médicale de la brigade, soit laissées sur place sous surveillance, soit transportées dans le service d'urgence de l'hôpital du secteur, soit médicalisées dans une ambulance de réanimation de la brigade ou dans un véhicule du SAMU avant transport à l'hôpital.

Quatrièmement, la BSPP traite en moyenne 300 000 victimes par an. Elle transporte environ 20 % des personnes admises dans les différents services d'urgence hospitaliers. Ce chiffre est important mais la BSPP n'a cependant qu'une vision partielle de l'état sanitaire de la population qu'elle défend. Elle n'a pas connaissance de tous les décès, en particulier de la totalité de ceux qui interviennent à domicile sans qu'il ait été fait appel aux pompiers. Elle ne connaît pas non plus l'évolution ultérieure de l'état des victimes après leur transport aux urgences. La BSPP n'est donc pas en charge du recensement du nombre de décès sur son secteur opérationnel. Elle n'a pas non plus la charge de la veille sanitaire ni de la régulation hospitalière, ce dernier point incombant aux différents SAMU départementaux.

Tout d'abord, je tiens à vous brosser l'action de la BSPP pendant l'épisode de la canicule.

C'est à partir du 4 août que l'action de la BSPP a réellement commencé, avec des températures supérieures à 35 degrés sur le territoire national. Je pense que la région parisienne fut l’une des plus affectées par cette vague de chaleur qui a dépassé les températures de nombreuses autres capitales européennes. De telles agressions thermiques ont rapidement dépassé les capacités de l'être humain qui est homéotherme, c'est-à-dire en mesure de réguler sa température corporelle en dépit des variations des températures extérieures.

L'augmentation du nombre d'interventions de la brigade a été progressive avec les deux pics que vous connaissez : un, moyen, les 7 et 8 août, et un autre, plus fort, les 11 et 12 août. Il est intéressant de noter qu'au cours du week-end des 9 et 10 août, le nombre d'interventions a accusé une légère baisse, ce qui ne laissait pas présager que le pic d'activité des 11 et 12 août allait survenir ensuite.

Entre le 4 et le 20 août, l'activité en matière de secours à victimes aura présenté une hausse du nombre des départs d'engins de secours de 40 % par rapport à la même période en 2002 ou en 1998, année de référence puisqu'elle avait aussi été marquée par une époque de forte chaleur. Nous avons connu une pointe de 80 % de départs supplémentaires le 12 août.

Au cours de cette période, la BSPP a toujours su répondre à la demande en obtenant de la zone de défense, dès le vendredi 8 août, un renforcement en moyens de secouristes associatifs, qu'ils viennent de la Croix rouge ou de la Fédération nationale de la protection civile.

Dans le même temps, elle a mis sur pied quatre engins de premier secours supplémentaires, engins de réserve dont nous disposons, en les dotant de personnel servant à l'état-major de la brigade, ainsi que trois ambulances de réanimation supplémentaires, avec trois médecins de la brigade aux moments les plus forts.

La coordination médicale de la brigade qui est assurée par deux médecins 24 heures sur 24, a été renforcée par un troisième médecin pour faire face aux nombreuses interventions de nos secouristes et pour réduire les délais d'attente à la radio ou au téléphone.

En ce qui concerne le nombre de victimes, le bilan que j'ai fait établir sur la totalité du mois d'août montre que sur 27 078 interventions pour secours à victimes, environ 57 % ont été rapportées à des affections médicales liées directement ou indirectement à la chaleur. Le nombre de décès – je parle uniquement de ceux constatés par la brigade – s'élève à 1 342 personnes, dont 75 % de plus de 60 ans, et qui ont été découvertes au cours d'une intervention sur dix avec un pic de près de deux interventions sur dix le 13 août. Tous ces décès ont été constatés jusqu'à la fin août où nous intervenions encore chez des particuliers pour absence de réponse aux appels ou pour odeur suspecte.

A ce stade, je souhaite analyser l'action de la BSPP.

L'activité opérationnelle a été recensée quotidiennement et analysée, particulièrement à partir du 7 août, grâce aux statistiques du centre opérationnel de la brigade. Plusieurs *items* ont été étudiés : le nombre d'interventions, les motifs d'appel, l'activité de la coordination médicale, les lieux d'intervention, la répartition horaire, les durées d'intervention et les destinations hospitalières.

En ce qui concerne les motifs d'intervention, le code d'intervention – c'est un code que nous avons sur les ordres de départ pour les secours – pour trouble dû à la chaleur n'existait pas dans le logiciel opérationnel de la BSPP, contrairement à celui de l'hypothermie que nous rencontrons lors des périodes de froid, en particulier chez les sans domicile fixe (SDF). L'appréciation de la situation a donc d'abord été empirique, à la constatation du grand nombre d'interventions pour malaise et perte de connaissance.

Dès le 7 août, il a été demandé aux chefs d'équipe des engins de premier secours de compléter leur bilan secouriste de sapeurs-pompiers en précisant la responsabilité de la chaleur par des informations complémentaires telles que la température, les conditions aérologiques du lieu, la température corporelle, les signes généraux de déshydratation, de façon à favoriser la prise de décision.

La coordination médicale de la brigade a reçu, comme elle le fait 24 heures sur 24, les bilans secouristes et elle a pris la décision d'une solution technique et médico-administrative pour chaque patient. Nos médecins du service de santé et du secours médical ont ainsi mis en place dès le 8 août, en concertation avec les SAMU départementaux, des mesures thérapeutiques pré-hospitalières destinées à assurer une prise en charge précoce optimale et à pallier les difficultés des services hospitaliers d'urgence, à savoir : un protocole de refroidissement pour patients traités par le secouriste, un protocole de réanimation et de réfrigération pour les victimes médicalisées par nos ambulances et un algorithme de régulation médicale qui a permis d'aider à la décision et de graduer la prise en charge selon les cas, c'est-à-dire transport non médicalisé, médicalisation, hospitalisation ou maintien à domicile sous surveillance.

Je ne détaillerai pas ces différents aspects techniques.

En ce qui concerne le profil des victimes que nous avons découvertes et, selon les rapports d'intervention, il apparaît que la victime type est une femme pour 70 % des cas, vivant seule dans un appartement en étage sans ascenseur ou en maison de retraite, souvent avec une baisse d'autonomie, marchant avec une canne, un déambulateur ou sans motricité dans un fauteuil. Elle a plus de 80 ans dans 50 % des cas et plus de 60 ans dans 83 %. Une aide ménagère à domicile est employée plus d'une fois sur deux, c'est d'ailleurs cette tierce personne qui alerte les secours en découvrant la victime au sol.

Les relations avec l'entourage familial sont le plus souvent rares, sans possibilité de contacter la famille. Des antécédents ont souvent été relevés chez les victimes : cardiopathies diverses, insuffisance cardiaque, insuffisance et infections respiratoires, neuropathie dégénérative de type Alzheimer, enfin endocrinopathie. Généralement, ces victimes suivaient souvent des traitements cardiotropes, psychotropes ou antalgiques.

En ce qui concerne les lieux de nos interventions, le manque d'outils pour recenser les lieux précis de prise en charge fait que ces derniers ont été appréciés qualitativement par l'expérience vécue par les intervenants. Ils sont par ordre décroissant : les maisons de retraite, dont l'effectif en personnel paramédical semble très insuffisant, particulièrement dans les départements de la petite couronne, les domiciles de particuliers isolés, les lieux publics et la voie publique.

Dans Paris, l'activité a été plus soutenue dans les arrondissements limitrophes, en particulier les 13ème, 15ème et 18ème arrondissements. Dans les Hauts-de-Seine, elle a été la plus forte dans les communes de Nanterre, Courbevoie, Colombes et Asnières. En Seine-Saint-Denis, les interventions ont été les plus nombreuses à Saint-Denis, Montreuil, Drancy, Aubervilliers. Dans le Val de Marne, l'activité a surtout concerné Vitry, Ivry, Créteil, Saint-Maur. Les arrondissements et communes cités possèdent généralement un nombre important de maisons de retraite.

En ce qui concerne les horaires d'intervention, les appels 18 ou 112 ont débuté très tôt le matin, entre 6 heures 30 et 10 heures, heures d'arrivée des aides ou des personnels soignants, ainsi qu'au gré de la découverte des personnes âgées dans les établissements de soin ou de retraite. La précocité des appels signe aussi la persistance nocturne de l'agression thermique. La courbe des appels téléphoniques reste élevée toute la journée, ce qui est un signe indirect d'une forte agression thermique diurne et ce, jusqu'à une heure tardive, et probablement aussi un signe de la découverte étalée dans la journée de personnes malades chez elles ou victimes de malaise sur la voie publique.

J'en arrive maintenant aux enseignements que j'ai tirés avant mon départ de la BSPP.

Premièrement, l'interdépartementalisation de la BSPP est un point fort. Cette capacité d'agir sur quatre départements lui permet régulièrement de renforcer un secteur géographique temporairement dépourvu de moyens.

Deuxièmement, l'importance de la zone d'action de la BSPP, où la population est élevée et le nombre d'interventions très important, lui permet d'avoir un système statistique relativement fiable et, par conséquent, de constater assez rapidement l'évolution de situations anormales. Cependant, il faut attendre deux à trois jours pour avoir des statistiques définitives après rédaction des rapports informatisés par les responsables des interventions. En effet, le rythme élevé des interventions ne leur permet pas toujours de faire ces rapports dès leur retour au centre de secours puisque, bien souvent, ils repartent aussitôt. La création d'un code intervention lié à la chaleur, qui n'existait pas avant août, améliorera les remontées d'informations. En revanche, à l'instar du plan « *grands froids* », il n'existe pas encore de plan « *canicule* ». La décision prise par le préfet de police de créer ce plan permettra certainement d'y remédier.

Troisièmement, concernant l'échelon hospitalier, la brigade tient une place prépondérante en raison du nombre de victimes transportées aux urgences : près d'une personne sur cinq arrive aux urgences avec les pompiers. Dans le cas présent, la mise sur pied d'une cellule de crise aurait permis d'améliorer la gestion des victimes entre les différents hôpitaux, d'éviter que certains de nos engins tournent inutilement, du fait de refus d'admission ou de fermeture temporaire de services d'urgence, sans que la brigade en ait été informée.

Quatrièmement, la brigade n'a été associée à aucune réunion avec les différents organismes de santé publique chargés de gérer la crise, assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) notamment. Elle n'a reçu aucune directive particulière médicale ou technique et les protocoles de soins aux victimes élaborées entre son service de santé et les SAMU, particulièrement le SAMU 75, ne l'ont été que sur la base d'échanges confraternels. La décision prise au début de l’année 2003 par le préfet de police, en tant que préfet de la zone de défense, de créer un centre opérationnel zonal devrait permettre à ce futur état-major de mieux recueillir l'information, de l'analyser et d'aider à la décision.

En conclusion, je voudrais dire que si la BSPP a réussi à faire face à une situation difficile qu'elle n'avait jamais connue avec une telle ampleur et surtout dans la durée alors que, dans le même temps, elle avait envoyé un détachement de 80 sapeurs-pompiers en renforcement pour les feux de forêt dans le Midi, le bilan des personnes décédées pour affection médicale directement ou indirectement liée à la chaleur est très sévère.

Outre les enseignements que je viens d'évoquer, ce bilan met en avant la fragilité des personnes âgées et leur isolement, particulièrement en période estivale, l'inadaptation de leurs conditions de vie en matière d'habitation et de prévention, le manque de structures et de moyens adaptés pour leur prise en charge extra-hospitalière, une défaillance de la médecine générale, particulièrement dans le système de garde de la médecine de ville, et la complexité des facteurs climatologiques (température, humidité, vitesse de l'air) dans la survenue d'un tel événement météorologique.

M. le Président : Je vous remercie. Je demande au commandant Jacques Kerdoncuff d'intervenir tout de suite. Vous étiez au officier de presse à la BSPP à cette période. Il serait intéressant que vous nous donniez la manière dont vous avez vécu ces événements dans cette fonction à ce moment-là.

Commandant Jacques KERDONCUFF : A ce moment-là, la BSPP se trouvait dans une situation difficile, comme l'a expliqué le général Debarnot, mais nous réussissions à faire face. En tant qu'officier de presse, ma mission était d'assurer les contacts avec les différents médias et de répondre à leurs sollicitations.

Il me fallait connaître une situation factuelle de ce qui se passait sur le terrain car ce qui intéresse les journalistes et le public, ce sont les situations de terrain. Or, la situation qu'a décrite le général Debarnot était difficile. De plus, des incendies s'étaient déclarés dans le sud de la France et la BSPP était sollicitée, comme les autres services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), pour venir en aide à nos camarades dans le Sud.

Les médias étaient intéressés par notre action dans la capitale mais aussi par l'aide que nous pouvions apporter dans le sud de la France, car nous avions dépêché un premier détachement vers le 20 juillet à Marseille.

Dans ce contexte, il y avait deux interventions possibles, l'une début août sur Paris et l'autre dans le Sud. Ces deux situations intéressaient les médias.

M. le Rapporteur : Merci pour les explications que vous avez données à la commission. Un certain nombre de questions se posent naturellement.

Tout d'abord, je souhaiterais avoir des précisions sur le nombre d'hommes disponibles à la BSPP pendant le mois d'août, cette période difficile, compte tenu des congés et des envois dans d'autres lieux, notamment sur les incendies de forêt auxquels le commandant Kerdoncuff a fait allusion. Avez-vous éventuellement manqué d'effectifs pendant cette période ? Semaine par semaine, jour par jour, nous voudrions voir ce que cela a pu peser sur les moyens à mettre en œuvre sur le terrain.

En ce qui concerne le déclenchement de la canicule, en regardant les courbes de température et de mortalité ainsi que les interventions de la BSPP, on s'aperçoit que le phénomène commence le 4 août. Le 5 août, on relève 743 secours à victimes, alors que deux jours avant on tournait plutôt autour de 600. C'est une augmentation notable. Dans la période suivante, le nombre d'interventions augmente encore plus vite. Le fait qu'il y ait une augmentation supérieure à 20 % des secours à victimes dès les 4-5 août n'a-t-il pas éveillé davantage l'attention et n'a-t-il pas été transcrit, tout au moins dans les rapports ? Nous avons les rapports quotidiens, chiffrés, avec des tableaux, où, chaque fois, en dehors de certains décès de personnes écrasées dans le métro, ou de certaines interventions

exceptionnelles, le commentaire est le plus souvent : « *Rien à signaler*. » Le « *RAS* » se justifie-t-il compte tenu de l'évolution chiffrée des secours à victimes ?

Je rappelle que l'INSERM a évalué sur Paris 1 910 décès entre le 1er et le 20 août – c'est un élément statistique, il faut le prendre comme tel –, contre 843 décès attendus compte tenu des courbes de mortalité, ce qui donne une surmortalité de 1 067 personnes. Je note par ailleurs que le chiffre de 1 342 décès constatés par la BSPP par rapport aux 1 910 réels, montre que la BSPP joue un rôle important, non seulement dans le secours aux victimes, mais également dans l'observation de ce qui se passe.

J'en viens donc à ma troisième question : pour toutes ces données, vous l'avez dit, il faut deux ou trois jours pour rassembler les statistiques. N'est-ce pas un peu du traitement administratif, bureaucratique ? Pourquoi ce délai ? Si on attend d'avoir visé les chiffres deux ou trois fois, il faut probablement trois jours, mais s'agissant d'alerte par rapport à une évidence climatique – on étouffait dehors –, n'aurait-il pas été judicieux de faire une synthèse plus tôt et de lancer l'alerte plus tôt ?

Dernière question, formelle, vos interventions de secours à victimes sont à la fois sur la voie publique et au domicile ou dans des maisons de retraite. En interne, à la BSPP, avez-vous le détail statistique des décès ou des interventions au titre des secours à victimes intervenus sur la voie publique, à domicile et dans les maisons de retraite ?

Général Jacques DEBARNOT : En ce qui concerne les effectifs disponibles, cela n'a jamais posé de problème puisque nous avons les mêmes 365 jours par an. Nous nous arrangeons pour faire en sorte que les effectifs soient complets dans chaque engin tout le long de l'année et cela a été le cas en août, bien que nous ayions envoyé 80 personnes en renfort dans le Midi. En l'occurrence, nous avons été amenés à décaler, voire reporter, certaines permissions.

J'avais envisagé initialement, au début de l'année 2003, car le mois d'août est généralement un mois creux dans nos activités, d'alléger un peu le dispositif et, finalement, vous avez pu constater que cela n'a pas été le cas puisque l'activité n'a pas été aussi calme que prévu. Alléger le dispositif voulait simplement dire supprimer quelques engins de premier secours. Compte tenu des chiffres moyens des mois d'août des années précédentes, cela ne posait aucun problème, mais finalement nous ne l'avons pas fait.

En ce qui concerne votre question sur le déclenchement de la canicule, je n'étais pas présent mais je pense qu'il y a eu, de la part des uns et des autres, beaucoup de difficultés à cerner de façon claire et précise les causes de décès : certains étaient directement liés à la canicule, mais d'autres l'étaient indirectement parce que des personnes présentaient des antécédents qui ont fait que la canicule leur a été fatale. Il a fallu un temps de latence pour qu'on fasse, de façon plus précise, le rapprochement entre la canicule et la cause des décès.

Vous avez parlé de l'augmentation des interventions pour secours à victimes à partir du 4 août. Nous sommes très habitués, à la BSPP, à voir le facteur températures influer fortement sur nos interventions, que ce soit dans le sens d'une élévation des températures, ou dans celui d'une baisse. J'ai l'habitude de dire que la température moyenne pour que tout se passe bien, c'est 10-15 degrés. Plus la température s'élève, plus les interventions sont nombreuses. En hiver, c'est pareil, dès que la température baisse fortement, on constate une élévation du nombre d'interventions. Nous y sommes habitués mais il est probable que le signal d'alarme n'a pas été tiré immédiatement.

Les rapports quotidiens qui vous ont été donnés par la préfecture de police sont établis chaque matin, entre 7 et 8 heures. Ils m'étaient communiqués tous les matins, ainsi qu'à la préfecture de police et à la Direction de la défense et de la sécurité civile du ministère de l'intérieur, c'est-à-dire au Centre opérationnel de gestion interministérielle des crises (COGIC).

Les chiffres de ces rapports sont provisoires à quelques dizaines d'interventions près, car le rythme des interventions est tel que les chefs d'engins n'ont pas toujours eu le temps d'intégrer leurs rapports dans les données informatiques. Ce délai n'est pas dû à une histoire de tampon ou de visa administratif : le sous-officier qui rentre dans son centre de secours prend trois minutes pour faire son rapport, mais bien souvent, à peine arrivé, il part sur une intervention nouvelle avant de pouvoir faire quoi que ce soit. C'est pour cela que je disais que les chiffres ont besoin d'être consolidés et cela peut prendre deux ou trois jours.

M. le Président : Sur cette question de transmission des données de la BSPP à la préfecture de police, dans votre rapport du 22 août, vous indiquez que le 10 août à 10 heures 07, l'officier de permanence reçoit un appel téléphonique du cadre de permanence du cabinet du préfet qui lui demande des statistiques, notamment le nombre total des interventions du 9 août 2003 et le nombre d'interventions pour secours à victime pour le 10 août 2003. Il demande les mêmes statistiques pour le 9 août 2002. Pouvez-vous nous apporter des précisions ? Que vous a-t-il été réellement demandé ?

Général Jacques DEBARNOT : La préfecture de police souhaitait avoir plus de précisions en ce qui concerne la canicule proprement dite. Le commandant Kerdoncuff pourra le confirmer.

Sur ces rapports, effectivement, cela peut prêter à sourire de voir un certain nombre de commentaires « *RAS* », mais cette page que vous avez chaque jour est une page sur laquelle nous indiquons les interventions importantes. J'entends par là, les feux où nous mettons en œuvre un certain nombre de moyens, les accidents ou catastrophes importantes. Cela va parfois jusqu'à la personne qui se suicide sous le métro. Nous indiquons également les interventions qui peuvent faire l'objet d'une médiatisation parce qu'il s'agit d'une personnalité ou d'une célébrité. Mais le fait d'avoir « *RAS* » ne signifiait pas qu'il ne se passait rien en matière d'interventions liées à la canicule.

Sur le dernier point que vous avez soulevé me demandant pourquoi l'alerte n'a pas été lancée plus tôt, je ne suis pas bien placé pour y répondre puisque j'étais absent. Il faut être « *sur le turf* » pour se rendre compte de la situation, mais je pense que mon colonel adjoint a été alerté dès le 6 ou 7 août. Il avait les comptes rendus tous les matins et dans la journée. Il savait que le nombre d'interventions pour secours à victimes était en augmentation et il a normalement alerté la préfecture de police à deux reprises le vendredi 8 août, comme cela est indiqué dans mon rapport écrit sur les événements.

M. le Président : M. le Rapporteur, il serait peut-être utile que l'on revienne sur le vendredi 8 août et les relations entre la BSPP et le cabinet du préfet de police cet après-midi-là.

M. le Rapporteur : A partir de quel moment la préfecture de police vous demande-t-elle un rapport quotidien, statistique et qualitatif sur la canicule ? A partir du 8 août ou avant ?

M. le Président : On vous demande quelque chose de particulier sur la canicule à partir de quand ?

Commandant Jacques KERDONCUFF : Le 9 ou le 10 août.

M. le Rapporteur : Le problème intrigue un peu auparavant, notamment la presse, puisque le 8 août vous avez des appels téléphoniques de journaux qui demandent : « *Que se passe-t-il ? Avez-vous des informations particulières* ? »

Le militaire obéit à un système hiérarchique qui fonctionne et, si la presse demande quelque chose, il y a normalement un rapport qui part vers les autorités supérieures.

Commandant Jacques KERDONCUFF : Je vais revenir avant le vendredi 8 août pour expliquer la situation. Comme j'étais présent les jours précédents, je constatais, comme tout le monde, qu'il faisait chaud. En tant que pompier de Paris ayant des contacts avec la presse, il fallait que je sache ce qui se passait au niveau de nos interventions. J'ai bien constaté, comme tous les pompiers de Paris, le nombre d'interventions en augmentation. C'était une évidence.

En discutant avec les chefs d'agrès et les médecins à l'état-major, de notre coordination médicale, j'ai vu qu'ils essayaient de faire un lien entre le nombre d'interventions en augmentation et un facteur extérieur qui était bien évidemment la chaleur. Le médecin-chef de la brigade a pris les premières mesures pour demander aux chefs d'agrès de prendre la température des victimes. J'ai été informé de cette démarche.

Les médias se sont intéressés avant le 8 août à nos interventions. Je leur ai répondu que leur nombre augmentait. Le 8 août en fin d'après-midi, un journal, Le Parisien, me demande le nombre d'interventions que nous faisons et, comme il avait eu des contacts avec le SAMU et d'autres services, il avait la notion de morts dus à la chaleur. Nous avons des entretiens réguliers avec les journalistes : ils savent que l'hiver, lorsque nous avons des sans domicile fixe qui meurent, nous leur donnons le nombre de SDF décédés. Dans ce même cadre, ils souhaitaient connaître le nombre de personnes décédées en raison de la chaleur.

Avant de répondre aux journalistes, je ne connaissais pas le nombre de morts. Je suis donc allé voir les médecins. Etant donné que nous avons une coordination médicale qui équivaut à un SAMU, ces médecins m'ont dit qu'on avait, ce jour-là, une estimation de 7 morts liées à la chaleur. Avant d'avertir le journaliste, notre démarche est le compte rendu : je demande l'accord du général lorsqu'il est présent ; en son absence, je m'adresse au colonel adjoint pour lui demander si je peux donner les informations sur les interventions et le nombre de morts. Il me répond qu'il lui faut avant l'avis du médecin-chef pour savoir si on peut avancer un chiffre.

Je vais donc voir le médecin-chef et je lui demande si l'on peut avancer le chiffre de 7 morts que donnent les médecins à la coordination médicale. Il me dit oui. Je lui demande si c'est un chiffre minimal ou maximal. Il me répond que c'est un chiffre minimal, que l'on n'a rien à cacher, que l'on peut donner ce nombre mais après accord de la préfecture de police.

Je rends compte au colonel, qui m'autorise à donner le nombre de morts. J'ai donc avancé ce premier chiffre de 7 morts au Parisien, en étant modéré car, n'étant pas médecin, je n'ai aucune certitude.

TF1 fait une demande d'interview, quelque temps après, au sujet de la chaleur aussi. L'angle du reportage concernait les conseils à donner aux parents pour les enfants dans les véhicules, lorsqu'ils partent en vacances.

Je rends compte de nouveau au colonel en demandant si TF1 peut venir faire cette interview, en lui proposant que ce soit le médecin-chef qui réponde. Cela me semblait plus judicieux. Je le propose au médecin-chef de la brigade, il accepte. Après l'interview, il y a un échange entre la journaliste et le médecin-chef, en *off*, et le médecin-chef lui dit : « *Vous savez, on a fait une interview sur les conseils pour les enfants, mais nous, actuellement, ce n'est pas notre souci ; les victimes ne sont pas les enfants mais les personnes âgées. Il serait peut-être plus judicieux de donner des conseils pour les personnes âgées*. ». Comme la journaliste était de formation médicale, il y a eu un échange de spécialistes et, j'en ai été le témoin, le nombre de morts a été encore avancé. Cela intéressait fortement la journaliste, elle lui a dit : « *On laisse tomber l'interview que vous m'avez faite tout à l'heure et on prend ces éléments*. »

Moi, écoutant cela, je considère qu'il ne s'agit plus des mêmes éléments de langage que j'avais demandés à mon colonel. Je vais donc de nouveau lui rendre compte en disant que la journaliste veut réaliser une autre interview, plus sensible, qui va parler du nombre de morts. Le colonel en a référé immédiatement à la préfecture de police. J'étais présent dans le bureau et c'est à ce moment-là, le 8 août vers 18 heures, que sont arrivées les consignes.

M. le Rapporteur : Quelles étaient exactement ces consignes ? Le préfet Proust nous a dit qu'elles avaient été élaborées en accord avec la BSPP. Tout le monde était-il d'accord sur cette consigne de discrétion, consistant à ne pas parler du nombre de morts ?

M. le Président : Le préfet Proust a indiqué que son cabinet avait considéré que le nombre de 7 morts n'était pas absolument certain et que compte tenu de cette incertitude, il fallait, effectivement, être très prudent et ne pas donner d'indications.

Commandant Jacques KERDONCUFF : Je ne vais pas ici prendre la parole au nom du colonel qui commandait la brigade, mais je peux témoigner de ce qui a été dit et demandé à ce moment-là.

M. le Président : Ce n'est pas à vous que la réponse a été donnée, c'est au colonel Grangier ?

Commandant Jacques KERDONCUFF : Comme j'étais présent dans son bureau, le colonel Grangier a mis le haut-parleur et j'ai ainsi eu les consignes en direct.

M. le Président : Lesquelles ?

Commandant Jacques KERDONCUFF : Lors de cette communication téléphonique, le colonel a commencé par dire qu'une interview avait été demandée par TF 1 sur la situation des interventions des pompiers de Paris et que la journaliste s'intéressait au nombre de personnes décédées.

Le colonel Grangier a dit que ce jour-là, on avait comptabilisé 7 personnes décédées en raison de la chaleur. On avait eu une discussion avec le médecin et j'ai dit que ce chiffre était un minimum. Il en a référé à la préfecture de police en lui disant que la situation était grave et en demandant si l'on pouvait indiquer le nombre de morts. Comme j'attendais la consigne de communication, le colonel Grangier a mis le haut-parleur et la consigne a été donnée de ne pas diffuser de message alarmiste et de ne pas donner le nombre de morts, mais plutôt d'orienter vers des conseils et de diffuser un message rassurant au public.

M. le Rapporteur : Je trouve cela assez effarant ! Il se passe quelque chose de grave. Cela revient dans vos conversations avec la préfecture de police. Vous-mêmes étiez conscients que les 7 morts étaient un minimum. D'ailleurs les chiffres que l'on a eus après prouvent que l'on était en dessous de la vérité car ces 7 morts étaient probablement des décès directs, mais il y a tout ce qui peut être considéré comme des décès indirects. Alors quelle est la motivation de cette consigne de ne pas parler des morts ? Très franchement, il aurait fallu affoler les gens plutôt que de tasser la réalité. C'est cela que je ne comprends pas très bien. Pourquoi cache-t-on alors la gravité de l'affaire ?

Commandant Jacques KERDONCUFF : Je ne sais pas qui parlait au téléphone parce que je ne reconnais pas les voix.

Général Jacques DEBARNOT : Je crois qu'il s'agit du chef de cabinet du préfet de police.

M. le Président : Dans votre rapport, général, vous indiquez qu'il s'agit du directeur de cabinet du préfet de police.

Général Jacques DEBARNOT : Mon adjoint a passé deux appels à la préfecture de police : le premier chez le chef de cabinet et le second chez le directeur de cabinet. Les deux fois, il est tombé sur le chef de cabinet, donc c'est peut-être à lui qu'il faudrait poser la question et non pas à la BSPP.

Commandant Jacques KERDONCUFF : Je tiens à préciser que le message que j'ai entendu était de ne pas créer de psychose et de faire passer un message rassurant. Ce n'est pas à moi de donner un avis. Je n'étais que porte-parole, je ne faisais que passer le message. Aujourd'hui, on connaît la gravité de la situation, mais à ce moment-là, moi comme les médecins, nous ne savions pas encore ce qui allait advenir les jours suivants. Néanmoins, le colonel a précisé : « *M. le préfet, sachez que quand un SDF décède l'hiver, on dit que c'est dû au froid. Aujourd'hui, on est à 7 personnes décédées à cause de la chaleur. Quand un SDF meurt, c'est une affaire nationale ; cela pourrait être le cas aussi aujourd'hui.* » Le préfet a dit : « *Oui, mais vous ne pouvez pas être certain que ces personnes sont mortes de la chaleur* ». Le colonel a alors acquiescé.

La veille, les médecins avaient demandé à nos chefs d'agrès de prendre la température des victimes et le nombre de 7 a été calculé à partir du 8 août, justement. Je voyais les médecins comptabiliser manuellement le nombre de morts, en temps réel, en fonction des rapports des pompiers sur le terrain qui prenaient la température des victimes. C'est aux médecins d'établir sur quels critères et à quelle température, ils considéraient que l'on pouvait indiquer 7, 8, 40 victimes décédées ou plus dans les jours qui suivaient.

M. Georges COLOMBIER : Mon commandant, je ne reviens pas sur ce qui a été dit sur le 8 août, mais en tant qu'officier de presse, qu'avez-vous fait lorsque vous avez appris la surmortalité à Paris ? Quand vous avez compris qu'il y avait surmortalité par rapport à la chaleur, quelle a été votre réaction en tant qu'officier chargé de communiquer avec les médias ?

M. Pascal TERRASSE : J'aurais l'occasion de revenir sur d'autres questions, mais, sur le sujet de la communication, je lis un communiqué de l'AFP qui date du 8 août et qui fait certainement suite à une interview donnée par les sapeurs-pompiers de Paris : il met en évidence que le nombre d'interventions est de 1 798 interventions pour les huit premiers jours d'août contre 1 180 interventions sur la même période, l'année passée. On voit une évolution très forte des interventions. On ne peut pas nier qu'il y a un problème : il n'y a pas 600 interventions de plus en huit jours pour rien. J'ai encore du mal à comprendre pourquoi la relation avec le COGIC ne se fait pas, alors que celui-ci a pour mission de disposer d'informations rapides, très rapides. Pourquoi cette information n'a-t-elle pas été donnée au COGIC rapidement ? Il ne s'agit pas de donner des statistiques détaillées mais des éléments d'intervention. Cela aurait pu être fait dès le 8 août.

Le communiqué de presse met en évidence que ce sont essentiellement des personnes âgées qui sont touchées par les effets de la canicule. Je ne comprends pas qu'à ce stade, on ne vous donne pas l'autorisation d'indiquer le nombre de décès déjà constaté, puisque ce nombre 7, on sait qu'il est très en dessous de la réalité.

Mme Nathalie KOSCIUSKO-MORIZET : Ma question s'adresse au commandant Kerdoncuff. Tout à l'heure, nous vous avons interrogé sur les consignes données par le préfet de police et dans votre première réponse, vous avez fait état de deux choses qui sont assez différentes, me semble-t-il, et qui se confondaient : d'une part, une consigne d'être rassurant et, d'autre part, une consigne de diffuser des conseils, les deux paraissant contradictoires. Avez-vous reçu l'une et l'autre consigne ou seulement l'une des deux ? Et concernant la consigne de diffuser des conseils, qu'a-t-il été fait le soir même ou dans les jours suivants ?

M. Pierre LASBORDES : A quel moment avez-vous pris conscience qu'il y avait vraiment un dérapage, à savoir cette forte augmentation des interventions, et quand avez-vous analysé les raisons de ce dérapage ? C'est le constat de cette augmentation des interventions qui aurait dû déboucher sur la mise en œuvre de certaines mesures. Qui a donné l'ordre d'analyser les résultats et quand ?

M. Gérard BAPT : M. le préfet de police nous a déclaré la semaine dernière qu'il avait eu de la difficulté à analyser ces problèmes du 8 août parce qu'il ne disposait pas de médecin à la préfecture de police de Paris. Vous, vous aviez une brigade médicale ; a-t-elle été consultée sur ce chiffre de 7 décès et les incidences qu'on pouvait en tirer ?

Général Jacques DEBARNOT : Qu'entendez vous par brigade médicale ?

M. Gérard BAPT : Je pense aux médecins des sapeurs-pompiers.

Général Jacques DEBARNOT : En fait, vous voulez parler du service de santé de la brigade.

M. Gérard BAPT : D'autre part, n'y a-t-il pas eu de rapport de votre part ou de celle du service de santé de la BSPP à la direction générale de la santé (DGS) ?

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Je voudrais revenir sur la question des conseils que l'on vous a demandé de communiquer. Je voudrais comprendre. On vous a dit qu'il valait mieux communiquer sur les informations en termes de conseils. Des conseils ont-ils été élaborés ? Un dispositif de communication a-t-il été mis en place pour les diffuser ?

Vous avez parlé de protocoles donnés à l'ensemble des intervenants des sapeurs-pompiers. Est-ce que c'était l'un des contenus des conseils ou les avez-vous gardés en interne ? Cela a-t-il fait l'objet d'une diffusion extérieure qui pouvait servir à d'autres personnes ?

M. Alain CLAEYS : Dans les enseignements que vous tirez, vous dites que la brigade n'a été associée à aucune réunion avec les autres services de soins. Avez-vous sollicité ce type de réunions et avez-vous été associés à la réunion du 13 août avec les autres services de santé et les services de la préfecture de police ?

Général Jacques DEBARNOT : Je vais répondre à certaines questions et je laisserai le commandant Kerdoncuff répondre à celles concernant précisément son action.

D'abord, nous n'avons pas de relation directe avec le COGIC. La BSPP est placée pour emploi sous les ordres du préfet de police. Nous n'avons pas de relation hiérarchique avec le COGIC. Néanmoins, nous lui envoyons chaque matin notre synthèse des activités, de la même façon que chaque zone de défense le fait dans l'ensemble de la France. Mais nous n'avons pas d'échanges institutionnels avec le COGIC.

M. le Président : Vous confirmez que le COGIC avait directement les statistiques de vos interventions chaque jour ?

Général Jacques DEBARNOT : Ils ont exactement les mêmes documents que le préfet de police.

M. le Président : Je rapproche cela d'une information qui a été donnée par les responsables du COGIC aux membres de la mission d'information sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule, selon laquelle ils n'avaient senti les problèmes que le 11 août, après l'intervention du Dr. Patrick Pelloux dans la presse, le 10 août.

Général Jacques DEBARNOT : L'augmentation des interventions s'est faite très progressivement : il y a eu un premier pic les 7 et 8 août. Mais j'ai signalé, dans mon exposé liminaire, qu'on avait constaté une baisse du nombre d'interventions pendant le week-end des 9 et 10 août. On ne pouvait donc pas prévoir ce qui arriverait après.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Le COGIC, en fonction des informations que vous lui donnez quotidiennement, vous a-t-il interrogé pour essayer de comprendre ce qui se passait ?

Général Jacques DEBARNOT : A ma connaissance, non. Le COGIC reçoit les comptes rendus de chaque zone de défense. Le cas de la région parisienne est particulier puisque nous envoyons directement le rapport pour les quatre départements de notre ressort. A ma connaissance, il n'y a pas eu de relation particulière avec le COGIC à ce moment-là.

En ce qui concerne l'analyse des résultats, il n'y a pas d'ordre à recevoir pour le faire. Nous vivons en temps réel et chaque fois qu'il y a une demande importante de secours, nous nous adaptons. Cela a été le cas pour la canicule, c'est le cas en hiver quand il y a des grands froids, cela a été le cas lors de la tempête de 1999. Nous avons un certain nombre de dispositions techniques nous permettant de faire en sorte que les secours restent disponibles, parfois en mode dégradé comme cela avait été le cas pour la tempête de décembre 1999.

Nos médecins ont-ils été consultés ? A ma connaissance, non. Je l'ai dit dans mon rapport : il n'y a eu que des échanges entre médecins, principalement avec le SAMU de Paris. J'ai parlé d' « *échanges confraternels* » mais pas de réunion organisée, planifiée. Il y a eu uniquement des relations confraternelles ou de camaraderie.

On a parlé des protocoles pour savoir s'ils avaient été communiqués. Non, ce n'était pas l'objet. C'était essentiellement des protocoles concernant les techniques de nos interventions. Il y avait un protocole d'intervention concernant nos secouristes, qui consistait à prendre la température, à avoir des pains de glace dans les engins et à traiter les patients de telle et telle façon. Un deuxième protocole plus lourd concernait les médecins des ambulances de réanimation : il consistait à injecter des produits dont je n'ai pas le nom puisque je ne suis pas médecin, à donner des ordres beaucoup plus techniques aux médecins sur intervention pour traiter des victimes de la chaleur.

Je n'ai pas connaissance de la participation de mon adjoint à une réunion qui se serait tenue le 13 août. En ce qui me concerne, je suis rentré le 16 au matin. Le dimanche 17, je suis allé à une réunion avec le directeur de cabinet du préfet de police, qui avait pour objet la gestion des décédés. Le nombre de victimes ayant diminué, il s'agissait surtout de savoir comment gérer l'après-canicule et les personnes décédées.

Commandant Jacques KERDONCUFF : Il y avait trois questions me concernant. Concernant le communiqué de l'AFP, ce n'est pas l'AFP qui a fait une demande. Etant donné que j'appréhendais, ainsi que les médecins, la gravité de la situation, il fallait diffuser des conseils et je n'avais pas besoin de l'autorisation de la préfecture de police. C'est à mon initiative et à celle des médecins que nous avons décidé, pour toucher un maximum de public, de communiquer rapidement et je savais que TF 1 venait le lendemain matin faire son reportage à la caserne pour suivre nos interventions, chose que la chaîne a faite.

Le vendredi 8 août, j'ai dit aux médecins que, pour toucher le maximum de médias, il fallait que l'on fasse un communiqué à l'AFP pour souligner la gravité de la situation. J'ai proposé aux journalistes de l'AFP de faire un communiqué par écrit. Vu que c'était urgent, ils m'ont dit de le faire oralement. C'est là que je leur ai communiqué le nombre d'interventions et que je leur ai donné des conseils. C'est l'origine de la dépêche.

M. Pascal TERRASSE : Je me place dans mes fonctions de membre du SDIS de l'Ardèche. Alors que l'on a 30 % d'interventions en plus – ça n'est pas rien – sur huit jours, j'ai l'impression qu'il ne se passe pas grand-chose. Je ne fais pas d'accusation mais vous donnez un chiffre d'interventions dans les huit premiers jours d'août qui est de 30 % supérieur à 2002. Je vous pose la question : dans votre service notamment, n'est-il pas irresponsable de ne pas alerter le préfet de police qui était votre tutelle ?

M. le Président : Le préfet de police est alerté.

Commandant Jacques KERDONCUFF: A mon niveau d'officier de presse, l'AFP est le contact vers le public, le moyen de donner des conseils, de lui dire de faire attention, de surveiller les personnes âgées. Néanmoins, et j'en reviens à la deuxième question, il était assez contradictoire de dire qu'il fallait être non alarmiste et en même temps donner des conseils.

Mme Nathalie KOSCIUSKO-MORIZET : On vous a recommandé les deux choses ou est-ce vous qui avez suggéré les conseils ?

Commandant Jacques KERDONCUFF : Je n'ai pris aucune initiative. Je confirme que, au téléphone, par l'intermédiaire du haut-parleur, il m'a été demandé d'être non alarmiste et de donner des conseils. En outre, la personne au téléphone a demandé au colonel Grangier de lui faxer ces conseils afin que le préfet de police soit aussi en mesure de répondre s'il avait des interrogations – de je ne sais pas quelle personne –. Je l'ai fait le soir même.

Ces conseils étaient à caractère médical. Je me suis tourné vers le médecin-chef qui n'était pas présent lors du second appel à la préfecture de police, et je lui ai dit qu'il fallait faire un communiqué et préparer des conseils pour la préfecture de police, ce que nous avons fait. Mais je précise bien, j'ai eu les deux missions : message non alarmiste, ne pas diffuser le nombre de morts, et donner des conseils.

M. le Président : Vous trouvez cette pièce à la page 576 du tome 2 du volume 2 des annexes du rapport de la mission d'information. Vous avez ces conseils qui ont été donnés et faxés à la préfecture de police à 20 heures 31. On vous demande à 17 ou 18 heures de formuler des conseils et à 20 heures 31, vous renvoyez à la préfecture de police la liste des conseils.

Commandant Jacques KERDONCUFF : Etant donné l'heure, je m'adresse au service de communication de la préfecture police où il y a une permanence comme chez nous.

Concernant la dernière question, vous m'avez demandé, dans les jours qui suivaient, pourquoi je n'ai pas alerté de manière plus insistante. Le lendemain, j'ai traité le reportage en suivant la journaliste de TF 1. Cela s'est déroulé dans des conditions normales et je me renseignais, malgré tout, sur la situation dans toute la brigade afin que les journalistes puissent révéler au public ce qui se passait pour faire passer les conseils et alerter les personnes voisines de personnes âgées.

Je constatais, le samedi 9 août, qu'il y avait encore des personnes décédées, puisque j'allais voir la coordination médicale, mais avec une légère baisse des interventions. Malgré tout, on avait encore toujours trop de victimes mais ce n'était pas à mon niveau d'officier de presse d'en référer à la préfecture de police directement.

Le dimanche 10 août, RMC et France Info me font de nouvelles demandes pour venir suivre les interventions de la BSPP. Automatiquement, j'en réfère à la préfecture de police, à son service presse. Le temps qu'il contacte l'officier de presse de permanence, j'attends la réponse qui arrive directement, comme souvent, à notre central téléphonique – le centre de communication, des opérations et transmissions. J'étais présent dans cette salle au moment où arrive la réponse que j'attendais. C'est l'officier de permanence à la salle 18 qui a décroché. Il a alors mis le haut-parleur puisque cela me concernait. La réponse a été : « *Vous dites à votre officier de communication que la philosophie générale est d'être rassurant, non alarmiste, de ne pas céder à la tentation des chiffres en alignant le nombre de morts. Diffusez un message apaisant.* »

M. le Président : Vous dites que c'est le dimanche 10 août.

Commandant Jacques KERDONCUFF : Oui, vers 10 heures du matin.

Général Jacques DEBARNOT : Non, c'est bien le dimanche 10 août mais à 11 heures 28.

Commandant Jacques KERDONCUFF : A mon niveau d'officier de presse, mon travail est d'être en liaison avec les médias et de leur répondre.

Actuellement, on est hors contexte et hors événement. On sait aujourd'hui la gravité de la situation, mais à ce moment-là, effectivement, si je sais que c'est important et grave, je n'ai, à mon niveau, que des éléments partiels de la situation pour répondre aux médias. J'en réfère à la préfecture de police qui me dit d'être non alarmiste. Même si cela peut me paraître étonnant, je n'ai pas à aller contre cette décision. Donc, je réponds de manière personnelle à RMC et à France Info en insistant malgré tout sur les personnes âgées et en disant au public d'aller les voir et de les faire boire.

M. Gérard BAPT : Vous nous avez parlé de communication interne avec votre hiérarchie et avec la presse mais, moi, j'aimerais savoir s'il y a eu des échanges entre la cellule médicale de la brigade et des organismes du système sanitaire ou de la DGS ? A aucun moment, vous n'en faites état. Dans le volume 1 des annexes du rapport de la mission d'information, à partir de la page 101, on constate que le 8 août, à trois reprises, des e-mails de la DGS parlent d'envisager d'avoir des rapports avec la brigade des sapeurs-pompiers de Paris et vous, à aucun moment, vous ne faites part d'un contact avec une administration sanitaire quelle qu'elle soit.

Général Jacques DEBARNOT : Je vous ai dit, M. le député, que les seules relations qu'il y a eu sont celles, quotidiennes et permanentes, avec les différents SAMU particulièrement en matière de régulation.

M. le Rapporteur : Mes questions concernent les relations entre la brigade, l'AP-HP d'une part, la médecine de ville d'autre part et enfin, l'institut de veille sanitaire.

Premièrement, en ce qui concerne les hôpitaux et l'ensemble du secteur hospitalier, vous avez fait état de refus d'admissions. Peut-on savoir quelle a été l'ampleur de ces refus d'admissions ? Y a-t-il eu une mesure dans les services d'urgence de ces cas ? Ensuite, comment se déroulait la prise en charge hospitalière des victimes secourues par les sapeurs-pompiers de Paris ? La brigade avait-elle tous les jours un état des capacités d'hébergement ou d'accueil disponibles à la fois dans les services d'urgence mais aussi de médecine générale pour prévoir l'aval par rapport aux services d'urgence ? Enfin, quels sont les liens institutionnels et permanents entre la brigade et l'AP-HP ?

Deuxièmement, vous avez dit, dans votre conclusion, qu'il y avait eu défaillance de la médecine générale. C'est un sujet assez controversé puisqu'un premier rapport de l'inspection générale des affaires sociales corroborait ce que vous disiez mais, depuis, des statistiques de la caisse nationale de l'assurance vieillesse semblent indiquer que ce n'était pas vraiment le problème, qu'il y avait une présence forte de la médecine de ville. Quel est votre sentiment ? Pourriez-vous approfondir ce que vous avez dit ?

Troisièmement, sur vos relations avec l'institut de veille sanitaire, vous êtes sollicité par l'InVS le 11 août à 14 heures et, d'après ce qui a été écrit, vous mettez un certain temps à lui répondre. Pourquoi ce délai relativement long ?

M. Jean-Paul BACQUET : Si je résume ce que vous nous avez dit, vous avez pris conscience de l'augmentation des interventions dès le 4 août, avec deux pics les 7 et 8 août et surtout les 11 et 12 août. En revanche, vous avez, dès le 8 août, renforcé vos effectifs et vos moyens d'intervention. Quand je lis les propos du Pr. Abenhaïm, alors directeur général de la santé, devant la mission d'information sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule, il dit qu'il a été prévenu par la DDASS d'un décès le 7 août et c'est le 8 août que la DGS a demandé à l'institut de veille sanitaire de mettre sur pied un système de surveillance.

Vous avez pris la décision de renforcer vos effectifs, est-ce parce qu'on vous a prévenu ou bien le faites-vous par vous-même, par rapport à votre analyse sur le nombre d'interventions ?

Que pensez-vous de ces propos, tenus par le Pr. Abenhaïm, lors de son audition par la mission d'information : « *Il ne faut pas croire trop rapidement qu'il suffit de disposer du nombre d'interventions des pompiers ou des uns et des autres pour réagir. Si on avait réagi juste par rapport au nombre d'interventions des pompiers le 11 août, c'est-à-dire au plus fort moment de la canicule, on aurait réagi une demi-douzaine de fois depuis le début mai.* »

Mes autres questions sont peut-être épidermiques car je vais parler en tant que médecin, ancien médecin des sapeurs-pompiers et ancien président du SDIS. J'aimerais savoir quelles ont été les réactions des sapeurs-pompiers intervenant, lorsqu'ils se sont rendus dans les services d'urgence ? Le Dr. Pelloux a fait son appel le 7 août au soir, signalant un encombrement des urgences et un manque de disponibilité des hôpitaux. Vous l'aviez constaté avant puisque vous aviez dit que vous aviez même des difficultés à amener des patients. Y a-t-il eu des réactions de découragement, de difficulté, de la part des sapeurs-pompiers de Paris ?

J'ai eu, en tant que représentant du SDIS, à gérer les difficultés des sapeurs-pompiers devant la mauvaise qualité des accueils en milieu hospitalier dans la ville universitaire où j'exerce. Je voudrais savoir quelle a été la réaction des sapeurs-pompiers devant cette situation très difficile à maîtriser, d'autant plus qu'ils faisaient le maximum d'après ce que j'ai cru comprendre.

Ensuite, quelle a été la réaction des sapeurs-pompiers de Paris par rapport à l'augmentation de la mortalité qu'ils ont constatée ? Quand on est médecin dans un service hospitalier, on sait pertinemment que le personnel réagit en fonction de la mortalité dans un service. Dans un service de pédiatrie, vous avez peu de morts, heureusement. Quand vous avez une salve de morts pour diverses raisons, il y a une réaction en chaîne dans le service qui est difficilement maîtrisable de la part du chef de service ou de l'encadrement. Les urgences ne sont pas épargnées par ce phénomène.

Sur quels critères pouvez-vous apprécier la non disponibilité des médecins généralistes puisque, comme le disait le Rapporteur, les statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), en particulier par rapport au nombre d'actes remboursés – et là, c'est facile à juger –, démontrent qu'il y avait à peine 10 % de moins de médecins disponibles pendant les gardes par rapport aux années précédentes ? Ce sont les statistiques de la CNAM qui ont confirmé cela après les attaques faites et la défense du docteur Costes.

Vous avez vécu cette situation depuis le 4 août, vous avez renforcé vos effectifs depuis le 8. Quelle a été la réaction des sapeurs-pompiers de Paris lorsque le Pr. Mattei s'est exprimé à la télévision le 11 août au soir, de sa maison du Var ? Etait-ce une réaction de satisfaction, d'indifférence ? Je vous pose cette question, je vous le redis, en tant qu'ancien médecin des sapeurs-pompiers et intervenant.

Enfin, le communiqué de presse de la DGS publié le 11 août se termine ainsi : « *Dans l'ensemble des services hospitaliers, une augmentation des personnes âgées est perceptible, mais il n'existe pas d'engorgement massif des urgences. Les difficultés rencontrées sont comparables aux années antérieures, en dehors de cas ponctuels de certains établissements, et d'un ou deux départements d'Ile-de-France* ». Partagez-vous cette analyse, qui est celle de la DGS ?

M. Georges COLOMBIER : On a beaucoup polémiqué sur le fait que les services de secours n'avaient pas prévu de codage spécifique des décès liés aux fortes chaleurs. Dans votre déclaration au début de l'audition, vous avez évoqué la création d'un code non prévu avant ; est-ce la réponse à ce manque ? Sinon, bien que vous ne soyez plus responsable des sapeurs-pompiers de Paris, pouvez-vous me dire s'il est prévu de corriger cette lacune ? D'autre part, a-t-il été prévu des améliorations au niveau des statistiques, afin de connaître en temps réel les causes d'une surmortalité ?

M. Serge BLISKO : J'écoutais avec attention mon collègue et ami Jean-Paul Bacquet, et je le dis au général Debarnot : les sapeurs-pompiers de Paris, encore une fois, ont été en avance sur les événements.

Dès le 8 août, le commandant Kerdoncuff l'a très justement indiqué, vous aviez, non pas une complète conscience puisque vous ne disposiez que des chiffres partiels, mais une conscience qu'il se passait quelque chose d'anormal. Le 8, vous renforcez les effectifs. Vous informez également une journaliste – et vous aviez raison de le faire – que le problème ne concerne pas les enfants qui étoufferaient dans une voiture trop hermétiquement fermée mais les personnes âgées et ceux qui ont eu des malaises sur la

voie publique. Je voulais vous remercier de cette efficacité et de cette clairvoyance, regrettant qu'elle n'ait pas pu être partagée comme vous le souhaitiez.

Pour ma part, je suis satisfait de l'analyse médico-sociologique du général Debarnot. Quand avez-vous pu faire cette analyse ?

Une chose me gêne dans toutes ces situations que vous avez connues : y a-t-il, au-delà des chiffres, des seuils d'alerte ? Je rejoins, sur ce point, ce que disait M. Bacquet. Y a-t-il un moyen objectif pour vous de déclencher des signaux ? Avez-vous la possibilité de le faire de votre propre initiative ou faut-il – comme cela semble être le cas – attendre qu'on vous le demande ? Si on ne vous le demande pas, que faites-vous ?

Général Jacques DEBARNOT : En ce qui concerne les refus d'accueil dans certains services d'urgence, j'ai effectivement signalé ce cas. J'ai également signalé des fermetures temporaires d'urgences sans qu'on soit prévenu. Ce sont des choses qui m'ont été rapportées. Je ne suis pas en mesure de préciser le nombre, la nature et le lieu devant vous aujourd'hui puisque je n'ai pas d'exemples précis en tête, mais le cas est avéré.

M. le Président : N'y a-t-il pas de zonage ? Quand vous êtes appelés dans tel quartier de Paris, n'êtes-vous pas amenés à envoyer systématiquement sur tel service d'urgence dans tel hôpital ? S'ils étaient fermés, ils devraient vous être indiqués afin que vous n'arriviez pas dans un service fermé.

Général Jacques DEBARNOT : Concrètement, lorsque l'intervention n'est pas médicalisée, la personne est transportée sur l'hôpital du secteur. C'est en général l'hôpital public de proximité. On peut imaginer que certains de ces hôpitaux de secteur étaient débordés et n'étaient plus en mesure d'accueillir les personnes qu'on transportait, d'où la nécessité d'un contact radio par le chef d'agrès dans son véhicule pour savoir vers quel hôpital se rediriger. Cela générait une certaine perte de temps. Il aurait fallu être présent au moment de l'événement pour se rendre compte de la surcharge des services d'urgence. Je n'y étais pas mais je peux imaginer la quantité de gens se présentant aux urgences.

M. le Rapporteur : S'agissait-il de lits dans les services d'urgence fermés administrativement ou d'un engorgement ?

Général Jacques DEBARNOT : Je pense plutôt à l'engorgement.

M. Jean-Paul BACQUET : Le 11 août, le cabinet du ministre de la santé dit que, dans l'ensemble des services hospitaliers, il y a une augmentation des admissions des personnes âgées mais pas d'engorgement.

Général Jacques DEBARNOT : Il peut y avoir, à certains moments ponctuels, un engorgement dans un service d'urgence qui fait qu'on a plus vite fait d'aller dans un hôpital voisin. Je crois qu’on peut le comprendre aisément.

M. Jean-Paul BACQUET : Personne ne vous le reproche, bien au contraire.

M. le Président : Puisque nous auditionnons les membres du cabinet du ministre de la santé juste après le général Debarnot et le commandant Kerdoncuff, nous pourrons revenir sur cette question.

Général Jacques DEBARNOT : Je pense que la capacité d'accueil des urgences dans cette phase était suffisante avec, ponctuellement, des problèmes d'engorgement.

A ma connaissance, nous n'avons pas eu, pendant cette phase, de relations particulières avec l'AP-HP, puisque la régulation médicale est à la charge du SAMU. Lorsqu'une intervention est médicalisée ou lorsque le cas présente un symptôme particulier et qu'il ne s'agit plus d'amener la personne dans un hôpital du secteur, nous passons obligatoirement par la régulation du SAMU qui nous indique l'hôpital vers lequel nous emmenons la personne, sauf s'il s'agit d'un militaire, qui relève alors de l'un des trois hôpitaux militaires de la région parisienne.

Je m'attendais à une question sur la défaillance de la médecine générale. Je crois que vous avez cité 10 % de médecins généralistes en moins présents à cette période. Je n'ai pas d'éléments, mais je pense qu'ils ont été certainement sollicités beaucoup plus que d'habitude. Là encore, c'est ce qui m'a été rapporté par mon service médical. Indépendamment de la période de la canicule, tout au long de l'année, il suffit parfois de passer une heure dans la salle d'appels 18-112, de mettre l'écouteur, pour voir que les appels que nous recevons relèvent, bien souvent, de la médecine générale. Les gens n'hésitent pas à nous appeler pour un rhume ou une grippe alors que nous sommes un service d'urgence. Cela signifie-t-il qu'il y a moins de médecins généralistes qui font des visites à domicile ? J'ai une opinion sur la question en tant que citoyen habitant Paris ; je n'en ai pas en tant qu'ancien commandant de la BSPP.

En ce qui concerne l'institut de veille sanitaire, je ferai amende honorable en vous disant qu'avant le mois d'août, je ne connaissais pas son existence. Cela n'a jamais été dans mes attributions et dans mes préoccupations. Effectivement, l'InVS nous a demandé des statistiques le 11 août à 14 heures. Je pense qu'en ce qui concerne mes subordonnés, beaucoup ne devaient pas connaître l'institut de veille sanitaire et nous sommes naturellement passés par la préfecture de police pour lui communiquer nos résultats, ce qui a été fait le lendemain en ce qui nous concerne. Après, je ne sais pas ce qui s'est passé à la préfecture pour arriver jusqu'à l'InVS. Nous sommes, en tant qu'unité militaire, relativement habitués à passer par la voie hiérarchique et c'est souvent une bonne chose.

Je voudrais reprendre les points évoqués par M. le député Bacquet. Vous avez abordé les problèmes des deux pics d'activité avec une baisse pendant le week-end du 9 et 10 qui ne laissait pas imaginer que le pic du 11 et 12 allait être aussi fort. Nous avons effectivement renforcé nos moyens dès le 8 août, mais nous ne le faisons pas que dans le cas de la canicule. Nous le faisons systématiquement dès l'instant où nous sentons que nous avons une demande de secours importante.

Nous nous efforçons de répondre par tous les moyens possibles aux demandes de secours d'urgence qui nous sont faites et cela nous amène régulièrement à déplacer des moyens de banlieue sur Paris ou de telle banlieue vers telle autre banlieue, de façon à répondre en permanence à la demande. Nous le faisons avec quelques engins de réserve dont nous disposons et qui nous servent à remplacer des engins accidentés ou en révision. Nous le faisons également avec des acteurs associatifs comme la Croix Rouge, la Protection Civile, particulièrement les week-ends, lors de grandes manifestations sportives ou autres.

Pour les moyens associatifs, nous les demandons par le biais de la zone de défense. C'est reconduit assez régulièrement en ce qui concerne le week-end, mais en ce qui concerne les moyens de la BSPP, c'est fait sur la propre initiative de la brigade.

En ce qui concerne la réaction des intervenants, je n'ai passé que 15 jours à la brigade, entre mon retour de permission et mon départ effectif de la brigade. Il m'est arrivé de me rendre sur le terrain, de participer à une intervention consistant à découvrir une personne décédée dans un appartement. Je suis monté dans l'engin de service avec mes subordonnés. Je sais qu'ils n'étaient pas découragés, mais ils ont beaucoup souffert de la chaleur eux-mêmes. Je n'ai pas l'impression qu'ils aient vécu un grand choc psychologique car, malheureusement, ils sont habitués à en voir tous les jours à Paris.

Je ne connais pas les statistiques concernant le département du Puy-de-Dôme, mais je connais certains départements où l'on dénombre autant d'interventions par an qu'un simple centre de secours parisien. Tout cela pour dire que les sapeurs-pompiers de Paris sont largement habitués à faire parfois une vingtaine d'interventions dans la journée et, en intervenant à ce rythme, on n'a pas trop le temps de réfléchir. Je ne pense pas qu'il y ait eu de problèmes psychologiques particuliers.

Ceci, je l'ai vécu durant la semaine qui a suivi mon retour. Après, cela n'a pas été ma préoccupation puisque j'ai eu la tristesse de perdre un homme le 25 août dans un effondrement, à la suite d'un incendie avec deux blessés graves, dont un est toujours à l'hôpital, au centre de traitement des grands brûlés de l'hôpital Percy, dans un état encore très sérieux. Au cours de la dernière semaine d'août, j'ai eu d'autres soucis qui m'ont davantage occupé que la canicule, sans pour autant me faire négliger le phénomène.

Je n'ai pas vu l'interview du Pr. Mattei. Je suis donc bien incapable de vous donner ma propre réaction.

Concernant le code chaleur évoqué par M. Colombier, nous avons effectivement introduit dans notre système informatique, un code nous permettant de disposer de statistiques face aux interventions par fortes chaleurs, de la même façon que nous avions, depuis un peu plus d'un an, un code nous permettant de comptabiliser les interventions par grands froids.

Les statistiques nous permettent-elles de réagir plus vite ? Non, parce que nous réagissons vite par définition.

Au-delà des chiffres – et j'en viens aux questions de M. Blisko –, y a-t-il un seuil d'alerte ? En ce qui concerne le 8 août, je pense que ce seuil a été atteint puisque mon adjoint a fait état à deux reprises, une première fois auprès du chef de cabinet du préfet de police, une deuxième auprès du directeur de cabinet du préfet de police, de l'importance de l'augmentation du nombre d'interventions. Ce seuil d'alerte n'est pas mathématique. C'est davantage une impression qui se dégage face à un nombre d'interventions, à un événement particulier.

Vous avez posé, M. Blisko, une autre question concernant l'analyse sociologique que j'ai faite. Cette analyse, à mon sens très bonne, a été faite par le médecin chef adjoint de la brigade, à froid et calmement après la canicule, en septembre.

M. le Président : M. Kerdoncuff, avez-vous des choses à préciser ?

Commandant Jacques KERDONCUFF : Non, M. le président. Je n'ai rien d'autre à préciser.

Audition conjointe de Mme Anne BOLOT-GITTTLER,
directrice adjointe du cabinet du ministre de la santé,
de la famille et des personnes handicapées,
et de M. William DAB,
ancien conseiller du ministre et directeur général de la santé

(Extrait du procès-verbal de la séance du 5 novembre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

Mme Anne BOLOT-GITTLER et M. William DAB sont introduits.

M. le Président : Madame, monsieur, je vous souhaite la bienvenue. Vous avez été tous les deux aux avant-postes lors des tragiques événements du mois d'août, vous vous êtes d'ailleurs succédés à la permanence du cabinet du ministre de la santé et il est important de connaître avec précision la façon dont vous avez géré cette crise en retraçant notamment les relations que vous avez eues avec les autres parties prenantes.

M. Dab, vous êtes plutôt ici comme conseiller technique, mais nous profiterons de votre présence pour évoquer la manière dont vous avez commencé à procéder à un certain nombre de réformes à la direction générale de la santé au regard des leçons tirées de cette période.

M. le Président leur rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête leur ont été communiquées. A l'invitation du Président, Mme Bolot-Gittler et M. Dab prêtent serment.

M. le Président : Nous allons commencer par M. Dab, puisqu'il était au cabinet du ministre pendant la première semaine du mois d'août. M. Dab, veuillez nous rappeler le déroulement des événements tel que vous l'avez vécu comme conseiller technique du ministre.

M. William DAB : Merci, M. le Président, M. le Rapporteur, mesdames, messieurs les députés.

Une telle catastrophe suscite évidemment de nombreuses et complexes questions, il est très important pour moi de pouvoir concourir à la manifestation de la vérité. Comme beaucoup je crois, je reste abasourdi par un tel drame qui a emporté 15 000 de nos concitoyens, dont 10 000 femmes, avec une augmentation de la mortalité de 70 % et 5 000 hommes, avec une augmentation de la mortalité de 40 %.

Il est difficile d'admettre que notre pays n'était pas prêt à limiter les conséquences sanitaires de cet épisode climatique. Je suis docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, spécialiste de la santé publique, j'ai aussi une formation nord-américaine en épidémiologie, discipline dans laquelle je possède également un doctorat. J'ai beaucoup travaillé sur la relation entre les facteurs d'environnement et la santé de la

population. J'avais analysé notamment l'impact de la vague de froid de janvier 1985 sur la mortalité d'Ile-de-France ; je travaillais alors à l'observatoire régional de la santé et c'est sûrement ce travail qui est à l'origine de la préoccupation qui m'a conduit à saisir la direction générale de la santé (DGS) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) sur les conséquences possibles de la vague de chaleur, le 6 août. J'ai aussi conduit plusieurs études épidémiologiques sur les risques sanitaires de la pollution atmosphérique et je suis titulaire de la chaire hygiène et sécurité du conservatoire national des arts et métiers.

J'ai rejoint le cabinet de M. Mattei en juillet 2002 comme conseiller technique chargé du domaine de la santé publique et j'ai été nommé directeur général de la santé le 21 août.

J'ai déjà expliqué à la mission d'information la façon dont j'ai agi face à ce problème au cours de la première semaine d'août, je n'ai rien à ajouter, sinon pour répondre à vos éventuelles questions et je voudrais vous rappeler en introduction trois points.

Le premier est que, lorsque le mercredi 6 août, en début d'après-midi, je saisis par écrit la direction générale de la santé en lui indiquant que l'on peut anticiper un risque élevé de mortalité, je ne le fais pas sur la base de données provenant du terrain. Il s'agissait pour moi d'un raisonnement fondé sur des considérations purement théoriques, je n'avais pas d'informations concrètes m'indiquant que quelque chose d'anormal était en train de se dérouler.

Deuxièmement, lorsque je quitte la France pour mes congés le 9 août au matin, aucune information ne m’est parvenue, ni des hôpitaux, ni des maisons de retraite, ni des funérariums, ni des médecins, ni des DDASS, ni de l'InVS, ni de la DGS, rien ne m'indiquant que la situation sanitaire était en train de se dégrader.

Nous savons, aujourd'hui, grâce au travail fait par MM. Hémon et Jougla, de l’INSERM, que, le 8 août, l’excès de décès était de 3 800 personnes. Nous avons eu à faire à une épidémie silencieuse et c'est cela qui alimente ma réflexion actuelle et ma détermination à mettre en place ce qui est nécessaire pour qu'on ne connaisse plus une telle absence de signal.

Enfin, troisièmement, le lundi 11 août au matin, j'ai téléphoné depuis mon lieu de vacances à Mme Anne Bolot-Gittler, qui revenait elle-même de congé, pour lui transmettre les données de sécurité sanitaire qu’elle devait connaître. J'ai, bien entendu, mentionné la vague de chaleur, mais j’ai surtout appelé son attention sur une épidémie de légionellose à Montpellier pour laquelle nous avions effectivement eu des cas répertoriés, des décès, et dont la source n'était pas localisée ; en quittant Paris, c'était ce problème que j'avais en tête : une épidémie se développant en ville, et un risque patent.

Pour moi, le 11 août au matin, cette vague de chaleur était une situation de risque potentiel, mais je n'avais, encore une fois, eu aucune indication qu'elle était en train de faire des ravages dans notre pays.

Mme Anne BOLOT-GITTLER : M. le Président, M. le Rapporteur, mesdames, messieurs les députés, nous avons vécu un drame, une catastrophe exceptionnelle, unique dans l'hémisphère nord pour un pays à climat tempéré.

Ce drame m'a profondément bouleversée et c'est pourquoi je suis heureuse d'être aujourd'hui devant vous, dans cette commission, émanation de la représentation nationale, pour expliquer la manière dont les choses se sont passées.

Aujourd'hui, on sait presque tout sur cette catastrophe, à ce moment-là, on ne savait presque rien. Il est important que nos concitoyens comprennent la façon dont les évènements se sont déroulés au moment où on ne savait rien.

Je m'appelle Anne Bolot-Gittler, haut fonctionnaire, ancienne élève de Polytechnique, ancienne élève de l'ENA, membre de l'Inspection générale des affaires sociales. Je travaille depuis 15 ans dans le secteur de la santé et je suis directrice adjointe du cabinet du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées depuis plus d'un an. J'assumais l'intérim du directeur du cabinet du 11 au 17 août.

Sans rentrer dans le détail du déroulement des événements sur lesquels je pourrai revenir autant que vous le souhaitez, je voudrais évoquer trois moments particulièrement significatifs du déroulement de ces événements avec, d'abord, mon arrivée le 11 août, puis le déroulement des événements dans la semaine du 11 au 17 août et la façon dont, aujourd'hui, nous pouvons comprendre ces événements *a posteriori*.

Je suis arrivée le lundi 11 août matin, à mon retour de congé comme cela était normalement prévu ; je n'avais reçu aucun appel sur la canicule durant mes vacances ni durant le week-end précédent ce lundi 11 août. Quelque 300 courriers électroniques m'attendaient, ainsi qu’une pile de 20 centimètres de courriers, or pas un seul de ces courriers électroniques, pas une seule de ces notes n'évoquait la canicule.

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

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

J'ai immédiatement appelé l'Institut de veille sanitaire, dont le directeur général par intérim n'était manifestement pas au courant de la situation. Je lui ai confirmé la saisine du 8 août, et il ne m'a fait part d’aucune préoccupation concernant la santé de la population du fait de la canicule.

J'ai immédiatement demandé au conseiller technique du ministre de faire un point complet sur la situation hospitalière en France et enfin, j'ai demandé à la DGS et à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), de se rendre à une réunion de crise de l'AP-HP qui avait lieu ce 11 août au matin.

Une des choses les plus frappantes pour moi aujourd'hui à propos du déroulement de cette journée, est que – à l'exception du médecin urgentiste qui s'était exprimé la veille à la télévision pour évoquer le chiffre d'une cinquantaine de morts, alors qu'aujourd'hui, nous savons que le dimanche 10 août au soir, on décomptait 6 500 décès – personne ne m'a appelée ce lundi 11 août pour mentionner une quelconque inquiétude à propos de la canicule, pas un médecin, pas un directeur d'hôpital, pas un responsable de service déconcentré, pas un directeur d'ARH, pas un préfet, personne de l'AP-HP, personne des collectivités territoriales, personne des maisons de retraite, personne des SAMU.

Dans la suite de la semaine du 11 au 17 août, les événements se sont déroulés de façon très différente entre les aspects hospitaliers d'un côté et les aspects de santé publique de l'autre.

Au plan hospitalier, nous nous sommes très rapidement organisés pour faire face à une situation de crise ; dans la matinée, le réseau des établissements de santé a été mis en alerte, ainsi que le réseau des agences hospitalières régionales (ARH).

La direction des hôpitaux et de l'organisation des soins s'est organisée en cellule de crise. L'AP-HP a mis en place un plan *chaleur extrême* et l'ensemble des mesures qu'elle avait mises en œuvre (report des activités programmés, réouverture de lits de suite, organisation d'une solidarité interservices au sein des établissements hospitaliers) ont été déployées dans l'ensemble des établissements hospitaliers d'Ile-de-France, sièges de services d'urgence. Des mesures administratives ont été également prises pour désengorger les urgences et permettre l'admission en soins de suite immédiatement après une prise en charge aux urgences.

Une réunion interministérielle a eu lieu à Matignon le mardi 12 août après-midi au cours de laquelle a été évoquée la situation de l'AP-HP. Au cours de cette réunion, il a été décidé de faire appel au service de santé des armées pour dégager des lits en Ile-de-France et de recourir à la Croix Rouge et à ses bénévoles pour aider les urgences.

Au plan de la santé publique en revanche, à aucun moment, ni le 10 août, ni le 11 août, ni le 12 août, une quelconque prise en compte du risque de décès massifs attaché à la vague de chaleur n'a été à évoquée. Ce n'est que le 13 août après-midi, lorsque les Pompes funèbres générales ont diffusé des chiffres, que l'idée que le nombre de décès puisse dépasser le millier a été évoquée et que l'ampleur de la catastrophe est apparue.

Que dire aujourd'hui sur la façon dont nous comprenons ces événements ? On constate que dans la semaine du 11 au 17 août, l'essentiel de nos efforts a porté sur le tissu hospitalier et finalement, la situation aux urgences hospitalières n'était que la partie émergée d'une catastrophe plus massive, beaucoup plus dévastatrice pour la santé publique et qui n'a jamais été perçue.

Comme le disent les experts du centre de contrôle des maladies d'Atlanta, lors d'une vague de chaleur meurtrière, phénomène très particulier, il est déjà trop tard quand les patients arrivent aux urgences : les décès massifs sont en train de se produire.

Que ferions-nous demain si nous étions confrontés à nouveau à une telle vague de chaleur meurtrière ? Nous ne déclencherions pas le plan blanc, nous mettrions en œuvre des mesures structurelles pour mettre à l'abri les personnes les plus fragiles, leur donner accès à des espaces climatisés et pour créer un réseau de solidarité locale afin de les

protéger. Ce type de plan-réponse n'existait pas dans notre pays parce que notre société n'avait pas pris conscience qu'elle pouvait avoir à faire face à une vague de chaleur meurtrière et à une catastrophe de cette ampleur ; ce sont ces mesures qu'il convient aujourd'hui de mettre en place.

M. le Rapporteur : Je voulais remercier Mme Bolot-Gittler et M. Dab de la chronologie et des précisions apportées.

Ma première question est une question simple d'organisation : quelle organisation prévaut au cabinet du ministre de la santé ? Pendant cette période cruciale, un spécialiste des questions de santé publique est-il présent en permanence ?

Ma deuxième question porte sur ce qu'a dit M. Dab. Vous avez eu une espèce de prémonition ou d'intuition le 6 août, une sorte de sens de l'alerte virtuelle en disant, au fond, nous sentons que c'est la canicule, et qu'il peut arriver quelque chose. Ce que je m'explique assez mal, c'est que vous n'ayez pas confronté cette intuition avec la réalité qui se percevait pourtant avec une certaine évidence, puisqu'il faisait chaud.

Une autre interrogation est liée aux connaissances scientifiques qu'on peut avoir de ces sujets. Des études ont été réalisées sur l'hyperthermie, c'est une pathologie très grave, ce n'est pas simplement avoir de plus en plus chaud : à un moment, tout s'arrête. Sur le plan médical, a-t-on bien cerné ces pathologies de l'hyperthermie ?

Dans d'autres lieux, en particulier à Chicago en 1995, à Marseille en 1983, on a constaté quelles étaient les conséquences sur la santé d'un climat extrême et d'une brusque augmentation de la température, ainsi que d'une relativement faible amplitude entre le jour et la nuit qui empêche le corps de se refroidir. Pourquoi n'a-t-on pas tenu compte de cet état de la science, même si tout n'est pas évident ? Les études épidémiologiques ne sont pas toujours complètes, mais le professeur Besancenot a étudié ce genre de question ; pourquoi l'analyse qui pouvait être faite lors de la première semaine avant le 10 août n'en a-t-elle pas tenu compte ? Si on connaissait si mal la réalité, pour reprendre ce qu'a dit M. Dab, ce que vous avez confirmé, Mme Bolot-Gittler, en disant qu'aucune information ne remontait, pourquoi alors avoir demandé à la DGS de faire un communiqué ? Faire un communiqué prouve qu'on s'inquiétait de la situation. De plus, pourquoi a-t-il fallu aussi longtemps pour le rédiger et pourquoi est-il aussi peu alarmiste ?

M. William DAB : Je voudrais rappeler ce que vous savez : le rôle du cabinet d'un ministre est de faire l'interface entre le ministre et son administration pour transmettre au ministre les informations qui viennent de l'administration, éventuellement les lui interpréter si nécessaire et pour transmettre à l'administration les instructions du ministre. Dans cette affaire, nous avons fonctionné à « front renversé ». Ce n'est pas l'administration qui a mis le cabinet du ministre en tension à propos de la canicule, c'est le cabinet du ministre qui, dans une attitude d'anticipation, vous avez dit de prémonition, a mis en tension l'administration.

Je n'avais évidemment pas les moyens moi-même de constituer un recueil de données susceptible de faire l'objet d'une interprétation épidémiologique me permettant de dessiner ce qu'était l'ampleur du risque au cours de la première semaine du mois d'août dans notre pays.

M. le Président : M. Dab, vous avez dit combien votre expérience personnelle vous permettait d'être réactif sur ces questions. Effectivement, votre *curriculum vitae* atteste de

nombreux travaux sur les questions de santé et d'environnement et c'est cette connaissance qui vous a amené dès le 6 août à interpeller la DGS pour qu'elle fasse un communiqué. Avez-vous reformulé d'autres demandes entre le 6 et le 9 août, date de votre départ en vacances ? J'ai repris les différents mails qui sont dans les annexes du rapport de la mission d'information, où l'on voit que vos échanges avec la DGS portent sur le communiqué ; vous réagissez à une proposition de communiqué, mais vous ne formulez aucune demande nouvelle.

Compte tenu de votre expérience et de vos travaux, de l'initiative que vous avez prise le 6 août, comment se fait-il que vous n'ayez pas demandé à la DGS d'autres travaux que ce seul communiqué ? Pardonnez-moi d'être brutal, au regard de l'ensemble de vos compétences, pouviez-vous estimer qu'une demande de communiqué pouvait suffire à faire face à cette situation ?

M. William DAB : Il faut distinguer les connaissances d'un côté et les données de terrain de l'autre. En l'absence de données provenant du terrain, de la médecine ambulatoire ou de la médecine hospitalière, et indiquant une situation dégradée, j'avais vraiment le sentiment d'être en attitude de précaution et non pas déjà dans une attitude de gestion.

A l'origine, si l'on veut détailler, la première préoccupation a porté sur la pollution photo-oxydante, l'ozone, qui accompagnait cet épisode de chaleur. C'est après avoir discuté avec la DGS de ce communiqué sur l'ozone que je leur ai demandé d'inclure la chaleur parmi les facteurs de risque dont il faut se prémunir.

La même après-midi du 6, après cette réunion, après avoir réfléchi, j'ai formulé cette demande par écrit, en souhaitant que l'Institut de veille sanitaire fasse la synthèse des données disponibles nous permettant d'évaluer l'impact sanitaire de cette vague de chaleur.

M. Serge BLISKO : Vous avez donné une définition très juste du cabinet, l'interface entre le ministre et l'administration. Vous nous dites que le 6 août, vous exprimez une approche théorique liée à votre connaissance, demandez-vous des données de terrain ?

M. William DAB : Je ne le fais pas personnellement, la direction générale de la santé va saisir l'InVS pour lui demander les éléments lui permettant d'évaluer l'impact éventuel de cette vague de chaleur sur la santé de la population.

M. Alain CLAEYS : Comment expliquer que le 11 août, malgré cette demande, madame, vous n'ayez aucune information ?

Mme Anne BOLOT-GITTLER : Je n'ai eu aucune information. C'est moi, lors de mon arrivée le lundi matin, qui ai appelé le directeur général de la santé par intérim sur la situation de la canicule, c'est moi qui ai appelé l'InVS une première fois le lundi matin. Puis, après avoir pris connaissance dans l'après-midi, du *Monde* du 12 août qui mentionnait que les services de l'InVS ignoraient la saisine faite par la direction générale de la santé le vendredi 8 août, j'ai à nouveau appelé l'InVS pour lui demander de suivre la situation.

M. Alain CLAEYS : Le 6 août, le cabinet ne disposait d'aucune information de terrain, le 11 août, malgré ce que vous avez demandé, vous n'avez toujours pas d'information : avez-vous précisé, M. Dab, à Mme Bolot-Gittler, que vous aviez fait ces demandes ?

M. William DAB : Bien sûr, j'avais mentionné que la DGS et l'InVS avaient été saisis par écrit et que cela s'était traduit par un communiqué de presse.

Je voudrais revenir sur votre question car je la trouve importante. J'avais clairement en tête la relation qui peut exister entre la température, la variation de température et le risque de mortalité. Ces variations existent aux deux extrêmes. La mortalité augmente quand il fait froid et quand il fait chaud. J'étais à peu près capable de l'anticiper, j'envisageais quelques dizaines ou quelques centaines de décès en excès, que l'on ne pourrait analyser que rétrospectivement et par une étude très fine des causes de mortalité.

Le problème est que ce n'est pas ce modèle qui a fonctionné. Lorsque vous faites du vélo face au vent, plus vous avez du vent, plus vous devez faire un effort. Là, ce n'était plus du vent, c'était une tornade. Le fait est que nous avons eu l'équivalent d'une tornade, c'est-à-dire une canicule implacable, sans vent, non pas localisée à une ville, mais continentale, qui a duré dans le temps et l'espace de façon jamais observée dans l'histoire à une latitude tempérée. Alors non, c'est un modèle que je n'avais pas en tête et même si j'ai peut-être été un peu plus proactif que d'autres, je n'ai jamais ressenti, au cours de cette première semaine, aucun signe d'urgence m'indiquant qu'il fallait prendre des mesures plus importantes.

Je peux même vous dire que ce communiqué de presse qui semble dérisoire aujourd'hui commence quand même par la phrase suivante : « *La France connaît actuellement une vague de chaleur susceptible d'entraîner des répercussions graves sur la santé des personnes*. » Le fait de commencer ce communiqué de presse de façon aussi forte a donné lieu à des discussions ; finalement, cette version a été maintenue.

De façon générale, nous étions tous, moi y compris, dans une sous représentation du risque et je n'avais eu aucun élément concret me permettant de changer de modèle, de passer du vent à la tornade. Pour cela, il me fallait des données, personne ne nous les a fournies.

Mme Anne BOLOT-GITTLER : J’assume totalement l'organisation du cabinet telle qu'elle était pendant cette période, aucune expertise ne manquait en son sein à moment-là. Le cabinet n'a pas vocation à se substituer aux quelque 600 personnes qui travaillent à la direction générale de la santé et à l'InVS et lorsque l'administration sanitaire en charge de la santé publique indique que le nécessaire a été fait, qu'il n'y a pas de risque pour la santé de la population, que la situation est maîtrisée, le message est parfaitement clair.

Si à un quelconque moment, un risque pour la santé des populations avait été évoqué, j'avais toute la possibilité d'appeler les experts, de les faire venir et le cas échéant d’entrer dans le détail, mais ce problème ne s'est pas posé à ce moment-là.

M. le Président : Quand il a été auditionné par la mission d’information, M. Abenhaïm, qui était à l'époque directeur général de la santé, nous a dit qu’il avait demandé avant son départ en vacances qu'il y ait en permanence un conseiller technique chargé des questions de sécurité sanitaire au cabinet.

Or, Mme Crémieux passe au cabinet le 11 août au matin, vous lui dites qu'il n'y a pas de problème particulier et qu'elle peut repartir. Confirmez-vous ces éléments ?

Mme Anne BOLOT-GITTLER : Les choses se sont passées différemment. J'assume totalement l'organisation du cabinet telle qu'elle était durant cette période. A aucun moment, une quelconque compétence professionnelle ne m'a manqué au sein du cabinet du ministre.

Il se trouve que Mme Crémieux qui était d'astreinte en tant qu'expert de ces questions, est passée entre ses deux lieux de vacances le lundi 11 août. Je l'ai vue en fin de matinée, je lui ai dit de faire un point complet sur la canicule avec la DGS et de ne repartir dans son nouveau lieu de vacances que s'il n'existait pas de difficulté d'une quelconque nature. Elle s'est entretenue à nouveau avec le directeur général de la santé par intérim comme je l'avais fait le matin et à nouveau, il l'a rassurée. Elle est donc repartie en congé parce qu'aucun risque pour la santé de la population n'avait été mentionné.

M. le Président : Dans le *Parisien*, M. Coquin avait indiqué : « *Nous en aurons une bonne idée dans le courant du mois de septembre, mais je crains déjà une très importante vague de décès : sans doute plusieurs centaines malheureusement.* » N'était-ce pas, déjà, une alerte susceptible de mettre en évidence le fait que plusieurs centaines de personnes étaient déjà concernées ?

Mme Anne BOLOT-GITTLER : C'est une question tout à fait importante et je souhaite prendre tout le temps pour vous apporter les explications.

Nous avons, aujourd'hui, grâce au rapport de MM. Hémon et Jougla, une vision complète sur la mortalité pendant cette période de canicule d'août. Ce rapport rappelle que la variation normale de la mortalité quotidienne en août en France est de plus ou moins 150 décès. J'ai demandé à M. Jougla s'il avait une idée de ce qu'était la variation mensuelle normale de la mortalité durant les mois d'été en France ; il m'a indiqué que de 1990 à 1999, sur 10 ans, la variation mensuelle de la mortalité pendant l'été par rapport à la moyenne était de plus ou moins 1 500 décès. Ce qui signifie que, durant les mois d'été qui se sont succédés entre 1990 et 1999, l'amplitude de l'écart qui sépare l'année où le mois d'été a été le moins meurtrier et celle où le mois d'été a été le plus meurtrier est de 3 000 décès.

Pourtant, entre 1990 et 1999, nous n'avons pas eu le sentiment de vivre un quelconque problème de santé publique. Bien que n'étant pas épidémiologiste, je cite ces chiffres pour montrer qu'on constate effectivement des fluctuations de mortalité liées à la chaleur et que celles-ci sont considérées comme « normales », lorsque la température baisse en dessous d'un certain seuil, lorsqu'elle monte. Il est parfaitement clair que la DGS avait cette notion en tête lorsqu'elle a évoqué les décès liés à la canicule. A aucun moment, elle n'a évoqué le fait qu'il s'agissait d'un phénomène hors du commun, provoquant des milliers de décès en quelques jours.

Je voudrais reprendre les différents messages de la DGS au cours de ces journées des 10, 11 et 12 août montrant parfaitement que le ton vis-à-vis de ces décès est compassionnel, qu'il s'agit d'une fatalité en quelque sorte et d'ailleurs, lorsque le médecin urgentiste de Saint-Antoine s'exprime le dimanche 10 août au soir, il indique : « *En quatre jours, il y a eu pratiquement, sur la région parisienne, une cinquantaine de morts. Au niveau de la DGS, il ne se passe strictement rien, ils osent dire que ce sont des morts naturelles, je ne suis absolument pas d'accord pour dire cela.* » En réalité, dans un communiqué de l'Agence France Presse du dimanche 10 août au soir, ces décès étaient évoqués sur un mode non catastrophique. Ce n'était pas un communiqué de guerre, pour reprendre l'expression de M. San Marco devant la mission d'information, mais

l'appréhension d'un phénomène de variation de mortalité, de fluctuation de mortalité liée aux variations de température.

Je cite cette dépêche citant la DGS le dimanche 10 août au soir : « *Nous n'avons pas de données épidémiologiques, il faut un certain délai pour avoir des statistiques réelles, il n'y a pas de solution miracle et les excès de chaleur sont clairement associés à l'augmentation de la mortalité. Nous avons publié un communiqué vendredi à l'attention des hôpitaux, des services déconcentrés avec des conseils destinés aux personnes vulnérables, les enfants et les personnes âgées. Il y a également un système en place pour repérer d'éventuelles situations particulières.* »

Le 11 août, vous citez l'article du *Parisien* dont le ton, là encore, n'est pas catastrophique. Je relis la phrase de ce même *Parisien* : « *Il y aura très clairement une vague importante de mortalité liée à la chaleur torride, sans doute plusieurs centaines de décès, malheureusement, même si ce ne sont pour l'instant que des estimations.* »

C'est le 11 août matin que le directeur général de la santé par intérim m'écrit que la situation est maîtrisée. Le 12 août, j'avais demandé à la personne qui assurait l'intérim de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et à la personne qui assurait l'intérim du directeur général de la santé de se rendre à une émission de radio « *Le téléphone sonne* » de *France Inter* pour parler à la population de la situation que nous étions en train de vivre. Là encore, pour reprendre le script de cette émission dans le détail, à aucun moment, le message n'est alarmiste. Il est toujours rassurant et la mortalité enregistrée à cette période n'est jamais considérée comme catastrophique.

M. Pierre LASBORDES : Première remarque : Vous avez dit avec beaucoup de clarté et de fermeté que le 11 août, vous n'aviez pas d'information écrite. En revanche, vous avez dit que le 11, M. Cirelli, directeur adjoint du cabinet du Premier ministre, était inquiet à propos de la canicule. Cela signifie-t-il qu'il avait une intuition ou plus d'informations que vous ?

Deuxième remarque : Vous avez envoyé vos collaborateurs à une réunion de crise à l'AP-HP ; celle-ci avait donc, apparemment, le sentiment qu'une crise se déroulait ?

M. Claude LETEURTRE : J'aurais une question plus précise à M. Dab. On comprend, madame, que vous n'ayez pas pu intervenir. Mais le lundi matin, lorsque vous, M. Dab, téléphonez à Mme Anne Bolot-Gittler, vous dites avoir parlé de la légionellose et ne pas juger utile d'évoquer la canicule. C'est ce que vous avez exprimé lors de la mission d'information et dans ce cadre, c'est un peu en contradiction avec l'inquiétude que vous avez manifestée en interrogeant la DGS. De la même manière, c'est en contradiction avec les propos du Dr. Pelloux qui a dit avoir alerté le ministère, en particulier la DHOS, à partir du 7 août.

Pourquoi, dans le contexte général que vous connaissez, celui d'une météo très alarmante, peut-être est-ce tout simplement parce que vous étiez parti en vacances, votre inquiétude n'a-t-elle pas grandi à propos de la canicule alors que vous estimez avoir réagi de manière proactive ?

M. Jean-Marie LE GUEN : J'écoute Mme Anne Bolot-Gittler qui nous décrit un état d'esprit de la science tel qu'elle l'a perçu, en tout cas à son niveau, au moment où les événements surviennent. Vous-même, M. Dab, interveniez auprès de l'Institut de veille sanitaire afin d'obtenir des réponses dans un délai qui peut être de plusieurs jours, me

semble-t-il. Partagez-vous l'état d'esprit scientifique que vient de nous décrire Mme Anne Bolot-Gittler, une sorte de fatalité ? Le partagez-vous en fonction de vos connaissances ?

N'aviez-vous pas les connaissances vous permettant de dire qu'il fallait passer à une attitude opérationnelle et non pas se contenter d'une attitude d'investigation ?

Quelle réponse attendiez-vous de la part d'une structure de type Institut de veille sanitaire ? La réponse qu'il devait vous fournir devait-elle être en termes d'heures, de jours ou de semaines ? Aurait-elle pu susciter en vous l'idée de passer à un stade opérationnel ?

M. Edouard LANDRAIN : C'est arrivé en 2003, cela aurait pu arriver plus tôt, comme plus tard. En supposant que ce soit arrivé plus tôt, y avait-il un plan de prévision à l'intérieur du ministère, un plan « *canicule* » comme il existe des plans ORSEC ? Cela paraît ahurissant qu'à l'intérieur de cette grande maison, rien n'ait été prévu pour une catastrophe comparable, d'autant que les expériences au niveau mondial existaient et qu'il devait exister un certain nombre de signes d'alerte. On pouvait imaginer qu'un certain nombre de paramètres, de palpeurs en quelque sorte, puissent intervenir et déclencher une alerte parfaitement compréhensible par l'intermédiaire de logiciels.

Cette canicule a concerné l'ensemble de l'Europe ; comment les autres pays ont-ils réagi ? L'Allemagne, l'Angleterre ? Etiez-vous en liaison avec eux, avez-vous discuté de plans comparables pour mettre en phase une action coordonnée et efficace ?

M. Pascal TERRASSE : Evidemment, on sait que des fluctuations de mortalité peuvent intervenir, mais pas seulement en été, on les retrouve sur les douze mois de l'année. En réalité, la question, s'agissant du drame sanitaire vécu cet été, c'est que, dès le 8 août, des alertes très fortes venaient notamment des sapeurs-pompiers de Paris.

Par une dépêche AFP, à 18 heures 51 le 8 août, les sapeurs-pompiers de Paris indiquent qu'ils ont effectué 30 % d'interventions en plus, 1 798 interventions les huit premiers jours contre 1 180 l'année précédente. Elles sont liées, pour l'essentiel, à la canicule. Ils indiquent, par ailleurs, que ce sont essentiellement les personnes âgées qui subissent les contrecoups de cette canicule.

M. Dab, vous partiez en vacances le lendemain ; j'ai été moi-même membre d'un cabinet ministériel, j'imagine que, même si vous étiez à l'étranger, vous vous teniez informé de ce qui se passait en France.

Etiez-vous entré en contact avec le cabinet du ministre ? Combien de fois avez-vous été en contact avec celui-ci pendant les dix jours de votre absence, du 9 août au 19 août, ce qui, d'ailleurs, n'est pas énorme ? Que lui avez-vous dit ? Avez-vous conseillé le ministre ? Pouvez-vous nous donner des explications précises sur ce qui s'est passé pendant vos vacances ? Etes-vous ou non intervenu auprès du cabinet, sachant que le 8 août, nous avions des informations et un message AFP des sapeurs-pompiers de Paris qui mettaient en évidence les difficultés en région parisienne ?

M. Gérard BAPT : Nous venons de recevoir le général commandant la brigade des sapeurs-pompiers de Paris. A aucun moment, elle n'a eu de contacts avec une institution sanitaire quelle qu'elle soit, jusqu'au 11 août, à propos de la situation sanitaire.

Cela m'a semblé quelque peu étonnant que, disposant d'une cellule médicale au sein de la brigade, les pompiers n'aient pas essayé d'aller plus loin, notamment quand ils se posaient des questions pour répondre à la presse. Heureusement, la presse a été réactive mais, à aucun moment, les pompiers n'ont dit être questionnés par une institution sanitaire.

On retrouve dans les mails cités que le 8 août, à trois reprises, on envisage d'interroger les sapeurs-pompiers de Paris. Un autre mail confirme le 11 août qu'ils ont été interrogés, mais le 9 et le 10 août, il ne s'est rien passé. Sur le fond de l'affaire, l'alarme n'a pas été donnée. Je trouve qu'il devrait y avoir parfois des esprits curieux, y compris dans l'administration et pas seulement parmi les journalistes.

Le 6 août, un médecin inspecteur de la santé publique du Morbihan indique qu'il a eu trois décès liés à la chaleur de personnes jeunes : 35, 45 et 56 ans, qui avaient certes des antécédents médicaux. Ce médecin a contacté la DGS le 6 août qui l'a orienté vers l'InVS. Le même jour, on renvoie un journaliste du *Figaro* vers l'INSERM qui a travaillé sur le sujet.

Le 7 août, un nouveau contact a eu lieu avec la DDASS du Morbihan. De nouveau, des journalistes du *Parisien* et du *Monde* sont orientés vers l'INSERM. Les journalistes étaient donc plus curieux que les personnes chargées de la santé.

Le 8 août, la DGS note « *des remontées éparses mais alarmantes des DDASS.* » Le 8 août également, le Pr. CARLI signale plusieurs coups de chaleur et alerte la DDASS.

Le 11 août – je passe sur l'intervention du Dr. Pelloux – le Pr. Carli parle de multiplication de décès en relation avec des hyperthermies et dit que les urgences sont envahies de gens qui sont depuis quatre à cinq jours sur des brancards dans le couloir.

Je parle en tant que médecin et en tant qu'élu local. Les 36 000 maires de ce pays partent toujours avec leur téléphone mobile afin d'être joints en cas de besoin, y compris le week-end. Ce qui me surprend, c'est cette inertie extraordinaire, chacun attendant que des informations remontent et personne n'ayant la curiosité de les rechercher dans chacune des administrations, hormis des journalistes ou ce médecin inspecteur du Morbihan qui, dès le 6 août, voulait se renseigner sur des études qui auraient été faites sur les problèmes d'épidémie de chaleur.

On peut multiplier les procédures et faire des réformes administratives, ce problème d'inertie est totalement à l'opposé de l'esprit de disponibilité qu'il faut avoir. Je ne veux pas mettre en cause telle ou telle personne. On a remarqué cette inertie à chaque fois qu'on a interrogé une administration.

M. Philippe VITEL : Le 8 août, les sapeurs-pompiers de Paris constatent une augmentation de 30 % d'interventions depuis déjà quatre jours ; ils sont tellement débordés que le même jour, ils font appel aux associations, Croix Rouge et Protection Civile. Apparemment, on ne constate aucune coordination et l'information ne circule pas.

Le 11 août, ni la DGS, ni l'InVS ne semblent agir ; en revanche, une réunion de crise se tient à l'AP-HP. Cette différence m'étonne.

Vous appelez le directeur adjoint du cabinet du Premier ministre, madame, qui est préoccupé. Pouvez-vous nous expliquer cela avec plus de détails ?

M. Dab, bravo pour votre vision du 6 août, mais alors, ne fallait-il pas prévoir déjà un plan qui aurait pu anticiper les problèmes ? Le 8 août, vous êtes encore à Paris, j'y étais aussi ; il fait 37 degrés ; je suis médecin comme vous, notre « sentiment » de médecin nous permet de penser que, peut-être, de nombreuses personnes ne supporteront pas ces températures et que les conséquences sanitaires risquent d'être importantes. C'est du bon sens médical et de praticien, je suis choqué par ce manque de réactivité.

M. Jean-Paul BACQUET : A Paris, à partir du 4 août, les sapeurs-pompiers remarquent une augmentation très importante des interventions avec un pic le 7 et le 8 août, ainsi que le 11 et le 12 août. Dès le 8 août, ils demandent un renforcement de leurs effectifs, font appel à des bénévoles et augmentent le nombre de véhicules qui peuvent intervenir en faisant remarquer que les services d'urgences sont encombrés et qu'ils ont les plus grandes difficultés à y faire entrer un patient, étant obligés de contacter les hôpitaux par téléphone pour trouver des places.

Je note que, devant la mission, le Pr. Mattei a déclaré que « *le jeudi 7 août au soir,* l*e Dr. Pelloux signale un encombrement des urgences et le manque de disponibilité en lits dans les hôpitaux parisiens*. »

Le ministre ajoute que, « *le dimanche 10 août au soir, le Dr. Pelloux intervient à la télévision pour s'alarmer des graves difficultés constatées dans les urgences. Il parle d'une cinquantaine de morts possible* ».

Je note surtout que le 11 août, le cabinet du ministre produit un communiqué de presse auquel la DGS n'a pas été associée, qui se termine ainsi : « *Dans l'ensemble des services hospitaliers, une augmentation des passages des personnes âgées est perceptible mais il n'existe pas d'engorgement massif des urgences, les difficultés rencontrées sont comparables aux années antérieures en dehors de cas ponctuels de certains établissements et d'un ou deux départements d'Ile-de-France*. »

Mme Anne BOLOT-GITTLER : Vous avez évoqué mon entretien avec le directeur adjoint du cabinet du Premier ministre ; j'ignore les informations dont il disposait mais il est clair que le 11 août matin, un certain nombre d'alertes avaient été données.

Le médecin urgentiste de Saint-Antoine s'était exprimé la veille à la télévision pour évoquer le chiffre d'une cinquantaine de morts dues à la chaleur, et la presse du lundi 11 août matin était tout à fait à alarmiste. Je me suis donc tournée vers l'administration sanitaire, l'ensemble des directions en charge de la santé de ce pays, de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. J'ai immédiatement demandé à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ainsi qu'à la DGS de se rendre à la réunion de crise qui était organisée à l'AP-HP ce matin-là.

J'avais moi-même assisté la veille au soir à l'intervention télévisée du médecin urgentiste de Saint-Antoine d'une part et, d'autre part, il se trouve que, par un concours de circonstances personnelles, non seulement j'ai un enfant en bas âge, et j'étais donc sensible aux questions de chaleur, mais j'ai passé mon dimanche après-midi à l'hôpital Bichat auprès d'une de mes voisines qui avait 90 ans et qui avait eu un accident cardio-vasculaire. J'étais tout à fait à l'écoute de ces problèmes de canicule.

C'est pourquoi très tôt dans la matinée, alors que le secrétaire général de l'AP-HP venait d'appeler le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins par intérim pour l'informer de cette réunion de crise à l'AP-HP, je lui ai demandé d'y participer.

Vous évoquez plusieurs points importants, cette dissociation entre la crise hospitalière et la perception en termes de santé publique. Dès mon arrivée le 11 août, nous nous organisions pour faire face à la crise hospitalière. L'ensemble des établissements de santé a été mis en alerte, ainsi que les agences régionales d'hospitalisation ; la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a mis en place une cellule de crise, une remontée d'informations a été effectuée à partir de l'ensemble des agences régionales d'hospitalisation à propos de la situation hospitalière.

A ce moment-là, lundi 11 août, l'afflux aux urgences est essentiellement concentré à Paris, hormis quelques cas ponctuels : la Bourgogne, Nantes, quelques villes. La saturation des services d'urgence est concentrée en Ile-de-France. Il existe un afflux aux urgences ailleurs, en province, mais il est limité – 20 % de plus environ –et cela se constate souvent l'été, à cette période de vacances.

En revanche, la crise de santé publique était sous-jacente à cette crise hospitalière. On a réagi en mettant en place des mesures hospitalières mais on sait, aujourd'hui, que lorsque les patients arrivent aux urgences, c'est déjà trop tard, les décès massifs sont en train de se produire. Nous avions mis en place des mesures hospitalières et cela revenait à essayer d'éteindre un incendie avec un seau d'eau.

La question sur laquelle je me suis beaucoup interrogée et qui est reprise dans plusieurs de vos questions est de savoir pourquoi on n'a pas compris ce qui se passait. J'y vois personnellement trois facteurs explicatifs.

Tout d'abord, un facteur objectif indéniable : nous n'avions aucun système d'information sur la mortalité et la morbidité en temps réel. Les experts du centre de contrôle des maladies d'Atlanta nous disent que même quand on en dispose, elles ne sont pas forcément faciles à utiliser. Leur absence est un facteur d'aveuglement.

Le deuxième facteur tout aussi important est l’absence de représentation conceptuelle du phénomène et vous l'avez parfaitement évoquée en indiquant notamment l'article de M. Besancenot sur la question. Lorsque j'ai lu cet article, j'ai compris que c'était ce qui nous était arrivé, mais au moment où le phénomène s'est produit, à aucun moment, l'InVS ou l'administration sanitaire ne m'a éclairée sur le fait que les vagues de chaleur meurtrières existaient et que ce n'est pas simplement une élévation de température, c'est l'entrée en résonance de tout un ensemble de facteurs : la concentration urbaine, la pollution atmosphérique, la baisse insuffisante des températures minimales la nuit, la grande durée de la canicule. Ce n'est pas habituel. A ce moment-là, lorsque ces facteurs se cumulent, se produit alors un phénomène totalement dévastateur, assimilable pour les experts du centre de contrôle des maladies d'Atlanta à une catastrophe naturelle.

A aucun moment, dans notre pays à climat tempéré, où la climatisation n’est pas très répandue, on n’a imaginé qu'on pouvait être confronté à ce type de situation. Nous n'avions pas la représentation conceptuelle que cela existait. Or, pour bien réagir face à un phénomène, il faut pouvoir se le représenter conceptuellement. Autrement, on est comme un aveugle de naissance qui recouvre la vue : on voit mais on ne sait pas interpréter le phénomène auquel on est confronté.

Le troisième facteur est l'absence de vision de terrain. Le 12 août, se tient une réunion interministérielle à l'issue de laquelle je me suis rendue au service des urgences de l'hôpital Saint-Antoine. Là, il n'y avait pas besoin de livre, il était indéniable que la situation était bouleversante, je n'avais jamais vu cela de ma vie, c'était évident que c'était anormal, mais quand vous ne l'avez pas vu, vous ne le savez pas, même si on vous le dit. Quand j'ai vu les urgences de Saint-Antoine le 12 août, je me suis dit : « *Qu'est-ce qui nous arrive* ? *Qu'est-ce que ce phénomène* ? »

Pourtant, la directrice générale de l'AP-HP s'était rendue elle-même le week-end dans les services d'urgence et c'était ce qu'elle avait vu, mais sans qu'à aucun moment, on puisse l'interpréter car on n'avait pas des représentations conceptuelles permettant de conclure que c'était une vague de chaleur meurtrière, qu'il fallait produire un communiqué de catastrophe et mettre les personnes âgées à l'abri.

M. William DAB : Je vais essayer de répondre de façon synthétique. En ce qui concerne les faits, il est inexact que je n'aie pas mentionné la canicule le 11 août au matin à Mme Anne Bolot-Gittler. Je n'ai pas appelé son attention à ce sujet, mais indiqué qu'un communiqué de presse était paru ; Mme Anne Bolot-Gittler le savait déjà, elle m'a dit que des urgentistes avaient mis en cause la DGS la veille à la télévision et que le ministre parlerait de la situation le soir même à la télévision. Je n'avais rien de nouveau à apporter à ce sujet et Mme Anne Bolot-Gittler ne m'a pas donné d'éléments nouveaux par rapport à ce que je connaissais le 8. J'avais une préoccupation, mais il est vrai que je n'avais pas d'inquiétude. Aurais-je eu une inquiétude que je ne serais pas parti en vacances, c'est évident.

J'ai rappelé Mme Anne Bolot-Gittler le 12. Nous avons eu une très brève conversation. J'ai senti que la situation était très tendue, et mon seul message a été que j'étais joignable en permanence. Si j'avais appelé moi-même de l'extérieur, j'aurais gêné sans apporter d'aide : j'ai indiqué que j'étais disponible et que je viendrais dès qu'on me le demanderait. Le ministre m'a appelé le dimanche. Il était confronté au problème épidémiologique suivant : pourquoi a-t-on eu tant de difficultés à m'informer de l'excès de mortalité ?

Je lui ai expliqué le dimanche 17 pourquoi notre système d'analyse de certificats de décès ne lui permettrait pas, avant plusieurs semaines, d'avoir une estimation rigoureuse de l'excès de décès et c'est à partir de là que j'ai réalisé que la situation était vraiment grave et catastrophique. J'ai dit au ministre qu'évidemment, s'il me rappelait, je rentrerais, il ne m'a pas demandé de rentrer le dimanche, mais le lundi 18, j'ai été en contact avec le cabinet où j'ai senti une situation très tendue et j'ai anticipé toute demande pour rentrer à Paris le 19 août au matin.

Un signal de quelques centaines de décès peut être interprété de diverses manières, tant qu'on n'a pas précisé la période de référence, car le 12 et le 13 août, l'excès de mortalité a été de 2 000 décès. C'est un véritable séisme.

Quelques centaines de décès en excès sur plusieurs semaines, quand la fluctuation aléatoire est de l'ordre de milliers, n'est pas un signal porteur d'une alerte épidémiologique, pas avec les systèmes d'information qu'on avait à l'époque. Si on ne la borne pas dans le temps, cette information ne peut pas constituer en soi un signal d'alerte.

Vous évoquez le bon sens médical, mais dans le fond, maintenant que l'on sait ce qui s'est passé, qu'aurais-je pu faire cette première semaine d'août pour, effectivement,

me rendre compte qu'un événement de cette nature pouvait arriver ? La seule réponse construite que j'ai trouvée est le plan d'alerte du *National Weather Service* américain. Je ne l'ai pas cherché sur Internet, mais je me le suis procuré *a posteriori*. Il comporte une échelle d'alerte, graduée en quatre positions : nous n'avons jamais dépassé en France le niveau deux de cette échelle d'alerte. Aurais-je eu cet instrument, qui était le seul formalisé au moment des faits, que je n'aurais pas été enclin à m'inquiéter davantage parce que j'étais à deux sur une échelle de quatre : là aussi, les épidémiologistes du *Center's Desease Control* m'ont très bien expliqué qu'il ne peut pas y avoir un modèle d'alerte national, il varie d'une ville à une autre.

Vous vous étonnez, M. le député, qu'il n'existe pas de « plan canicule ». Dans un pays habitué aux vagues de chaleur comme les Etats-Unis, savez-vous combien de villes ont des plans opérationnels de canicule ? Douze.

Non seulement notre pays est en latitude tempérée, mais la canicule n'est pas identifiée en termes de santé publique comme la première priorité qui doit mobiliser un ministère.

Bien évidemment, avec la perspective de réchauffement climatique, ce problème est aujourd'hui reconnu par tous, y compris moi, comme étant une priorité mais, avant cet été, en avril ou mai, nous aurions eu beaucoup d'arguments pour démontrer qu'il y avait d'autres priorités, si on nous avait demandé d'étudier les risques inhérents à la canicule. Je ne jetterai donc pas la pierre à qui que ce soit là-dessus.

Dans le monde, aujourd'hui, douze villes seulement sont prêtes à faire face à ce type de problème, y compris dans un grand pays qui dispose d'un institut de 6 000 épidémiologistes confrontés régulièrement à des tornades, des cyclones, des vagues de chaleur, et de très nombreuses catastrophes naturelles survenant sur son territoire.

Je ne dis pas cela pour excuser quoi que ce soit, nous allons développer ces plans, mais à l'époque, c'était difficile.

Je suis en train de tisser des liens qui semblent évidents pour créer cette transversalité qui nous a tant manqué, je suis en train d'établir les termes d'un protocole d'accord avec SOS médecins car nous avons besoin de pouvoir nous parler. A Paris, nous commençons à prendre le réflexe de partager les informations avec les deux organismes assurant les gardes médicales et nous allons passer un protocole d'accord avec eux. Cela semble évident aujourd'hui de parler d'hyperthermie, mais comme ils l'ont indiqué à la mission, ces médecins, qui étaient confrontés à la réalité clinique du problème, n'ont pas fait les diagnostics d'hyperthermie maligne avant le 7 ou le 8 août. Ils ont vu des patients déshydratés avec 42 degrés de température, des signes d'infection urinaire, les ont traités par antibiothérapie, avant qu'ils ne réalisent le 8 août qu'ils étaient confrontés à un problème différent. Ils n'avaient pas non plus les bonnes références conceptuelles en tête. Ils traitaient des infections urinaires, des coliques néphrétiques, alors qu'en fait, il s'agissait de l'hyperthermie maligne. Nous n'avions pas les représentations médicale et épidémiologique qui nous auraient permis d'appréhender correctement la situation.

Je n'ai de cesse, dans mon activité quotidienne, de faire que ces décalages insupportables ne se reproduisent plus, que ce soit en termes de système d'information ou de système d'alerte et je peux vous expliquer comment nous construisons, avec les cabinets de M. Mattei et de M. Fillon, un système de plans nous permettant de répondre à ce qu'on

peut identifier aujourd'hui – mais aussi à ce qu'on n'est pas complètement capable d'identifier.

M. le Président : Je voudrais revenir, madame, sur la gestion de la crise, et vous interroger à la fois sur le 8, même si vous n'étiez pas là, et sur les 11 et 12 août. Vous nous dites que les informations ne parviennent pas au cabinet. Cela dit, dans les différents services, dans les hôpitaux, et notamment à l'AP-HP, dès le vendredi 8 au matin, à la DGS, indépendamment des navettes concernant le communiqué, à la DHOS, des réactions se font jour et une organisation sur le terrain se met en place le 8 et le 11 tout au long de la journée.

Comment analysez-vous, en tant que directrice adjointe du cabinet du ministre, le fait que les services réagissent sans que le cabinet en soit informé ?

Comment se fait-il que le cabinet n'ait pas eu l'initiative d'une réunion regroupant les différentes administrations concernées pour pouvoir ne serait-ce que collecter les informations et piloter les actions mises en place un peu partout dans les différentes administrations du ministère et dans les services d'hospitalisation, notamment à Paris ?

Apparemment, vous prenez des mesures avec un certain nombre d'interlocuteurs, mais aucune réunion à l'initiative du cabinet n'est organisée, ne serait-ce que pour réunir les administrations du ministère, DGS, DHOS, InVS, afin d'avoir au moins une appréciation collective de la situation et d'assurer un pilotage de l'ensemble de cette crise. Il aurait d'ailleurs été utile d'y associer la direction de la sécurité civile, qui n'appartient pas au ministère.

M. Philippe VITEL : Un communiqué de Météo France le 7 août à 16 heures 43 indique : « *Poursuite de la canicule sur la France. L'air très chaud qui s'est installé sur la France se maintiendra durant les sept prochains jours... Des températures très élevées continueront à régner sur le pays. Les températures minimales*… » – on sait quelles sont leur gravité et leur importance – « *...seront, sur de nombreuses régions, voisines ou supérieures à 20 degrés, atteignant localement 24 ou 25 degrés. Les températures maximales, elles, s'élèveront jusqu'à 36 à 40 degrés. La persistance de cette situation, qui conjugue températures minimales et maximales élevées, est exceptionnelle et constitue un risque sanitaire pour les personnes sensibles (personnes âgées, personnes malades, nourrissons*). »

Qui doit, au niveau de l'Etat, être alerté par un tel message ? La direction générale de la santé ? L'Institut de veille sanitaire ? Cela doit concerner certaines administrations, qui doivent faire des anticipations.

M. le Rapporteur : Quelle est la relation entre le cabinet et les grandes directions du ministère et, particulièrement, la direction générale de la santé ? Autrement dit, à la DGS qui a, en principe, une faculté d'expertise importante, quels sont les moyens disponibles à ce moment-là ?

Les trois-quarts des effectifs étant partis en vacances, peut-on avoir recours à des expertises extérieures ? De même pour l'InVS. Dans chaque cas, on nous précise qu'un sous-directeur était présent : c'est normal, c'est la permanence de l'Etat, mais dans les sous-directions de la DGS, quel est le niveau d'expertise disponible en août ?

Vous affirmez que vous ne disposiez pas de critères scientifiques, mais que veut dire ne pas avoir les critères scientifiques ou d'expertise ?

Ce qui paraît curieux est que l'on ne se fonde que sur des critères d'expertise pour apprécier la situation. Or nous avons constaté l'absence de remontées des informations. La bonne solution n'était-elle pas obligatoirement que celles-ci « remontent » au niveau national pour « redescendre » sur le terrain ? N'y a-t-il pas eu un problème d'appréciation de la question sur le terrain ?

Ensuite, que se serait-il passé si l'alerte avait été donnée plus tôt, par exemple à la suite du communiqué de Météo France le 7 ou le 8 août ?

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Premièrement, quand vous rentrez de vacances, vous prenez contact avec un certain nombre d'administrations pour les solliciter sur l'information dont elles disposent. Avez-vous appelé le cabinet du ministre des affaires sociales en charge des personnes âgées et le cabinet du ministre de l'intérieur ?

Deuxièmement, j'aimerais savoir pourquoi vous faites le choix, quand vous prenez le temps de comprendre ce qui se passe, de vous intéresser à l'expérience de Chicago plutôt qu'à celle de Marseille en 1983.

Troisièmement, avec le recul, si l'alerte avait été donnée le 8 août, qu'est-ce que cela aurait changé ? Si les victimes avaient été des enfants, et qu'on ait compté 50 morts, n'y aurait-il pas eu une mobilisation plus grande de l'ensemble des responsables ?

M. Serge BLISKO : Vous n'avez jamais cité la direction générale de l'action sociale, madame. Chaque fois qu'on parle de crise sanitaire, le volet social n'apparaît pas spontanément. Cela me tourmente, cela prouve qu'on a des difficultés à lier le volet sanitaire et le volet social dans ce pays, problème observé depuis longtemps. Ce n'est évidemment pas entre le 8 et le 11 août qu'on pouvait y penser, mais il est regrettable que le rôle de la DGAS ne soit jamais évoqué.

Je reprends une question de M. le Rapporteur : on s'aperçoit que, bien que la continuité de l'Etat soit assurée au niveau des directions, on ne sait pas réellement combien de médecins de santé publique sont présents au début du mois d'août dans ce pays. Existe-t-il un mécanisme d'alerte efficient ? Pour connaître un certain nombre de DASS de petits départements peut-être peu concernés – je le reconnais – par cette vague de chaleur urbaine, je frémis en pensant à la faiblesse en personnel qu'il peut exister en août.

M. Dab, j'ai lu comme vous l'article de M. Besancenot qui décrit relativement bien ce qui est arrivé dans les grandes villes françaises et en Europe. Il mentionne plus de 1 000 auteurs, 60 sont cités, des auteurs en français et en anglais ; nous avons eu dans ce pays, une tendance, peut-être parce que, vous l'avez dit, c'est un pays tempéré, à une insuffisance d'appréciation.

La vraie difficulté est que les administrations sanitaires et la sécurité civile sont très séparées. Si une catastrophe sanitaire survient, les différents organes concernés fonctionnent de façon très cloisonnée, alors que, comme nous l'explique M. Besancenot, nous sommes confrontés à l'imbrication des problèmes sanitaires et sociaux. La fâcheuse habitude que toute la France se mette en vacances en août ajoute à la complexité de la situation.

M. Gérard BAPT : Pourquoi le Pr. San Marco, bien connu au ministère, président du conseil scientifique de l'INPES, n'a-t-il jamais été interrogé ?

M. le Président : Il est président du conseil d'administration.

M. Gérard BAPT : Ce médecin inspecteur du Morbihan, dès le 6 août, va à la pêche à l'information en demandant des études sur la canicule, en citant trois cas de jeunes qui sont morts sur des lieux de travail. N'est-ce pas une alerte ? De plus, le professeur Verny a fait un communiqué le 8 août, qu'il envoie à la DGS et à l'InVS dans lequel, après avoir décrit la situation dans son hôpital, il précise : « *Les problèmes rencontrés, probablement en rapport avec les coups de chaleur, sont à mettre en relation avec les conditions climatiques particulières, les cas risquent de se multiplier notamment dans les services où il y a des patients âgés*. » Il ne faut pas dire qu'on ne savait pas.

Autre information, le 8 août, la DDASS des Hauts-de-Seine demande à ce que les services d'urgence, par fax, lui transmettent le nombre de personnes reçues du fait de la canicule. Cela signifie que des initiatives ont été prises dans les administrations, ou individuellement, en plus de la curiosité des journalistes qui, le 6 août, cherchaient aussi à se renseigner sur les études épidémiologiques et sur les retentissements de la canicule.

Madame, quel était le médecin à partir du 11 août auprès de vous pour apprécier ces difficultés ? Vous nous avez expliqué avec beaucoup de véhémence que vous n'étiez pas en situation, et que personne n'était en situation, de les apprécier, mais quand je lis que, le 6, 8 août, un certain nombre d'éléments d'informations émanent de médecins, je pense que vous faites tout à fait mauvaise route.

M. Jean-Paul BACQUET : Madame, vous nous avez expliqué que le 12 août, en visite dans un service d'urgence, vous découvrez la catastrophe au-delà de ce que vous imaginez, M. Dab découvre le 17 la catastrophe au-delà de ce qu'il imaginait et cela suscite son retour anticipé.

Mon collègue donnait la communication de Météo France de début août qui était particulièrement inquiétante ; le Dr. Pelloux a fait une déclaration à la presse le jeudi 7 août.

Vous n'êtes pas médecin, madame, mais je suppose que dans votre entourage, des médecins ont eu peut-être moins de certitudes que vous ne semblez en avoir et ont eu quelques doutes ; alors y a-t-il eu un médecin qui, à la suite des déclarations du Dr. Pelloux, est allé voir ce qui se passait dans les hôpitaux ?

Je voudrais savoir si les déclarations du Dr. Pelloux ont été considérées comme purement médiatiques, alors que les médias traitaient déjà de la situation avec inquiétude, et pas seulement avec un œil de compassion.

Je m'inquiète d'autant plus que le 11 août, le cabinet du ministre diffuse un communiqué de presse précisant : « *Dans l'ensemble des services hospitaliers, il n'existe pas d'engorgement massif des urgences* », tout cela me semble totalement contradictoire et je suis extrêmement surpris de vos réponses.

Mme Anne BOLOT-GITTLER : Je voudrais répondre à votre question sur le communiqué de presse du 11 août.

Lorsque j'arrive le 11 août au matin, je demande à la fois au conseiller technique hospitalier du ministre et à la DHOS de faire un point complet sur la situation. Je demande également à la direction générale de la santé de me communiquer les informations dont elle dispose.

Sur la base des éléments qui me parviennent de la DHOS, il apparaît que la situation, comme cela est indiqué dans le communiqué que vous évoquez, est une situation de crise à l'AP-HP et une situation très tendue dans l'ensemble de l'Ile-de-France, mais qu'en dehors de cette région, la situation d'afflux aux urgences est celle que nous rencontrons durant les étés ordinaires, qui peut aller jusqu'à 20 % d'afflux supplémentaires, mais sans être du tout comparable à la situation hospitalière en Ile-de-France, caractérisée par une saturation complète des services d'urgence.

De la même façon, je demande à la DGS de me communiquer l'intégralité des informations dont elle dispose sur la canicule. Vous connaissez la réponse : la situation est maîtrisée. Et je ne dispose comme élément d'information que ce mail de 10 heures du matin ainsi que la transmission du communiqué du 8 août.

Sur la base de ces données, je rédige des éléments d'information pour le ministre, que je lui transmets en fin de matinée. A l'époque, il s'agissait pour moi d'informer le ministre. Ces indications lui ont convenu et il a décidé d'en faire un communiqué pour, justement, rappeler les conseils sanitaires à la population et aux personnes les plus fragiles.

Dans l'après-midi, une communication plus complète de la DHOS est venue confirmer ces données : pas d'afflux aux urgences en dehors de l'Ile-de-France, en dehors de quelques cas ponctuels (la Bourgogne, Nantes, quelques villes), une situation en matière hospitalière qui, sur l'ensemble du pays, n’était pas comparable à celle de l'Ile-de-France.

Aussi, lorsque la DGS indique qu'elle n'a pas été consultée sur le communiqué du 11 août, c'est tout à fait vrai dans la forme, en revanche, pour ce qui est du fond, c'est inexact, puisque c'est justement à partir des informations provenant de la DGS et de la DHOS que ce message a été rédigé.

Vous évoquez ensuite, M. le Président, les questions d'organisation durant cette période. Aucune information ne nous remonte ; j'ai indiqué à plusieurs reprises, ainsi que M. Dab, que le cabinet a fonctionné durant cette période à front renversé. C'est moi qui, le 11 août, appelle à deux reprises l'InVS, c'est moi qui appelle également la direction générale de la santé…

M. le Président : C'est pourquoi je demande comment vous interprétez cela.

Mme Anne BOLOT-GITTLER : C'est moi qui demande à la DHOS et à la DGS de se rendre à la réunion de crise de l'AP-HP. Vous évoquez les réunions qui s'organisent. Au plan hospitalier, nous étions en situation de crise, nous avions beaucoup de réunions informelles. J’ai vu le directeur de l’hospitalisation et de l’organisation des soins par intérim en permanence, j'étais joignable en permanence, jour et nuit.

Une réunion improvisée – je vous l'accorde, c'était une réunion improvisée – s'est organisée dans mon bureau, avec le conseiller spécial du ministre qui avait assumé l'intérim du directeur du cabinet la semaine précédente, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins par intérim, le directeur général de la santé par intérim et nous avons fait le point à la suite de la réunion de crise de l'AP-HP. Cela nous a même rassurés de voir à quel point la direction générale de l'AP-HP avait réagi et à quel point elle avait décidé de mettre en place un plan de mobilisation extrêmement fort pour faire face à la situation des urgences. Nous avons eu des réunions dont beaucoup étaient improvisées et nous avons piloté les différentes actions.

Mon sentiment est d'avoir passé mon temps à piloter ces actions sans avoir l'information qui m'aurait permis d'interpréter ce qui se passait en termes de santé publique ; mais grâce à l'information dont je disposais en matière hospitalière, nous avons mis en place les mesures adaptées et nous les avons fait monter en puissance jusqu'au déclenchement du plan blanc hospitalier le 13 août au soir après la diffusion des chiffres des Pompes funèbres générales.

Je laisserai M. Dab répondre au sujet de l'organisation des directions des administrations centrales pendant les vacances. Les directeurs d'administrations centrales sont responsables de leur direction et sont libres d'organiser la permanence et la continuité du service public comme ils l'entendent.

Vous avez évoqué les échanges avec le cabinet du ministère des affaires sociales et le cabinet du ministre de l'intérieur. J'ai eu des échanges le lundi 11 août au matin avec le cabinet du ministre des affaires sociales et j'ai invité la personne qui assumait l'intérim à prendre contact avec ses services, notamment la direction générale de l'action sociale, pour voir ce qui passait au plan social.

J'ai également eu un échange le lundi 11 août en fin d'après-midi avec le cabinet du ministre de l'intérieur qui ne m'a pas donné d'information particulière à ce moment-là et qui m'a renvoyée vers la direction générale des collectivités locales.

Vous évoquez, madame, le fait que j'ai cité l'exemple du centre des contrôles des maladies d'Atlanta, mais vous avez raison, l'article de M. Besancenot est tout à fait évocateur de la situation. J'ignore totalement ce qui se serait passé si 50 enfants avaient été victimes de la canicule. Tout ce que je peux indiquer ici, pour ce qui me concerne, c'est que je n'ai pas pris l'alerte du médecin urgentiste avec légèreté, comme je vous l'ai indiqué, puisque, pour des raisons personnelles, j'avais passé mon dimanche après-midi à l'hôpital Bichat auprès d'une très vieille dame qui vivait seule.

L'expertise de M. San Marco a été évoquée : effectivement, je ne disposais pas de tous les noms des experts sur cette question ; si j'avais connu MM. San Marco et Besancenot, bien entendu, je les aurais appelés, un échange téléphonique aurait été absolument utile à ce moment-là.

Je ne peux pas répondre aux questions antérieures au 11 août et sur les éléments d'information dont disposaient les directions d'administrations centrales, il faudrait un travail d'enquête sur les détails dont je ne dispose pas. Nos relations avec les directions d'administrations centrales sont permanentes et, d'ordinaire, très fécondes.

Je souhaiterais évoquer un point car je ne voudrais pas que les fonctionnaires qui travaillent à la DGS soient démoralisés. Le 12 août, l'essentiel du pays était concentré sur les problèmes d'électricité, le risque était que les centrales nucléaires tombent en panne et il fallait augmenter les températures limites des rivières pour autoriser le refroidissement des centrales nucléaires.

Nous avons eu des échanges avec à la fois avec EDF et le cabinet du ministère de l'industrie, j'ai eu le projet d'arrêté ministériel en fin de matinée, j'ai immédiatement demandé à la direction générale de la santé sa réaction sur cet arrêté. Nous étions dans une situation d'urgence absolue car il fallait que cet arrêté sorte le jour même.

La réaction de la DGS a été remarquable : non seulement, elle m'a répondu dans l'heure et nous avons fait modifier l'arrêté de santé publique concernant les eaux de baignade, mais le soir même, l'arrêté était publié.

Nos relations avec les directions d'administrations centrales sont des relations de professionnalisme en temps réel et elles s'organisent plutôt bien d'ordinaire.

Je ne suis pas médecin, je n'ai pas toutes les compétences, loin de là, c'est justement la raison pour laquelle j'ai envoyé la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins assister à la réunion de crise de l'AP-HP, celle-ci étant la plus à même de connaître la situation hospitalière ; à cette réunion assistaient beaucoup de médecins, justement pour faire le point au plan médical sur la situation aux urgences.

Je voudrais revenir sur un communiqué du SAMU de France du 13 août, qui fait preuve d'une certaine humilité : « *En tant que professionnels de l'urgence, nous n'avons pas alerté les pouvoirs publics car jusque-là, la situation était gérée avec les moyens disponibles. Le ministère de la santé est très attentif au fonctionnement de l'urgence… et nous ne saurions lui reprocher de ne pas avoir anticipé une situation que nous, les professionnels, n'avons pas vu venir, en tout cas pas à ce degré.* »

Dans l'ensemble de l'administration centrale, beaucoup de médecins, de santé publique, hospitaliers, se sont mobilisés ; le cabinet compte aussi des médecins, notamment le conseiller technique hospitalier du ministre, qui est aussi médecin de santé publique, et qui a une appréciation médicale des situations.

M. William DAB : A propos du communiqué de Météo France, je trouve que le communiqué du 8 août de la DGS est plus fort. Le communiqué du 7 août évoque le risque sanitaire et ne précise pas que cette situation peut tourner à la catastrophe. Le communiqué du 8 de la DGS parle de répercussions graves sur la santé des personnes. Le fait est que cela n'a intéressé personne, puisque ce communiqué a donné lieu à une dépêche AFP le lundi suivant à 17 heures passés, c'est vous dire à quel point personne ne pensait à une alerte généralisée appelant une action ultra-rapide.

Vous avez évoqué les deux niveaux – national et local : je suis persuadé que ce genre de bataille, quand on aura à la livrer, se passera sur le terrain.

Mon rôle de directeur d'administration centrale, tel que je le conçois, est de créer les conditions, de donner aux acteurs de terrain des cadres et des outils prêts à l'emploi dont ils auront besoin le jour où nous ferons face à une situation comme celle-là. C'est pour cela que, dans nos groupes de travail de fabrication des plans, nous associons

systématiquement, non pas seulement l'expertise nationale, mais les acteurs de terrain qui nous diront ce qui est réalisable, et qui nous permettront de savoir quel est l'appui et les moyens qui leur sont nécessaires pour que les plans ne restent pas des plans de papier mais soient aussi des plans de terrain.

Je voudrais terminer sur le cloisonnement. Oui, nous sommes dans un monde cloisonné. La santé publique et le soin sont cloisonnés, ainsi que le médical et le social, la ville et l'hôpital, le somatique et le psychiatrique, le terrain et le niveau national, la sécurité civile et la santé publique. Il faut créer de la transversalité entre ces différents éléments.

Dès que j'ai pris mes fonctions, je suis allé voir le directeur de la défense et de la sécurité civile.

Puis, j'ai décidé de réunir, toutes les semaines, tous les directeurs de toutes les agences de sécurité sanitaire. J'ai proposé au directeur de la défense et de la sécurité civile de s'y faire représenter. Je pense que, si on le lui avait demandé il y a six mois, il aurait objecté qu'on avait la sécurité civile d'un côté, la santé publique de l'autre, alors que là, il a décidé aussitôt d'envoyer quelqu'un.

Nous sommes en train de construire ces liens, mais incontestablement, ils n'étaient pas établis ; les gestionnaires de crise savent bien que l'on ne peut bien fonctionner en crise que quand l'on a développé auparavant des habitudes de travail avec des partenaires que l'on connaît et dont on apprécie la fiabilité.

C'est l'histoire de *Pearl Harbor*. Au sein de l'armée américaine, beaucoup de gens avaient eu des signaux de cette attaque, la marine en avait eus, les espions en avaient eus, mais à un moment donné, il n'y a pas eu de mise en commun des informations permettant de faire le diagnostic.

Nous devons créer les réseaux, les systèmes d'information permettant que cette mise en commun devienne routinière et c'est parce qu'elle sera routinière qu'on pourra mobiliser en cas d'urgence.

M. le Président : Sur ce point, je crois savoir que depuis plusieurs années, une réunion régulière, sous la direction du ministre lui-même, avait lieu avec les différentes agences. Ces réunions avaient-elles été poursuivies au cours de ces derniers mois ?

Vous semblez aujourd'hui réintroduire, sous la responsabilité du directeur général de la santé, une réunion avec les agences mais apparemment, il ne se tenait pas de réunion régulière.

M. le Rapporteur : M. Proust évoquait la création d'un état-major de veille par zone de défense. Quelle est votre appréciation de cette proposition ? Quels étaient les moyens disponibles à la DGS pendant l'été ?

M. William DAB : Il faudra poser la question à ceux qui étaient en situation de responsabilité de la DGS pendant l'été.

En ce qui concerne les réunions des agences de sécurité sanitaire, le directeur général de la santé réunissait, à l'époque tous les 15 jours, périodicité que j'ai fixée à toutes

les semaines, les directeurs d'agences de sécurité sanitaire en présence du cabinet, c'est-à-dire de moi-même.

M. le Président : Je faisais allusion à une période plus ancienne.

M. William DAB : Je vous parle de ce que j'ai connu. Les directeurs des agences sanitaires étaient réunis en présence du cabinet, le ministre étant informé, dans la journée, des teneurs des discussions et des problèmes évoqués au cours de la réunion.

Quant aux initiatives de nos collègues de la défense civile, nous les appuierons autant que possible ; j'ai reçu une convocation, aujourd'hui, pour une réunion préparatoire afin de créer le comité interministériel de défense civile.

De la même manière que la sécurité civile participe toutes les semaines aux réunions de la DGS, bien évidemment, je m'impliquerai personnellement et j'irai à ce comité interministériel parce que les moyens opérationnels sont aux mains de la sécurité civile, la DGS ne les aura jamais. Il faut développer sa capacité à raisonner en termes de santé publique ; elle est habituée à raisonner en réaction à des catastrophes, comme l'afflux massif de victimes, elle a des procédures, le problème est de l’aider de façon à anticiper.

La solution à laquelle nous travaillons avec M. de Lavernée, directeur de la défense et de la sécurité civile, n'est pas de mettre des médecins au Centre opérationnel de gestion interministérielle de crise (COGIC) car des médecins coupés de leur milieu d'origine auront du mal à trouver leur identité dans un monde qui n'est pas le leur. Le schéma auquel nous pensons est de disposer à la DGS d’une capacité accrue de gestion et de réaction aux alertes afin de fonctionner en relations étroites avec le COGIC et de créer cette complémentarité d'équipe.

Nous participerons à toutes les initiatives venant du ministère de l'intérieur nous permettant d'intensifier les relations entre la santé et le groupe de la sécurité civile.

Audition conjointe de M. Edouard COUTY,
directeur de la DHOS,
et de Mme Danielle TOUPILLIER,
conseillère technique à la DHOS

(Extrait du procès-verbal de la séance du 12 novembre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

M. Edouard COUTY et Mme Danielle TOUPILLIER sont introduits.

M. le Président : Nous allons, aujourd'hui, accueillir plusieurs responsables hospitaliers. Nous commençons par recevoir les responsables de la DHOS et nous poursuivrons par l'audition des responsables de l'AP-HP.

Nous accueillons d'abord M. Couty, directeur de la DHOS, et Mme Toupillier, conseillère technique à la DHOS. Nous vous souhaitons la bienvenue.

M. Couty, nous vous avons déjà auditionné lors de la mission d'information ; vous nous avez relaté les événements d'août tels que vécus à la DHOS, vous nous avez aussi donné un certain nombre de vos réflexions concernant les problèmes auxquels vous estimiez que l'ensemble du monde hospitalier a été confronté, la manière dont l'alerte a fonctionné et de ce point de vue, nous aurons peut-être besoin de revenir sur un certain nombre de ces questions d'autant que, lorsque nous avons auditionné les sapeurs-pompiers, il nous avait été indiqué qu'ils avaient eu énormément de mal à trouver des services d'urgence susceptibles d'accueillir des victimes.

Vous nous avez précisé, lors de votre audition devant la mission d'information, que vous étiez en train de mettre en œuvre un système d'information et de gestion de ces situations et il serait intéressant que vous puissiez nous faire le point sur vos travaux pour savoir si vous avez avancé dans sa mise en place.

M. le Président leur rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête leur ont été communiquées. A l'invitation du Président, M. Couty et Mme Toupillier prêtent serment.

M. le Président : Je vais commencer par Mme Toupillier car elle assurait la permanence à cette direction. Il serait peut-être opportun, madame, que vous puissiez nous donner, dans une intervention liminaire, le déroulement des événements quant au déroulé de cette période vue de la DHOS.

Mme Danielle TOUPILLIER : Tout a commencé pour la DHOS le 7 août en fin d'après-midi alors que j'assurais, effectivement, l'intérim de M. Couty.

J'ai reçu un appel téléphonique du Dr. Pelloux en tant qu'urgentiste à l'hôpital Saint-Antoine à Paris mais également en tant que président de l'association de la médecine

d'urgence (AMUHF), vers 17 heures – 17 heures 30, m'informant d'un niveau d'encombrement inhabituel aux urgences de Saint-Antoine ; à la question que je lui posais de savoir si cela était localisé à Saint-Antoine, il m'a indiqué que quelques autres établissements de l'AP-HP et du secteur d'urgence connaissaient la même situation.

Il n'était pas question alors de crise. Le mot de « canicule » n'était pas employé mais l'expression « encombrement des urgences de manière inhabituelle ».

Je lui ai demandé s'il avait informé le siège de l'Assistance Publique de Paris : il m'a répondu qu'il l'avait fait. Cependant, par principe de précaution et pour respecter les instructions de notre directeur, j'ai vérifié cette information auprès de M. Deroubaix, secrétaire général de l'AP-HP, avec lequel j'ai été en contact autour de 18 heures-18 heures 30 le même jour. Il m'a dit avoir été prévenu par le Pr. Carli, responsable des SAMU de Paris, du niveau d'encombrement inhabituel des urgences et il avait également eu personnellement le Dr. Pelloux.

L'Assistance Publique de Paris, sous la houlette de M. Dominique Deroubaix, se mettait en ordre de marche pour organiser et assurer la fluidité des secteurs d'urgence déjà encombrés.

J'ai informé le cabinet du ministre, comme le fonctionnement interne le demande : vers 18 heures-18 heures 30, j'ai eu M. Cédric Grouchka, conseiller technique du ministre qui a noté l'information et m'a demandé de prendre contact avec M. Deroubaix.

J'ai également eu un contact vers 19 heures-19 heures 30 avec Mme Marie Lepée, secrétaire générale à l'ARH d'Ile-de-France. Nous avons fait le point, avant son départ en congé, sur de nombreux sujets ; nous avons traité du protocole des urgentistes mis au point au cours de l'été à l'AP-HP et à l'agence régionale d'Ile-de-France et je lui ai demandé si on avait constaté des difficultés particulières aux urgences. Elle m'a dit qu'aucune difficulté n'avait été signalée à l'ARHIF.

Principe de précaution oblige, nous nous sommes mis en alerte et nous nous sommes constitués en cellule de veille au sein de la DHOS. Celle-ci peut se transformer en cellule de crise à tout instant, conformément à notre organisation interne.

M. le Président : Dès le 7 au soir.

Mme Danielle TOUPILLIER : Oui. Nous sommes à l'écoute des ARH et des hôpitaux, nous sommes joignables 24 heures sur 24, nous avons une personne de permanence à la DHOS 24 heures sur 24 et moi-même, assurant l'intérim, j'étais de permanence 24 heures sur 24. Je n'ai pas eu de contacts le 7 août, en dehors de celui du Dr. Pelloux, de la série d'informations que j'ai donnée au cabinet du ministre, et de l'appel à l'AP-HP et à l'ARHIF.

M. le Rapporteur : Les appels concernant l'AP-HP viennent-ils des hôpitaux ou de la centrale ?

Mme Danielle TOUPILLIER : Nous étions en contact essentiellement avec la centrale nuit et jour à partir du 7 août ; nous n'avons pas eu toutefois de signalement dans le week-end du 9 au 10 août. Cependant, nous étions en contact permanent, avec, en particulier M. Deroubaix, secrétaire général, M. Gonin, directeur adjoint de cabinet de la directrice

générale de l'AP-HP, et la cellule de crise constituée dès le 8 août. Nous avons eu des contacts permanents avec l'AP-HP mais aussi avec les ARH d'Ile-de-France et de Bourgogne qui étaient les deux régions les plus particulièrement touchées.

M. Edouard COUTY : Nos interlocuteurs habituels sont effectivement l'administration centrale de l'AP-HP et l'ARH d'Ile-de-France, puisque nous n'avons pas l'habitude d'avoir des contacts directs avec les établissements, sauf cas tout à fait exceptionnels. Mais, dans l'autre sens, nous pouvons avoir des contacts directs : le Dr. Pelloux par exemple, nous appelle, ainsi que d'autres syndicalistes.

M. le Rapporteur : L'information qui vient de la base suit le circuit suivant : l'hôpital, l'ARH et vous ?

M. Edouard COUTY : Oui.

M. le Rapporteur : Si les ARH sont en « volets clos », notamment en été, que se passe-t-il ?

M. Edouard COUTY : Nous les avons mobilisées formellement à partir du 11 août.

Mme Danielle TOUPILLIER : Une permanence était organisée dans la quasi-totalité des ARH, mais le directeur n'était pas toujours personnellement présent.

A l'ARHIF, la personne qui assurait l'intérim du directeur, M. Ritter, était Mme Perrau-Saussine, remarquable dans la conduite de cette situation de crise. Et, du coté de l'AP-HP, nous avons eu principalement pour interlocuteurs M. Deroubaix et M. Gonin, et la cellule de crise constituée autour de M. Deroubaix dès le 8 août.

Le 7 août dans la nuit, ni mes collègues ni moi ne recevons d'appel. Le 8 août, nous avons des contacts très fréquents avec l'AP-HP et M. Deroubaix en particulier. L'AP-HP a constitué, dès le 8, une cellule de crise, a préparé un communiqué de presse et a adressé une note à tous les directeurs d'établissement du siège de l'AP-HP. Chacun était informé de la conduite à tenir et de la nécessité de libérer un certain nombre de lits pour pouvoir faire face à la situation. Du côté du ministère, la DGS nous a informés d'un communiqué de presse comportant des recommandations sanitaires diffusé le 8 août.

Du côté de la DHOS, pendant le week-end du 9 et du 10 août, nous avions une personne de permanence, Mme Martine Aoustin. Je n'ai reçu personnellement aucun appel durant le week-end, ni du préfet, ni de la DDASS, ni de l'ARH, ni du monde hospitalier, de l'ARHIF ou de l'AP-HP. Nous avons eu juste un appel adressé à notre administrateur de garde le 10 août au soir, émanant de M. Coquin (DGS), qui nous a interrogés pour savoir si nous avions un plan spécifique canicule. Or, M. Couty vous l'expliquera tout à l'heure, nous n'avons pas de plan spécifique pour tel ou tel événement, nous avons le plan blanc qui englobe toutes les situations de catastrophe et la situation, nous le verrons, a été présentée de cette manière, dès le 11 août.

Le 10 août, survient l'alerte médiatique du Dr. Pelloux qui indique un nombre de décès limité que nous considérons comme la première alerte en matière hospitalière.

Je n’ai reçu aucun appel au cours de la nuit ; le 11 août au matin, à 8 heures, j’ai eu un appel téléphonique, le premier de la matinée, de M. Deroubaix, pour le compte de la directrice générale de l'AP-HP, nous indiquant la tenue, à 10 heures du matin, d’une réunion interne associant, s'ils pouvaient effectivement venir, l'ARH d'Ile-de-France et la préfecture de police, afin d’examiner la conduite à tenir face aux difficultés croissantes constatées durant le week-end.

Il est inhabituel que l'administration centrale participe aux réunions internes hospitalières. Cependant, j'ai prévenu le cabinet du ministre que le message de l'AP-HP me paraissait présenter un signe de grande préoccupation et Mme Anne Bolot-Gittler, par l'intermédiaire de M. Grouchka que j'ai pu joindre vers 9 heures 15, m'a indiqué qu'il convenait que je me présente à cette réunion où nous étions invités, mais également que je demande à l'AP de Paris de convier la direction générale de la santé, ce que j'ai fait, M. Deroubaix ayant fait le nécessaire pour la prévenir.

M. le Président : C'est vous qui appeliez le cabinet le 11 août au matin dès 8 heures ?

Mme Danielle TOUPILLIER : A 8 heures, je reçois l'appel de l’AP-HP, je prends la route et à 9 heures, je me suis arrêtée à la Porte d'Italie pour téléphoner, car j'ai senti que l'appel de l'AP-HP était tout de même préoccupant et j'ai demandé à M. Grouchka, que j'ai pu joindre, s'il convenait que je me rende à cette réunion de l’AP-HP, compte tenu de l'alerte donnée par M. Deroubaix, qui me paraissait – le connaissant très bien – inquiet.

M. le Président : Le cabinet du ministre a été alerté entre 9 heures et 9 heures 15 ?

Mme Danielle TOUPILLIER : Oui. Au bout de dix minutes, j'ai eu l'autorisation d'aller à la réunion interne de l'AP-HP. J'y suis arrivée à 9 heures 40 et j'ai vérifié que M. Deroubaix avait bien alerté la direction générale de la DGS, ce qu'il avait fait.

Dès 9 heures du matin, dès que j'ai eu l'alerte, notre cellule de veille s'est transformée en ce que nous appelons la cellule nationale de crise de la DHOS, car il existe par ailleurs une cellule ministérielle où toutes les directions sont mobilisées ; nous avons constitué une cellule spécifique à la DHOS dans laquelle j'ai mobilisé des représentants de chacune de nos sous-directions pouvant nous aider sur l'ensemble des domaines d'intervention, puisque nous savions qu'un certain nombre de problèmes pouvaient se poser, des problèmes d’alimentation électrique, d’afflux aux urgences, de transferts de malades. La cellule était au minimum de 10 personnes et comportait jusqu'à 15 personnes du 12 au 13 août, journées pendant lesquelles nous avons connu les pics de recours au secteur des urgences les plus importants de cette période.

A la demande du cabinet du ministre, nous nous sommes adressés aux ARH en signalant la situation exceptionnelle d’alerte dans laquelle nous étions et en leur demandant d’adapter le système hospitalier en conséquence. A ce moment-là, nous avons demandé à chaque directeur d'ARH de nous faire parvenir leurs informations et nous avons également demandé que les remontées d'informations puissent être organisées au quotidien : nous avons établi dans ce but une grille, diffusée aux ARH, et nous avons pu ainsi donner des tendances, puisque nous étions en contact téléphonique permanent. Ces informations ont été confirmées par écrit ; nous avons un document que nous pourrons laisser à votre commission, témoignant de cette collecte d'informations journalière qui nous a permis de faire un point très régulier sur la façon dont les régions ont fait face.

Il faut saluer d'ailleurs la grande solidarité dont les hospitaliers ont fait preuve durant cette période ; les hôpitaux ont été très solidaires, y compris des maisons de retraite et de repos : nous avons beaucoup soutenu le dispositif médico-social.

Nous avons organisé des collectes d'informations quotidiennes jusque dans la journée du 22 août. Puis, nous avons considéré que la crise était passée et le directeur, ici présent, a demandé que nous fassions une synthèse de sortie de crise pour examiner les enseignements à en tirer.

A L'AP-HP, la réunion du 11 août était importante et nous avons mesuré l'ampleur de l'extrême difficulté à laquelle elle était confrontée. Nous avons demandé que la solidarité puisse être organisée avec l'ARH d'Ile-de-France afin que les établissements hors AP-HP viennent au secours des établissements de l'AP-HP.

Nous avons donc signalé au cabinet du ministre dès 11 heures-11 heures 30, le 11 août au matin, que, sur la remontée d'informations que nous avions faite et dont les notes de synthèse peuvent témoigner, il était observé, dans 11 villes consultées, les plus importantes, une affluence modérée, à l'exception d'une situation très difficile en Ile-de-France, la plus touchée, et en Bourgogne, ce qui a nécessité une mobilisation plus exceptionnelle qu'ailleurs. Les autres régions ont pu, grâce la solidarité inter hospitalière, s'organiser entre elles sans débordement dans les régions limitrophes.

Le cabinet du ministre a été informé de manière permanente sur toutes les informations qui nous parvenaient.

Le cabinet a diffusé un communiqué de presse et nous l'avons informé du résultat de la réunion du 11 août à l'AP-HP : j'ai vu Mme Anne Bolot-Gittler en présence de M. Philippe Georges, conseiller spécial du ministre, vers 13 heures 15-13 heures 30, la réunion de l'AP-HP ayant duré jusqu'à 12 heures 30. M. Coquin est intervenu pour la DGS, alors que je finissais l'exposé de ce sujet, pour expliquer qu'il était particulièrement fâché à propos d'un article du Dr. Pelloux, dans lequel ce dernier mettait gravement en cause la DGS.

L'ARH d'Ile-de-France a donné des instructions aux directeurs d'établissements de santé, publics et privés, disposant de secteur d'urgence, pour leur demander de prendre toutes les mesures exceptionnelles de prise en charge des patients dans le cadre des urgences.

On sait qu'en période de canicule ou de grand froid, des délestages électriques peuvent poser de graves problèmes, surtout dans le suivi de certains patients. Nous avons donc pris, de notre coté, un premier contact avec EDF qui s'est avéré infructueux. Puis, nous avons pu les joindre le 12 août ; une réunion a été organisée au siège d'EDF, à laquelle nous avons participé, à la demande de la DGS, notre crainte étant un éventuel délestage, afin d'examiner les mesures de précaution à prendre éventuellement.

Le 12 août, nous avons eu une réunion informelle à Matignon, concernant exclusivement la problématique de l'AP-HP, à laquelle Mme Bolot-Gittler m'a demandé de l'accompagner. Etaient présents, outre les représentants du service du Premier ministre, Mme Van Lerberghe et le Pr. Carli qui a tout à fait bien exposé les principes de l'hyperthermie, de manière à illustrer la difficulté que connaissait l'AP-HP. L'objectif de

cette réunion était d'examiner quelle aide donner à celle-ci, notamment par les hôpitaux militaires et la Croix rouge.

Du côté des établissements de santé, les 12 et 13 août ont été des journées de grande tension puisque nous avons eu des passages aux urgences et des hospitalisations qui ont progressé de manière variable, de 10 à 50 %, ce qui est assez inhabituel pour l'été, et une mortalité également en croissance.

Dès le 11-12 août, on commence à nous signaler quelques personnes décédées à leur domicile, dans les maisons de retraite, les maisons de repos et nous demandons aux hôpitaux qui nous contactent de bien vouloir participer à la solidarité : normalement, nous accueillons les corps des personnes décédées en milieu hospitalier et nous avons donc demandé que l'entraide puisse jouer.

En Ile-de-France, la situation est alors très préoccupante. L'AP-HP connaît un surencombrement des urgences et un problème de début d'encombrement des morgues. Un plan blanc est déclenché dès le 11 août, dans le Val-de-Marne, à l'hôpital de Créteil. C'est le seul vrai plan blanc de cette période. Certains autres hôpitaux ont mis en place des plans blancs dits préventifs, mais n'ont jamais vraiment déclenché le plan blanc.

M. le Président : Le CHI de Créteil l'a-t-il réellement déclenché ?

Mme Danielle TOUPILLIER : Oui, c'est le seul qui ait véritablement déclenché le plan blanc dès le 11 août et nous en avons été informés par l'ARHIF le 12 août.

M. le Président : Est-ce en raison d'une réactivité du directeur plus grande ou d'une situation particulièrement tendue ?

Mme Danielle TOUPILLIER : L'AP-HP, pour des raisons internes assez symboliques qui tiennent à son histoire et qu'elle pourra vous expliquer tout à l'heure, a préféré ne pas utiliser le terme de « plan blanc. » En définitive, le 8 août, elle s'est comportée comme si le plan blanc était mis en œuvre, mais elle a préféré appeler cela le « plan pour l'action chaleur extrême », équivalent, pour nous, au plan blanc.

L'ARH d'Ile-de-France a alors envoyé une note pour indiquer qu'il fallait mettre en place un dispositif exceptionnel de prise en charge des urgences et a confirmé ses instructions du 8 août. Avec EDF, nous avons eu une réunion interne et nous avons eu l'assurance que les hôpitaux, comme ils le sont traditionnellement, étaient des établissements prioritaires continuant à être alimentés malgré les délestages éventuels que pourraient connaître les particuliers.

A la demande du cabinet, nous avons participé, avec la direction générale de la santé (Dr. Coquin), le 12 août au soir, au « *Téléphone Sonne* » sur France Inter, une émission associant également le Pr. Carli et le Dr. Pelloux. Cette demande nous avait été faite le 11 août au cours du compte rendu que je faisais, vers 13 heures 30, de la réunion de l'AP-HP.

Le 13 août, la DHOS a envoyé une note aux ARH sur les recueils d'informations de l'InVS, puisque ce dernier a produit un document pour recenser le taux de mortalité que nous devions adresser aux établissements de santé, la DGS se chargeant des

envois vers d'autres organismes (DRASS, DDASS…). Nous donnons une série d'instructions et des problèmes commencent à se poser de manière répétitive ; nous sommes notamment alertés par l'AP-HP sur la nécessité de lever les ententes préalables.

Nous sommes devenus la plaque tournante des informations, y compris dans des champs de compétence qui ne sont pas traditionnellement les nôtres car, comme nous étions constitués en cellule de crise et que nous pouvions écouter les détresses des uns et des autres, nous avons été le réceptacle de l'ensemble des demandes qui émanaient de particuliers, d'organismes, d'hôpitaux, de DDASS, d'ARH, etc.

L'entente préalable posait des problèmes à l'AP-HP car on devait faire face à un taux d'encombrement très exceptionnel aux urgences alors que des lits étaient disponibles dans les services de soins de suite et de réadaptation. Les personnes qui passent des urgences aux soins de suite doivent faire l'objet d'une entente préalable qui demande trois jours, en raison de l'accord obligatoire à recueillir du médecin conseil de la sécurité sociale, voire huit jours en période d'été, selon les informations communiquées par l'AP-HP (Mme Bressand, directrice des soins au siège de l'AP-HP). Nous avons donc fait lever l'obstacle en intervenant auprès du cabinet qui a sollicité, avec nous, directement la direction de la sécurité sociale et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), afin de pouvoir assurer la fluidité de ceux des patients qui pouvaient être transportés sans risque dans les services de soins de suite et de réadaptation. Cela a été fait immédiatement, la mesure a été exceptionnelle, et elle a permis de désencombrer très vite un certain nombre d'urgences.

Nous avons également eu une série de ruptures de stock de solutés de réhydratation et nous avons donné des instructions conjointes avec la DGS et la DGAS pour que les hôpitaux puissent se porter au secours des maisons de retraite et pour que des officines de pharmacie, situation inhabituelle, puissent se réapprovisionner en stock suffisant et en redistribuer, autant que de besoin, à différents organismes ou institutions qui pouvaient faire des demandes, en particulier les maisons de repos ou de retraite.

M. Jean-Marc ROUBAUD : Je voudrais revenir sur la levée de l'entente préalable s'il vous plaît…

Mme Danielle TOUPILLIER : L'information sur la levée de l'entente préalable a été effectuée le 13 août par la DHOS et complétée le 14 août auprès des ARH, DRASS, DDASS et établissements de santé concernés.

M. Jean-Marc ROUBAUD : Vous nous expliquiez le mécanisme de l'entente préalable, pourquoi huit jours au lieu de trois jours ?

Mme Danielle TOUPILLIER : Parce que nous sommes en période estivale. Nous n'avons pas la maîtrise de ce dispositif, dont s'occupent la direction de la sécurité sociale et la CNAM. Il nous a été indiqué par l'AP-HP qu'en temps habituel, il fallait trois jours pour obtenir l'accord du médecin conseil, mais qu'en période estivale, le délai pouvait être porté de trois à huit jours. Le niveau d'encombrement pouvait donc être très rapidement absorbé si nous arrivions à demander à la DSS et à la CNAM de lever cette entente, ce que nous avons fait avec le soutien du cabinet du ministre.

Formellement, nous faisons la demande le 13 août, puisque c'est ce jour que nous sommes sollicités par Mme Bressan, directrice des soins à l'AP-HP, et l'information sera donnée le 13 août et complétée le 14 août suite à l'accord de la DSS et de la CNAM.

M. le Président : Pensez-vous que cette procédure empêche traditionnellement la fluidité du circuit des malades à l'hôpital ?

Mme Danielle TOUPILLIER : Oui, M. le Président, surtout lorsque la situation aux urgences est tendue.

M. le Président : Un des problèmes qu'on semble percevoir est le fait que les urgences ont connu des difficultés en amont et en aval.

Je pense que cela doit poser un certain nombre de problèmes au regard des prestations sociales et, donc, de la réglementation en matière de sécurité sociale, mais on peut se poser la question de savoir s'il ne faudrait pas lever ce type de procédure. Vous avez réussi à le faire en cas d'urgence, mais existe-t-il d'autres situations dans lesquelles, dans les hôpitaux, on bute sur ce type de difficulté ?

M. Alain CLAEYS : Ne peut-on pas sortir des urgences sans entente préalable ?

M. Edouard COUTY : Aujourd'hui, une personne admise aux urgences, avant d'aller dans un service de moyen séjour, de soins de suite ou dans une maison pour personnes âgées, doit passer dans un service de court séjour, un ou deux jours en médecine.

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

M. Pascal TERRASSE : C'est une raison financière avant tout.

M. Jean-Paul BACQUET : A partir du moment où vous avez pris conscience qu'il fallait lever ce verrou, sur quels critères avez-vous fondé ces décisions ?

Les médecins-conseils vous ont-ils alertés sur un excès de demandes et une nécessité de prendre des mesures ou est-ce vous qui avez pris l'initiative ?

Mme Danielle TOUPILLIER : Nous avons été alertés, nous avons été la plaque tournante de demandes émanant du milieu hospitalier. La demande venait de médecins hospitaliers et de cadres soignants ; elle a transité par Mme Bressand qui nous a mis en alerte afin que nous puissions, de manière déterminée, nous employer à convaincre nos collègues des autres directions et services concernés de lever cette entente préalable qui immobilisait plusieurs dizaines de personnes âgées, de manière inutile, dans des conditions d'inconfort évidentes. La levée d'entente préalable a été prolongée jusqu'au 20 août. Par précaution, nous avons demandé une deuxième prolongation jusqu'au 29 août et M. Couty a demandé que l'on propose une levée définitive de l'entente préalable car nous devons favoriser la

fluidité des services d'urgence de manière permanente et pas seulement en situation de catastrophe.

M. Jean-Paul BACQUET : Les dossiers d'entente préalable s'accumulaient-ils au niveau du service médical ?

M. Edouard COUTY : Nous avons été alertés par des praticiens hospitaliers qui constataient que le goulot d'étranglement aux urgences était en train d'augmenter et que pour le dégager, il fallait pouvoir placer directement les malades qui ne nécessitaient pas une hospitalisation en réanimation ou dans des services lourds, dans les services de soins de suite, sans passer par l'hôpital et sans entente préalable.

M. Jean-Paul BACQUET : Avant que les médecins hospitaliers ne vous consultent pour prendre cette très bonne décision, avaient-ils envoyé un grand nombre d'ententes préalables et ont-ils été obligés de vous solliciter en raison de l'absence de réponse, due elle-même à la longueur des délais ?

Mme Danielle TOUPILLIER : Nous ne pouvons pas dire cela de cette manière. Nous sommes le 13 août, jour où le pic hospitalier est le plus haut et aux urgences, au moment où l'on fait les ententes préalables, on ne constate pas de retard pris par les médecins-conseils de la sécurité sociale, mais un très gros afflux de personnes âgées : un des moyens de le résorber était l'admission directe en service de soins de suite et de réadaptation où on disposait de centaines de lits vacants parfaitement adaptés à l'état de santé des patients. C'est pourquoi nous avons essayé d'être les intermédiaires pour résoudre cette difficulté.

M. le Rapporteur : Votre direction est alertée par diverses sources, non pas officiellement mais par d'autres moyens (téléphone, etc.), vous rassemblez beaucoup d'informations, en tirez-vous comme conséquence qu'il faut donner l'alerte et/ou qu'il faut prévoir une évacuation vers l'aval ?

L'encombrement est un signal d'alerte très fort, or, la première décision que vous prenez, essayer de débloquer la situation vers l'aval, est très bonne. Prenez-vous d'autres décisions, alertez-vous d'autres directions ou la DGS pour dire qu'« il y a le feu » ?

Mme Danielle TOUPILLIER : Nous avons bien sûr pris contact avec la direction de la sécurité sociale mais, immédiatement, la décision de lever l'entente préalable a été prise par le cabinet du ministre, Mme Bolot-Gittler qui a personnellement demandé à M. Cédric Grouchka de téléphoner à la direction de la sécurité sociale et à la CNAM pour la faire lever. Nous agissions techniquement auprès de la sécurité sociale et le cabinet intervenait politiquement pour demander à la CNAM également de lever l'entente préalable.

Nous devions, d'une part, prendre contact avec la direction de la sécurité sociale et la CNAM pour lever le cadre juridique de l'entente préalable et d'autre part, informer les hôpitaux et les ARH que cela était fait.

Nous les avons prévenus le 13 août qu'ils pourraient, dès le 14, puisque l'instruction a été diffusée formellement le 14 août, organiser les départs vers les services de soins de suite et de réadaptation.

M. le Président : Il faut que vous continuiez sur le déroulement des événements, nous reviendrons ensuite sur les procédures.

Mme Danielle TOUPILLIER : Autre problème, le 13 août, la DDASS de Paris nous a demandé une dérogation pour assurer le transport de corps par le biais d'ambulances privées, ce qui était inhabituel, le cadre juridique l'interdisant aujourd'hui ; nous avons donc prévenu le cabinet du ministre et la DGS, puisque la compétence sur ces sujets relève de cette dernière et de la direction générale des collectivités locales.

La direction générale de la santé a souhaité que nous nous occupions de ce problème, j'ai désigné une personne qui était préposée au problème de transport de corps, en lieu et place de la DGS.

Ce transport de corps ne peut être assuré que par des organismes officiels et habilités. Nous avons pris contact avec le ministère de l'intérieur, après accord du cabinet du ministre de la santé, afin d'obtenir cette dérogation exceptionnelle, puisqu'elle contrevient au dispositif de la loi et à une série de règlements assez lourds. Le ministère de l'intérieur, dans un message du 13 août, a considéré que l'on ne pouvait avoir un accord de cette nature pour lever un dispositif légal qu'après réunion interministérielle que nous avons immédiatement demandée.

Le cabinet a fait une intervention auprès de Matignon de manière à ce que nous puissions tenir une réunion interministérielle le 14 août. Nous avons également participé à une réunion inter-directions le soir même au cabinet du ministre sous la présidence du Pr. Abenhaïm, regroupant des membres du cabinet, la DGS, la DHOS, l'InVS. Cette réunion s'est partiellement déroulée en présence de France 2 Télévisions. Elle concernait la problématique de la mortalité.

Ensuite, la DHOS a participé à une réunion interministérielle pour déclarer les établissements de santé prioritaires pour l'alimentation électrique.

M. Pierre LASBORDES : Je voudrais savoir à quel moment vous avez eu des contacts avec M. Grouchka, car Mme Anne Bolot-Gittler nous a dit la semaine dernière que le lundi 11, lorsqu'elle est rentrée, elle avait 300 mails et beaucoup de courrier mais que personne ne l'avait avertie de problèmes liés à la canicule. Elle a simplement signalé la tenue d'une réunion de crise à l'AP-HP. Le cabinet avait-il été prévenu avant le 11 août de la situation ?

Je crois savoir que, quand une personne âgée arrive aux urgences avec une température élevée, c'est déjà trop tard. Qui aurait pu donner des consignes pour anticiper les problèmes afin que les gens n'arrivent pas quand c'est trop tard ?

M. Jean-Marc ROUBAUD : En dehors de ce calendrier que vous nous avez présenté, on se rend compte de l'extraordinaire multiplicité des dispositifs entre la DGS, la DHOS, l'InVS, l'ARH, l'AP-HP, la CNAM, etc. Au travers de toutes ces structures, estimez-vous, en tant que professionnelle, qu'il y a eu une faute d'une de ces structures ? Ce n'est pas pour accuser quelqu'un de particulier.

Vous avez fort bien dit qu'il y avait des lits disponibles dans les hôpitaux de Paris. La directrice des hôpitaux de Paris nous avait dit que toutes les personnes admises aux urgences avaient pu être traitées. Je voudrais avoir votre sentiment à ce sujet et savoir

si nous ne sommes pas paralysés par cet ensemble de structures administratives qui rend tout dispositif inefficace de par la dilution des responsabilités.

M. Dominique PAILLE : Je voudrais poser une seule question sur la chronologie des événements. Le 11 août, date à laquelle une intervention ministérielle à la télévision se voulait rassurante, un certain nombre d'indicateurs dans les services pouvaient déjà laisser penser que nous étions face à une hécatombe.

Je voudrais savoir très clairement si le cabinet du Ministre avait été informé de cet état, des constats alarmants ou alarmistes qui avaient été faits, si oui, nous en tirerons les conclusions, si non, pourquoi cela n'a-t-il pas été fait ?

M. Jean-Marie ROLLAND : J'ai bien compris que pendant les périodes d'été, on constatait une diminution des capacités d'accueil de lits d'aigus. Retrouve-t-on, dans les lits de post-soins, cette même pénurie pendant les mois d'été ?

M. Pascal TERRASSE : Nous avons pu relever, dans les documents qui ont été fournis à la mission d'information, que les alertes de Météo France, dès le 1er août, mettaient en évidence une canicule forte et durable.

Nous avons auditionné, la semaine dernière, les services de secours et d'incendie de la ville de Paris qui nous ont indiqué que, dès le début de la semaine, ils ont constaté un nombre d'interventions beaucoup plus important que les années précédentes. A vous entendre, j'ai cru comprendre que les premières alertes se situaient autour du 7 août... Entre le 1er et le 7 août, je voulais savoir ce qui s'est passé dans vos services.

Avez-vous eu le sentiment qu'il y avait, avant le 7 août, des premiers problèmes ou pas du tout ?

M. le Rapporteur : Ma première question porte sur la mobilisation des capacités d'accueil. Qu'en était-il des cliniques privées puisque la direction des hôpitaux a également compétence sur la mobilisation des lits des cliniques privées ?

A propos des effectifs et des lits disponibles, quelles instructions avaient-elles été données par la direction des hôpitaux à ce sujet et avec quelle précision, autrement dit, a-t-on indiqué le nombre de lits qui devaient être fermés pour tel service de tel hôpital, de telle unité de l'AP-HP ou de tel CHU, et quels moyens avez-vous d'opérer le suivi de ces instructions ?

Deuxièmement, comment s'opèrent les remplacements des personnels en vacances ?

Qualitativement, du point de vue des compétences, quels sont les critères utilisés pour embaucher des remplaçants ?

Nous disposons également des rapports faits notamment en Côte d'Or indiquant très clairement que les remplaçants ne sont pas toujours d'une compétence

suffisante, cela vaut surtout pour les maisons de retraite, mais également pour les centres hospitaliers.

M. Edouard LANDRAIN : A votre connaissance, existait-il un plan canicule et depuis quand ?

M. Edouard COUTY : M. le Rapporteur, vous avez posé une question indiquant que la DHOS avait été alertée par différentes voies ; a-t-on évalué les faits et comment a-t-on prévenu ? M. Paillé a également posé la question de savoir si le 11 août, on avait une idée précise de la catastrophe.

Personnellement, je suis parti en vacances le 4 août ; entre le 1er août et le 7 août, date de la première intervention du Dr. Pelloux, nous n'avons eu aucun signalement, sinon je ne serais pas parti en vacances. Je suis rentré le 14 août mais j'étais en contact téléphonique avec Mme Toupillier à partir du 10 août, quotidiennement.

J'ai été en contact avec le cabinet, à partir du 12 août et j'ai posé la question de savoir si je devais rentrer, le cabinet m'a demandé d'être prêt à le faire et me l'a demandé le 13, je suis rentré le 14 au matin.

J'ai été tenu au courant de manière bi-quotidienne à partir du 10, nous avons pris un certain nombre de dispositions vis-à-vis des ARH, etc., mais il est clair que pour nous, compte tenu des informations que nous avions, de la manière dont nous pouvions les évaluer, jusqu'au 12 août au matin, la situation était très difficile aux urgences de la région Ile-de-France et dans les services d'urgence de la région de Bourgogne, c'est tout.

Nous avons un tableau synthétique des collectes d'informations des ARH, collectes que nous avions organisées quotidiennement depuis le 9 août, où l'on voit que, dans toutes les régions de France, à la date du 11 août inclus, jusqu'au 12 au matin, aucune situation catastrophique ou difficilement maîtrisable n'est décrite, mais qu'il existait une alerte forte à Paris, en Ile-de-France – et encore, pas dans tous les établissements d'Ile-de-France – et en Bourgogne.

Lors des deux journées les plus difficiles, le 12 et le 13 août où, véritablement, les urgences ont été saturées à Paris, en Ile-de-France, dans le Centre, en Bourgogne et dans quelques villes comme Lyon, Grenoble, Bordeaux, Reims, Besançon, nous n'avions pas de situations décrites comme catastrophiques dans...

M. le Rapporteur : Cela fait tout de même beaucoup.

M. Edouard COUTY : …dans les autres régions.

M. le Rapporteur : Toutes les ARH ne répondent pas.

M. Edouard COUTY : Je tiens à la disposition de la commission les réponses journalières des ARH si vous le souhaitez.

De nombreuses régions ont connu des problèmes mais nous ont fait part de leurs capacités à les maîtriser. Des situations étaient considérées comme difficiles quand les ARH ont signalé qu'elles peinaient à maîtriser la situation dans leur région.

Jusqu'au 11 août, à part les urgences à l'AP de Paris particulièrement, on ne nous rapporte pas de situation catastrophique et les deux jours les plus difficiles lors desquels les services d'urgence sont saturés sont le 12 et le 13 août, soit durant 48 heures. En effet, à partir du 14 août, la situation commence à s'inverser complètement, par les décisions qui ont été prises, mais aussi parce qu'à partir du 15 août, on observe un retour à la normale de la température : la situation est mieux maîtrisée.

En ce qui concerne les capacités d'accueil et la fermeture de lits, depuis maintenant trois ans – alors qu'il est classique que les hôpitaux de certaines régions, à part les régions les plus touristiques, ferment un certain nombre de lits pendant la période des congés annuels –, nous avons organisé un système de recueil d'informations systématique pour connaître le nombre de lits fermés ou plutôt le nombre de lits disponibles, sans pour autant, M. le Rapporteur, jusqu'à cette année, donner précisément l'instruction suivante : « *Vous ne devez pas fermer plus de tant de lits* ».

M. le Rapporteur : Parce que les chefs de service ne le supporteraient pas dans les CHU ou pour une autre raison ?

M. Edouard COUTY : Je ne sais pas. Les responsables hospitaliers, à leur niveau, sont sans doute capables d'exercer cette responsabilité. Pour l'été 2004, nous allons procéder différemment et sans doute imposer.

M. le Rapporteur : Sur quel pourcentage l'instruction globale portait-elle ?

M. le Président : Il est apprécié région par région.

M. Edouard COUTY : J'ai ici les pourcentages de fermetures de lits région par région, je vais vous laisser les deux documents sur les lits disponibles.

Région par région, nous avons un taux moyen de 93 % de lits disponibles en juillet. En août, le taux est de 87 % hors AP-HP.

M. le Rapporteur : En médecine ?

M. Edouard COUTY : Je n'ai pas ici la distinction entre médecine, chirurgie, obstétrique, mais je peux vous la fournir.

M. le Rapporteur : Pour l'AP-HP, quel est le taux ?

M. Edouard COUTY : Il est de 80 % en août. En juillet, il est supérieur.

A propos de l'alerte de Météo France, à la DHOS, nous n'avons pas eu d'autres informations en dehors de ce qu'ont lu tous les Français dans la presse.

Les cliniques privées se sont, pour certaines d'entre elles, spontanément mises à disposition des directeurs d'ARH. D'autres, en région parisienne, ont été sollicitées et ont indiqué qu'elles n'avaient pas de capacités d'accueil. Il n'a pas été entrepris de démarches systématiques, mais les cliniques ayant des disponibilités et étant volontaires pour accueillir les malades se sont manifestées auprès des ARH.

Les remplacements des personnels sont organisés à la diligence des responsables d'établissement, un certain nombre de règles étant définies au niveau national pour garantir un minimum de compétences. Vous ne pouvez, par exemple, remplacer une infirmière que par une autre infirmière diplômée d'Etat ou par un étudiant en médecine ayant validé sa quatrième année et disposant d'une autorisation spécifique d'équivalence, autrement, il est considéré comme équivalent à aide-soignant : les remplacements sont organisés sur ces bases. Pour remplacer un médecin, il faut être titulaire du doctorat en médecine et avoir une autorisation du Conseil de l'Ordre.

M. le Président : Ce n'est qu'une réglementation concernant les niveaux de compétences. Quant aux procédures de remplacement, ce sont les directeurs d'établissements qui les organisent.

M. Edouard COUTY : Les congés de personnel sont établis dans tous les établissements pratiquement à partir de février. A partir de la fin du mois de mars, les directeurs d'établissements organisent les remplacements des congés d'été.

M. le Rapporteur : Cela se conjugue aussi avec une pénurie du personnel soignant qui est en partie liée aux 35 heures et à un certain nombre d'autres éléments. Cela a-t-il une conséquence sur le mode de fonctionnement des hôpitaux en juillet et août ?

M. Edouard COUTY : Il est très difficile de répondre précisément à cette question car traditionnellement, avant la mise en place des 35 heures, les plannings de congé pour l'été étaient établis généralement en février. Les cadres de service essayaient de satisfaire au maximum leur personnel, c'est pourquoi dans les hôpitaux, les vacances sont très souvent étalées. Si on veut s'absenter en août, c'est généralement pendant une période courte pour que le maximum de personnes en bénéficie.

Je ne pourrais pas vous dire précisément que l'application des 35 heures, liée à la pénurie d'infirmières, a été un facteur aggravant, car je ne saurais le chiffrer.

M. Pierre LASBORDES : Quand M. Grouchka a-t-il été prévenu de la gravité de la situation ?

Mme Danielle TOUPILLIER : Le 7 août entre 18 heures et 18 heures 30, il a été informé de l'appel du Dr. Pelloux et m'a demandé de joindre l'AP-HP, ce que j'ai fait. Le 8 août, nous le tenons informé des dispositions prises par l'Assistance Publique de Paris. Le 9 et 10 août, je vous indiquais que nous n'avions pas eu d'interventions particulières à la DHOS, hormis l'appel de la DGS à notre administrateur de garde et à partir du 11, nous sommes en permanence en contact avec le cabinet du ministre. Dès 9 heures 15, nous sommes en contact permanent, régulier, nuit et jour avec le cabinet du ministre.

Nous avons un dossier témoin, dans lequel figure une chronologie complète des événements, de tous nos échanges avec l'ensemble des membres du cabinet du ministre,

les directions de notre ministère et les directions des autres ministères. Nous le tiendrons à votre disposition ainsi que le document de collecte d'informations des ARH.

M. Dominique PAILLE : Je voudrais comprendre. Le 11 au matin, vous n'avez pas de données catastrophiques, le 11 dans la journée, le directeur du CHIC de Créteil déclenche un plan blanc et le 8, l'AP-HP déclenche le « plan pour chaleur extrême ».

Tous ces éléments ne vous affolent-ils pas ? Raisonnablement, ne devraient-ils pas faire prendre conscience et inciter à pousser à dire : attention, il se passe quelque chose ?

M. le Président : Je poserai une autre question : la première réunion tenue entre toutes les directions du ministère, sur l'initiative du cabinet, n'a lieu que le 13 au soir ou dans la journée. Avant le 13, n'y a-t-il pas de réunion réunissant toutes les directions du ministère et les agences concernées afin de délibérer collectivement sur l'ensemble des informations ?

Mme Danielle TOUPILLIER : Nous avons tenu des réunions bilatérales directions-cabinet. Nous avons beaucoup communiqué par messagerie, vous aurez les documents témoins des messageries échangées, mais avec un « blanc » car nous avons eu une panne informatique dans notre ministère et à un moment donné, nous avons transporté un certain nombre d'informations sur support papier, dans la journée du 12 août.

M. Pierre LASBORDES : Peut-on dire que le 11, c'était une catastrophe francilienne et pas nationale et que c'est pour cela que ça n'a pas beaucoup bougé ?

Mme Danielle TOUPILLIER : En tant que témoin des évènements, je peux répondre que c'était une catastrophe en Ile-de-France et, avec une moindre ampleur, en Bourgogne.

Pour nous, ce n'était pas une catastrophe nationale, c'est pourquoi nous avons demandé aux établissements d'Ile-de-France de s'entraider et aux hôpitaux hors AP-HP de se porter au secours des hôpitaux de l'AP-HP.

M. le Président : Il faudrait corréler cela avec la répartition des décès sur l'ensemble du territoire.

M. Jean-Marie ROLLAND : Je n'ai pas eu la précision que je souhaitais sur la diminution des capacités d'accueil des lits de suite. Est-elle parallèle à la diminution des lits d'aigus ?

Mme Danielle TOUPILLIER : L'AP-HP a connu un taux d'encombrement très important des lits d'aigus.

Hors AP-HP, des structures avaient dégagé des potentiels d'accueil dans les services de soins de suite et de réadaptation ; c'est pourquoi la levée d'entente a été immédiatement productive et a pu rendre le système plus fluide à l'AP-HP et dans certains autres hôpitaux d'Ile-de-France, en particulier.

M. Jean-Marie ROLLAND : Y avait-il du personnel mobilisé ?

Mme Danielle TOUPILLIER : Oui, les équipes étaient mobilisées en conséquence et l'Assistance Publique de Paris avait pris la précaution de s'assurer que l'accueil était rendu possible.

M. le Président : M. Landrain avait posé une question sur le plan canicule.

M. Edouard COUTY : Il n'existe pas de plan anti-canicule. Nous avons le plan blanc qui permet, premièrement, de déprogrammer certaines activités pour libérer des lits, ce qui a été fait par l'AP, qui ne l'a pas appelé « plan blanc », d'ailleurs, deuxièmement, de rappeler le personnel en congé, troisièmement, de permettre aux directeurs d'établissements d'organiser les activités en fonction de l'arrivée massive aux urgences.

M. le Rapporteur : Ce plan est plutôt pour les accidents.

M. Edouard COUTY : Nous l'avons utilisé en situation de catastrophe AZF à Toulouse. Il a permis aux hôpitaux de Toulouse de recevoir 2 000 blessés en moins de douze heures ; le plan blanc a donc montré son efficacité.

Nous l'avons utilisé pour les inondations dans le Gard ; c'est un plan pour les situations de catastrophes, des exercices réguliers sont faits dans les établissements, ce n'est pas un plan spécifique pour la canicule.

M. Xavier de ROUX : Je voulais intervenir sur ce que vous venez d'avancer sur les plans blancs. S’agit-il de situations comparables ?

Quand vous avez une personne âgée, très âgée, en état d'hyperthermie, quel rôle l'hôpital jouera-t-il dans le traitement ? Quel aurait pu être le rôle de la prévention ?

Toujours en matière de prévention, pourquoi des indications très simples n'ont-elles pas été diffusées par les médias, notamment par les télévisions publiques, pour préciser les soins élémentaires à apporter aux personnes âgées afin qu'elles ne soient pas en hyperthermie ?

M. le Président : Vous répondrez que ce n'est pas nécessairement la mission de la DHOS ; le directeur de la DGS nous a indiqué la semaine dernière qu'il avait publié un communiqué dès le 8 août.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Quels ont été les contacts que vous avez eus ou qui ont été sollicités par les cabinets de M. Fillon et de M. Falco ?

M. Claude LETEURTRE : Lorsque nous avons entendu la préfecture de police et les sapeurs-pompiers, ceux-ci ont affirmé avoir donné des informations à la DHOS. Confirmez-vous cette information ? Cela a-t-il constitué pour vous un élément d'alerte ?

M. Pascal TERRASSE : Le bouillonnant responsable du service des urgences, le Dr. Pelloux, a mis en cause toute une série de directions, mais il a expliqué que la DHOS avait bien fonctionné et, au regard des informations que vous venez de nous donner, madame, je le pense aussi, mais je reviens sur une question précise. Vous nous dites, M. le directeur, que vous vous tenez à disposition même pendant vos périodes de vacances, qui

ont d'ailleurs été écourtées puisque vous revenez très rapidement de votre séjour. Vous partez le 4 août, vous n'avez aucune information précise à cette date ; avez-vous un contact avec votre hiérarchie au ministère de la santé pour prévenir de votre absence et avec quel conseiller technique en particulier ?

M. Alain CLAEYS : Deux précisions et une question. Vous nous dites que vous avez deux contacts avec le cabinet du ministre, un le 7 août en fin d'après-midi, à 18 heures-18 heures 30, et un deuxième le 11 à 9 heures 30 ; quelles instructions recevez-vous à chaque fois ?

Pour comprendre le fonctionnement du ministère, comment se passent les réunions de travail en période normale ? S'agit-il de réunions régulières, existe-t-il une transversalité ? Si je comprends bien, cette transversalité n'apparaît que le 13 août où l'ensemble des directions se réunit à l'initiative du cabinet. En temps normal, comment cela se passe-t-il ?

M. le Rapporteur : Je reviens sur les urgences, avez-vous des informations sur l'âge des personnes y arrivant ?

Quand on compare les chiffres, particulièrement à l'AP-HP, d'août 2002 à août 2003, on s'aperçoit d'une augmentation de plus de 2 000 personnes de plus de 75 ans. Avez-vous perçu que la canicule touchait essentiellement des personnes âgées ?

M. Edouard COUTY : Mme Toupillier répondra à propos des contacts avec les cabinets de MM. Fillon et Falco ; pour ma part, je n'en ai pas eu à partir du 14 août, date de mon retour.

Je ne sais pas si des informations ont été données à la DHOS par les sapeurs-pompiers et la préfecture de police, mais peut-être Mme Toupillier pourra-t-elle répondre.

Quand un directeur d'administration centrale part en congé, il prévient ses collègues des autres directions et les directeurs de cabinets en indiquant qui assure l'intérim. En l'occurrence, j'ai transmis un message à mes collègues des autres directions et aux directeurs de cabinets concernés en indiquant que Mme Toupillier assurait l'intérim et que j'étais joignable au téléphone. C'est la procédure habituelle.

Concernant les contacts avec le cabinet, en temps normal, des réunions régulières se tiennent avec les conseillers techniques ou le directeur adjoint, ou le directeur de cabinet, sur des sujets ponctuels, un ordre du jour précis. Ce sont des réunions bilatérales direction-cabinet qui peuvent être faites presque quotidiennement, voire plusieurs fois par jour. Une fois par semaine, a lieu une réunion de tous les directeurs, présidée par le directeur de cabinet, où l'on aborde les sujets transversaux. Une fois tous les 15 jours, nous avons une réunion présidée par les deux directeurs de cabinet de M. Fillon et de M. Mattei où sont présents tous les directeurs du pôle social, sauf en août. La dernière réunion de tous les directeurs présidée par les deux directeurs de cabinet s'est tenue en juillet et la dernière réunion des directeurs avec le directeur de cabinet de M. Mattei s'est tenue début août.

Je suis parti le 4 en congé, mon collègue, M. Abenhaïm, est parti quasiment en même temps, nous sommes rentrés à 24 heures d'écart.

A ma connaissance, nous avons été informés de l'âge des personnes arrivant aux urgences le 12 ou le 13 août, pas avant.

Mme Danielle TOUPILLIER : La DHOS n'a eu aucun contact avec le cabinet de M. Fillon ou de M. Falco, aucune information de la préfecture de police, ni de la part des pompiers.

Le seul contact que nous avons eu avec la préfecture de police a été un échange de quelques instants lors de la réunion à l'AP-HP où un représentant de celle-ci était présent, le 11 août au matin.

Quant aux instructions données par le cabinet, la première information est transmise au cabinet le 7 août : je signale l'appel du Dr. Pelloux à M. Grouchka, qui me demande de prendre contact avec l'AP-HP pour appréhender la réalité de la situation évoquée.

Le 11 août, j'appelle M. Grouchka, compte tenu de la tonalité de l'entretien que j'ai eu avec M. Deroubaix qui me paraissait préoccupé, et j'insiste pour que nous puissions être présents à la réunion de l'AP-HP, ne serait-ce qu'à titre d'observateurs. M. Grouchka prend contact avec Mme Bolot-Gittler puis me donne la consigne de me rendre à cette réunion et de m'assurer auprès de l'AP-HP qu'elle a également invité la direction générale de la santé.

Au cours de cette réunion, il est fait mention d'un grand nombre de personnes âgées, mais on n'indique pas les âges, sauf en fin de journée du 12 août et au début de journée du 13, où on nous précise qu'il s'agit de personnes de plus de 75 ans, de personnes très âgées vivant en maison de retraite, de repos, éventuellement à leur domicile.

M. Pierre LASBORDES : Vous dites que M. Grouchka vous a demandé de prendre contact avec l'Assistance Publique le 7, qu'avez-vous fait, qu'avez-vous obtenu, que s'est-il passé entre le 7 et le 11 août au matin ?

Mme Danielle TOUPILLIER : Le 7, j'informe M. Grouchka qui me demande de contacter M. Deroubaix, ce que je fais, pour connaître éventuellement les difficultés particulières. Je rends compte à M. Grouchka de l'entretien que j'ai eu avec M. Deroubaix : celui-ci m'a fait part d'un signalement de difficultés, localisées le 7 à l'AP-HP, mais ce n'était pas, pour eux, une alerte au sens hospitalier du terme.

Je demande à M. Deroubaix s'il a besoin de l'entraide des hôpitaux de l'agence régionale d'Ile-de-France : il me répond qu'il y aura recours si besoin est. Il appellera dès le 8 au matin, Mme Perrau-Saussine de l'agence régionale d'Ile-de-France pour demander une coopération des hôpitaux hors AP-HP.

Le 8 août, je tiens M. Grouchka au courant de l'évolution de la situation à l'AP-HP, puisque j'ai M. Deroubaix régulièrement au téléphone.

Le 9 et le 10, je ne reçois aucun appel, sauf le 10 au soir, l'appel de la DGS à notre administrateur de garde et le 11, nous sommes en contact permanent avec le cabinet du ministre.

M. le Rapporteur : Tout a fonctionné normalement à vous entendre. On a l'impression que tout est bien rodé. En fait, si vous deviez faire une critique sur la manière dont étaient traités les problèmes, que diriez-vous ? Pourquoi l'alerte n'a-t-elle pas été donnée à temps ?

Ensuite, pourquoi l'alerte tardive n'a-t-elle pas été efficace ? Quelles sont *in fine* les explications d'une telle surmortalité pendant cette période ?

M. le Président : Vous posez déjà la question : quelle est la synthèse à faire de tout ces éléments ?

M. Edouard COUTY : Il est difficile de tirer ainsi les enseignements d'une crise aussi importante. C'est tout à fait présomptueux de dire que tout a fonctionné. En revanche, je peux dire et témoigner que nous avons fait le maximum.

Ensuite, quels enseignements en tirer ? La question de l'alerte me semble primordiale. Nous avons été alertés par des praticiens des urgences le 7 août au soir.

Le ministre a demandé *a posteriori* aux responsables du centre de contrôle des maladies d'Atlanta de nous donner les enseignements qu'ils ont tirés de la canicule de Chicago en 1995. Le premier enseignement est que, quand on dispose d'un plan blanc ou d'un plan spécifique de catastrophe, cela fonctionne bien. En effet, quand il a été décidé de faire appel au plan blanc, on a eu une fluidité plus grande du système.

Le deuxième enseignement est qu'entre le moment où le phénomène catastrophique est avéré et le moment où on en voit les premiers signes aux urgences, il se passe entre 48 et 72 heures. En effet, pour nous, la situation la plus difficile a été le 12 et le 13 août, alors que les phénomènes de surmortalité ont été antérieurs de 72 heures environ.

Ce que nous ont dit les responsables du centre d'Atlanta se vérifie donc également ; cela a été constaté après la canicule à Chicago en 1995. C'est un enseignement à tirer : l'alerte par les urgences est trop tardive pour ce type de situation. On ne peut pas se satisfaire de l'alerte par les services hospitaliers dans ce type de circonstances.

Comme l'a confirmé Météo France, c'était une catastrophe naturelle. Nous sommes dans un pays considéré comme tempéré et cette période caniculaire a eu un caractère exceptionnel. Cela ne nous exonère pas de ce que nous aurions pu faire, mais la question centrale est que l'alerte par l'hôpital n'est pas satisfaisante.

M. Xavier de ROUX : Cela revient à ma question à laquelle il n'a pas été répondu : le fait déclencheur de la catastrophe n'est pas les urgences, c'est la chaleur, la canicule. Je trouve curieux de dire : il est trop tard pour déclencher tel ou tel plan lorsqu'on est prévenu par les urgences. La canicule de Chicago a montré qu'il y avait un fait déclencheur qui était un fait météorologique, la température excessive. Pourquoi rien n'est-il fait lorsque le niveau de chaleur atteint constitue un risque ?

M. Philippe VITEL : Je reviens sur le communiqué d'alerte de Météo France du 7 août à 16 heures 43 qui me paraît très important. Je ne pense pas que l'on en ait tiré toutes les conséquences. Avez-vous une explication ?

M. Alain CLAEYS : Les ARH sont-ils en contact, au niveau local, avec les pompiers et les préfectures ?

M. le Président : Les pompiers nous ont fait part de la difficulté à trouver des services d'urgence car certains d'entre eux étaient saturés à Paris : pourriez-vous nous apporter des précisions ?

M. Edouard COUTY : C'est un autre enseignement : il faut tirer des leçons du cloisonnement excessif entre ministères et entre services. Nous n'avons pas eu, en dehors des informations qu'on pouvait lire dans la presse, de contacts particuliers ou privilégiés avec Météo France, la préfecture de police ou les pompiers avant le 13 août.

Ce cloisonnement administratif excessif entre les différents services et entre les différents ministères, est un enseignement majeur dont nous essayons aujourd'hui de tirer les conséquences par des liens organisés, structurés entre la direction de la sécurité civile au ministère de l'intérieur, ma direction, la direction générale de la santé, la direction générale de l'action sociale, etc., car c'est un dysfonctionnement ; une température caniculaire signalée aurait pu, aurait dû alerter ou permettre d'alerter les urgences.

Quant aux liens entre les ARH et les préfets, le cloisonnement que nous connaissons au niveau central se reproduit au niveau déconcentré, même si les choses sont plus simples et même si les personnes concernées se rencontrent plus facilement : les contacts entre les pompiers par exemple et les ARH étaient quasi-nuls.

S'agissant de la difficulté de trouver des services d'urgence, je suis étonné de cette affirmation.

M. le Président : Je ne fais que reprendre ce que nous a dit le général Debarnot lors de son audition la semaine dernière. Il nous a même parlé de refus d'admission ; on peut penser que c'est notamment lorsqu'il devait orienter les patients vers tel ou tel service, qu'il vérifiait auparavant par téléphone si lesdits services étaient susceptibles d'accueillir ces patients et qu'il se faisait répondre que ce n'était pas possible. Il avait des difficultés à trouver des services immédiatement disponibles.

M. Edouard COUTY : Je ne mets pas en cause le témoignage du général des pompiers, mais à ma connaissance, sauf peut-être le service d'urgence de l'hôpital Saint-Joseph qui ne fait pas partie de l'AP-HP, qui a néanmoins un service d'accueil des urgences et qui a peut-être pu être amené à refuser, aucun autre service d'urgence n'a refusé. En revanche, il est tout à fait probable et vraisemblable que les services de médecine, de réanimation qui étaient eux-mêmes saturés aient dit qu'ils ne pouvaient pas prendre un malade supplémentaire.

A ma connaissance, aucun service d'urgence n'a refusé d'accueillir un malade en urgence.

Cela dit, j'ai eu l'occasion de le dire devant la mission d'information, la question des services d'urgence est au centre de cette problématique et à la suite de ces événements, le ministre a récemment annoncé un plan pluriannuel pour les urgences. Celui-ci recèle une disposition essentielle : aujourd'hui, un service d'urgence ne peut pas être conçu comme simplement adossé à un hôpital. Un service d'accueil d'urgence doit fonctionner en réseau avec les autres établissements du territoire et les établissements

médico-sociaux, de même qu'il doit fonctionner en réseau avec les autres services d'urgence du territoire voisin. Au cœur de ce plan d'urgence qui prévoit un certain nombre de dispositions sur cinq ans (création de locaux, d'emplois, etc.), il est prévu que désormais, les services d'accueil d'urgence, dûment autorisés et figurant en tant que tels dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire, devront être en réseau formalisé, c'est-à-dire contractualisé non seulement avec leur hôpital, mais aussi avec les hôpitaux voisins qui ne disposent pas de service d'urgence (les hôpitaux locaux, les maisons de retraite, les services de soins de suite...) et être en réseau avec les autres services d'urgence voisins. Il s'agit d'une mesure essentielle.

C'est un dispositif que nous sommes en train de construire et nous commençons à concevoir les instructions dans ce sens.

Audition conjointe de Mme Rose-Marie Van LERBERGHE,
directrice générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP),
et de M. Dominique DEROUBAIX,
ancien secrétaire général de l'AP-HP

(Extrait du procès-verbal de la séance du 12 novembre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président,
puis de M. Pierre LASBORDES, Vice-président

Mme Rose-Marie Van LERBERGHE et M. Dominique DEROUBAIX sont introduits.

M. le Président : Mme Rose-Marie Van Lerberghe, vous êtes directrice générale de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) et M. Dominique Deroubaix, vous étiez secrétaire général de l'AP-HP en août mais depuis, vous avez quitté Paris pour la Haute-Savoie, dans d'autres fonctions. Je vous souhaite la bienvenue.

Vous étiez venue, Mme la directrice générale, devant la mission d'information sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule, qui s'était réunie en septembre ; vous étiez accompagnée de vos collègues des hospices civils de Lyon et de l'assistance publique de Marseille et nous avons estimé qu'il était nécessaire de vous entendre à nouveau, avec M. Deroubaix, pour nous relater la manière dont, en tant que responsables de l'AP-HP, vous avez vécu cette crise.

M. Dominique Deroubaix assurait votre intérim en août. Nous venons d'ailleurs d'auditionner les responsables de la DHOS qui nous ont indiqué quels étaient les contacts qui avaient été établis entre leur direction et M. Deroubaix à ce moment-là. Peut-être serait-il utile que vous reveniez sur ces événements afin de donner votre appréciation.

Des questions restent aussi posées sur la manière dont les informations circulaient entre les différentes administrations de la santé et sur le fonctionnement du système d'alerte. Une autre question qui, naturellement, nous préoccupe, porte sur la fermeture des lits, que vous avez naturellement vécue au niveau de l'AP-HP mais qui concerne d'autres établissements aussi. Enfin, se pose également le problème de l'adaptation de l'hôpital au vieillissement de la population.

M. le Président leur rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête leur ont été communiquées. A l'invitation du Président, Mme Van Lerberghe et M. Deroubaix prêtent serment.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Je vous propose de faire un bref rappel historique, de vous livrer quelques réflexions que je me suis faites pendant la période et les leçons que nous sommes en train de tirer, à l'AP-HP, sur l'épisode de l'été dernier.

L'été est toujours une période difficile, puisque nous sommes amenés à fermer un certain nombre de lits. Nous avons donc une cellule de veille en période estivale qui s'est réunie le 5 août. A cette date, j'étais déjà partie en congé, mais j'ai pris connaissance du compte rendu : le 5 août, il n'a été question ni d'hyperthermie, ni de canicule.

Cette cellule qui réunit les médecins des principales disciplines de l'AP-HP a fait le bilan du mois de juillet, qui ne s'était pas mal passé. Elle a exprimé des inquiétudes sur le nombre de lits fermés au mois d'août, mais il n'a pas été question de canicule ; je tiens à le préciser. Les premiers cas d'hyperthermie ont été connus le 7 août, vers la fin de la journée. J'insiste sur le fait qu'il y a eu quelques cas isolés. Le fait que l'AP-HP soit organisée de manière centralisée a probablement contribué à une prise de conscience assez rapide, ce qui n'aurait peut-être pas été le cas avec des hôpitaux dispersés.

Sur le plan médical, nous ne connaissions pas ce phénomène d'hyperthermie des personnes âgées et certains des patients que nous avions reçus dans les urgences s'étaient d'ailleurs vu, auparavant, administrer des antibiotiques en raison du phénomène de montée rapide de la température qui était inconnu à Paris. Nous avons vu arriver des personnes dans un état particulier et il a fallu faire très vite l'analyse médicale.

Je salue le travail des équipes médicales de l'AP-HP – et en particulier le Pr. Carli – qui, très rapidement, sont allées chercher dans les littératures médicales, notamment le précédent de Chicago en 1995, pour à la fois faire l'analyse et donner des indications de prise en charge médicale, y compris des indications de prévention.

Un protocole de prise en charge a été établi dès le vendredi 8 août et de la même façon – je salue d'ailleurs la célérité de M. Deroubaix –, ce même vendredi avant midi, le secrétaire général de l'AP-HP a envoyé un fax à l'ensemble des établissements leur demandant, compte tenu de la situation, de prendre des mesures de « *type plan blanc* ».

Nous avons alors vu arriver beaucoup de gens dans les urgences. Mon souvenir est que, samedi 9 août, la situation était encore relativement calme. On pouvait avoir l'impression que quelque chose s'était passé mais que cela n'était pas dramatique. C'est dimanche 10 août que nous avons commencé à avoir des coups de fil angoissés. J'ai alors décidé de revenir de vacances le dimanche soir, pour faire un premier tour des urgences.

Là, j'ai été bouleversée. Entre ce qu'on vous en dit au téléphone et ce que vous voyez dans la réalité, il y a une marge énorme. J'étais en contacts très fréquents avec le Pr. Carli et M. Deroubaix, mais ce n'est qu'à ce moment précis que j'ai mesuré l'écart avec la réalité qui était bouleversante.

Le lundi 11 août au matin, M. Deroubaix avait convoqué la cellule de veille : il y avait Mme Toupillier, une représentante de l'ARH, un représentant du préfet de police, le Pr. Carli et le Dr. Pelloux. Lors de cette réunion, le Pr. Carli a fait l'analyse de l'hyperthermie et des dispositions à prendre tant à titre curatif que préventif. Nous avons débattu des mesures à prendre et nous avons décidé de passer à la deuxième phase de notre plan d'action enclenché le 8 août, c'est-à-dire de prendre des mesures encore plus volontaristes.

Concrètement, le débat a surtout porté sur l'opportunité d'annuler ou non toutes les opérations programmées. Pour ceux qui connaissent le monde hospitalier, il s'agit d'une décision assez lourde à prendre. Ces interventions sont parfois programmées de longue date. Il ne faut pas croire qu'elles n'ont pas lieu en août. C'était une décision difficile mais nous l'avons prise. Les mesures consistaient à faire sortir toutes les personnes qui pouvaient rentrer chez elles, déprogrammer tout ce qui n'était pas urgent et rouvrir des lits avec le personnel ainsi rendu disponible, le tout afin d'avoir un maximum de lits en aval des urgences. Les établissements se sont conformés à ces instructions.

Nous avons connu une période très difficile. Je crois que la crise s'est vraiment concentrée sur les 11, 12 et 13 août.

Personnellement, je me souviens que, le lundi 11 août au soir, après être allée à Saint-Antoine et à Lariboisière, lorsque je suis arrivée à Avicenne, j'ai vu les urgences débordant de brancards, avec les camions de sapeurs-pompiers qui continuaient d'arriver ; c'était très angoissant car il n'y avait plus de place, même dans la salle d'attente. Il faut dire qu'à Avicenne, les urgences, qui sont d'ailleurs en train d'être refaites, sont particulièrement étroites. C'était très impressionnant.

Les équipes médicales étaient débordées. Il y avait manifestement besoin de lits. Nulle part il n'y avait des lits disponibles. J'avais pu le constater moi-même dans les autres hôpitaux. Tous les hôpitaux avaient le même problème qui était non seulement d'accueillir les patients aux urgences mais également de trouver des lits pour accueillir les malades et parfois leur donner les soins palliatifs dans des conditions décentes.

J'ai alors appelé le cabinet du Premier ministre et celui du ministre de la santé pour demander si l'on pouvait dégager des lits dans les hôpitaux militaires. Je n'ai pas tellement réfléchi, mais je me suis dit que seuls les militaires pouvaient obéir après 22 heures car, personnellement, je ne pouvais pas donner d'ordres au-delà de ce que j'avais déjà fait.

M. le Président : Quand avez-vous passé cet appel ?

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Le lundi 11 août. J'étais un peu gênée d'appeler, mais il fallait voir ce que c'était ! Pour les équipes, la situation était terrifiante car elles ne savaient plus où recevoir les patients qui arrivaient. On a finalement trouvé 10 lits de militaires ce soir-là.

M. le Président : 10 ?

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Oui, 10. Ce n'est pas beaucoup mais je vous assure que cela donnait un peu de respiration dans une situation très difficile.

Le mardi 12 août au matin, suite à cette péripétie, le directeur adjoint du cabinet du Premier ministre, M. Cirelli, m'a appelée de Matignon pour me convoquer à une réunion avec la DHOS – Mme Toupillier –, le cabinet du ministre de la santé – Mme Anne Bolot-Gittler – et des représentants du ministère de la défense, pour faire une analyse de la situation et voir comment les hôpitaux militaires pouvaient nous aider davantage.

Je suis venue avec le Pr. Carli, car je trouvais qu'il était important d'avoir la connaissance du phénomène. Le Pr. Carli, sans faire le même exposé que le lundi 11 août, a utilisé les mêmes mots pour décrire la situation et les représentants du ministère de la défense ont décidé de nous apporter une aide.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : C'était une réunion à Matignon ?

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Tout à fait, à 15 heures. A la suite de cette réunion, Mme Anne Bolot-Gittler est revenue avec moi à Saint-Antoine, car je ressentais la nécessité de bien percevoir la situation. Comme je le disais tout à l'heure, tant que l'on n'avait pas effectué de constat par soi-même, il était difficile d'en mesurer l'ampleur et le caractère dramatique.

Le mercredi 12 août, j'étais présente à une réunion que le Pr. Carli avait organisée avec les urgentistes. Ils constataient que la température augmentait très vite entre le moment où les personnes souffraient de chaleur et le moment où leur température interne atteignait 41 degrés. Cela pouvait se faire dans l'espace d'un transfert médical.

J'en viens à présent aux réflexions dont je souhaite vous faire part sur ce que l'AP-HP a vécu. Pourquoi n'a-t-on pas déclenché le plan blanc dès le vendredi 8 août ? M. Deroubaix vous le redira : il a indiqué sur son fax qu'il souhaitait que l'on prenne des mesures de « *type plan blanc* ». Pourquoi ? Parce que le plan blanc est fait pour une circonstance différente : un accident délimité dans le temps, avec un afflux limité dans le temps. Il faut souligner que ce n'est pas la situation que l'on a connue puisque, si l'on a observé un afflux de victimes très intense sur une semaine, le vendredi 8 août, on ne savait pas de quelle ampleur il serait.

Le lundi 11 août, quand on a eu cette discussion avec le Pr. Carli, on s'est dit que l'on rentrait dans une deuxième phase, en n'excluant pas de déclencher une troisième phase. Mais on n'était pas dans un cas typique de plan blanc.

Le mercredi 13 août, le ministre de la santé, après avoir visité la Pitié Salpêtrière, me demandait s'il n'y avait pas lieu de faire davantage que ce qui avait été fait. Nous étions le 13 août, – peut-être ai-je eu tort ? –, mais j'étais obsédée, avec le Pr. Carli, par le fait qu'on annonçait une baisse de température pour le lendemain mais qu'à cette époque, on craignait que la canicule reparte une semaine après.

Mon raisonnement était le suivant : on a essayé de faire face au mieux ; il n'est pas impossible qu'il y ait un répit et à nouveau un regain des températures. Or, je considère avoir la responsabilité d'utiliser au mieux les moyens, d'en faire l'économie aussi. Je pensais qu'il fallait s'ajuster à l'afflux tel qu'il allait arriver. En fait, on n'a pas eu de regain des températures – tant mieux –, mais on aurait pu l'avoir, puisque la météo le prévoyait.

Parmi les points que je tiens à souligner, j'aimerais saluer l'engagement de tous les personnels de l'AP-HP. Je suis parmi eux depuis moins d'un an et je peux dire que j'ai vraiment découvert ce qu'étaient les réflexes hospitaliers de la part de l'ensemble des personnels. Les gens présents n'ont pas hésité à faire des heures supplémentaires et à reporter des congés ; ceux en vacances ont spontanément appelé et sont revenus. Cette mobilisation a été tout à fait exceptionnelle.

Le lundi 11 août, quand on était en train d'attendre les lits des hôpitaux militaires, j'étais avec Mme Bressand, la directrice des soins infirmiers qui, comme moi, se demandait ce qu'on pouvait faire. On a décidé de rappeler les élèves-infirmiers sur la base du volontariat : 400 élèves sont revenus avec 100 enseignants. C'est assez remarquable ! Bien sûr, ces élèves ne pouvaient pas accomplir les actes infirmiers, mais il y avait tellement à faire qu'ils pouvaient donner à boire, rafraîchir les patients, et donc libérer les infirmières pour accomplir des actes infirmiers.

Tout le monde a fait ce travail en équipe. Face aux problèmes, aussi bien les médecins, les soignants que les personnels ouvriers techniques ont œuvré ensemble. J'ai vu des brancardiers faire des heures supplémentaires. Les directeurs adjoints de permanence ont confisqué les ventilateurs des bureaux pour les mettre aux pieds des malades. Les gens des services de maintenance ont eux aussi été très sollicités. A Bichat, il s'est produit une coupure électrique qui a plongé les urgences dans le noir ; tout le monde s'est mobilisé extraordinairement et a fait preuve d'une créativité fabuleuse dans cette situation de stress intense, très dure à supporter physiquement, mais aussi émotionnellement.

Nos équipes sont habituées à affronter la maladie et la mort, mais pas dans ces conditions. Il faut mesurer à quel point, pour les équipes – qui, toutes, pensaient à une grand-mère, à un parent –, voir des personnes décéder ainsi était très dur. Pendant les trois heures où j'étais à Avicenne, 4 personnes sont décédées au milieu des patients. C'était très difficile à supporter.

Au titre des enseignements, la centralisation de l'AP-HP a été un facteur déterminant, non seulement dans la prise de conscience mais aussi dans la gestion de cette crise.

En l'occurrence, nous avons pu utiliser les moyens supplémentaires que nous avions, de façon très centralisée. Tous les matins, nous faisions le tour des hôpitaux pour connaître la situation relative des établissements, qui évoluait chaque jour. Tout le monde a connu les mêmes problèmes mais pas dans les mêmes conditions. Nous avons donc pu distribuer les moyens disponibles, les quelques lits des hôpitaux militaires, les élèves infirmières, les bénévoles de la Croix rouge, ainsi que les places rendues disponibles dans les lits de soins de suite et de réadaptation et dans les services de long séjour.

On a utilisé tous les moyens pour arriver à faire hospitaliser les victimes. En une semaine, on a accueilli près de 2 400 cas d'hyperthermie et il a fallu en hospitaliser 2 050, soit l'équivalent d'un très gros hôpital. L'AP-HP a dû absorber en très peu de temps, un flux important de malades.

Je pense qu'il faut aussi souligner la difficulté que nous avons éprouvée à apprécier les choses. Je reste obsédée par la différence entre en entendre parler et le vivre. Quand on est dedans, on a beaucoup de mal à voir vraiment l'ampleur. Pour illustration, le lundi 11 août, j'ai donné une conférence de presse avec le Pr. Carli et le Dr. Pelloux ; le débat portait sur le nombre de morts. On parlait alors de 50 morts. Le mercredi 13 août, j'étais invitée à RTL ; je pensais qu'on recensait 140 morts au niveau de l'AP-HP. Etant le nez dessus, nous n'avions pas la mesure du phénomène global.

Enfin, les événements m'ont fait prendre conscience de l'importance des soins infirmiers nécessaires dans une telle situation.

L'AP-HP dispose de services de long séjour et de services de soins de suite et de réadaptation (SSR). Je suis allée à Bretonneau et à Vaugirard pour comprendre ce qui s'était passé puisque, dans ces deux établissements, il n'y a pas eu de morts par hyperthermie. Il faut voir à quelles conditions ce bon résultat a été obtenu. La température des personnes y était prise au moins quatre fois par jour et, dès qu'elle dépassait 38 degrés, les patients étaient perfusés. Tous les services des établissements gériatriques avaient les deux tiers des personnes hospitalisées sous perfusion. Comme vous le savez, seules les infirmières peuvent poser des perfusions. Ensuite, toute perfusion donne lieu à des bilans. Par conséquent, l'intensité des soins infirmiers est considérable.

M. Deroubaix qui dirige maintenant une maison de retraite vous dira que même une maison de retraite médicalisée a du mal à apporter ces types de soins.

M. le Président : Mme la directrice générale, vous avez parlé d'un plan chaleur extrême qui n'était pas un plan blanc. Ne pensez-vous pas que les mesures du plan blanc étaient suffisantes ? La mise en place d'un plan différent du plan blanc pouvait créer une confusion au sein des services, même si la différence était simplement sémantique.

Par ailleurs, vous avez demandé l'intervention des hôpitaux militaires pour accueillir les excès de patients aux urgences, mais a-t-on mobilisé les cliniques privées ? Je n'ai pas senti, dans l'intervention des responsables de la DHOS qui vous ont précédée, qu'il y avait vraiment eu une mobilisation de celles-ci alors que, pourtant, c'était peut-être une solution complémentaire.

Le 11 août, étiez-vous capable, devant l'ampleur de la crise que vous constatiez, d'avoir une idée précise du nombre de morts, ce qui aurait permis d'alerter un peu plus le ministère de la santé ? J'ai le sentiment que tout le monde était « *le nez dans le guidon* » et qu'on n'appréciait pas le drame –, car il y avait un vrai drame francilien – mais peut-être était-ce insuffisant pour alerter les hautes autorités ? –, même si les gens étaient dévoués.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : La confusion entre plan blanc et les mesures de « *type plan blanc* » n'existait pas. Il n'y avait aucune confusion dans les établissements : on leur avait demandé de prendre des mesures de « *type plan blanc* », on leur avait décrit le type de mesures, donc il n'y avait aucune confusion.

Pour les cliniques privées, je n'avais pas le pouvoir de les mobiliser. Je ne sais pas qui, d'ailleurs, en a le pouvoir.

M. Dominique DEROUBAIX : L'ARH.

M. le Président : Vous n'avez donc pas constaté de mobilisation particulière des cliniques privées ?

M. Dominique DEROUBAIX : Non.

M. le Président : C'est un peu contradictoire avec ce qui a été dit tout à l'heure par les responsables de la DHOS.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Sur le nombre de décès, je crois vous avoir répondu par avance. On a recueilli les statistiques des établissements, à la demande de la DHOS, mais, franchement, j'avais donné comme consigne de ne pas trop gêner les établissements qui avaient d'autres choses à faire que des comptages. On a essayé d'établir des statistiques, mais nous savions que nos chiffres restaient partiels.

Le lundi 11 août, nos estimations étaient de 50 morts. Le mardi 12 août au soir, j'ai reposé la question à M. Deroubaix car je savais que les journalistes ne s'intéressaient qu'à cela. Je savais que si je ne leur apportais pas cette information, ils n'écouteraient pas le reste de mes propos. Je m'excuse, mais nous avons éprouvé beaucoup de difficultés à les intéresser aux messages de prévention à passer.

M. le Président : Mme la directrice générale, je vous rappelle que cette audition est ouverte à la presse.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Je sais. C'est d'ailleurs à elle que je m'adresse en l'occurrence.

Lors des conférences de presse, nous avons essayé, avec le Pr. Carli, de dire aux journalistes à quel point ils pouvaient nous aider pour faire passer des messages de prévention afin d'éviter l'engorgement des services de l'AP-HP, mais ils se sont plus focalisés sur le nombre de morts que sur les messages de prévention.

Je dois dire d'ailleurs, puisque nous évoquons cette question de la prévention, que j'ai été en contact avec le cabinet de M. Delanoë le lundi 11 août, lequel a proposé de mettre à la disposition de l'AP-HP les panneaux d'information de la ville de Paris pour des messages de prévention.

Le mardi 12 août, je croyais qu'il y avait 140 morts de plus à l'AP-HP. Je reconnais humblement que nous n'avions pas la mesure du phénomène. Nous constations la recrudescence des arrivées aux urgences, de cet afflux, de l'état terrible dans lequel les victimes se présentaient. Maintenant, quant à savoir quelle était la surmortalité, j'avoue que nous n'avions pas les éléments.

M. le Rapporteur : En ce qui concerne les lits que l'AP-HP a pu fermer, on ne sait pas comment cela se passe. Le directeur des hôpitaux et de l'organisation des soins nous a dit que des instructions de fermeture de lits étaient données, avec des pourcentages maximum. Il nous a également indiqué qu'il n'avait aucun moyen de contrôler l'exécution réelle de ces fermetures. Comment cela s'est-il passé à l'intérieur de l'AP-HP ? Avez-vous des éléments d'information concernant les lits fermés, hôpital par hôpital, et, à l'intérieur de chaque hôpital, selon les services concernés ?

Il y a des services où, évidemment, il était plus intéressant que d'autres de disposer de lits d'aval pour pouvoir évacuer les personnes admises aux urgences. Je pense en particulier aux services de médecine ou de réanimation. Je voudrais donc savoir quelle était la politique de l'AP-HP, dès le mois de juillet. Les décisions de fermeture de lits sont-elles prises bien avant et comment cela s'est-il traduit dans les faits ? Avez-vous été

confrontée à des résistances à l'intérieur des hôpitaux, de la part des chefs de service notamment, pour respecter les quotas de fermeture de lits ?

Par ailleurs, comment sont organisés les remplacements ? Quel était le pourcentage, en juillet et en août, des personnels de remplacement dans les établissements de l'AP-HP ? Comment avez-vous réglé la question du remplacement qualitatif, en terme de compétences, en particulier pour les infirmières et les aides soignantes ?

En ce qui concerne les établissements, vous dites que l'AP-HP a essayé de jouer sur les capacités des établissements, sur leur « *interopérabilité* » comme diraient les militaires. En regardant les statistiques, on s'aperçoit que vous avez une concentration très forte sur 4 ou 5 établissements de la mortalité des personnes de plus de 75 ans et des personnes accueillies pour hyperthermie. Il y a vraiment 4 ou 5 établissements représentant plus de 50 % des décès ou de l'afflux des victimes, comment l'expliquez-vous ? Y a-t-il une géographie de la mortalité sur les établissements parisiens ? Les pompiers, à titre d'exemple, nous ont expliqué que, sur les secours aux victimes, il y avait une concentration sur 3 arrondissements : les 13ème, 18ème et 15ème arrondissements de Paris. Avez-vous observé une concentration similaire ?

Enfin, sur les personnes âgées de plus de 75 ans, dans les différentes montées en alerte du système – le 7 août, puis le 10 et au-delà –, était-il frappant pour vous et les responsables de chaque établissement que la canicule touchait essentiellement des personnes âgées, très âgées, en situation souvent difficile sur le plan sanitaire ? Sur le moment, y avait-il cette perception du phénomène ?

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Vous avez fait référence à l'hôpital Vaugirard et à Bretonneau en disant qu'ils avaient déploré apparemment très peu de décès ou pas du tout. Premièrement, j'aimerais avoir les informations sur les décès liés à l'hyperthermie ou à la canicule pour ces deux hôpitaux.

Deuxièmement, j'aimerais savoir à partir de quand, dans ces deux hôpitaux, les dispositifs de prise en charge liés au risque caniculaire ont été mis en place car, à ma connaissance, ce sont les deux hôpitaux gériatriques les plus importants de Paris.

Troisièmement, y a-t-il eu des contacts avec ces hôpitaux dès le départ de la crise pour savoir si, dans le secteur gériatrique, il y avait un certain nombre de choses à savoir et à faire ? Vous ont-ils fait part de leur façon de prendre en charge les personnes âgées et vous-même – ou d'autres responsables d'hôpitaux – avez-vous pris contact avec ces deux structures pour savoir comment elles géraient la canicule ?

M. Edouard LANDRAIN : On peut dire que le temps de réaction de l'AP-HP a été rapide. De façon générale, la réactivité de l'AP-HP a été réelle, d'autant que vous écrivez, le 11 août, que les premiers cas d'hyperthermie ont été constatés le 7 août, c'est-à-dire que vous avez été parmi les premiers à vous être inquiétés du phénomène.

J'aimerais que vous nous disiez comment vous avez vu le phénomène se mettre en place, comment, dès le 7 août, vous avez senti que c'était un problème d'hyperthermie avant même que les hôpitaux aient véritablement fait le diagnostic, d'après ce que j'ai pu comprendre. C'est d'autant plus vrai que le 8 août, M. Deroubaix – et l'on peut vous rendre hommage pour votre célérité –, vous avez rédigé une note dans laquelle vous suspectiez profondément le risque d'hyperthermie générale.

Il n’est pas possible de reprocher à l'AP-HP d'avoir un service très centralisé qui lui a permis d'avoir une vue très rapide sur l’ensemble des hôpitaux de Paris, mais on s'est rendu compte, au cours des différentes auditions, que le cloisonnement entre les différentes parties traitant des problèmes d'urgences hospitalières sur l'Ile-de-France avait empêché une concertation suffisante. J'aimerais savoir notamment ce que vous avez fait, vous qui centralisez les problèmes des hôpitaux de Paris, vis-à-vis de la préfecture de police et du ministère de la santé lui-même. A quel moment les avez-vous avertis ?

Vous nous avez dit avoir fait face au mieux, mais cela veut dire que, mus par l’émotion, vous avez appliqué comme vous le pouviez un certain nombre de mesures dérivées d’un plan blanc. Le plan blanc n'étant pas adapté à ce genre de phénomènes, à votre connaissance, existait-il un plan adapté à la canicule et s'il existait, depuis quand ?

Enfin, personne, dans les hôpitaux de Paris, ou ailleurs, n'a-t-il été sensibilisé au phénomène de Chicago en 1995 ?

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Vous m'avez demandé de vous décrire la procédure de fermeture des lits. Elle est mise en place depuis plusieurs années et démarre au mois de février, période à laquelle l'AP-HP écrit aux établissements pour leur demander de faire remonter les prévisions de fermeture des lits en leur donnant des indications sur des lignes politiques à suivre – par exemple, le fait qu'il faut essayer d'éviter de fermer des lits en SSR et en établissements de long séjour –, en nous inspirant des consignes que nous donne la DHOS. Cela a été fait comme les autres années.

Puisque je n'ai pas pu développer ce point tout à l'heure, je voudrais rebondir sur les leçons que je tire personnellement de ces événements. Nous avons effectivement suivi le processus comme d'habitude ; nous avons fermé un certain nombre de lits. Personnellement, je considère que l’on n'évitera jamais de fermer des lits l'été. Nous n’allons pas demander aux infirmières et aux aides soignantes de partir en vacances en mars et en octobre, quand leurs maris travaillent et leurs enfants sont à l'école.

Vous parliez de remplacement, mais on ne trouve pas de remplaçants en été, surtout en situation de pénurie de personnels qualifiés, comme aujourd’hui. D’ailleurs, les gens qui choisissent l'intérim le font précisément pour planifier leurs congés. Il y a là un problème structurel. Souvent, les journalistes m'interpellaient sur le « *scandale* » des fermetures de lits l'été, mais il se trouve que les malades sont moins nombreux l'été.

M. le Rapporteur : Pas les personnes âgées.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Je suis d’accord avec vous. C'est pourquoi nous donnons des consignes pour que les SSR et les établissements de long séjour ferment le moins possible ; le taux de lits disponibles cette année avoisinait 95 %.

M. le Rapporteur : Pardonnez-moi, mais entre juillet et août, il existe une différence. Pouvez-vous nous apporter des précisions sur ce point ?

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Il y a un pourcentage de fermetures plus important en août qu’en juillet.

M. Pascal TERRASSE : Pas en SSR, dont les lits sont plus disponibles que dans les autres services.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Absolument. Ma réflexion, aujourd'hui, porte moins sur les quantités de fermetures de lits que sur le fait de savoir ce qui doit fermer. Jusqu'à présent, nous donnions des lignes politiques, mais nous n'étions pas suffisamment volontaristes. Nous enregistrions les propositions des établissements. Il en a résulté en certains endroits – on s'en est rendu compte cet été, à Saint-Antoine notamment –, que très peu de lits de médecine étaient ouverts. Or, la médecine interne est l'aval des urgences.

Le 2 septembre, j'ai réuni les présidents des commissions médicales et les directeurs d'établissements pour tirer les leçons de la canicule. Nous avons décidé de mettre en place quatre groupes de travail, et l'un d'entre eux travaille plus particulièrement sur cette question.

Dès Noël, je souhaite que nous ayons tiré les leçons de la canicule. Il y aura sûrement des fermetures de lits mais elles seront plus volontaristes.

Aujourd'hui, la règle est que les gens prennent leurs congés par tiers dans chaque service. Du coup, on répartit les congés. Entre nous, c'est ce qui nous a permis de faire face : l'activité de certains services n'étant pas énorme, elle a pu être déprogrammée pour accueillir les personnes âgées atteintes d'hyperthermie.

Dès Noël et aux prochaines vacances, nous devrons raisonner à partir du malade et non pas à partir des personnels disponibles, en se demandant de quoi nous avons besoin (lits de réanimation, de médecine, etc.). Cela signifiera, et je le dis déjà aux organisations syndicales, que nous serons volontaristes sur la fermeture de lits, mais aussi sur l'affectation des personnels. Des personnes qui sont dans des services ophtalmologiques, ORL ou autres, qui n'ont pas une activité débordante en août, se verront proposer d'aller dans des services de médecine.

Je ne dis pas qu'il y a des résistances car nous n'avons pas encore essayé ce système, mais je me rends bien compte que cela ne sera pas facile car les chefs de service attachent du prix à leurs activités programmées – on peut le comprendre –, et les personnels n'ont pas très envie d'être mobiles – et quand je parle de mobilité, il ne s'agit pas d'une mobilité d'un établissement à l'autre mais plutôt d'un étage à l'autre. Il va y avoir des résistances, mais je pense que c'est plutôt dans ce sens qu'il faut tirer les conséquences de la canicule.

M. le Rapporteur : Sur les lits fermés en médecine et en réanimation, avez-vous des pourcentages par rapport à la capacité globale de l'AP-HP ?

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : J'ai les chiffres en valeur absolue. En août, en médecine, nous avions 7 162 lits et 4 709 étaient ouverts. Il faut voir que ces 7 162 lits sont théoriques, car un certain nombre étaient déjà fermés fin juillet, du fait du manque de personnel.

M. le Rapporteur : 4 709 au regard de 7 162, cela fait 60 % des lits ouverts, non ?

M. Jean-Marie ROLLAND : Dans la communication sur la crise sanitaire liée à la canicule, effectuée lors du Conseil d'administration de l'AP-HP, le 19 septembre, il est mentionné que 82 % des lits étaient ouverts en août.

M. le Rapporteur : Les chiffres indiqués par Mme la directrice générale concernent la médecine et pas l'ensemble des disciplines.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : De façon permanente, donc même en dehors des congés, 1 500 lits sont fermés par manque de personnel. Les 82 % s'entendent par rapport aux lits ouverts fin juin.

M. le Rapporteur : Mais, en médecine, l'AP-HP se trouvait dans un rapport inférieur aux 80 % moyens du mois d'août. Etait-ce la même chose en réanimation où l'on était en capacité relativement faible ? De l'ordre de 60 %, je crois.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Non, les lits ouverts en réanimation ne correspondaient pas à 60 % des capacités. Je n'ai pas les chiffres ici, mais je peux infirmer un tel taux.

M. le Président : En fait, 7 162 moins 1 500 font 5 662 lits disponibles à rapporter aux 4 709 ouverts.

M. le Rapporteur : Non, car les 1 500 lits non pourvus ne sont pas tous situés en médecine.

M. Pascal TERRASSE : Il serait intéressant que nous soit communiquée précisément, dans le cadre du rapport, l'affectation des lits ouverts, hors 1 500 lits qui sont non pourvus en raison du manque de personnel, notamment dans les soins de suite et de réadaptation, les moyens séjours, les longs séjours, les maisons de retraite, les services de médecine et de réanimation.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Nous nous y emploierons.

M. Jean-Marie ROLLAND : Dans votre communication au Conseil d'administration de l'AP-HP le 19 septembre, il est indiqué que, en 2003, la prévision de fermetures de lits était la même qu'en 2002. En 2002, tout a-t-il bien fonctionné ou alors, comme nous le supposons, l'été est-il toujours très tendu dans les hôpitaux de Paris ? Si la situation était déjà très tendue en 2002 alors qu'il n'y avait pas de catastrophe, en 2003, les hypothèses de 2002, reconduites, entraînaient fatalement un déficit important de lits.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : La situation est toujours très tendue au mois d'août.

M. le Rapporteur : Il nous a été indiqué que des consignes ministérielles avaient été données pour réduire le nombre de lits fermés, de façon à avoir moins de lits fermés en 2003 qu'en 2002, sans savoir qu'il y aurait la canicule.

M. Pascal TERRASSE : Je confirme qu'il s'agit d'une réponse du ministre de la santé à une question d'actualité qui lui avait été posée en juin.

M. le Président : Mme la directrice générale, nous vous serions donc reconnaissants de nous transmettre le nombre de lits fermés par catégorie et de vérifier s'il y avait eu un effort de fait entre 2002 et 2003 pour fermer moins de lits, conformément à ce qui serait une consigne ministérielle.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Les consignes ministérielles que j'ai en tête sont celles concernant les longs séjours et la gériatrie. Il faut quand même garder à l'esprit que, normalement, l'activité diminue l'été.

M. Dominique DEROUBAIX : Chaque été, dans les hôpitaux parisiens, la situation de l'accueil des urgences est toujours très difficile, partout, pour des quantités de raisons que nous avons échangées à l'instant, mais également parce que nos partenaires habituels – les cliniques privées, les médecins de ville –, sont moins nombreux au cours de cette période, pour des raisons évidentes. Par conséquent, l'été coïncide toujours avec des situations difficiles.

La légère différence en prévision 2003 par rapport à 2002, résulte du fait que nous avons essayé d'atteindre un objectif d'ouverture de lits supérieur à ce que nous avions constaté les années précédentes sur des créneaux d'activité où nous étions traditionnellement plus fragiles : les personnes âgées, la médecine et les réanimations. Chaque année, nous tirons les enseignements des étés précédents, nous essayons de corriger le tir en fonction de l'évolution des situations.

J'ai le souvenir qu'il y a 15 ou 20 ans, nous avions déjà mis en place la cellule de veille s'occupant de la gestion des urgences à l'AP-HP. L'actualité de l'époque était d'éviter de fermer des lits pour accueillir les patients atteints du SIDA. La direction générale de l'AP-HP ajuste les chiffres en fonction des besoins.

Cette année, notre attitude consistait à essayer de faire en sorte que les ouvertures de lits, cet été, soient supérieures dans les disciplines évoquées par rapport aux années précédentes. Il va de soi – je voudrais vraiment insister sur ce point – que toutes ces prévisions sont soumises aux aléas de notre capacité à avoir des personnels en place au cours de ces périodes. C'est une donnée importante.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Une des grandes difficultés de l'hôpital est qu'il a à faire face à des flux dont certains sont prévisibles et d'autres pas.

Le 25 juillet, comme beaucoup d'articles avaient été publiés sur les urgences, j'ai fait un tour des services d'urgence : je suis arrivée à Saint-Antoine à 18 heures 15, il n'y avait pas un malade ; je suis ensuite allée à Henri Mondor où j'ai constaté, là aussi, l'absence de patients aux urgences alors que le président de la Commission Médicale d'établissement avait attiré mon attention sur les afflux de patients trois jours plus tôt. Je ne dis pas qu'il n'y a jamais de malades aux urgences, mais il y a une variabilité de situations et l'une des questions que je me pose est : que faire en termes d'organisation pour répondre à ces flux ?

M. Alain CLAEYS : Justement, on est là pour essayer de comprendre. Vous avez décrit la situation telle que vous l'avez ressentie. Le 7 août, lorsque la direction des hôpitaux et de l'organisation des soins prend contact avec vous, quel message lui faites-vous passer ? Par ailleurs, compte tenu de votre poste d'observation et d'actrice importante sur Paris, qu'est-ce qui n'a pas marché, qu'est-ce qui a dysfonctionné ?

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Je reviens d'abord aux réponses à la première série de questions qui m'a été posée. Les consignes ont été envoyées aux établissements gériatriques dès le 8 août, puisque la note que M. Deroubaix a envoyée aux hôpitaux avait été aussi adressée aux établissements gériatriques. Au passage, je souligne que le plan blanc ne s'applique pas aux établissements gériatriques ; c'est aussi l'un des enseignements à tirer de la crise de cet été.

Sur la question de l'application du plan blanc et de son adaptation aux circonstances, je rappellerai que tout le début de l'année a été occupé par le risque inondation ; or, 2003 a été marquée par la canicule. Aujourd'hui, il ne nous faut pas préparer la guerre d'avant. Il faut se préparer à toute circonstance. J'ai indiqué que nous avons créé un groupe de travail sur les flux, mais nous en avons mis en place un autre sur l'alerte. Il ne s'agit pas de créer un InVS particulier à l'AP-HP. Il faut néanmoins que les hôpitaux soient bien connectés aux systèmes d'alerte qui existent et qu'ils aient la capacité d'utiliser les connaissances existantes.

Pour en revenir au déroulement des événements, la personne du siège de l'AP-HP qui suit les urgences en période estivale a reçu les premiers coups de fil le 7 août ; c'est sa connaissance des hôpitaux et de ses interlocuteurs qui lui a fait penser qu'il y avait quelque chose de sérieux. Elle a tout de suite appelé M. Deroubaix, qui a alors pris les dispositions appliquées le 8 août.

Pour les leçons à tirer, je crois qu'il faut imaginer toute une série de risques possibles. Aujourd'hui, ce qui nous guette, c'est une grippe qui frapperait aussi nos propres personnels. Il faut se préparer à cette éventualité.

M. Jean-Paul BACQUET : Pire encore, une mutation virale telle la grippe espagnole, ou la variole ! Dans ce cas, il y aurait beaucoup de morts.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Absolument ! Nous avons donc relancé la campagne de vaccination des personnels mais nous réfléchissons, avec le Pr. Carli, à la constitution d'une sorte d'armée de réserve, c'est-à-dire à la possibilité de recourir à des infirmières volontaires à la retraite, que l'on formerait régulièrement pour pouvoir les rappeler en cas de nécessité.

Il y avait une question aussi sur la préfecture de police et le ministère de la santé. M. Deroubaix a appelé le ministère dès le vendredi 8 août.

M. Dominique DEROUBAIX : Dès le jeudi 7 août, à 17 h 30 pour être très précis.

M. le Rapporteur : Qui avez-vous contacté au ministère de la santé ?

M. Dominique DEROUBAIX : Mme Toupillier.

M. le Rapporteur : Donc, la DHOS.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Dans les discussions que j'avais avec le Pr. Carli, dès le vendredi 8 août, on avait imaginé de réquisitionner des salles de congrès climatisées. J'avais donc demandé à mon directeur adjoint de cabinet, M. Gonin, d'appeler la préfecture de police pour voir s'il était possible d'utiliser des volontaires pour le faire, car nous ne disposions pas de suffisamment de personnels pour cela. Nous avons donc examiné si l'AP-HP avait des capacités réfrigérées à mettre à disposition. L'établissement Bichat en possédait, mais il a été victime à ce moment-là d'une panne d'électricité.

M. Dominique DEROUBAIX : Avec la préfecture de police, nous étions en contact dès le vendredi 8 août, puisque nous recherchions un lieu réfrigéré dans Paris et dans nos hôpitaux et, comme nous n'avions pas de personnel à disposition pour ces 50 lits trouvés à Bichat, nous l'avons sollicitée pour qu'elle demande des moyens auprès de la Croix rouge. Ce sujet a été forclos dès le dimanche 10 août, puisque les câbles électriques de Bichat ont fondu et, faute d'électricité, on est passé à un autre sujet pour essayer de faire face à la crise qui entrait dans son caractère aigu.

M. Edouard LANDRAIN : Il n'a plus été question de l'utilisation de lieux réfrigérés après ce moment-là ?

M. Dominique DEROUBAIX : Après la panne, l'hôpital Bichat a fonctionné sur groupe électrogène. Or, un groupe électrogène ne peut pas prendre en charge l'alimentation en énergie de tout un hôpital. Les lits en question étant fermés, ils n'étaient pas prioritaires et, à cette époque, la crise était arrivée dans sa phase aiguë. Notre souci était alors de gérer les urgences et la prise en charge des patients qui arrivaient de manière continue dans nos hôpitaux.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Pour ce qui concerne notre analyse médicale du phénomène, touchant principalement les personnes âgées, je peux vous transmettre la présentation du Pr. Carli, le lundi 11 août. Il y est indiqué que le sujet âgé fait partie des populations à risque.

M. le Rapporteur : Vous n'avez pas répondu à deux questions. En ce qui concerne les lits fermés, avez-vous constaté un écart entre la prévision et ce qui a été effectivement réalisé ? Il me semble qu'il y avait un écart suivant les établissements, que les fermetures de lits ne correspondaient pas toujours aux prévisions.

La deuxième question concernait le pourcentage de personnes de remplacement par rapport aux effectifs en place. Quel était le pourcentage des remplaçants ?

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Sur la deuxième question, je ne peux pas vous répondre. Sur la première, vous avez raison, il y a à peu près une soixantaine de lits de différence.

M. Pascal TERRASSE : Nous sommes là pour vous interroger sur le fonctionnement de l'AP-HP, mais préalablement, je voudrais dire que, au vu des éléments dont nous disposons aujourd'hui et des informations que vous avez données, je pense que l'AP-HP a bien fonctionné. Si nous avons été avertis, d'une manière générale, de ce drame qu'a connu notre pays, c'est parce qu'un salarié de l'AP-HP a bien voulu alerter les pouvoirs publics.

M. Jean-Paul BACQUET : Je ne suis pas du tout convaincu que ce soit une preuve de bon fonctionnement.

M. Pascal TERRASSE : Vous êtes responsable de l'AP-HP et je pense que vos services ont plutôt bien fonctionné. Quand on a l'habitude de gérer des établissements hospitaliers, on sait que les périodes estivales sont toujours très délicates car les personnels veulent prendre leurs vacances entre le 14 juillet et le 15 août même si, s'agissant de certaines conventions collectives, il existe des bonifications de jours complémentaires pour ceux qui acceptent de prendre leurs congés en dehors de ces dates. C'est d'ailleurs grâce à ce mécanisme que le système est en mesure de se réguler l'été.

Je souhaite vous poser trois questions.

Premièrement, vous serait-il possible de verser au dossier, réellement, les disponibilités dans les six services spécifiques que j'ai évoqués tout à l'heure ?

Deuxièmement, pouvez-vous verser également au dossier des informations qui vous auraient été transmises, j'imagine plutôt par la DHOS ou par l'ARH, s'agissant du renforcement des services durant les périodes estivales ? Ce problème n'est pas nouveau. Depuis plusieurs années et de manière récurrente, on voit un certain nombre d'organisations syndicales, de chefs de service nous indiquer qu'il existe des risques en période estivale.

Quelles sont les orientations qui vous ont été données par votre hiérarchie ? Avez-vous eu des indications précises vous demandant de faire attention cette année, précisément, de veiller à ne pas fermer de lits ? Nous avons besoin de savoir cela car nous avons des informations selon lesquelles le ministre de la santé aurait donné ces instructions. Il est important que nous sachions s'il n'y a pas eu de contradictions.

Troisièmement, vous avez laissé entendre que vous avez eu un contact avec le maire de Paris, dès le lundi 11 août.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Il s'agissait de son cabinet.

M. Pascal TERRASSE : Peu importe. Il était question de mettre à votre disposition les panneaux d'information de la capitale. Quelle suite a été donnée à cette proposition ? Cela a-t-il été mis en place, les choses ont-elles fonctionné comme la mairie de Paris et vous le souhaitiez ?

M. Jean-Paul BACQUET : Je remarque que le fait que les flux hospitaliers soient très variables n'est pas une nouveauté. Si tout était régulé, on réglerait tout par la prévention et on n'aurait plus besoin de soins curatifs. C'est vrai à l'hôpital ainsi qu'en médecine ambulatoire. Une pathologie ne se programme pas à l'avance. Ce n'est pas parce qu'il y a eu une canicule, avec des conséquences difficiles, que l'on découvre tout d'un coup qu'il est difficile de gérer les flux hospitaliers.

A mon sens, le problème n'est même pas d'avoir fait le diagnostic au départ. On a tout entendu : les réactions sommaires, brutales ; des déclarations du type : « *c'est de la faute au patient qui n'a pas arrêté les diurétiques, aux 35 heures, etc* ». Le vrai problème est que les hôpitaux ont été confrontés à un afflux brutal de patients.

Que l'on ait identifié ou non la pathologie, avions-nous la capacité de faire face à une catastrophe sanitaire non identifiée dans de meilleures conditions ? Y a-t-il eu la meilleure coordination entre les structures d'accueil et les structures d'alerte pour répondre à un afflux de patients non identifié au niveau de la pathologie – cette identification de la pathologie ne constituant pas le problème immédiat – ?

Le 4 août, les sapeurs-pompiers notent une augmentation très importante du nombre de leurs interventions. Le 8 août – je rappelle qu'ils ne sont pas médecins –, ils renforcent les équipes, le nombre de véhicules, mettent de la glace dans les véhicules, essaient de ventiler sans faire de diagnostic ; ils essaient de répondre à une situation de crise. Où est la coordination entre ce que certains vivent sans faire le diagnostic et ce que d'autres vivent parce qu'il y a un afflux de patients ?

Je suis persuadé que chacun a fait le maximum et je ne peux que louer le travail de mes confrères médecins ou du personnel hospitalier. Mais j'ai l'impression, en vous écoutant, qu'il n'y a pas eu de dysfonctionnement. Or, je n'en suis pas convaincu.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Je ne veux rien démontrer.

M. Jean-Paul BACQUET : C'est mon interprétation. A vous entendre, j'ai l'impression que tout a parfaitement fonctionné. Or je n'ai pas du tout ce sentiment.

Il y a deux ou trois ans, des cas de méningite qui n'étaient pas épidémiques mais pandémiques, se sont déclarés et, dans mon département du Puy-de-Dôme, il a été décidé de réaliser une vaccination de masse. Je consultais et, pendant ma consultation, j'ai reçu un afflux de coups de téléphone des familles me demandant s'il fallait être vacciné. M. Kouchner avait fait une déclaration à la télévision comme quoi on allait vacciner de façon massive ; il avait mobilisé pour cela les médecins scolaires, les médecins militaires, etc., oubliant d'ailleurs complètement d'autres médecins qui étaient parfaitement mobilisables. Cette communication télévisuelle a été tellement efficace que les gens me posaient des questions auxquelles je ne pouvais pas répondre. La leçon que je tire de cette expérience porte sur les moyens de faire savoir les choses. Y a-t-il eu une véritable coordination ?

Je ne partage pas du tout l'affirmation selon laquelle il n'y a pas eu de dysfonctionnement. S'il a fallu attendre la réaction, peut-être un peu médiatisée, d'un médecin de l'AP-HP pour que l'on prenne conscience, d'une façon générale le 7 août puis le 10 août, qu'il y avait un problème, c'est peut-être parce que d'autres ne l'avaient pas fait ou n'en avaient pas pris conscience.

Vous nous avez dit que vous êtes allée sur place le 10 août. Nous avons entendu, la semaine dernière, quelqu'un qui y est allé le 13 et qui nous a dit la même chose. La véritable question est : à partir de quel moment un afflux massif de malades, à pathologie identifiée ou pas, va déclencher une véritable coordination débouchant sur une mobilisation forte de tous les acteurs ?

M. Jean-Marie ROLLAND : J'ai le souvenir qu'en septembre, devant la mission d'information sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule, le Pr. Carli avait déclaré que lui-même avait compris avec un peu de retard que ce qui s'est passé à Paris et en région parisienne était de la même veine que ce qui s'était passé à Chicago, en 1995. Il nous avait dit que, dans la nuit du vendredi 8 août au samedi 9 août, il avait consulté sur Internet avec ses collègues régulateurs et qu'il avait compris ce qui se passait alors, donc tardivement.

En même temps, à l'Assistance publique – hôpitaux de Marseille, il semblerait que les dégâts aient été moins importants, que l'afflux aux urgences était un peu plus important, mais de l'ordre de 7 à 8 %, et la mortalité plus basse.

Premièrement, qu'en a-t-il été de la communication, dans un même pays, entre des gens qui avaient eu l'expérience, les Marseillais, et les Parisiens, qui ne l'avaient pas eue ?

Deuxièmement, vous avez parlé de la difficulté que vous avez eue à intéresser les médias. Je voulais avoir votre sentiment, plus de citoyenne que de directrice générale de l'AP-HP, sur cet aspect de communication et sur ce qui intéressait ou pas les médias.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Pour répondre à M. Bacquet, je ne défends aucune thèse. Je suis simplement choquée quand je lis : « *La canicule a montré le dysfonctionnement de l'hôpital public* ». Pour l'hôpital public – pour le reste, je ne sais pas –, je dis non ! Hospitaliser 2 050 personnes en plus sur une semaine, c'est l'équivalent d'un hôpital. C'est ce que j'ai répondu aux organisations syndicales qui m'ont dit que cela démontre que l'AP-HP n'a pas assez de personnel. Réfléchissons deux secondes : faut-il en effet avoir en permanence un hôpital complet avec le personnel correspondant, soit 4 000 personnes, en train d'attendre que quelque chose se passe ? Je ne parle pas du système sanitaire en général, ni du système d'alerte ; je ne peux pas parler de ce que je ne connais pas. Mais je prétends que l'hôpital public, face à cette situation, a bien réagi et je suis fière des personnels de l'AP-HP. Je ne défends aucune thèse. Je ne trouve pas qu'il y ait eu un dysfonctionnement de l'hôpital public.

M. le Rapporteur : Je voudrais revenir sur des éléments chiffrés. Sur les urgences, vous avez 2 000 personnes en plus. Comment sont-elles traitées ?

Il y a eu une augmentation de la mortalité. Pouvez-vous nous indiquer les chiffres de mortalité des patients de plus de 75 ans ?

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Les gens ont fait au mieux. Dans les urgences, il y avait des brancards partout. L'ensemble de l'hôpital s'est mobilisé. Une solidarité, que l'on ne voit pas toujours malheureusement, s'est manifestée entre les services de l'hôpital et les urgences.

M. Alain CLAEYS : Je comprends parfaitement votre attitude, lorsque vous affirmez que l'hôpital n'a pas dysfonctionné. Mais, au poste que vous occupez, l'hôpital a été le témoin de dysfonctionnements et je voudrais connaître votre point de vue sur ces dysfonctionnements.

M. Jean-Paul BACQUET : Evitons le cloisonnement ! Ce n'est pas parce que l'hôpital a très bien fonctionné, que le personnel a été très dévoué, que tout était parfait. Tout le monde, qu'il s'agisse de responsables d'administrations, d'établissements hospitaliers mais aussi de cabinets ministériels, nous dit que le système a très bien réagi.

On ne vous demande pas de justifier ce que vous avez fait. On aimerait comprendre, dans votre analyse personnelle, si vous avez conscience que des choses n'ont pas fonctionné et de ce qu'on pourrait préconiser pour qu'il y ait une meilleure coordination, pour que chacun n'accomplisse pas sa mission dans son coin, pour qu'en définitive, cela fonctionne mieux.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Il semble que le problème soit en amont. Je ne m'autoriserais pas à porter un jugement sur ce que je ne connais pas.

Nous, nous avons pu constater qu'on n'avait pas anticipé l'effet de la canicule. L'AP-HP a réagi dès que l'afflux de patients est arrivé. Etait-il possible d'anticiper davantage ? C'est une question que j'aimerais aussi poser en tête à tête à des acteurs du sujet, mais je ne m'autoriserais pas à apporter une réponse.

Sur la coordination, vous avez raison. En interne, à l'AP-HP, nous nous sommes bien coordonnés et c'est ce qui a fait la qualité de notre réponse. Ceci dit, je suis prête à reconnaître que nous avons raisonné entre nous. L'AP-HP est une grosse structure ; il y a toute la filière de soins. Elle s'est coordonnée toute seule.

Le lundi 11 août, je me suis rendu compte d'une chose : pour mobiliser l'ensemble des services – et pas seulement les urgences – de l'hôpital, il fallait expliquer que la situation ne correspondait pas au problème habituel des personnes âgées qui sont abandonnées l'été. La personne âgée qui reste avec le numéro du SAMU à côté de son téléphone est une rengaine répandue. Or, les médecins qui étaient là sont allés aux urgences ; ils ont vu. C'est pourquoi j'insiste sur la nécessité de voir et d'entendre parler. Encore une fois, je ne cherche pas à justifier quoi que ce soit. Simplement, je suis assez fière de la réaction de nos personnels et il me semble important de le dire.

M. Jean-Paul BACQUET : Ce qui m'intéresse c'est que vous ayez dit en substance : « *nous avons fait le maximum dans notre structure* ».

M. le Président : Chaque service a fait la même chose. Tous défendent la même argumentation : « *on a fait le maximum, on est fier de ce qu'on a fait* » sauf que tout n'a pas bien marché. Le résultat n'est pas très positif, au-delà du dévouement et de la compétence des gens qui ne sont pas en cause.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Vous m'interrogiez comme citoyenne ; j'ai pris conscience de l'effort que nos concitoyens vont devoir consentir pour une prise en charge correcte des personnes âgées. Cela crevait les yeux, encore une fois, en dehors de la crise même résultant de la canicule.

M. Jean-Paul BACQUET : C'est une prise de conscience que notre pays vieillit.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Sur le renforcement des services en période estivale, je vous ai dit que je vous donnerai les éléments.

Sur les instructions, j'ai le souvenir qu'il y avait des indications concernant les établissements de gériatrie.

M. Pascal TERRASSE : Y a-t-il eu des instructions précises, des notes de la DHOS, du ministère de la santé, de la DDASS ou de l'ARH, puisque la problématique des lits fermés n'est pas nouvelle et que, généralement, en juillet, les organisations syndicales alertent, par voie de presse, l'opinion publique ou les politiques sur leurs responsabilités ?

Il y a eu des informations selon lesquelles des instructions ont été données sur la fermeture des lits ; pouvez-vous verser ces informations au dossier ?

M. Dominique DEROUBAIX : On pourra regarder précisément si ces instructions existaient, si on les a reçues et comment on les a mises en œuvre.

Je voudrais insister, par rapport à une vie professionnelle antérieure – puisque j'ai exercé des responsabilités dans des structures de tutelle –, sur le fait qu'en règle générale, ce type d'instructions était reçu dans les établissements à une date telle que les congés annuels des personnels étaient nécessairement déjà programmés. Vous imaginez bien que les congés annuels des personnels hospitaliers sont préparés par les établissements dès le mois de février. Quand les instructions arrivent en juin pour dire qu'il faut prioriser cette année les services de médecine ou de personnes âgées, soit il est trop tard, soit c'est déjà fait.

M. Pascal TERRASSE : Concernant les panneaux de la mairie de Paris ?

M. Dominique DEROUBAIX : Les messages ont été passés sur les panneaux de la ville très rapidement.

M. Pascal TERRASSE : Vous avez consulté le cabinet du maire de Paris en lui demandant de diffuser des informations sur les panneaux ?

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : En fait, c'est le cabinet du maire qui nous a proposé d'utiliser les panneaux de la ville. Je me souviens d'un coup de fil pour échanger sur le sujet et, comme j'étais obsédée par les messages de prévention à faire passer, dans la lignée de notre réunion interne de ce lundi 11 août, j'ai évoqué cette question et spontanément, on m'a proposé de faire passer les messages que nous aurions à diffuser sur les panneaux de la mairie de Paris.

M. le Rapporteur : Sur les liaisons avec vos partenaires habituels que sont notamment les sapeurs-pompiers, la semaine dernière, le commandant de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris a fait état d'un certain nombre de difficultés, probablement pas nombreuses, mais qui correspondaient à des refus d'admissions par certains établissements de victimes transportées par ambulance. Avez-vous eu écho de cela ?

Avec les sapeurs-pompiers, quelles sont les réunions qui ont pu avoir lieu, qui se tiennent habituellement ou qui se sont tenues à titre exceptionnel ? On a l'impression qu'il n'y a pas énormément de coordination entre l'AP-HP et la brigade de sapeurs-pompiers de Paris.

Enfin, concernant la gestion des effectifs, les 35 heures n'ont-elles pas compliqué les choses ? Dès lors que vous rencontriez déjà des difficultés avec les lits fermés, cela ne surajoutait-il pas aux difficultés de l'AP-HP ?

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

Pour le reste, la consigne donnée était que les établissements de l'AP-HP n'avaient pas le droit de refuser des victimes arrivant aux urgences. C'est bien pourquoi, d'ailleurs, je vous ai parlé d'Avicenne tout à l'heure : les sapeurs-pompiers amenaient sans cesse des victimes ; l'hôpital les accueillait, même s'il ne savait pas où les installer.

M. Dominique DEROUBAIX : Je confirme qu'il n'y a pas eu de refus d'admission pendant cette première quinzaine du mois d'août à l'AP-HP. Je précise que les rapports que l'institution entretient avec la brigade des sapeurs-pompiers de Paris sont canalisés par le biais du SAMU qui organise le dispositif des urgences sur la place de Paris et de la région parisienne.

M. Jean-Paul BACQUET : Tout à l'heure, il nous a été dit que la suppression de l'entente préalable avait été un verrou qui avait sauté. L'avez-vous vécu comme tel ? Qui a demandé cette suppression de l'entente préalable ? Qui a ressenti la nécessité absolue de le faire ? J'ai posé la question précédemment : y avait-il un certain nombre de dossiers s'entassant de demandes d'entente préalable sans réponse ?

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Tout à fait. Peut-être d'autres personnes que nous l'ont demandé, mais je me souviens que, le lundi 11 août, dans le tour que nous faisions dans les hôpitaux, nous avons constaté ce problème et nous nous sommes tournés vers le cabinet du ministre de la santé. C'est M. Grouchka qui a levé ce verrou.

M. Jean-Paul BACQUET : C'est à votre initiative que cette décision a été prise ?

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Je me souviens d'avoir été interpellée sur ce sujet et d'avoir demandé qu'on appelle M. Grouchka.

M. Jean-Marie ROLLAND : Je n'ai pas obtenu de réponse sur les difficultés de communiquer ni sur la comparaison vis-à-vis de l'expérience des hôpitaux de Marseille.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Nos médecins, notamment le Pr. Carli, avaient appelé l'assistance publique de Marseille et d'autres structures hospitalières.

Il lui a été expliqué que Marseille n'avait pas connu cet afflux de victimes. Je pense que la raison tient en partie au fait qu'ils ont l'habitude de la chaleur et qu'ils étaient mieux pourvus sur les équipements de rafraîchissement – ce qui nous a incités à conduire une réflexion sur le sujet.

L'explication tient peut-être aussi dans le fait que Marseille est une juxtaposition de villages – pour reprendre l'analyse du directeur général de l'assistance publique de Marseille, qui a été auditionné avec moi par la mission d'information de votre Assemblée, en septembre – ; il y a beaucoup de communautés. Je parle de mon point de vue, mais il nous a semblé que, dans les endroits où il y avait une prise en charge collective plus importante, il y avait moins de victimes. C'est pourquoi la géographie est très étonnante parfois. Ce ne sont pas les endroits les plus défavorisés qui ont connu le plus de difficultés.

M. le Président : Au contraire, car c'est là où la solidarité est la plus forte.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Sur les 35 heures, je ne suis pas en mesure d'évoquer un quelconque effet.

Audition de M. Gilles BRÜCKER,
directeur général de l'institut de veille sanitaire (InVS)

(Extrait du procès-verbal de la séance du 19 novembre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

M. Gilles BRÜCKER est introduit.

M. le Président : Vous avez déjà été entendu par la mission d'information, le 15 septembre dernier. Vous nous aviez indiqué que l'InVS n'avait reçu, jusqu'au 5 août, « *aucune information, aucun message, aucun signal sur le phénomène chaleur, ses conséquences, ses risques.* »

A la suite du signalement de décès par hyperthermie le 6 août par la DDASS du Morbihan, des échanges sont intervenus avec la DGS notamment, mais qui ne débouchent pas sur une mise en alerte forte des pouvoirs publics. Dans le même temps, des organismes comme l'AP-HP ou la DHOS sont pourtant confrontés à d'importantes difficultés.

Il semble bien que l'information entre administrations n'ait pas circulé, alors qu'elle aurait sans doute pu permettre de mieux prendre conscience de l'ampleur de la crise. Il semble que vous ayez eu aussi des difficultés à obtenir cette information.

Parmi les missions qui vous sont encore attribuées, puisque la loi n'a pas encore été modifiée, l'article L.1413-2 du code de la santé publique dispose que l'Institut de veille sanitaire, établissement public de l'Etat, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, est chargé d'effectuer la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population, en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés, participant à un réseau national de santé publique. Il a pour mission de recueillir les données, de rassembler et d'actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leurs évolutions et de détecter tout événement modifiant ou susceptible d'altérer l'état de santé de la population.

Je souhaiterais que nous puissions revenir sur cette mission. La modification législative intervenue dans le projet de loi de santé publique ne remet pas en cause cette mission de détection de tout événement. En l'occurrence, nous étions face à un événement qui modifiait ou qui était susceptible de modifier ou d'altérer l'état de santé de la population. Pourquoi n'a-t-il pas été détecté ? C'est la question centrale à laquelle il faudra répondre. Il est d'ailleurs aussi de notre responsabilité de formuler des propositions. C'est pourquoi nous souhaitons clarifier ce point.

Par ailleurs, nous serions intéressés par des éléments de comparaison avec la situation chez nos partenaires européens, touchés par la canicule.

Il serait intéressant enfin que vous nous disiez quelle appréciation vous portez sur la redéfinition de vos missions dans le cadre du projet de loi de santé publique.

M. le Président lui rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête lui ont été communiquées. A l'invitation du Président, M. Brücker prête serment.

M. Gilles BRÜCKER : Je vais essayer de resserrer le sujet autour des questions clés, car beaucoup d'informations ont déjà été transmises et j'ai eu l'occasion de m'exprimer devant la mission d'information.

Cette grande catastrophe, aux conséquences inimaginables, nous a tous très profondément bouleversés, car bien que la loi confie à l'InVS la mission de surveiller tout événement qui peut altérer la santé, de détecter toute menace et d'alerter les pouvoirs publics, il faut reconnaître que cette canicule n'a pas été perçue comme une menace et n'a pas été anticipée. Dès lors, la première question est de s'attacher à savoir pourquoi.

Cela me conduit à une brève présentation de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et à la définition de son champ de compétences pour essayer de répondre au mieux à la mission immense que lui confie la loi.

C'est un institut jeune, mis en place par la loi de sécurité sanitaire de 1998. Il ne s'est pas fondé *ex nihilo*, mais sur le réseau national de santé publique qui travaillait essentiellement sur les maladies infectieuses et assez peu sur les questions environnementales. Lors de la mise en place de l'InVS, la question a été posée de manière très structurée de savoir ce qu'il convenait de faire pour remplir cette mission : tout surveiller partout, tout le temps et de façon immédiate. Il a bien fallu, comme dans toute stratégie, arrêter des choix. De la même manière qu'une politique de santé publique ne peut pas faire tout partout, tout le temps, nous avons eu des choix à opérer. Ils ont été organisés de manière extrêmement concertée entre la tutelle – le ministère de la santé et singulièrement la direction générale de la santé – et l'InVS en 1998 et 1999. Je n'y ai pas participé, puisque j'assure mes fonctions depuis avril 2002. J'ai repris les conditions dans lesquelles ce périmètre a été défini et j'ai pu observer qu'il l'avait été de manière extrêmement structurée. Il a été fait appel à de très nombreux experts, des experts de l'environnement, des responsables de l'administration de la santé, des responsables de la santé publique, des personnes du milieu associatif. Entre 60 et 80 personnes ont contribué à cette définition pour le simple champ environnemental. Il en fut de même dans les autres domaines, les maladies chroniques, les maladies infectieuses.

Dans la mesure où organiser la surveillance de l'environnement dans une perspective de veille sanitaire est une démarche tout à fait nouvelle dans le cadre de la santé publique, il a fallu opérer des choix entre des dizaines et des dizaines de thèmes qui furent proposés très librement par des experts. Après avoir repris l'ensemble des propositions, je dois signaler qu'un des experts – dont on ne connaît pas le nom, couvert par l'anonymat de la procédure – avait proposé, sans citer la canicule, les « phénomènes climatiques ». Comme il était le seul et que beaucoup d'autres thèmes avaient été cités, cette proposition n'a pas été retenue parmi les priorités.

A posteriori, l'on peut toujours se demander comment il se fait qu'une telle proposition n'ait pas été retenue. En fait, chacun comprend assez bien cette abstention dans un pays tempéré comme la France, qui a connu tout de même assez peu d'événements climatiques de ce type. La canicule du mois d'août ne s'est jamais produite avec une telle ampleur ni une telle gravité sur le territoire national. Certes, la France avait connu un

phénomène relativement semblable en 1976 et Marseille en 1983, mais il est intéressant de noter qu'aucun rapport ou document ne permet de mesurer les conséquences de la canicule de 1976. Nous avons repris avec l'unité de l'INSERM, le Centre d'étude épidémiologique des décès (CépiDC) qui se charge de l'étude de la mortalité, l'étude de la canicule de 1976 pour constater qu'elle avait fait 6 000 décès. Personne n'était en possession de cette information. Aujourd'hui, certains nous opposent le précédent de 1976 ; non, personne n'a noté en 1976 un phénomène climatique susceptible de constituer une réelle menace. Certes, à l'étranger, des phénomènes climatiques ont été enregistrés. Chicago a connu une canicule en 1995, Athènes en 1987, mais cette situation paraissait trop peu probable pour être retenue comme devant faire l'objet d'une prise en compte.

De nombreux autres thèmes ont été définis. Je rappelle que dans le champ environnemental, l'Institut de veille sanitaire organise une surveillance très étroite de la pollution atmosphérique, de la pollution de l'eau, de la pollution des sols, ainsi que bien d'autres surveillances qui constituent un travail d'expertise très important sur l'environnement.

M. le Président : Nous y reviendrons.

M. Gilles BRÜCKER : Allons à l'essentiel : ce thème n'est pas retenu. Les ressources humaines de l'InVS, au sein d'un contrat d'objectifs et de moyens signé avec le ministère, sont exactement calquées sur les programmes qu'il faut développer. L'InVS met en place de très nombreux réseaux de surveillance. Nous avons recensé environ 60 réseaux de surveillance pour les pathologies environnementales ou infectieuses. Les phénomènes météorologiques ne figuraient pas parmi les menaces.

Ce contrat constitue notre feuille de route ; pour chaque programme sont définis nos besoins : la marge de manœuvre pour anticiper est quasi nulle. Cela pose une question de fond : il faut être en mesure de rediscuter à chaque exercice un certain nombre d'objectifs. Pour autant, aurions-nous inscrit la canicule en janvier 2003 si nous avions eu l'occasion de réfléchir à nouveau aux objectifs prioritaires ? Aucun élément nouveau en janvier ne nous permettait d'inscrire ce risque parmi les risques émergents. Je le confirme : au 5 août, à l'Institut de veille sanitaire, l'on perçoit qu'il fait chaud, mais personne, là comme ailleurs, ne voit un risque sanitaire majeur. Au cours des différentes réunions de concertation avec les agences de veille sanitaire et avec nos autres partenaires, jamais, à aucun moment, l'attention n'a été appelée sur le risque sanitaire lié à la canicule. D'ailleurs, le bulletin météorologique véritablement alarmant de Météo France date du 7 août ; si un bulletin antérieur a parlé de forte chaleur, la terminologie de « canicule » et de « risque pour les groupes exposés » ne figure que sur celui du 7 août.

Pour m'en tenir aux faits les plus marquants de ces jours-là, rien n'est signalé jusqu'au 5 août. Quelques informations éparses et parcellaires émergent les 6, 7 et 8 août. Une seule DDASS nous informe de trois décès par coup de chaleur, ce qui constitue un nombre non négligeable. Un réanimateur d'un hôpital parisien nous appelle le 7 août pour transmettre l'information selon laquelle des personnes en état de coup de chaleur sont hospitalisées dans son service. Il s'en préoccupe. Dès lors, s'ouvrent des échanges pluri-quotidiens avec la direction générale de la santé pour comprendre ce qui se passe.

Le 8 août, l'Assistance publique tient une réunion de crise sur l'encombrement des urgences ; je dois dire qu'aucune information émanant des urgences ou de l'Assistance publique n'arrive à ce moment-là à l'Institut de veille sanitaire. Dès lors, la question se pose de savoir pourquoi nous n'avions pas de recueil d'informations à partir des urgences.

Il serait sans doute utile de bénéficier des systèmes d'information des urgences pour effectuer la veille sanitaire.

M. le Président : Des urgences ou d'ailleurs. Parlez-nous des capteurs.

M. Gilles BRÜCKER : Nous avons aujourd'hui bien identifié les capteurs et noté que, parmi les intervenants sanitaires de première ligne, figuraient les opérateurs de la sécurité civile, en particulier les pompiers. Vous le savez – nous l'avons dit : nous avons rencontré des difficultés à obtenir ces informations. Lorsque le 11 août, nous avons cherché à obtenir l'ensemble des informations concernant les interventions des pompiers, nous n'avons pu les obtenir. A cette époque, j'étais encore en congé. M. Martial Mettendorff, directeur adjoint, assurait alors la direction de l'InVS. Le directeur adjoint est intervenu auprès de la DGS pour obtenir les données des pompiers, qui a sollicité le ministère de l'intérieur. Le 13 août au soir, le directeur adjoint de l'InVS a été en contact direct avec le cabinet du ministère de l'intérieur pour examiner les conditions d'accélération des remontées des certificats de décès.

A la date du 8 août, nous ne disposions pas des informations sur l'ampleur du problème, mais nous étions conscients qu'il se passait quelque chose et qu'à ce titre, nous devions procéder à un recueil d'informations. Celui-ci fut donc mis en œuvre après des échanges avec la DGS, le vendredi 8 août, pour mettre en place l'enquête sur les intervenants sanitaires de première ligne et à partir du lundi 11 août après des échanges avec le cabinet du ministre pour lancer une enquête sur les décès par coup de chaleur.

A cette date, le grand pic est passé. Après, hélas ! nous allons compter les morts ; mais il est trop tard, car les courbes – j'ai apporté des exemplaires des travaux de l'InVS d'aujourd'hui – montrent bien l'extraordinaire corrélation entre le pic thermique et celui des décès. C'est effectivement le week-end du 9-10 août et jusqu'au 12 août que se situe le pic de la mortalité.

Ensuite, nous avons mis en place de nombreuses enquêtes qui amènent à se poser beaucoup de questions. Ainsi, par exemple, l'enquête que nous avons conduite dans les établissements de soins sur les personnes décédées de coup de chaleur montre que 63 % d'entre elles venaient d'institutions pour personnes âgées. Cela pose tout de même une question importante. Je précise toutefois que ces 63 % ne sont pas représentatifs de l'ensemble des décès, puisque ce chiffre méconnaît les personnes décédées à leur domicile personnel. Il est frappant de noter que, sur un nombre élevé des décès, dont la moitié d'ailleurs date des 9, 10 et 11 août, une proportion majoritaire venait d'établissements où l'on avait toutes les raisons du monde de penser qu'elles étaient prises en charge. Cela pose des questions extrêmement importantes sur la manière la meilleure et la plus précoce de déclencher l'alerte. Mais au-delà, que faisons-nous ?

On peut également relever que nombre de ces personnes prenaient des médicaments, ce qui pose la question de l'interaction entre médicaments et canicule.

M. le Rapporteur : Quelles informations ou éléments nouveaux peuvent-ils vous conduire à modifier les propos que vous avez tenus lors de votre intervention devant la mission d'information ?

Sur les moyens disponibles, on s'aperçoit qu'il aurait fallu davantage de capteurs dans les hôpitaux, mais aussi dans les maisons de retraite ou au niveau municipal.

Avez-vous le sentiment que les moyens disponibles étaient suffisants ? Autrement dit, le nombre de personnes disponibles était-il suffisant ? Les sous-effectifs expliquent-ils que l'information n'ait pas pu vous parvenir ?

A l'InVS, quels étaient les moyens disponibles ? Vous fonctionnez 24 heures sur 24, 365 jours par an. Quels étaient précisément les moyens en personnels qualifiés pour recueillir ces informations ?

L'InVs était-il structuré pour percevoir un problème comme celui de la canicule, alors qu'il l'est plutôt pour détecter les épidémies ?

M. le Président : Je souhaite revenir sur la question des capteurs, très intéressante à analyser. Vous précisez, dans votre propos liminaire, qu'il avait été nécessaire de procéder à des choix parmi des dizaines de thèmes. On voit bien que l'InVS se situe dans une logique qui consiste à aborder les questions en fonction des risques qui peuvent exister. Or, on peut précisément, laisser passer entre les mailles du filet un certain nombre de risques, faute de les avoir répertoriés. Pour quelles raisons n'a-t-il jamais été prévu une collecte d'informations, non par thème, mais à partir des événements du terrain qui peuvent ensuite être décryptés, notamment au regard d'appréciations scientifiques ? Là on retrouve les urgences et d'autres secteurs, telles les maisons de retraite, etc. Quand un événement se produit sur le terrain, avant même de pouvoir identifier tel ou tel risque, l'information vous parvient-elle ? Apparemment pas.

Des événements sont survenus à la DDASS du Morbihan, ainsi que chez les pompiers ou dans les services d'urgence. Bon an mal an, tout cela est plutôt bien géré ; mais les informations sur ces événements ne vous parviennent pas en totalité et il est donc très difficile de discerner un problème, puisque l'on ne peut les collecter. Pour quelles raisons l'organisme chargé de détecter tout événement modifiant ou susceptible de modifier l'état de santé de la population n'a-t-il pas mis en place un mécanisme permettant de savoir ce qui se passait sur le terrain ?

Si demain, nous mettions en place une procédure particulière sur les climats, elle ne servirait à rien le jour où nous serions confrontés à un autre problème. Comment l'identifierions-nous ?

M. Gilles BRÜCKER : Je suis d'accord avec toutes vos questions, ce sont celles que nous nous posons.

Malheureusement, il n'existe pas de réseau qui surveille tout, partout et tout le temps, comme n'existe pas le médicament qui guérit toutes les maladies. En matière d'épidémiologie et de veille sanitaire, le système qui permettrait de collecter toute l'information dont nous avons besoin, mais rien que l'information dont nous avons besoin, n'existe pas.

Il faut construire des réseaux à partir de la définition de ce que nous voulons essayer de savoir et de voir. Voilà pourquoi la mission de prévoir l'imprévisible est très intéressante à élaborer conceptuellement. Cela signifie « essayer de trouver l'objet dont on ignore qu'on le cherche ! », ce qui est toute la difficulté de l'exercice. Le principe de la veille sanitaire consiste à identifier les risques, les problèmes, les situations qu'il faut savoir repérer pour bénéficier de la collecte d'informations. Vous dites que cela ne fonctionne pas, or cela fonctionne dans un nombre considérable de cas.

M. le Rapporteur. Dans le cas d'un tremblement de terre, il est évident que cela fonctionne !

M. Gilles BRÜCKER : Nous avons un réseau de veille sanitaire qui sait identifier quatre cas isolés de listériose sur le territoire national. Avec une extrême rapidité, nous pouvons affirmer qu'il s'agit bien de la même souche, vérifier qu'elle vient bien d'un aliment connu et interrompre la production de l'aliment. C'est là une performance que je salue, et ce d'autant plus que je ne suis pas responsable de la mise en place du système, que je trouve admirable. Des collectes d'informations ponctuelles, parcellaires, sur le terrain, centralisées et analysées à l'InVS, cela fonctionne. Le quotidien de l'InVS consiste à intervenir sur un cas de méningite…

M. le Rapporteur : Dans la Mayenne, s'est déclaré samedi un cas de méningite. Il n'existait pas de vaccin disponible dans les laboratoires, aucune permanence administrative, ni le samedi, ni le dimanche, ni le lundi, ni le mardi. Cela fonctionne peut-être sur le papier, mais qu'en est-il vraiment sur le terrain ?

Pardonnez cette intervention brusque, mais j'ai eu la preuve flagrante que cela ne fonctionnait pas.

M. Gilles BRÜCKER : L'information, certes, ne nous parvient pas de partout aussi bien que nous le voudrions, et cela mérite une évaluation. Je suis bien convaincu que l'on pourra trouver des cas où elle n'est pas remontée de façon satisfaisante et cela pose la question de savoir comment elle peut être recueillie sur le terrain le mieux possible. D'une façon générale, face à un certain nombre de situations épidémiques, notamment des risques infectieux, j'ai le sentiment que la situation est plutôt assez bien maîtrisée. Un travail considérable de veille sanitaire a été conduit sur le SRAS en liaison étroite avec le terrain, mais nous savions ce que nous recherchions. Nous avons identifié les personnes revenant d'Asie avec une pneumopathie. Quand nous ne savons pas ce que nous cherchons, l'action s'avère beaucoup plus difficile. Nous éprouvons des difficultés à concevoir des phénomènes inconnus, mal identifiés, mal cernés. L'Institut de veille sanitaire s'est trouvé très impliqué dans le cadre de la réflexion sur le bioterrorisme ; dès lors qu'il a été décidé de surveiller le charbon, la variole, la tularémie, le botulisme, toutes ces maladies qui peuvent être liées à une attaque terroriste, on sait de quelles maladies il s'agit, quel laboratoire conduit les diagnostics, et on construit les réseaux de surveillance de ces maladies.

L'hypothèse que vous posez est une hypothèse que l'on doit se poser, mais quand on ne sait pas ce que l'on cherche, comment nous faire parvenir l'information ?

M. le Président : En l'occurrence, la manifestation était le nombre de décès.

M. Gilles BRUCKER : Nous avons en théorie mis en place un dispositif dont je ne sais s'il serait efficient, selon lequel un phénomène inconnu, mal identifié et posant un certain nombre de problèmes doit être signalé. Lors de l'encombrement des services des urgences, nous n'avons pas reçu d'informations, faute de système de collecte de l'information directe à partir des urgences. Pourquoi ? La surveillance étant opérée en fonction de pathologies ou de syndromes caractérisés, les urgences sont des lieux où il est assez difficile de procéder à cette collecte. Nous y travaillons très activement avec les services d'urgence. La culture de santé publique et celle d'épidémiologie ne sont pas la valeur première du métier des urgentistes. Ces derniers sont entièrement d'accord pour participer à cette veille, mais actuellement la construction de ce type de réseau pose le problème d'une organisation des

systèmes d'information, actuellement d'une très grande hétérogénéité, à partir des services d'urgence. Nous nous y employons, mais nous ne disposions pas de ce système cet été.

Nous possédons de très nombreux autres capteurs. Nous travaillons avec les généralistes du « réseau sentinelle », avec les médecins hospitaliers sur certaines pathologies spécialisées, avec des unités INSERM, des laboratoires de biologie et notamment les 46 centres nationaux de référence placés sous notre coordination. Nous travaillons avec d'autres partenaires, y compris dans le domaine de l'environnement, sur la qualité de l'air par exemple. On peut ainsi répertorier un grand nombre de structures qui participent à des réseaux. Ce sont, à chaque fois, des réseaux différents. On en dénombre une soixantaine pour une soixantaine de problèmes. Mais le phénomène « canicule » et les coups de chaleur enregistrés aux urgences n'ont pas été inscrits dans la construction des réseaux de surveillance.

M. le Rapporteur : Dans certaines zones, les décès sont nombreux, sur d'autres, beaucoup plus faibles. Avec vos réseaux, le maillage est-il suffisamment fin ? Peut-on détecter un événement dans une sous-zone non couverte par l'un de vos 46 centres de référence ?

M. Gilles BRÜCKER : On peut souligner à l'occasion de cette canicule – mais cela fut signalé déjà bien avant par l'unité dite CépiDC de l'INSERM, dirigée par M. Eric Jougla – que le système de collecte de l'information concernant les décès est inapproprié. Les certificats de décès ne parviennent pas à l'InVS. On pourrait le concevoir, mais, dans le cadre du nouveau projet de loi, un tel schéma n'a pas été retenu. L'information est transmise au CépiDC avec lequel nous entretenons des liens très étroits. Le certificat de décès passe par l'état civil de la mairie, et par les médecins inspecteurs de santé publique des DDASS pour être ensuite adressé au CépiDC. Nous constatons aujourd'hui avec regret – et M. Eric Jougla l'avait déjà signalé de longue date – que le CépiDC n'est en mesure de réaliser une analyse quantitative et qualitative des causes de décès qu'au terme d'une année. Il est certain que nous devons changer cela et nous nous employons avec le CépiDC à étudier la façon faire remonter l'information, non en temps réel, mais, au moins, d'une façon accélérée. Les Anglais disposent d'un système qui permet une transmission hebdomadaire du nombre de décès, d'où une évaluation assez rapide de leur situation. La leçon que nous tirons tous de la canicule est simple : il nous faut changer le système actuel pour disposer rapidement du nombre de décès et, si possible, de la qualité des personnes décédées afin de permettre une analyse épidémiologique. Nous ne disposions pas, cet été, de tels outils.

J'en viens aux moyens de l'InVS. Nous fonctionnons 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 pour un système qui, s'il a été pris en défaut d'alerte, n'a pas été pris en défaut de veille. Au mois d'août, le fonctionnement permanent de la veille sanitaire était parfaitement assuré. Notamment, le responsable du département santé-environnement et le responsable des maladies chroniques étaient présents dès les premiers jours d'août ; on n'a pas constaté de carence d'effectifs ou de moyens lors de la canicule, même si nous n'étions pas en effectif pléthorique. Face à la canicule, beaucoup d'épidémiologistes sont revenus de vacances pour aider à la mise en place des enquêtes.

M. le Rapporteur : Précisément, combien étiez-vous au début du mois d'août ?

M. Gilles BRÜCKER : Je n'ai pas les chiffres ; je vous les communiquerai.

M. Georges COLOMBIER : La loi précise que l'InVS a pour mission de détecter tout événement modifiant ou susceptible d'altérer la santé des populations. Comment la

convention d'objectifs et de moyens a-t-elle prévu de prendre en charge les missions définies par la loi ?

M. Alain CLAEYS : Vous avez été clair sur les choix retenus par votre organisme, les priorités données et vous avez expliqué qu'avant votre arrivée, les phénomènes climatiques n'avaient pas été retenus. C'est en fonction des priorités que le contrat d'objectifs avec l'Etat était négocié pour définir les moyens sur chacune des priorités.

Le 11 août, lorsque vous demandez des précisions sur le nombre d'interventions, quelles explications fournissent vos collaborateurs pour expliquer les difficultés rencontrées pour fournir ces chiffres ? Il faut en effet attendre deux jours pour l'obtenir.

Vous expliquez que vous avez des échanges téléphoniques avec la direction générale de la santé à partir du 8 août. A quel moment le cabinet du ministre prend-il l'initiative de vous consulter et d'organiser une réunion avec vous et les différentes directions concernées, direction générale de la santé et direction de l'hospitalisation ?

M. Claude LETEURTRE : Vous avancez que vous êtes capables de repérer une source de listériose, c'est très bien – et parfois beaucoup trop quand on note une compétition aux effets extrêmement préjudiciables entre les différents ministères. Mais je m'interroge et reste un peu perplexe devant l'absence de capteurs sur les sites pilotes. Je pense, soit aux hôpitaux, soit à certaines mairies. On sait, en effet, que 80 % des personnes meurent à l'hôpital. Des capteurs, soit à la mairie de certaines villes, soit à l'hôpital, permettraient de donner l'alerte.

J'évoquais la listériose, car il est choquant que vous ayez des capteurs pour ce type d'épidémie et que vous n'ayez pas cherché à les avoir pour la canicule. Dites-nous donc quel type de capteurs de décès vous mettez au point. Etant donné vos missions, nous sommes un peu inquiets, car si peu d'experts avaient évoqué cette éventualité, pour autant, elle n'était pas exclue.

M. Gérard BAPT : Nous avons reçu les travaux des professeurs Besancenot et San Marco sur la prise en compte de la canicule ; ce dernier aurait fait passer des messages d'alerte dès juillet sur ce phénomène qu'il connaît, qu'il avait déjà rencontré à Marseille. Ces alertes sont-elles parvenues à l'InVS ?

Les données épidémiologiques apportent-elles la preuve qu'à la surmortalité caniculaire a succédé une sous-mortalité post-caniculaire annoncée par quelques beaux esprits de la santé publique ?

Avez-vous des éléments sur les âges des personnes décédées ? En effet, la DDASS du Morbihan alertait le 6 août sur des cas d'hyperthermie sur les lieux de travail s'agissant de personnes de 35, 45 et 56 ans. Cette alerte – âge jeune, lieu de travail – n'a-t-elle pas constitué un élément particulier d'alerte ?

Sur l'immunovigilance, nous disposons d'un extraordinaire système de vigilance mis en place, mais totalement centré sur les maladies infectieuses. En interrogeant la DRASS et la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) qui compte 6 agents à Toulouse dont au moins 3 en août, j'ai constaté que ces derniers n'ont jamais été consultés ni alertés par qui que ce soit avant de recevoir le formulaire lancé par l'InVS à la demande

du ministère. La cellule est un organisme totalement déconnecté ; or, en ce qui concerne l'information, il serait préférable de mesurer l'évolution du nombre d'entrées aux urgences que l'évolution du nombre de certificats de décès ! Il semble préférable d'obtenir ces informations *pre mortem*. Je me suis rendu aux urgences à l'hôpital Purpan de Toulouse le 14 août. Le médecin urgentiste présent m'a présenté les tableaux informatiques retraçant l'évolution des entrées et leur comparaison avec les années précédentes. Ainsi, dès la fin juin, on notait une augmentation des admissions aux urgences ; celles-ci progressaient tout le mois de juillet. Une grève des urgentistes fut même déclenchée fin juin pour réclamer des moyens et moins de fermetures de lits. Ces éléments étaient connus, comme étaient connus les âges des patients. Il suffisait d'un mail partant chaque jour vers la cellule de veille ou un autre organisme pour donner, au moment des entrées aux urgences, l'évolution des pathologies, des âges et des publics concernés.

Autre suggestion : des services d'alerte fonctionnent avec les médecins libéraux pour la grippe. Un tel système pourrait être étendu aux médecins gériatres et aux établissements de personnes âgées.

Des mairies comptent sur leur territoire de nombreux établissements pour personnes âgées et sont donc sensibles à l'évolution de la mortalité concernant telle ou telle population.

M. Serge BLISKO : M. le directeur, certains de vos propos appellent explications. Vous indiquez qu'un an est nécessaire pour analyser les causes des décès. Il existe cependant un bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), d'une lecture un peu austère, je le reconnais, mais qui me semble fournir des informations sur la mortalité et la morbidité dans des délais proches du temps réel. Comment expliquez-vous cet écart ?

L'Institut est-il responsable de la parution de ce BEH ?

Nous avons bien compris comment les programmes de veille ont été choisis et je m'associe aux questions sur les capteurs. J'ai fait moi-même partie du RNSP sur la grippe et du « réseau sentinelle ». N'avons-nous pas un modèle conceptuel vieux de cent ans sur les maladies infectieuses dans ce pays ? Les pathologies et les désordres liés à l'environnement restent encore mal appréhendés tant par le milieu médical que par l'administration. Tous les exemples que vous donnez – listériose, méningite – relèvent du modèle des maladies infectieuses, c'est-à-dire du vieux modèle épidémiologique français qui d'ailleurs fut très en pointe. Rappelez-vous lorsqu'en 1957 la poliomyélite est revenue, des millions de jeunes Français furent vaccinés dans les écoles en l'espace de huit jours. J'ai l'impression que nous avons conservé ce vieux modèle hygiénique. Au moment où l'InVS se met en place, l'on reste sous l'emprise d'une culture de l'épidémiologie, de la vaccination et de l'alerte épidémiologique davantage encore que de l'alerte environnementale.

Reprenons l'exemple d'une maladie nouvelle liée au virus de l'immunodéficience. Le CDC d'Atlanta avait remarqué l'augmentation de la vente d'un médicament très rare délivré uniquement dans le cas de pneumocystose pulmonaire. Une boîte avait été vendue aux Etats-Unis en 30 ans. Or, quatre boîtes avaient soudainement été vendues en trois mois en 1982 ou 1981. A ce moment-là, le CDC avait allumé un clignotant rouge. Pouvons-nous faire cela en France aujourd'hui ?

M. Christian JEANJEAN : M. Abenhaïm a écrit un livre qui sera publié le 20 novembre où il évoque ce problème. Il a précisé ce que vous confirmez, M. le directeur : « *Nous*

étions prêts à soulever les problèmes qu'il nous faudrait résoudre à l'avenir dans les domaines de la prévention, des effets de la chaleur, de la surveillance sanitaire, de l'alerte, des actions du ministère et des agences. La tâche était ardue, mais, Gilles Brücker et moi-même étions prêts à relever le défi ».

Partagez-vous ce point de vue ? Votre exposé semble le dire.

J'ai acquis le sentiment, en écoutant les personnes nous expliquer le phénomène, que la chaleur et le froid ne sont pas des facteurs de maladies, que tout le monde a été pris de vitesse et s'est trouvé incapable de donner une explication du phénomène et de réagir.

La deuxième question est celle que j'ai déjà posée au préfet de police de Paris, M. Proust. Si nous étions en 2004 dans la même situation ou confrontés au grand froid, à partir de quel moment donneriez-vous l'alerte ?

Mme Nathalie KOSCIUSKO-MORIZET : Je voudrais poursuivre le commentaire de Serge Blisko par une question précise. Devant la montée en puissance des préoccupations qui ont trait aux liens entre la santé et l'environnement, et devant le constat du manque d'études épidémiologiques, voire d'informations sur ce lien, une agence a été créée voilà deux ans, l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE), entrée en fonction récemment. Au moment de sa création, ou depuis, vous êtes-vous posé la question de l'articulation entre les missions de l'InVS et celles de l'AFSSE, de l'utilisation peut-être de ce que produirait cette agence ou simplement des conséquences que l'éruption de ces nouvelles problématiques pouvait entraîner pour vos propres missions, indépendamment de ce que pouvait fournir l'Agence par ailleurs ?

M. Gilles BRÜCKER : J'essaierai d'être précis, concis et de reprendre les questions dans l'ordre.

Que prévoyons-nous pour la suite du contrat d'objectifs et de moyens ? Ce contrat a été signé voilà deux ans. Il aurait dû l'être il y a trois ans, mais les durées de conception ont décalé sa mise en place. J'apporte cette précision, parce qu'il a été défini pour trois ans et aurait donc dû venir à échéance en décembre de cette année. Depuis le début de l'année 2003, sachant que notre contrat d'objectifs et de moyens venait à échéance, nous avions commencé une réflexion pour définir le nouveau contrat, le « COM 2 ». Nous voyions bien qu'il fallait compléter et élargir des champs non encore pris en compte. C'est l'occasion pour moi de dire que ce contrat a l'avantage d'exister et d'avoir défini des priorités. Mais, sans parler de la canicule, nous savons bien que nous ne surveillons pas tout. Si nous n'avions comme lacune que la canicule ! D'autres sujets ne sont pas surveillés, la santé mentale par exemple qui constitue un problème considérable. Elle avait été discutée dans le « COM 1 » mais, pour différentes raisons, peut-être de moyens, ce sujet n'a pas été retenu. En outre, nous nous rendons compte qu'une épidémiologie qui se voudrait un peu éclairante devrait prendre en compte, ce qui est prévu dans le nouveau texte de loi, les déterminants sociaux des affections. Or, nous avons engagé une démarche dans le domaine des sciences sociales qui est relativement modeste. Elle l'est en ce qui concerne certains secteurs, le VIH, les comportements sexuels, et le comportement des toxicomanes à propos duquel nous avons déjà mené des actions, mais l'on voit bien qu'un champ absolument considérable reste à viser. Je pourrais citer d'autres sujets, à mes yeux très importants et qui doivent entrer dans le domaine de la veille sanitaire. Nous avions hier un débat sur le champ de la périnatalité non encore pris en compte à ce jour par la veille sanitaire.

Les maladies rares constituent aussi un autre sujet d'importance, car, pour être rares, elles n'en sont pas moins nombreuses. Je pourrais citer toute une série de thèmes que nous pourrions retenir à condition de décider de leur prise en compte avec notre tutelle.

Nous pouvons tout surveiller, l'essentiel est de savoir ce que l'on fait. Nous pouvons surveiller partout, dans tous les services d'urgence, toutes les méningites et tous les syndromes abdominaux douloureux, tout ce qui survient dans les services de maladies infectieuses, de réanimations ou les institutions pour personnes âgées, mais cela nécessite d'organiser, pour chaque cas, la surveillance et de disposer des capteurs, des émetteurs de signaux, mais aussi des récepteurs, c'est-à-dire les personnes qui vont obtenir toute l'information nécessaire. A ce titre, prévaut la nécessité d'actualiser notre contrat d'objectifs et de moyens. Nous nous y préparons. Malheureusement, la direction de la santé a jugé que celui-ci n'ayant finalement été effectif que pendant deux ans, il serait prorogé jusqu'à la fin 2004. Il nous a été cependant proposé de revoir le contenu du contrat d'objectifs et de moyens au travers d'un avenant. Nous avons repris un certain nombre des questions prioritaires : celles qui relèvent d'abord des phénomènes climatiques ; ensuite, de la situation des urgences ; enfin, de la nécessité d'assurer une véritable coordination en cas de crise. D'ailleurs, avant la canicule, l'InVS a mis en place une cellule de coordination des urgences, car il nous semblait y avoir là matière à la recherche d'une vision générale plus vaste et d'une transversalité entre les départements.

Nous sommes donc bien conscients de la nécessité de revoir ce contrat d'objectifs et de prendre en compte – c'est une évidence aujourd'hui — les phénomènes météorologiques et les phénomènes des urgences. Mais, vous l'avez dit, hier, c'était la canicule ; demain, ce sera autre chose. Il nous faut donc chercher.

Le système de surveillance doit s'élargir aux intervenants sanitaires d'urgence, aux interventions des sapeurs-pompiers, de la sécurité civile, de SOS médecins, du SAMU. Les informations de tous ces capteurs doivent être transmises.

M. Bapt, je suis tout à fait d'accord ; des services d'urgence sont capables de transmettre l'information et je trouve que l'exemple que vous avez cité rejoint notre préoccupation : pouvoir mesurer l'activité quantitative des services d'urgence et la comparer à ce qu'elle est habituellement pour déceler un éventuel accroissement significatif. La question, aujourd'hui, est de dimensionner ce réseau. Nous sommes en train de voir s'il doit être exhaustif, ce qui nous paraît très lourd à gérer, ou pilote avec quelques unités.

Certains services savent le faire, mais d'autres services d'urgence m'ont précisé ne pas pouvoir le faire et m'ont proposé de leur laisser un numéro de téléphone afin d'appeler quand elles détecteront un problème. Pourquoi pas d'ailleurs ! Je relate cela pour vous indiquer que l'on ne reçoit pas partout une réponse bien structurée. Il est certain que s'impose la nécessité d'adapter notre outil et de prendre en compte les risques émergents.

M. Claeys souhaitait que je précise quelques points de la chronologie. Si les 6, 7 et 8 août, nous avons été en relation pluri-quotidienne avec la direction générale de la santé, nous avons eu des liens directs avec le cabinet du ministre à partir du 11 août. La réunion qui a rassemblé, au niveau du cabinet, les représentants du ministre, la direction générale de la santé, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, l'AP-HP et l'InVS s'est tenue le 13 août au soir. A cette occasion, l'InVS, sur la base d'une série d'informations qui lui était revenue, a estimé que l'on pouvait déjà avancer un chiffre de 3 000 décès. Nous nous interrogions sur l'ampleur du problème, faute d'informations

précises et fiables sur le nombre de décès, mais en s'appuyant sur les données des pompes funèbres et un certain nombre d'autres capteurs d'information, nous avons estimé que le chiffre de 3 000 décès pouvait être avancé. Ce chiffre a été rendu public le 13 août au soir. Je crois que France 2 a donné ce premier chiffre dès le 13 août au soir.

Les chiffres avancés par les autres participants à la réunion étaient sensiblement inférieurs et s'élevaient de 1 000 à 1 500. Il nous semblait que nous pouvions annoncer ce premier chiffre avec beaucoup de prudence – les épidémiologistes sont prudents, ils ne sont jamais certains des données recueillies dans l'urgence. Nous l'avons corrigé à la hausse à partir du 15 et 16 août en le portant à 5 000. Ensuite, nous avons élaboré une évaluation beaucoup plus précise de 11 500 décès ; c'est le nombre qui figure dans le rapport remis le 29 août à M. Mattei après lui avoir remis un rapport préliminaire le 20 août.

La nécessité des capteurs pour le nombre de décès est évidente. J'ai indiqué que nous n'avions pas de collecte d'informations sur le nombre de décès en France. Aujourd'hui, nous essayons d'étudier comment, à cet égard, mettre en place un outil performant. La loi prévoit que l'information continuera d'être transmise au CépiDC ; nous travaillons avec lui. Reste le fond du problème : quel est le système permettant une collecte extrêmement rapide ? Il est deux données que nous ne pouvons recueillir forcément en même temps : le nombre de décès et les causes de décès. Nous pourrons obtenir assez vite le nombre de décès. Nous travaillons avec l'INSEE. Environ 800 communes sont informatisées ; cela représente plus des deux tiers du nombre de décès. Nous étudions les modalités par lesquelles l'INSEE pourra nous transmettre cette information afin d'obtenir, sous cinq à sept jours, cette estimation quantitative.

L'approche qualitative est un peu plus compliquée, car nous rencontrons l'incontournable question du secret médical. Comment transmettre l'information de telle manière qu'elle soit saisie par un médecin, ce qui oblige à faire passer le certificat de décès de la mairie à la DDASS pour que le médecin inspecteur puisse prendre connaissance de la partie contenant le certificat de décès et nous la fasse parvenir ? La procédure est là un peu plus compliquée et donc plus lente. Pour l'heure, nous envisageons de l'appliquer pour certaines pathologies. Nous voudrions la généraliser pour tous les cas et tout le temps, mais nous savons bien que nous n'y parviendrons pas. Il est préférable d'afficher une ambition, sans doute plus modeste, mais accessible plus rapidement. Par exemple, nous voudrions obtenir une collecte très rapide des décès dus à la grippe. Ainsi, le médecin inspecteur pourrait-il, d'après les certificats, transmettre l'information par pathologie ou par critère d'une autre nature pour ne pas toujours se référer à des maladies infectieuses.

Voilà où nous en sommes, je pense que nous allons beaucoup progresser sur ce domaine où nous partons de loin.

A propos de la question relative à l'intervention de M. Jean-Louis San Marco : je connais très bien et de longue date ce professeur de santé publique. Nos routes se sont croisées en effet à de multiples reprises. Parce que je le connais bien, je regrette qu'aucun message de sa part ne soit parvenu à l'InVS. Je l'ai interrogé pour connaître les raisons pour lesquelles il ne m'avait pas appelé. C'est ainsi et je n'ai pas à porter de jugement. Il se trouve que Jean-Louis San Marco a fait état des messages qu'il a émis sur le sujet. Je n'ai aucune lisibilité sur ceux-ci : à quel moment, vers qui et sous quelle forme ? Je l'ignore. Je sais seulement qu'il a eu une discussion au niveau de l'INPES puisque, comme président du conseil d'administration, il a examiné ce sujet avec M. Philippe Lamoureux. Mais je ne sais à quel moment, et qui a été informé. Je n'ai eu aucun message de sa part et je le

regrette, dans la mesure où cela aurait peut-être aidé l'InVS à enclencher une action de façon anticipée.

Une question très importante a porté sur le nombre de personnes décédées et sur l'analyse encore incomplète que nous tirons d'un tel nombre. Nous restons encore très marqués par cette catastrophe, car le nombre est absolument impressionnant. On se demande pourquoi. Notre enquête sur la distribution par âge indique que 80 % des personnes avaient plus de 75 ans. Autrement dit, près de 20 % n'étaient pas aussi âgés que cela. Notamment prenons en compte que 10 % des hommes avaient moins de 60 ans, ce qui est loin d'être négligeable. Et cela fait référence au signalement reçu de la DDASS du Morbihan. Nous voyons que les facteurs de risques qui exposent à un décès face à une chaleur extrême sont des pathologies associées, des prises de neuroleptiques, l'obésité et la consommation d'alcool. Ces quatre facteurs apparaissent importants chez les personnes de moins de 60 ans, singulièrement des hommes décédés de ce coup de chaleur. Cela conduit à une réflexion sur la surveillance des personnes qui présentent ces pathologies, notamment des pathologies mentales. Certains travaux bibliographiques font état de décès chez des patients atteints de cancer, mais nous n'avons pas observé ce facteur de risques dans notre étude. Nous avons bien retrouvé que la pathologie mentale et la prise de neuroleptiques étaient des facteurs majeurs. Vous savez combien les Français sont consommateurs de ces médicaments ; peut-être une réflexion est-elle à mener sur l'adaptation des posologies. C'est un point très important à analyser.

Une autre question a été soulevée sur les conditions de travail et sur les décès sur le lieu de travail. Des travaux seront menés sur le rapport santé-travail dans le cadre de phénomènes extrêmes. Le département santé-travail a commencé à réfléchir à cette question centrale ; d'autres aussi avec nous. Il faudra apporter des réponses par d'autres études.

Le positionnement de la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE), et la transmission de l'information ont fait l'objet d'une question. M. le Rapporteur, vous avez réagi très vivement à propos de l'information mal remontée au sujet du cas de méningite dans le département de la Mayenne. Il existe sûrement des endroits d'où les informations ne nous parviennent pas suffisamment bien. La question qui se pose à nous se formule ainsi : si nous n'avons pas, au plus près de la population et du terrain, des capteurs extrêmement performants et rapides, nous n'apprendrons rien. Les CIRE sont pour nous un élément essentiel et j'ai considéré qu'il était extrêmement important de développer leur rôle, car je crois que les relais régionaux et la place de la région dans ce dispositif de veille sanitaire et d'alerte sont capitaux.

Nous en sommes aujourd'hui à la construction d'une situation régionale de veille sanitaire. Dans certaines régions comme les régions PACA, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, les CIRE sont bien constituées, aussi bien en effectifs qu'en qualité. En revanche, dans d'autres régions, la situation est relativement fragile, faute d'avoir pu mettre en place partout les effectifs d'épidémiologistes et d'expertises nécessaires, y compris sur les risques environnementaux sur lesquels je vais revenir, car il est vrai que ce sont des risques fortement émergents et qui demandent une capacité d'expertise assez rare. Je rappelle que l'on vient de loin, en France, sur la formation des professionnels de santé publique ; trouver les bons experts, les bons épidémiologiste, les bons spécialistes des pathologies de l'environnement n'est pas aisé. Dans certains endroits, nous avons du mal à trouver du personnel pour les CIRE. Dans la CIRE Est, à Nancy, des postes sont à pourvoir, mais on ne se bouscule pas pour les occuper !

Il faut donc donner les moyens, créer les postes. Nous avons obtenu le soutien de notre tutelle pour engager activement cette démarche de régionalisation. Pour autant, arriver en peu de temps à pourvoir l'ensemble des CIRE reste un exercice difficile. Nous avons besoin de clarifier, et d'une manière bien perçue par chacun, les circuits d'informations qui passent du terrain aux médecins des DDASS – échelon essentiel de proximité avec la population qui me semble devoir être respecté et renforcé, car assurer une veille sanitaire 24 heures sur 24 dans les DDASS pose toute une série de difficultés – et de concevoir les CIRE comme des relais régionaux en appui. D'ailleurs les CIRE, lors de leur création, se sont vu confier une mission d'appui aux DDASS et aux médecins inspecteurs, qu'elles assurent effectivement. Quand un médecin inspecteur, dans une DDASS, est confronté à une situation difficile, la CIRE est mobilisée et intervient. Le font-elles partout comme il convient ? Quoi qu'il en soit, les CIRE constituent bien la cellule opérationnelle qui doit nous aider dans l'expertise et l'évaluation des risques. Nous avons encore du chemin à parcourir, mais nous en avons effectué déjà une bonne partie.

J'en viens aux questions de M. Blisko. Le BEH est effectivement produit et animé par l'InVS. Nous avons consenti un effort non négligeable pour lui donner davantage de visibilité avec beaucoup de numéros qui ont répondu à des besoins d'information des professionnels de santé ainsi que des médias, car les journalistes sont souvent les relais des informations contenues dans le BEH.

Nous avons publié nombre de numéros spéciaux et nous sortirons dans huit jours un bulletin spécial sur la canicule. Nous publierons alors les principaux éléments de ce bilan, y compris la synthèse faite par M. Hémon et M. Jougla de l'enquête de surmortalité remise au ministre à la fin septembre.

Pour autant, ce bulletin épidémiologique hebdomadaire n'était pas un bulletin dans lequel on trouvait des données de mortalité en temps réel. L'on y trouvait les données des maladies à déclaration obligatoire qui figuraient sur la quatrième de couverture et dont finalement l'intérêt en termes de veille épidémiologique n'apparaissait pas évident au lectorat. C'est pourquoi nous réfléchissons à d'autres formes de retour d'information sur les modalités de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, en gardant au BEH un caractère informatif de type épidémiologique et non pas une fonction de tableau de bord.

Sans doute par déformation professionnelle – en effet, je viens du monde des maladies infectieuses –, ai-je tendance à revenir au VIH, au SRAS et aux infections nosocomiales. Pour autant, les questions environnementales sont aujourd'hui des questions prioritaires pour l'Institut de veille sanitaire. Pardon de ne pas les avoir suffisamment mises en avant dans le cadre d'une séance consacrée à la canicule, mais je voulais montrer que c'était un département en fort développement et rappeler que nous travaillons sur les dioxines et sur les risques pour la population liés aux incinérateurs d'ordures ménagères. Nous le faisons en partenariat avec les agences, notamment l'AFSSA. Lors du point presse organisé par le directeur général de la santé il y a quelques jours, nous avons rappelé les risques liés à l'aluminium, question ô combien complexe, difficile et centrale, puisque nous avions pensé que des liens existaient entre aluminium et maladie d'Alzheimer. L'InVS, l'AFSSA et l'AFSSAPS ont mené un rapport d'expertise conjoint. Il a été rendu public la semaine dernière.

Nous travaillons sur la pollution atmosphérique à deux niveaux :

– d'une part, au niveau français avec l'étude « SAS 9 », qui en est au stade pilote ; elle est ainsi dénommée, car elle se déroule sur neuf grandes villes de France.

L'analyse de la pollution atmosphérique, à partir de la méthodologie SAS 9, permet d'établir des corrélations entre les niveaux de pollution atmosphérique et la morbidité ou la mortalité. Elle est déclinée dans de nombreuses autres villes, y compris d'ailleurs avec le relais des CIRE.

– d'autre part, au plan européen ; nous sommes les animateurs d'un réseau dit « APHEIS », qui a conduit à une analyse de la pollution atmosphérique dans 27 villes d'Europe. De ce point de vue, nous avons des engagements environnementaux importants.

Nous étudions aussi les risques liés à l'arsenic dans l'eau et à un problème de grande importance, auquel nous devrons faire face : celui des pesticides, qui concerne à la fois nos régions rurales métropolitaines et les départements d'outre-mer. Je me suis rendu la semaine dernière en Guyane, où j'ai rencontré les principaux responsables, y compris de la Martinique et de la Guadeloupe, sur ce sujet. L'usage des pesticides engendre une pollution durable de l'environnement et des risques pour la consommation alimentaire. Cela pour rappeler quelques-uns des différents risques environnementaux. Je citerai encore la question les sols pollués et les enquêtes sur les clusters de cancer. Beaucoup d'entre vous, certainement, se souviennent du travail considérable mené par l'Institut de veille sanitaire, à Vincennes, sur l'ancien site des usines Kodak. Il a fallu rechercher et expertiser le lien entre la survenue des cancers et la pollution du site. Le dossier d'ailleurs n'est pas encore achevé. Ce sont des questions extrêmement difficiles et longues qui doivent être expertisées sur la durée. Cela pour souligner, parmi quelques exemples, nos engagements.

Les émetteurs d'information que nous pouvons utiliser en épidémiologie sont nombreux. Les Américains ont découvert l'infection VIH à travers quelques cas de pneumocystose traités par un médicament. Il s'agit d'un très bon indicateur. Nous avons signé une convention avec la CNAMTS pour obtenir une transmission d'informations sur les consommations médicamenteuses et établir des corrélations, notamment avec des phénomènes environnementaux, comme les pollinoses, les allergies, les asthmes. C'est un sujet très actif au sein de l'Institut de veille sanitaire.

Une question d'actualité a été posée sur le livre de M. Abenhaïm, que je n'ai pas lu. J'en ignore le contenu, exception faite des quelques extraits cités par la presse. Sur l'expression « relever le défi », oui, la mission de l'InVS est de tout surveiller, tout le temps, partout, de déceler tous les risques, toutes les menaces pour la santé de la population. C'est un défi quotidien, diurne et nocturne. C'est aussi une situation qui amène à beaucoup de modestie et d'humilité. Nous avons beau avoir imaginé tout et penser que l'on dispose de capteurs partout… eh bien, non ! Beaucoup de travail reste à faire dans la disposition des capteurs et surtout dans la circulation de l'information.

Au sujet de l'AFSSE, comme je l'ai indiqué au sujet des autres agences, nous avons déjà réfléchi au partage des compétences et des champs d'activité. Ce n'est pas toujours d'une simplicité absolue, mais il apparaît que l'épidémiologie et l'analyse des phénomènes auprès des populations s'inscrivent clairement dans le champ de l'Institut de veille sanitaire. L'AFSSE en convient tout à fait. L'expertise sur les produits se situe plutôt dans le champ de l'AFSSE. Je prendrai l'exemple de la toxico-vigilance, sujet qui me préoccupe, d'autant qu'il est en grande souffrance actuellement en France, l'activation et le développement des réseaux de surveillance liés aux risques toxiques méritant un soutien important. L'AFSSE et l'InVS ont conduit une évaluation conjointe sur le sujet. Et, dans le cadre des arbitrages rendus, l'AFSSE conduira l'expertise sur les produits et l'InVS sur l'analyse épidémiologique des cas qui pourraient survenir.

M. le Rapporteur : Je ne distingue pas nettement les priorités de l'InVS.

Vous avez cité des domaines essentiels, qui mélangent des risques immédiats et des risques un peu plus rampants, d'ordre environnemental. Mais, à un moment donné, il faut connaître les priorités. Or, je ne comprends toujours pas quelles sont aujourd'hui les priorités de l'Institut.

Avez-vous procédé à une réaffectation de vos moyens en personnels scientifiques en fonction de la canicule du mois d'août et, d'une façon générale, sur les questions climatiques ?

Une vague de chaleur a eu lieu en juin 1976. On avait constaté une augmentation très forte de 22 % de la mortalité entre juin 1975 et juin 1976 dans une étude dirigée par le Dr. Madeleine Guidevaux de l'INSERM. Cette étude intéressante était-elle connue de l'Institut de veille sanitaire ?

Dernière question : comment cela se passe-t-il à l'étranger ? L'organisation est-elle très différente ? Est-elle plus efficace ? L'Institut connaît-il des équivalents ?

M. Pascal TERRASSE : Je vous poserai deux questions très simples, sur lesquelles je souhaiterais obtenir des réponses, même si elles ne sont pas simples !

Enregistre-t-on, aux mois de septembre et d'octobre, une sous-mortalité liée à la surmortalité intervenue au mois d'août, mais également au mois de juillet, dont on parle très peu aujourd'hui ? A la mi-novembre, l'InVS dispose-t-il de chiffres sur le sujet ?

M. le directeur général, vous-même et vos collaborateurs avez-vous assisté, au cours de ces dernières années, à des rencontres, à des colloques, à des réunions sur la problématique de la chaleur ?

M. Jean-Marie ROLLAND : Les grands pays européens voisins ont-ils les moyens de prévoir l'imprévisible, thème de notre rapport ?

J'espérais, M. le Président, que vous demanderiez à notre hôte de fournir une petite note, car on ne peut traiter de la question en si peu de temps. Comment font nos voisins pour prévoir et comment ont-ils fait pour gérer cette question ?

M. le Président : Je crois que d'autres études sont conduites en la matière. En tout cas, c'est un des éléments sur lequel on m'avait dit que l'InVS avait travaillé. Nous nous sommes abstenus, pour l'heure, de nous donner les moyens de rechercher les informations. Mais ce sera un point sur lequel il faudra, M. le directeur, que vous nous éclairiez en nous fournissant des documents.

M. Christian JEANJEAN : Des personnes auditionnées ont déclaré qu'elles n'avaient aucun moyen de prévenir ce drame. Le Préfet de Paris nous l'a dit. M. Brücker vient de le confirmer.

Je voudrais une réponse claire et que vous nous disiez ne pas être chargé d'étudier le problème. Vous l'avez d'ailleurs indiqué en précisant que vous aviez évoqué le critère de la chaleur mais que vous ne l'avez pas retenu.

Vous avez expliqué que vous receviez des documents, auxquels s'attachait la confidentialité, qu'ils étaient traités avec beaucoup de retard, un mois, voire un an. Quelle sera la possibilité de connaître ce qui se passe en France si une situation similaire venait à se reproduire ? Il faut essayer de se préparer pour le futur. Il serait important d'avoir une note, pour savoir comment les autres pays procèdent, peut-être mieux que nous. Nous-mêmes, dans le sud de la France, n'avons pas été tellement touchés par ce phénomène. Peut-être avons-nous l'habitude de la chaleur ! Mais s'il venait à faire très froid, sans doute serions-nous davantage touchés.

M. le Président : S'agissant des comparaisons internationales, à la fois sur la façon dont les événements se sont déroulés au mois d'août dans des pays où le niveau de température pouvait être comparable au nôtre et, plus généralement, la manière dont les autres pays sont organisés en matière de veille, il serait intéressant que vous nous fournissiez des documents, quitte à ce que, avec le Rapporteur, nous puissions vous entendre de nouveau pour, si nécessaire, introduire un certain nombre d'éléments dans le rapport.

M. Gilles BRÜCKER : Je regrette que mon exposé, qui était centré sur la gestion des risques liés à la canicule, n'ait pas permis de percevoir les priorités et les orientations de l'Institut de veille sanitaire.

Une réflexion est engagée sur les priorités. Pour ne prendre que quelques mots clefs, notre priorité est de mieux gérer l'alerte, et donc les informations nous parvenant à travers les capteurs d'urgence, c'est-à-dire les intervenants sanitaires d'urgence, les urgentistes. Nous construisons actuellement un véritable réseau de collecte d'informations. Un tel système ne peut être opérationnel immédiatement, mais il verra le jour aussi rapidement que possible, dans un premier temps peut-être dans une configuration restreinte, pilote. En tout cas, notre priorité est bien l'alerte, la détection des risques environnementaux, la santé au travail, sujet immense, que nous n'avons eu que le temps d'esquisser en abordant le thème des risques « canicule-santé-travail ». Mais il est beaucoup d'autres problèmes prioritaires. Je pense notamment à l'engagement très fort que nous avons sur le cancer et l'identification des cancers professionnels.

Citons également deux approches un peu géographiques et stratégiques, à savoir le développement en région et la participation à la construction de l'Europe de la santé.

Voilà pour les grands repères de notre activité qui, par ailleurs, participe à la dimension européenne et se développe en interaction avec l'Organisation mondiale de la santé. Je fais partie du réseau mondial de surveillance des pathologies. Notamment au sujet du SRAS, nous avons eu l'occasion de travailler beaucoup sur ces questions. Le concept de veille sanitaire qui doit prendre en compte la survenue de phénomènes émergents – souvenez-vous ce qui s'est passé en Chine – constitue pour nous un axe stratégique extrêmement important.

M. le Président : Il est dommage que nous manquions de temps, car il eût été intéressant que vous nous expliquiez comment l'action de l'InVS s'articule avec les mesures que la préfecture de police a prises pour mettre en place des zones de défense. Peut-être pourriez-

vous nous éclairer sur cette question par une note. Les mécanismes que le préfet de police élabore risquent d'être redondants avec les vôtres.

M. Gilles BRÜCKER : S'agissant des moyens, nous avons, dès à présent, renforcé la cellule de coordination des alertes, dont les effectifs passent d'une à quatre personnes. Elles feront l'interface entre l'InVS et le milieu extérieur pour la réception et le renvoi des alertes vers les départements concernés.

Après le renforcement de la cellule de coordination des alertes, il convient d'identifier, au sein du département santé-environnement, une unité spécifiquement en charge de la problématique des climats et des risques météorologiques avec le recrutement d'un spécialiste des questions météorologiques et environnementales.

Enfin, il s'agit de renforcer la veille scientifique. Vous faisiez état de travaux de l'INSERM. *A posteriori*, on trouve toujours quelqu'un qui a traité d'un sujet que l'on n'a pas étudié. Vous savez combien la prolifération des articles scientifiques est considérable. Je le dis très simplement. De même, je regrette beaucoup que nous n'ayons pas vu l'article de M. Besancenot. Il est remarquable, clair, compréhensible par tous. Il dresse la liste de l'ensemble des risques. Je ne l'ai pas vu. Et pourtant, les scientifiques de l'InVS sont avides d'articles scientifiques ! C'est une vraie question que d'être capable de voir tous ces clignotants s'allumer.

M. le Président, je vous laisse un document, dont un chapitre est consacré à l'Europe.

M. le Président : Il s'agit du document finalisé, dont vous aviez livré les éléments d'étape à la mission d'information.

M. Gilles BRÜCKER : Exactement. Il ne contient pas de bouleversements par rapport à ce que nous savions alors, mais le travail a été finalisé, précisé, mieux analysé, notamment, d'ailleurs, à propos de l'analyse de ce qui s'est passé en Europe. Dans la mesure où ce n'est pas nous qui dressons le bilan de la situation dans les autres pays européens, nous sommes tributaires des résultats qu'ils nous donnent.

En résumé, on enregistre au Royaume-Uni plus de 2 000 décès. Nous ne disposons d'aucun bilan officiel au sujet de l'Allemagne, personne n'étant chargé d'évaluer les conséquences, mais les pompes funèbres parlent de 3 500 à 7 000 morts en plus. Nous ne disposons pas davantage d'estimations pour la Belgique ; elles devraient nous être fournies dans quelques mois.

Le phénomène de la canicule a fortement touché l'Italie, essentiellement l'Italie du nord, qui a enregistré des records historiques. Elle dénombre 4 175 décès en excès, avec une surmortalité à Turin pendant la période de la canicule de 108 %, à Gênes de 89 %, et à Rome, d'une façon moindre, de 17,5 % avec, pourtant, un système de détection et de prévention des vagues de chaleur qui ne semble pas avoir donné tout ce que les Italiens pouvaient en attendre.

En Espagne, à Barcelone et à Séville, les excès de mortalité dépassent 100 %.

Au Portugal, sur 41 % de la population, il a été fait état de 1 316 décès en excès au cours des treize premiers jours du mois d'août. Pour le reste, les estimations sont moins précises. Même si les Pays-Bas ont été moins touchés, on parle toutefois de 450 à 600 décès au mois d'août.

Quelles conclusions tirer de ces données ?

Une mortalité est enregistrée suite à la canicule en Europe, mais elle est nettement moins importante si l'on se reporte aux chiffres. L'importance du phénomène thermique a été beaucoup plus sévère en France d'une façon générale et, singulièrement, dans le Centre, la région parisienne, à Lyon et à Dijon. Sans doute d'autres explications viendront-elles s'ajouter au fur et à mesure de la publication d'études complémentaires.

Aujourd'hui, je ne puis répondre à la question relative à la sous-mortalité. Nous disposerons du suivi de la mortalité pour les derniers mois de 2003. Constaterons-nous un phénomène de sous-mortalité ? Je l'ignore. Certaines études biographiques le confirment. Cela ne me semble pas évident.

M. Pascal TERRASSE : Au 30 octobre, vous ne pouvez répondre ?

M. Gilles BRÜCKER : Non, je ne dispose pas des données de mortalité au 30 octobre. Le Centre d'études épidémiologique des décès (CépiDC) analyse les données. C'est l'INSERM qui les collecte, non l'InVS. Il est prévu de réaliser cette étude, mais elle suppose plusieurs circuits d'analyses.

L'analyse de la surmortalité du mois d'août a été réalisée selon une procédure d'urgence lourde et complexe. Il faut maintenir ensuite la surveillance de la mortalité et ne pas fournir le résultat trop tardivement, mais, à ce jour, je ne suis pas en mesure de vous le livrer. Il faudra que nous le calculions à la fin de l'année et que nous fournissions l'analyse du phénomène sur sa durée.

Quant à la question « prévoir l'imprévisible » en ce qui concerne la crise de 1976, j'ai indiqué qu'il n'existait pas de données accessibles à ma connaissance. M. le Rapporteur, vous faites état…

M. le Président : D'articles de presse collectés en 1976. Nous disposons d'un article du Monde et d'un article du Quotidien du Médecin, qui font état d'une surmortalité avoisinant les 25 %.

M. Gilles BRÜCKER : Ce qui rejoint les études réalisées *a posteriori* des CépiDC sur le nombre de décès. Cette information est certainement importante…

M. le Président : Mais vous n'avez pas tiré l'ensemble des conséquences de ces informations.

M. Gilles BRÜCKER : Ce qui me conduit à dire que, derrière la veille scientifique, nous avons à nous interroger sur la veille médiatique, car des informations importantes circulent, dont il faut que nous ayons connaissance et que nous puissions analyser. Nous n'avons pas eu connaissance de l'article de 1976.

Sur la dernière question : « *N'y avait-il aucun moyen de prévenir* ? », j'ai aujourd'hui la conviction que l'on peut prévenir l'ampleur des conséquences. C'est bien ce à quoi nous nous attelons, en mettant en place deux axes de travail : d'une part, prendre en compte avec Météo France les phénomènes climatiques, essayer de mesurer la capacité d'anticipation et d'analyser la gravité du problème. De toute façon, dans la mesure où les prévisions sont extrêmement précises à trois, quatre, voire cinq jours et que Météo France ne s'engage guère au-delà, les délais dont nous disposerons seront certainement courts s'agissant de tels phénomènes. C'est pourquoi, s'il est très utile de donner l'alerte, elle n'aura de sens que si elle est suivie d'un plan d'action. Aucune alerte n'a de sens sans véritables capacités à gérer les crises. La question du plan de chaleur est une question liée au système d'alerte. Pour mieux faire, il faut bien sûr, ce que nous avons évoqué, renforcer le lien avec les urgentistes et la capacité d'avoir une information aussi quantitative et qualitative que possible nous permettant de donner l'alerte lorsque nous sommes confrontés à des situations d'urgence que nous ne connaissons pas aujourd'hui et qui sont devant nous, à un moment que nous ignorons.

Audition conjointe de MM. Jean-Pierre BEYSSON,
président directeur général de Météo France,
et Jean-Claude COHEN,
secrétaire de la commission biométéorologie à Météo France

(Extrait du procès-verbal de la séance du 19 novembre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

MM. Jean-Pierre BEYSSON et Jean-Claude COHEN sont introduits

M. le Président : Vous avez été entendu, M. Beysson, par la mission d'information sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule, le 19 septembre dernier, et vous aviez regretté à cette occasion que vos services soient insuffisamment exploités, en faisant notamment état du travail effectué par la commission santé et biométéorologie. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant d'inviter M. Cohen qui n'avait pas été auditionné par la mission d'information.

S'agissant de la communication au grand public des prévisions météorologiques proprement dites, on constate que les différents bulletins d'alerte de Météo France ont fait état, dès le début du mois d'août, du risque de fortes chaleurs, voire d'une canicule. Vous préciserez le moment où Météo France utilise le terme de « *canicule* » dans ses communiqués. Cependant, on peut se demander si les communiqués furent suffisamment alarmistes. Il ne le semble pas, mais peut-être n'avaient-ils pas cette fonction lorsqu'ils furent diffusés à la radio et à la télévision.

Faut-il donc faire davantage et comment ? C'est une question à laquelle vous nous apporterez sans doute des réponses.

M. le Président leur rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête leur ont été communiquées. A l'invitation du Président, M.M Beysson et Cohen prêtent serment.

M. Jean-Pierre BEYSSON : M. le Président, M. le Rapporteur, mesdames, messieurs les députés, nous sommes extrêmement honorés de répondre à votre convocation. Nous le faisons – et j'espère vous le montrer au cours de cette brève introduction – en ayant le sentiment d'avoir rempli de manière honnête et pertinente les missions de service public qui sont les nôtres, même si, en des circonstances de cette nature, lorsqu'il y a 15 000 morts, face à un drame de cette ampleur, nul ne peut évidemment se glorifier de ce qu'il a bien fait son travail. Parmi ses missions, votre commission d'enquête a le soin de déterminer des responsabilités collectives ou individuelles et vous comprendrez que j'essaie de montrer combien Météo France a le sentiment d'avoir rempli ses missions.

Je développerai successivement trois points.

En premier lieu, la canicule de la première quinzaine du mois d'août a été exceptionnelle sur le plan climatique.

En second lieu, Météo France a annoncé cette canicule avant le début de l'épidémie ; elle a été la première autorité publique à souligner ses dangers pour la santé publique.

En troisième lieu, Météo France pense pouvoir jouer un rôle important pour améliorer l'efficacité des dispositifs existants en matière de prévention et d'alerte contre les risques sanitaires et climatiques.

Sur le premier point, pour caractériser la canicule, j'ai fait distribuer quelques graphiques et cartes, que je commenterai rapidement.

Le document qui retrace la moyenne des températures pour la période du 1er juin au 11 août – si nous prolongions la courbe jusqu'au 20 août, cela ne changerait pas le sens général – fait apparaître que l'été 2003 a été le plus chaud des 50 dernières années. Il a été significativement plus chaud pour les températures maximales : on a atteint 28,6 degrés, en température moyenne, de jour et de nuit, au cours du mois d'août, ce qui est très élevé, puisque les moyennes saisonnières sont seulement de 24,8 degrés. La température moyenne a été encore plus significativement élevée pour les températures minimales, qui se situaient à 3,5 degrés au-dessus de celles enregistrées au cours de l'été le plus chaud que nous avions connu, en 1976.

Le graphique qui présente l'évolution des températures quotidiennes montre qu'à partir du 1er août, partant d'une situation proche de la normale – nous nous situions même un peu en dessous de la normale au 1er août –, nous constatons une montée progressive, régulière, des températures maximales comme des températures minimales et nous atteignions 37 degrés le 5 août pour rester entre 36 et 37 degrés jusqu'au 13 août.

Je tiens à souligner que Météo France a annoncé cette canicule avant le déclenchement de l'épidémie. Dès le 1er août, un premier communiqué annonce une vague de chaleur sans la caractériser ; j'y reviendrai tout à l'heure. Il n'est pas alarmiste, mais cela s'explique. Le 4 août, nous diffusons sur le site Internet de Météo France des conseils de comportements extrêmement précis. Enfin, le communiqué du 7 août fait état d'une « *vague de chaleur* », d'une « *canicule exceptionnelle* » et de « *précautions à prendre pour les personnes sensibles* ».

La canicule a été exceptionnelle dans son intensité, dans sa durée, dans son étendue géographique et – j'en dirai un mot – par rapport au reste de l'Europe. Pour en revenir à la discussion que vous avez eue, avant de nous recevoir, à la fin de l'audition du directeur de l'InVS, il est vrai que la canicule de l'été dernier a eu en effet pour spécificité de toucher plus fortement la France que le reste de l'Europe.

Exceptionnelle dans son intensité, la canicule a enregistré des records absolus de températures maximales depuis que les mesures existent, c'est-à-dire 1873. Ils ont été battus dans plus de 70 stations sur un échantillon de 180 stations représentatives de l'ensemble de la France. Les températures ont été supérieures à 35 degrés dans deux tiers de ces stations et supérieures à 40 degrés dans 15 % des stations, y compris, en Bretagne, dans le Morbihan et en Loire-Atlantique.

Je le disais, la canicule a été exceptionnelle également dans sa durée et son étendue géographique. Une très grande partie de la France a été touchée par des températures supérieures à 35 degrés pour des durées d'au moins 10 jours et même par des températures supérieures à 40 degrés pour des durées d'au moins 2 jours.

Paris a connu 9 jours consécutifs d'une température supérieure à 35 degrés. Aucun des épisodes de canicule recensés depuis 1873, date des premières mesures permanentes sur Paris, n'avait enregistré un aussi long épisode à 35 degrés. Le maximum des températures à Paris a atteint 38,1 degrés ; le record – si j'ose dire – à Paris n'a pas été battu. En revanche, des records absolus ont été enregistrés dans la périphérie immédiate de Paris et le record des températures minimales a dépassé 25,5 degrés à Paris même. Pardonnez ces expressions qui donnent l'impression que nous parlons d'un jeu sportif alors que j'ai bien conscience que ce n'était pas le cas ; il m'apparaît néanmoins important de souligner ces faits.

Les températures minimales ont été extrêmement élevées pendant un nombre de jours important. Les records de températures minimales furent de très loin supérieurs à ceux des températures maximales. Le resserrement de la fourchette entre température maximale et température minimale a été extrêmement étroit ; le fait que le corps ne puisse se refroidir, au moins pendant la nuit, a joué un effet majeur sur la santé des gens.

Pour résumer, la canicule de l'été dernier a dépassé de très loin les températures enregistrées depuis 1873, par son intensité, son étendue géographique et sa longueur dans le temps, tant pour les températures minimales que pour les températures maximales.

On peut ajouter qu'elle est également exceptionnelle en comparaison des autres pays européens comme l'illustrent les graphiques que je vous ai fait remettre. Les villes retenues comme références étaient Londres, Bruxelles, Madrid, Lisbonne, Paris et Orange. Seule Lisbonne a connu des températures minimales un peu plus élevées, mais avec une période de récupération au bout de quelques jours. S'agissant de Paris, les températures minimales sont restées élevées beaucoup plus longtemps. Au titre des températures maximales, aucune autre ville européenne n'a connu de températures maximales plus élevées que Paris. En France, Orange se situe au-dessus.

De ce point de vue, la comparaison me conduit à vous demander de vous reporter à la carte issue du rapport de l'INSERM sur la canicule. Il s'agit d'un document qui mérite attention, dans la mesure où, si l'on compare le nombre de jours où la température maximale a été supérieure ou égale à 35 degrés et la carte des surmortalités, on constate que la surmortalité a été nettement plus élevée dans les zones où les températures sont véritablement anormales et où cette température maximale est tout à fait inhabituelle, ce qui explique de manière claire les différences entre le sud et le centre de la France, puisque les températures maximales ont été plus longues et plus élevées dans le sud de la France que dans le centre, où pourtant, la surmortalité fut plus forte. C'est peut-être aussi ce qui explique les différences par rapport aux chiffres que vous a cités le directeur de l'InVS pour ce qui concerne la surmortalité à Madrid, Lisbonne, Turin, etc.

Le deuxième point sur lequel je souhaite insister est que Météo France a annoncé cette canicule avant le début de l'épidémie et ce, même si, selon certains commentateurs que l'on a pu lire hier soir dans la presse, elle n'a pas annoncé la catastrophe sanitaire – ce qui, du reste, ne me semble être ni dans le rôle ni dans les

compétences de l'établissement public météorologique. Malgré tout, Météo France n'en a pas moins été la première autorité publique à souligner ces dangers pour la santé publique.

A partir du 1er août, Météo France a émis des bulletins annonçant une nouvelle vague de chaleur. Ces bulletins peuvent paraître anodins, mais celui du 1er août précise toutefois : « *Une nouvelle vague de chaleur s'installe aujourd'hui par le sud, elle enveloppera l'ensemble de la France ce week-end et se maintiendra plusieurs jours sur la majeure partie du pays.* » Il importe de souligner que la procédure des communiqués de presse est très inhabituelle à Météo France, qui n'en émet que de manière exceptionnelle. En la circonstance, nous l'avons fait, précisément sur la base des travaux de la commission santé biométéorologie du Conseil supérieur de la météorologie, dont M. Cohen est le secrétaire.

Nous l'avons fait, parce qu'il y a deux ans, en 2001, au cours d'un colloque intitulé « *Météorologie et santé* », M. Besancenot – depuis extrêmement connu de tous – avait annoncé que la canicule pouvait être un facteur de surmortalité gravissime. De plus, le Conseil supérieur de la météorologie avait adopté un vœu, selon lequel il faudrait, sinon introduire dans la carte de vigilance de Météo France les phénomènes tels que les vagues de froid ou les vagues de chaleur – à cet égard, la carte de vigilance peut poser problème ; nous pourrons y revenir, mais nous sommes très ouverts sur la question –, du moins procéder par communiqués de presse pour attirer de manière un peu solennelle l'attention du public.

Et puis, le 4 août, nous avons diffusé sur le site Internet de Météo France des conseils de comportement. Ils commencent par cette phrase : « *La canicule tue chaque année à travers le monde, peut-être même plus encore que le froid. Tour d'horizon des vagues de chaleur et des quelques précautions de base à prendre.* » Suivent des conseils extrêmement importants d'aide à la sudation, sur l'utilisation des ventilateurs, sur la pose de draps aux fenêtres et des conseils pour les personnes sous médicaments et tranquillisants.

Ce faisant, on peut convenir que Météo France a fait preuve d'une grande réactivité en assumant des responsabilités allant un peu au-delà de ce que lui confient les textes en vigueur ; nous l'avons fait sur la base d'un vœu émis par la commission biométéorologie.

Bien que le site Internet de Météo France soit l'un des plus visités en France, on peut considérer que n'obtiennent cette information que ceux qui veulent bien y aller. Il n'empêche que le communiqué du 7 août, avant que l'épidémie ne soit réellement identifiée par les autorités compétentes, appelle l'attention sur le fait que la persistance de cette situation de chaleur, qui conjugue températures minimales et maximales élevées, est exceptionnelle et constitue un risque sanitaire pour les personnes sensibles, les personnes âgées, les personnes malades et les nourrissons.

Je dois dire que, au-delà de ce texte officiel, M. Cohen a eu des contacts téléphoniques, verbaux, vers la mi-août, pour alerter nos correspondants de la direction générale de la santé sur le fait que la situation nous paraissait assez préoccupante.

J'aimerais terminer mon intervention en vous indiquant maintenant ce que nous pensons pouvoir faire. De ce point de vue, je vous prie de m'excuser par avance d'être un peu net et ne pas tenir un discours de langue de bois, car nous sommes tellement préoccupés de constater que, trop souvent, les compétences comme les moyens très

importants qui existent au sein de Météo France ne sont pas pleinement utilisés. Je ne fais d'ailleurs que redire ici ce que j'ai indiqué devant la mission d'information.

Nous avons une bonne expérience de la vigilance météorologique ; la carte de vigilance est désormais un outil dont, je crois, on reconnaît le progrès important qu'il constitue pour les phénomènes météorologiques d'ordre classique. Sur la base de cette expérience, nous avons élargi nos compétences pour les vagues de grand froid pour lesquelles nos travaux antérieurs sur la biométéorologie ont été reconnus. Cela fait en effet des années que nous travaillons sur la biométéorologie dans le cadre de la commission santé-météorologie qui réunit grand nombre de médecins et de spécialistes de météorologie et de climatologie.

Ont donc été reconnus les atouts d'une surveillance 24 heures sur 24, 365 jours par an, sur l'ensemble du territoire français. Nous avons des capacités appréciables en termes de communication et de télécommunication. C'est la raison pour laquelle, avec le secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, dès l'année dernière, nous avons mis en place un système d'alerte pour les périodes de grand froid dans plusieurs grandes villes. Nous envoyons directement des messages électroniques à des acteurs publics identifiés, essentiellement des directeurs des affaires sanitaires et sociales, les alertant que la température, le vent et la température ressentie dépasseront les seuils fixés par l'autorité sanitaire en charge du problème. Si les seuils sont dépassés, Météo France alerte sur la présence éventuelle d'un danger. Les autorités prennent alors les mesures de prévention nécessaires et mettent en œuvre les plans existants.

Cette année, ce système a été enrichi. Au-delà de la quinzaine de villes concernées l'année dernière, un grand nombre de villes a été ajouté dans le cadre de la procédure d'alerte directe des responsables par messages électroniques. Au surplus, l'ensemble des directions de l'action sanitaire et sociale des départements de métropole peut accéder chaque jour à un site hébergé et mis à jour par Météo France sur la base des indicateurs que nous faisons tourner. Ce site leur permet de savoir s'il existe un risque de températures, même si elles ne sont pas dans les villes les plus sensibles qui sont fixées par le secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, car dans cette affaire, nous sommes simplement maître d'œuvre, le maître d'ouvrage étant le secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, qui a défini les points sensibles, les seuils qui lui paraissent préoccupants. Une fois le processus finalisé, une fois que nous nous sommes mis d'accord, le système fonctionne.

C'est sur ces bases qu'il conviendrait de réfléchir à l'amélioration du système de prévention et d'alerte des risques sanitaires climatiques de manière générale, en particulier des vagues de chaleur, sujet qui nous préoccupe plus particulièrement ce soir. Il nous semble très important de mettre en complémentarité les compétences qui existent plutôt que de chercher à recréer de toutes pièces dans tel ou tel organisme les moyens, les structures et les savoir-faire qui existent déjà. A cet égard, les dispositions de l'article 10 A nouveau du projet de loi relatif à la politique de santé publique qui a été adopté par l'Assemblée nationale nous paraissent contenir des ambiguïtés et des difficultés potentielles quant à l'efficacité du futur système d'alerte publique pour les conséquences sur la santé publique des phénomènes météorologiques extrêmes.

Je m'explique. Il est indiqué dans l'article 10 A nouveau qui doit être codifié dans le code de santé publique sous l'article L 1413-3…

M. le Président : C'est-à-dire l'article qui redéfinit les missions de l'Institut de veille sanitaire.

M. Jean-Pierre BEYSSON : Absolument. Il est rappelé que l'Institut de veille sanitaire met en place les systèmes d'information lui permettant d'utiliser les données scientifiques climatiques, sanitaires, etc., et d'élaborer des indicateurs d'alerte. Mais tout dépend la façon dont on les interprète.

Nou avons eu des discussions avec M. Brücker et échangé, ces jours derniers, des correspondances sur le sujet. Il nous paraîtrait totalement déraisonnable, voire comme une véritable perte d'efficacité et de moyens, de transmettre des données brutes à l'Institut de veille sanitaire, qui fabriquerait sur cette base des indicateurs et ainsi mettrait en œuvre une chaîne d'alerte.

Ce serait inefficace pour plusieurs raisons. Jamais aucun modèle de prévisions numériques, même s'il s'appuie sur les données les plus fines et les plus contrôlées possible, ne peut fonder, à lui seul, une alerte et une prévision pertinentes. L'appréciation d'une situation météorologique nécessite toujours une expertise humaine, effectuée, non par une seule personne, mais par l'ensemble des prévisionnistes du Centre national de prévisions à Toulouse et par l'ensemble des prévisionnistes régionaux dans chacune des directions régionales qui se concertent deux fois par jour sur la situation et qui décident, ensemble, après analyse de la totalité des paramètres, des spécificités de leur région, de ce qu'il convient ou non de faire.

Un tel dispositif n'est pas transposable, sauf à faire passer l'ensemble du système météorologique dans un autre organisme. Je rappelle que Météo France représente tout de même 3 700 personnes, 95 centres départementaux, 7 directions interrégionales, etc.

Pour ce qui concerne l'alerte, M. Brücker a raison de dire que nous ne nous engageons pas sur des prévisions à très longue échéance, jusqu'à 7 jours seulement, ce qui n'est déjà pas mal. Jusqu'à 4 ou 5 jours, les données sont d'une bonne fiabilité, surtout pour ce type de phénomène, car ce n'est pas vrai de toutes les situations. Une canicule est un phénomène de grande ampleur, d'échelle synoptique, et donc stable. Nous sommes en mesure de le prévoir avec une très bonne fiabilité plusieurs jours à l'avance. Il n'en reste pas moins que l'alerte peut intervenir le week-end de Pentecôte ou celui du 15 août !

M. le Président : Ou du 7 août.

M. Jean-Pierre BEYSSON : Je ne sais pas comment fera l'expert météorologique et environnemental que M. Brücker a l'intention de mobiliser sur ce thème, dans de telles conditions. Si l'on veut qu'un système fonctionne, il faut qu'il puisse être managé par des personnes opérationnelles 24 heures sur 24. De ce point de vue, le schéma que nous avons mis au point pour les vagues de grand froid avec le secrétariat d'Etat à la lutte contre précarité et l'exclusion est bon.

Il faut que nous débattions des indicateurs. Nous devons fournir des propositions d'indicateurs biométéorologiques. Il en est plusieurs sur lesquels nous travaillons. Bien entendu, l'InVS doit donner son aval, définir des méthodes de tests des indicateurs et mettre au point des indicateurs sanitaires permettant d'associer à tel niveau de risque météorologique tel niveau de risque sanitaire. Une fois les indicateurs définis, approuvés, validés, la machine opérationnelle tournera et pourra être utilisée par tous.

Voilà la méthode qui me semblerait judicieuse et efficace. Selon moi, une clarification du texte législatif en cours de discussion s'impose.

Voilà ce que je tenais à vous dire, peut-être parfois de manière un peu abrupte, mais c'est une question qui nous tient à cœur.

M. le Président : Je vous remercie, y compris pour les suggestions relatives au texte actuellement en cours de discussion, que nous n'avons pu aborder avec M. Brücker faute de temps, ce que, personnellement, je regrette. Je me suis exprimé sur ce texte en séance publique et je continue de m'interroger, y compris sur la précipitation avec laquelle il a été proposé. Vos observations ne m'étonnent donc pas. Si nous pouvons éclairer le vote auquel nous devrons procéder, ce ne sera pas mal !

M. le Rapporteur : M. le président directeur général, merci pour vos explications très claires. Vous parlez de température maximum à 38 degrés, mais à quelle température cela correspond-il dans une maison de retraite, dont le salon est exposé plein sud, avec des fenêtres qui ne s'ouvrent pas et des stores vénitiens qui ne marchent pas ? C'est là une situation courante. Quel est l'écart entre la température moyenne, scientifique, et la température réellement perçue par les gens ?

Lorsqu'on lit le graphique des températures quotidiennes, on s'aperçoit qu'avant le pic très long des chaleurs et les écarts du mois d'août, il y a eu, fin juin et dans la nuit du 15 au 16 juillet et un peu après, des pics de températures élevées. Pourquoi ces derniers n'ont-ils pas constitué des alertes, non pour Météo France qui a dû en parler, mais pour les autres intervenants ?

Cela me conduit à une troisième question qui porte sur vos relations avec les médias. Vous alimentez les médias en informations, vous êtes même leur seule source d'informations météo. Or, quand on se rappelle les données fournies par les présentateurs météo et par les présentateurs de journaux télévisés pendant la période cruciale, on n'a pas le souvenir de messages de gravité ou d'alerte forte. Certes, des recommandations étaient émises, préconisant de boire par exemple, mais si l'attention était portée sur les bébés, les enfants, elle a faiblement porté sur les personnes âgées. Comment donc rendre les médias plus réactifs ?

Ma dernière question porte sur vos relations avec la DGS. Quand avez-vous eu vos premiers entretiens avec la DGS pour lui dire que la situation était mauvaise, que la canicule allait durer longtemps, que les écarts de température entre la nuit et le jour étaient plus faibles que d'habitude ?

M. Jean-Pierre BEYSSON : Sur le premier aspect de votre question, je laisse le soin à M. Cohen de vous répondre.

M. Jean-Claude COHEN : Nous travaillons sur la base de températures sous abri qui servent de référence, puisque la température sera très différente selon qu'elle est mesurée sous abri, à côté de l'abri, sur une pelouse ou sur du goudron.

Si l'on considère l'exemple que vous avez cité d'une chambre d'hospice, dotée d'une ouverture plein sud, la température variera selon la qualité du bâtiment. Je ne pourrai vous donner un chiffre sur la température à l'intérieur, mais je précise que les

conseils de comportement que nous avons introduits sur le site Internet de Météo France permettaient de limiter les méfaits de la chaleur extérieure.

On peut maintenir des températures fraîches à l'intérieur en appliquant de bons comportements comme ceux pratiqués dans les pays habitués à la chaleur : ouvrir les fenêtres en fin de nuit, fermer les volets toute la journée, poser un drap mouillé à la fenêtre, tous facteurs permettant de limiter la chaleur. Ces conseils de comportement peuvent avoir des conséquences positives et éviter des températures de 40 ou 45 degrés – pour donner un ordre de grandeur estimé pour l'intérieur d'une chambre d'hospice aux fenêtres situées plein sud.

M. Jean-Pierre BEYSSON : En tout état de cause, l'écart est important. C'est clair. Sur les index biométéorologiques auxquels on peut songer, des facteurs permettent de tenir compte de cet écart.

De la même manière que pour les grands froids, la température ressentie n'est pas la température mesurée. Selon la force du vent, il peut se produire un écart extrêmement important entre la température mesurée et la température ressentie ; or, c'est cette dernière qui a un véritable effet sur l'organisme. Les Américains et d'autres ont travaillé sur de tels indices appliqués à des vagues de chaleur. Il convient également de tenir compte du plus ou moins grand degré d'humidité, qui est un facteur important. Grâce à ces mesures, on peut essayer d'approcher la température ressentie. Mais, là encore, on se situe davantage dans le domaine des progrès restant à faire que dans l'existant.

Pour qu'une vague de chaleur ait un véritable effet sur la santé et soit considérée comme une canicule, il faut qu'elle dure au minimum 2 jours avec des températures maximales et minimales très élevées. Parmi les indicateurs que nous proposons, nous suggérons de ne retenir que des températures qui se prolongent au moins pendant 2 jours. Aux dates que vous avez mentionnées, M. le Rapporteur, comme les températures montaient pour redescendre aussitôt, il n'y a pas eu d'effets, à notre connaissance, de surmortalité.

Pour ce qui concerne les médias, il se trouve que ce midi même, nous avons rencontré Evelyne Dhéliat qui présente la météo sur TF 1 ; elle a souligné qu'elle avait en permanence rappelé la nécessité de boire, de prendre soin des nourrissons et des personnes âgées. Les médias ont été très sensibles et nous ont beaucoup questionnés, dès le 1er août, dès notre premier communiqué et, *a fortiori*, le 4 août. Les présentateurs visitent notre site Internet et nous les recevons journellement. Ils se rendent sur le lieu où travaille M. Cohen pour se faire expliquer la situation. Nous avons donc pu attirer leur attention.

Comment rendre les médias plus réactifs ? Si nous entrons dans un processus de carte de vigilance, il apparaît clairement désormais que, dès qu'un département figure en orange, non seulement on en parle dans le bulletin météo, mais aussi dans le journal de 20 heures, ce qui constitue un grand changement par rapport à la situation antérieure. Auparavant, les alertes étaient nombreuses, mais on n'en parlait jamais ou du moins, si on en parlait dans le bulletin météo, on ne l'évoquait pas dans le journal d'information lui-même.

Si nous entrons dans un processus de type « carte de vigilance », avec quatre ou trois degrés de risque, et que l'on sait alors que le pays se trouve à ce moment-là dans une frange véritablement risquée, les médias y porteront davantage attention. Il est difficile pour les médias de savoir s'il s'agit uniquement de l'annonce d'une vague de chaleur. Ce

qui est central, c'est d'avoir une graduation du risque et de déterminer le niveau. C'est un problème relativement facile à résoudre. Nous entretenons des rapports extrêmement étroits avec les médias, en particulier les télévisions qui sont de grands clients, mais aussi des grands amis. Ce sont des questions que l'on peut traiter.

M. Cohen a eu un contact avec la DGS pendant la canicule. Je lui cède la parole.

M. Jean-Claude COHEN : Nous avions des contacts sur ce sujet d'actualité de la biométéorologie humaine avec plusieurs organismes.

M. le Président : Pardonnez-moi mais, en répondant, pouvez-vous préciser le champ de vos travaux et ce que l'on entend par les travaux de la commission santé-biométéorologie ?

M. Jean-Claude COHEN : La commission santé-biométéorologie travaille depuis 1971 à Météo France. Elle a pour objectif de mettre en valeur les dossiers importants susceptibles d'entraîner des effets sanitaires notables. Depuis les années 1970, puis dans les années 1980 et 1990, des études intéressantes ont mis en évidence des relations certaines entre météo et santé. Jusqu'à la fin des années 1990, le gros problème a été de faire connaître l'importance du sujet. Visiblement, le message ne passait pas, ni auprès du sanitaire ni auprès des médias ; en tout cas, au niveau des directions des médias, cela ne passait pas très bien.

Nous avons pris comme option, en 1998, d'isoler deux dossiers prioritaires : le dossier canicule et le dossier grand froid. Nous souhaitons, à terme, développer ces deux dossiers et en faire aboutir d'autres qui nous paraissent importants, mais peut-être moins perceptibles du point de vue politique, médiatique et sanitaire.

Je pense, en particulier, à un dossier important pour la DGS : celui des pollens et des pollinoses, très liées aux conditions météorologiques, à trois étapes du risque. Je citerai également comme autre grand dossier, celui des ultraviolets, sur lequel nous avons fortement progressé. Sur le site de Météo France, nous avons développé des conseils de comportement associés aux prévisions d'index UV pour les saisons estivales et éventuellement, à terme, hivernales à la montagne. Un troisième dossier se cache derrière celui lié à la canicule et à la chaleur et on voudrait le porter en même temps : il s'agit du dossier des maladies météo sensibles. En effet, il est reconnu que certaines maladies comme l'asthme, les maladies cardiaques, les migraines, les maladies ophtalmiques sont sensibles aux conditions météorologiques.

Nous avons beaucoup travaillé sur les questions ophtalmologiques avec l'hôpital des Quinze Vingt, premier hôpital ophtalmologique de France, de même qu'avec le SAMU de Paris. En 1993, nous avons également fait une expérience de prévisions biométéorologiques de taux d'activité du SAMU pour le lendemain, dont l'intérêt a été confirmé hier en réunion par le Dr. Jannière qui dirige le SAMU de Paris. Il a en effet confirmé l'intérêt découvert et l'attachement des personnels du SAMU et de leur direction, le Pr. Pierre Carli notamment, pour cette forme de prévisions potentiellement utilisables pour une aide à la gestion des lits, et éventuellement à d'autres opérations, c'est-à-dire tout ce qui peut être favorisé par une anticipation de la connaissance.

Je lierai volontiers ces trois dossiers dans un même « *package biométéorologique* » à celui déjà mis en valeur récemment par la canicule et les épisodes de

grands froids. Nous voudrions faire passer ces messages en même temps, en profitant de la situation que nous connaissons aujourd'hui.

Pour répondre à votre question sur nos contacts, nous travaillions l'hiver précédent sur les grands froids avec le secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion. Nous avions prévu d'élargir nos travaux à la canicule au mois de mai ou de juin. Nous travaillions également avec l'InVS depuis le mois de juin – mais l'InVS y travaillait déjà antérieurement – sur le programme *Prevention of Acute Health Effects from Weather in Europe (*PHEWE), dossier européen ayant pour objectif de définir des procédures sanitaires répondant à des alertes météorologiques de risques en situation de canicule. Ce type de projet a été développé aux Etats-Unis avec des personnes que je connais très bien, puisque nous nous rencontrons régulièrement dans les colloques ; même attitude donc aux Etats-Unis pour faire passer le message « *développer en priorité ce dossier* ».

Le message est passé en Europe par l'intermédiaire de PHEWE. Il a également été développé en Italie.

M. le Président : Précisément, aux mois de juin, juillet ou août, à quel moment avez-vous eu des contacts avec la DGS, l'InVS, pour les informer de l'apparition de problèmes inhabituels, qui vous paraissaient susceptibles de poser question ?

M. Jean-Claude COHEN : J'y arrive M. le Président ; je souhaitais présenter au préalable le contexte. Lorsque la situation caniculaire est apparue, j'étais de service en prévisions – puisque je suis également prévisionniste à Météo France – le dimanche 3 août. J'ai pris des contacts pour développer la question. Je ne me souviens plus de la date exacte à laquelle j'ai contacté la DGS. Je me souviens du nom de la personne, mais je tiens à préciser que mon objectif n'est nullement de porter des accusations…

M. le Président : Nous essayons surtout de comprendre comment cela s'est passé.

M. Jean-Claude COHEN : Il n'est nullement question de porter des accusations, en tout cas pas contre la DGS qui a eu une réponse très claire et très simple : « *Le message nous intéresse, mais nous n'avons pas de procédure de notre côté. Que voulez-vous que l'on fasse* ? »

La seule chose qu'il me semble important de souligner à ce jour est ce que M. Beysson a déjà développé : à peu de choses près, Météo France est prêt à démarrer, à évoluer rapidement. Mais il est nécessaire de disposer d'une procédure, de notre côté, afin que, lorsqu'on envoie le message à la DGS par appel téléphonique ou par mail, celle-ci ait de quoi répondre. Sans structure, il est délicat de l'accuser.

M. le Président : En 1998, vous avez mis en évidence deux types de dossiers sur les questions météorologiques : un dossier grand froid et un dossier canicule. A partir de ce moment, dans le cadre des procédures que vous venez de rappeler, vous avez sans doute entretenu des relations avec les autorités sanitaires pour alerter sur l'importance de ces questions. Quelle fut leur réaction à partir de vos alertes – du moins c'est ce que je présume d'après vos propos – de 1998 ?

M. Jean-Claude COHEN : Le sujet constituait déjà un centre d'intérêt auparavant. Nous avions fait venir le Pr. San Marco au début des années 1990 dans notre commission.

L'objectif était de faire passer le message ; quant à la réponse de la DGS ou des autorités sanitaires, je ne peux pas me prononcer.

M. Jean-Pierre BEYSSON : M. Cohen travaille maintenant avec tous ces partenaires. Il lui est difficile de répondre.

Je dois à la vérité de préciser que la commission biométéorologie et santé compte un médecin et un réseau de compétences qui se réunit et qui travaille. Bien entendu, la DGS, la direction générale des hôpitaux et de l'organisation des soins et la direction générale des affaires sociales sont membres de cette commission. Une vérification de l'assiduité aux réunions de la commission montrerait que la présence de l'administration a été extrêmement épisodique. Il faut le dire clairement : les administrations de la santé considéraient que cette commission aidait Météo France à définir des produits, mais qu'elle n'était pas nécessairement un outil pour elles, car elles en avaient d'autres.

Il faut dire également que M. Cohen les a alertées vers la mi-août – c'est-à-dire à un moment où elles n'avaient pas conscience du risque – pour préciser qu'à nos yeux, l'épisode climatique paraissait très sérieux.

M. le Président : Notre objectif est de comprendre ce qui s'est passé. Cela dit, nous avons tout de même relevé qu'un communiqué de la DGS a été rédigé à partir du 7 août et diffusé le 8 août, faisant état de liens entre la canicule et les questions de santé. On peut penser que c'est là la suite de votre intervention.

Tout de même, lors de son audition devant la mission d'information, le directeur général de la santé de l'époque a précisé que, dans le cadre des travaux préparatoires à la loi sur la politique de santé publique, personne n'avait évoqué les liens entre canicule et santé publique. Nous avons aussi entendu tout à l'heure le directeur de l'InVS déclarer que, dans le cadre des travaux conduits au sein de l'InVS, le lien entre la gravité du phénomène caniculaire et la question de santé n'avait pas non plus été évoqué. Or l'on constate que des agents de Météo France avaient déjà bien identifié ces questions sans obtenir de résonance des autorités sanitaires à l'issue de leurs travaux.

M. Jean-Claude COHEN : Nous identifiions un risque, mais en ignorant quelle surmortalité il pouvait entraîner. Les Américains s'y étaient essayés ; il n'est pas évident que nous sachions faire.

M. le Président : Votre dernière réflexion est importante. On pouvait en effet avoir identifié le risque sans avoir mesuré la gravité de ses conséquences.

M. Jean-Claude COHEN : La gravité était identifiée, mais, d'une canicule à l'autre, les effets sanitaires peuvent être très différents. Estimer la gravité sanitaire n'entre pas encore dans le domaine de la prévisibilité assurée. J'insiste bien, la présence du risque est prévisible mais sa gravité sanitaire l'est beaucoup moins.

M. le Président : Votre réponse est très importante. On peut identifier un risque. En revanche, la prévision de la gravité sanitaire du risque était particulièrement difficile.

M. Jean-Claude COHEN : Cette gravité sanitaire fluctue d'une canicule à l'autre et l'on ne peut pas s'avancer. Je m'étais risqué, à titre personnel, à estimer le risque à quelques milliers de morts en surmortalité, sur la base des précédents d'Athènes et de Chicago.

M. Gérard BAPT : A quelle date avez-vous avancé cette prévision ?

M. Jean-Claude COHEN : Il ne s'agit que d'une estimation – pas d'une prévision – dont j'ai parlé à mes amis, sans plus. Je l'ai effectuée entre le 7 et le 10 août. Je m'étais fondé sur les données connues : à Athènes, ville habituée à la chaleur, la canicule avait causé 2 000 morts en surnombre ; en multipliant cette donnée par le nombre de grandes villes en France, nous aboutissions à une donnée entre 10 000 et 15 000.

M. le Rapporteur : La référence de la canicule de 1976 était-elle utilisable ?

M. Jean-Claude COHEN : Cette référence existait, mais elle n'était guère commentée. J'ai même eu beaucoup de mal à retrouver les documents en question. Si vous en avez, ils m'intéressent.

M. le Président : Nous avons une petite revue de presse sur la canicule de 1976 qui fait état de 22 à 25 % de surmortalité.

M. Jean-Claude COHEN : Si vous me permettez, dans le même ordre d'idées, j'effectuerai une parenthèse sur les grands froids. L'estimation portant sur la période de grands froids en janvier et février 1985 fait état de 9 000 morts en surnombre alors que seul le cas des 200 à 300 sans-abri décédés a été médiatisé.

M. le Président : Vous pouvez préciser ce point ?

M. Jean-Claude COHEN : Le titre du site Internet de conseils de comportement, que signalait M. Beysson, précisait que « *la canicule tue dans des proportions comparables, sinon supérieures à celles des grands froids* ». Pour les grands froids, nous disposons d'une estimation de quelques centaines de morts par hypothermie parmi les sans-abri, mais toutes causes confondues, la fédération des observatoires régionaux de la santé a estimé la surmortalité, sur la période couvrant les mois de janvier et février 1985, à 9 000 morts en surnombre pour toute la France.

M. le Président : C'est une étude de la fédération des observatoires régionaux de la santé. Elle n'est pas techniquement nécessairement comparable à celles menées récemment par l'InVS.

M. Jean-Claude COHEN : Je dois à la précision d'indiquer qu'un incendie a détruit les documents.

M. le Rapporteur : Il s'agit de chiffres de surmortalité ?

M. Jean-Claude COHEN : C'est une étude dont les grandes lignes sont comparables à celle réalisée par l'INSERM. On connaît, en moyenne, le nombre de décès par saison ; on le compare aux décès constatés et, ensuite, on définit les causes de mortalité les plus représentées.

M. Georges COLOMBIER : M. le président directeur général, vous avez indiqué devant la mission d'information qu'il fallait renforcer les études de biométéorologie et organiser des échanges de compétences, par exemple avec les docteurs en médecine. Qu'en est-il à présent ? Une telle coopération a-t-elle été mise en place ces dernières semaines ou ces derniers mois ?

L'une des principales conclusions de votre audition par la mission d'information, résidait, selon moi, dans l'absence de chaîne de transmission officielle en cas de canicule ; c'est ce qui a fait défaut durant la crise. Avez-vous désormais un interlocuteur officiel en cas de crise ?

M. Jean-Marie ROLLAND : Je suis frappé, depuis le début, par les différences de surmortalité entre départements. Le cas de la Corse est particulièrement probant, mais il en est d'autres. Quels sont les éléments qui rendent la chaleur plus supportable en général ?

Peut-on établir le graphique du différentiel de températures entre le jour et la nuit ? D'après les médecins que nous avons auditionnés en septembre dans le cadre de la mission d'information, il semble que le fait de ne pas laisser reposer l'organisme pendant la nuit diminue la résistance des organismes. Cette courbe des différentiels pourrait-elle être rapprochée de la courbe de surmortalité ?

Enfin, les caractères de la canicule de 1976 diffèrent-ils de ceux de la canicule de 2003, en termes de durée ou de gravité ?

M. Gérard BAPT : Les cartes que vous nous avez fournies sont passionnantes et il nous faudra les étudier. Les températures notées au-dessus de 35 degrés ont été plus importantes au sud qu'en Ile-de-France ou dans le centre et dans l'ouest, là où la mortalité a été, à l'évidence, la plus forte. On peut donc relever un paradoxe, mais si l'on croise avec la carte des températures à plus de 40 degrés, on note que c'est dans les départements où la mortalité a été la plus grande que le nombre de jours à plus de 40 degrés fut le plus élevé, à savoir ceux du centre. Il serait intéressant de mieux faire apparaître ce phénomène.

Selon la courbe, la surmortalité quotidienne en fonction de la température n'est pas la plus élevée les 6 et 7 août, dates des premières alarmes. Le maximum se situe les 12 et 13 août. On peut en déduire que les alertes étaient très importantes dans un but de prévention.

Votre communiqué du 1er août annonce « *une nouvelle vague de chaleur* ». C'est donc qu'une première vague de chaleur était intervenue en juillet. Votre courbe rend compte d'un pic de chaleur entre le 12 et le 17 juillet. Il serait intéressant de savoir si, en juillet déjà, elle s'accompagnait d'une surmortalité. Les courbes d'entrées dans les services des urgences en juillet marquaient une augmentation significative. Vos données pourraient-elles être corrélées à celles de l'INSERM concernant une surmortalité quotidienne ?

M. Serge BLISKO : Je suis très troublé par vos propos, car je découvre que le centre de ressources sur l'influence des vagues de chaleur et de froid sur les humains était situé à Météo France où, visiblement, vous aviez à la fois une expérience d'une dizaine d'années, une bibliographie, des échanges internationaux, des réunions de travail, voire des publications, en tout cas une sensibilité particulière à ces phénomènes. Et vous comptez sur nous et sur ce phénomène malheureux pour faire passer davantage ce message selon lequel vous disposez du savoir-faire !

Comment se fait-il que tout ce savoir-faire qui n'est pas balbutiant – dès les années 1970-1980, ce centre de ressources existait – soit resté méconnu ? Est-ce parce que vous n'appartenez pas au grand monde du sanitaire et du social que vous êtes tenus un peu à l'écart ? Je pose ces questions, car je me dis que si vous aviez été en place au ministère de la santé, peut-être aurions-nous pu éviter des choses ! J'avais déjà eu cette impression en lisant les lignes de vos communiqués aux médias. Tout cela semble huilé et pourrait fonctionner très bien.

Le 7 août, votre communiqué, très précis, très net, indique l'attention à porter aux personnes âgées. Il renvoie à un site Internet et à un numéro de téléphone auprès desquels il est possible d'obtenir des conseils. Combien de médecins comptez-vous parmi vos effectifs, de vacataires, de contractuels ? Quelle est cette organisation que je découvre ? Ce qui aurait dû figurer dans les services sanitaires et sociaux de notre pays se trouve à Météo France. J'en suis ravi pour vous et vous félicite de votre anticipation, mais pourquoi n'en a-t-il pas été de même ailleurs et comment avez-vous pu monter un tel système ?

M. le Président : Qu'est-ce qui fait, demande en substance M. Blisko, que vous vous êtes intéressés à des questions de santé, alors qu'il ne s'agit pas de votre vocation première ?

M. Edouard LANDRAIN : Depuis plusieurs auditions, je pose une question simple : avions-nous, en France, un système de prévision pour les canicules ?

J'ai entendu un certain nombre de responsables médicaux et scientifiques répondre qu'il n'y avait pas de capteurs ou d'indicateurs spécifiques. Or, je découvre aujourd'hui que, de longue date, les scientifiques de Météo France avaient mis en place un système de prévision. Vous a-t-on vraiment pris au sérieux ? Ne vous a-t-on pas considérés comme des scientifiques un peu évaporés, des *cosinus* perdus dans le système météo, la partie importante de la direction générale de la santé n'ayant pas du tout saisi, par cloisonnement peut-être trop rigide, que c'était vous qui déteniez la vérité et qu'il fallait porter attention à vos propos ?

M. Claude LETEURTRE : J'avais été frappé par votre première audition, M. le président directeur général, devant la mission d'information, car vous nous aviez donné des certitudes. Quand un anticyclone est installé sur l'Europe, vos prévisions sont fiables à 7 ou 10 jours, aviez-vous déclaré. C'est là un élément de certitude qui interpelle. Comme mes collègues, j'ai le sentiment d'un gâchis d'une connaissance remarquable et reconnue.

Le directeur de l'InVS nous a dit qu'il n'avait pas reçu d'alerte sur la possibilité d'un risque canicule. Cela je ne peux pas l'admettre, je ne peux pas l'entendre. M. Brücker, pour ne pas le nommer, tient un discours consistant à nous faire croire qu'il ne s'agissait pas d'un risque qu'on pouvait évaluer. Il estime que l'on doit bâtir tous les *scenarii* possibles, tout en soulignant qu'il n'était pas initialement envisageable de retenir celui de la canicule. Or, non seulement vous nous dites que vous aviez travaillé sur ce thème, mais qu'au surplus, les administrations devaient savoir.

En 1998, lorsque vous avez travaillé et bâti des alertes avec la DGS, avez-vous participé, en qualité d'experts, à la définition des objectifs du contrat d'objectifs et de moyens de l'InVS ?

D'autre part, n'y a-t-il pas un problème de nosologie ? Dans l'esprit des gens, la canicule n'est-elle pas un phénomène normal, l'été ? La confusion n'est-elle pas venue de là ? N'y a-t-il pas eu incompréhension, car lorsqu'on parle de canicule, on ne parle pas obligatoirement de coup de chaleur ?

Dernière question : il est vrai que nous entendons maintenant parler des alertes, mais n'entend-t-on pas trop parler des alertes ? Trop d'annonces tuent la crédibilité de l'annonce. Ne doit-on pas éviter de surexploiter toute cette crédibilité et ce savoir ?

M. Jean-Pierre BEYSSON : Comment se fait-il que ce qui existe là ne soit pas suffisamment pris en compte ? C'est une question très importante, à mon sens. Par rapport à cela, je tiens un discours qui est un peu ferme, car nous considérons que la situation devient intolérable.

Je citerai un exemple récent, qui explique mon acrimonie : dans les travaux en cours, sur les suites à donner à la canicule de cet été, nous n'avons pas été conviés aux grandes réunions sur les mécanismes d'alerte à mettre en place. A la limite, je le comprends. Mais, au surplus, un groupe de travail spécifique a été constitué sur les grands froids où la présence de Météo France n'a pas été prévue !

Sur cette question, j'ai alerté notre cabinet de tutelle pour indiquer que je jugeais la situation intolérable et que je n'arrivais pas à régler le problème, malgré mes appels au directeur général de la santé. Cette attitude est d'autant plus incompréhensible que nous avons signé, avec Mme Versini, une convention avec le secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, voilà quelques jours, en présence de M. de Robien. Cette convention n'est que la concrétisation de ce que l'on fait depuis plus d'un an.

Nous avons travaillé sur les grands froids, nous avons ouvert un site Internet sur ce thème. Un groupe de travail est constitué pour approfondir le dispositif, l'améliorer – car il y a sans doute des améliorations à apporter –, et l'on ne demande pas à Météo France d'être là ! C'est tout de même extraordinaire !

M. le Président : Pour être clair, par quels ministères ces réflexions sur des procédures d'alerte en cas de grandes chaleurs ont-elles été mises en place ?

M. Jean-Pierre BEYSSON : Par le ministère de la santé.

Cette attitude est très singulière, car les problèmes de risques météorologiques n'étaient pas dans la problématique du ministère de la santé qui pense davantage à des risques provenant de problèmes médicaux à proprement parler, telles les épidémies. L'idée que le risque météorologique a des conséquences indirectes sur la santé n'est pas véritablement dans la culture de la maison !

M. le Président : Si cela ne l'était pas avant août 2003, cela devrait l'être devenu depuis.

M. Jean-Pierre BEYSSON : Cela devrait l'être, en effet. Il n'empêche que dans pratiquement tous les pays européens, les mécanismes d'alerte de ces phénomènes sont confiés aux services météorologiques, car il s'agit d'un risque météorologique. Météo France est un organisme chargé de surveiller l'atmosphère et d'assumer, pour le compte de l'Etat, les missions de sécurité des personnes. Nous sommes en charge de la sécurité des

personnes, y compris pour ce qui concerne les risques induits par des phénomènes météorologiques.

Je pense que cet oubli tient au fait que les services météorologiques n'appartiennent pas à la culture des responsables de la santé et que Météo France n'entre pas dans le champ de leur tutelle. Ils ont donc plutôt tendance à réagir en se demandant quels moyens ils peuvent mettre dans tel ou tel organisme relevant de leur giron pour régler le problème, plutôt que de les mettre en synergie avec ceux de Météo France.

Ce n'est pas la question d'aujourd'hui, mais le même problème se pose pour l'observation de la qualité de l'air : en effet, le ministère de l'environnement a créé de petites structures, avec de petits moyens, pour régler un problème qui est traité à Météo France par 200 chercheurs et des supercalculateurs. On assiste véritablement à des recoupements de compétences.

Face à un problème, chacun s'interroge pour savoir quelles structures mettre en place, quels nouveaux moyens mobiliser, sans se demander s'il n'existe pas déjà une structure en mesure de traiter le problème. Comment mettre un terme à cette attitude ? Je compte sur vous et sur le discours que je tiens partout, y compris devant nos amis de l'InVS, de la DGS, etc.

Pour en revenir aux autres questions, oui, M. Colombier, nous avons débattu de l'échange de compétences avec M. William Dab. Il a convenu que c'était une excellente idée et qu'il serait intéressant que nous accueillions chez nous des médecins doctorants ou post-doctorants intéressés par les questions de biométéorologie, comme il a reconnu le bien-fondé de recevoir, à la DGS, un correspondant météo qui ferait circuler la problématique des risques météorologiques dans sa propre problématique interne. Voilà où nous en sommes. L'idée est jugée excellente et nous attendons qu'elle se concrétise.

Il y a quand même des choses qui avancent, en particulier avec l'INSERM. Nous avons considéré qu'il y avait beaucoup de choses à entreprendre sur le plan des études biométéorologiques. Nous sommes donc disposés à fournir à l'INSERM de longues séries de données climatologiques – bien entendu sans aucune préoccupation commerciale derrière, dans le cadre de nos missions de service public – pour qu'il puisse affiner ses études sur les surmortalités, les problèmes de différences régionales que vous avez soulevées, etc. Nous mettons au point avec lui une convention. En revanche, nous rencontrons davantage de difficultés avec l'InVS, pour les raisons déjà évoquées tout à l'heure.

La chaîne de transmission officielle constitue effectivement un problème majeur. Lorsque l'on détecte un risque, il est identifié ; encore faut-il que, derrière, quelqu'un se préoccupe de libérer des lits d'hospitalisation, de mettre en place les moyens et d'alerter tous les acteurs du dispositif. De ce point de vue, il n'y avait pas de plan canicule. Il existe un plan grands froids, mais seulement pour les SDF. Pourtant, le grand froid ne concerne pas seulement les personnes sans domicile ; il entraîne des conséquences sur certaines maladies et sur les personnes fragiles etc. Selon moi, des plans restent à mettre en place.

Les risques météorologiques classiques – les tempêtes, le vent, les inondations – sont parfaitement traités, parce que ces risques relèvent de la direction de la défense et de la sécurité civiles du ministère de l'intérieur, des préfets et de la direction de l'eau du ministère de l'environnement – s'agissant des inondations. Les choses ont été un

peu plus difficiles, mais elles fonctionnent désormais. Il existe des procédures et les interlocuteurs auxquels on adresse des messages sont connus ; ils ont des contacts avec nos prévisionnistes, etc.

Pour la vague de grands froids, le problème des interlocuteurs est parfaitement identifié dans le cas des SDF. Nous envoyons des messages électroniques à des personnes identifiées au sein du secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion. Un cadre du secrétariat d'Etat est disponible 24 heures sur 24 si nous rencontrons un problème. Il faut agir à l'identique pour les canicules, que l'on dise à qui envoyer des messages. Je le disais : nous avons des capacités en termes de télécommunication !

Je ne voudrais toutefois pas donner l'impression que l'on considère que tout fonctionne parfaitement ni tirer gloriole d'un drame. Nous avons fait notre travail – je le pense – relativement bien, mais ce n'est pas toujours le cas. Il y a des situations météorologiques que nous appréhendons mal. Il y a de fausses alertes, plus que nous le souhaiterions ; il y a aussi des événements qui se produisent sans avoir été précédés d'une alerte. Il faut considérer notre travail avec modestie et réalisme. La science météo a ses limites.

Il n'empêche, des phénomènes de ce type, canicules et grands froids, à l'inverse des orages – phénomènes locaux qui sont encore en limite de l'état de l'art –, sont des phénomènes de grande échelle que l'on prévoit très bien, car ils concernent la circulation générale de l'atmosphère et sont appréhendés par les modèles de prévisions numériques et expertisés par des prévisionnistes.

Néanmoins, nous ne pouvons nous engager sur tout. Quel est le taux d'erreur ? Nous procédons à un examen très précis de toutes les alertes que nous envoyons, des situations orange ou rouge de la carte de vigilance. Elles sont analysées de manière immédiate avec la direction de la défense et de la sécurité civiles du ministère de l'intérieur ; nous dressons ensuite un bilan annuel.

Nous considérons que, grâce à la carte de vigilance, nous avons accompli un progrès considérable sur les fausses alertes par rapport à la situation antérieure. Le ministère de l'intérieur a clarifié sa position : il est intéressé par les alertes qui nécessitent la mise en œuvre de moyens de secours. Si un événement fort ou intense n'a pas vocation à donner lieu à une mobilisation particulière de moyens de secours, il ne relève pas de l'alerte orange. Ces modalités ayant été précisées, nous avons maintenant divisé, dans des proportions très importantes, le nombre de situations orange par rapport aux alertes correspondantes de la procédure antérieure. Le taux d'erreur doit être réduit pour atteindre, je crois, 85 % de fiabilité du système.

Le centre de ressources de Météo France existe. Nous n'avons pas de médecins, mais un réseau de compétences qui se réunit deux fois l'an, au sein de l'une des commissions du Conseil supérieur de la météorologie, pour travailler et avancer des recommandations. Nous sommes demandeurs d'un échange croisé avec la DGS. Nous avons adopté la même démarche avec le ministère de l'intérieur, et un météorologue est détaché auprès de la direction de la protection civile. Cette démarche a été reproduite auprès de la direction de la prévention des risques et de la direction de l'eau. Nous accueillons en parallèle, chez nous, des gens qui connaissent leurs problématiques et préoccupations.

Pour ce qui est des surmortalités différentes d'un département à l'autre, je ne puis vous répondre.

M. Jean-Marie ROLLAND : Je voulais savoir si des facteurs, d'hygrométrie ou autres, pouvaient localement influer.

M. Jean-Claude COHEN : La carte présentée par M. Beysson sur les températures maximales donne une première idée de la répartition de la surmortalité, associée aux extrêmes de températures les plus notables, c'est-à-dire sur le centre du pays avec un débordement sur le centre-est. Un second élément de réponse existe : de 1985 à 1995, nous avions travaillé avec le Pr. San Marco ; nous avions identifié des causes de surmortalité et des opérations d'alerte, à savoir diffusion de conseils, mise en alerte dans les hospices et auprès des pompiers. Cela se faisait donc, dès cette époque, en France, où nous étions pionniers.

Je veux préciser que l'adjointe au maire de Marseille nous a signalé, hier même, qu'en juillet 1983 la canicule à Marseille avait causé une surmortalité de 500 décès alors que l'épisode beaucoup plus fort de 2003 a causé 150 morts en excès. La différence est due à des opérations d'aide, à des conseils pratiques de comportement. Je précise cela pour donner, non une preuve, mais une idée de l'impact de plans de procédures simples. Cela peut expliquer que la surmortalité dans la région de Marseille soit beaucoup plus faible que celle attendue à la seule vue des températures. Ce n'est qu'un élément de réponse.

Enfin, nous avons conduit une expérience avec le SAMU de Paris où nous avons envoyé une prévision quotidienne du temps avec les risques associés pour le lendemain. A cette époque, en 1993, les météorologues n'étaient pas qualifiés d'« *originaux* » mais de « *Pink Flyod* » ; je rappelle cela pour mesurer la rapide évolution qui, en quelques mois, a conduit les milieux médicaux à s'attacher très fortement à la notion d'environnement atmosphérique. Nous avons créé des liens de grande sympathie avec les personnels du SAMU à l'époque. Ils attendaient nos bulletins tous les jours.

M. le Président : Quand cette expérience a-t-elle été menée ?

M. Jean-Claude COHEN : En 1993.

M. le Président : Pourquoi cette procédure a-t-elle été interrompue, car, si je comprends bien, elle a été arrêtée ?

M. Jean-Claude COHEN : Elle a effectivement été arrêtée. Il s'agissait pour nous d'évaluer la validité d'études statistiques antérieures. Nous sommes arrivés à relativement bien estimer les jours à assez faible activité au SAMU et à détecter une partie seulement des grands pics d'activité.

M. le Président : Vous nous expliquez que vous aviez des capacités de modélisations vous permettant, à partir des prévisions météorologiques, de prévoir l'activité de services d'urgence ?

M. Jean-Claude COHEN : Nous avions des éléments de connaissance sur des bases statistiques, parmi d'autres choses, et nous les avons toujours. C'est là l'un des trois

dossiers que j'évoquais. Le travail s'est interrompu car il s'agissait de procéder à une évaluation. La vraie question est de savoir pourquoi il n'a pas repris. Nous avons développé des contacts avec d'autres SAMU et il est vrai que, 10 années plus tard, à la faveur de la canicule, beaucoup de responsables sont intéressés pour le reprendre.

M. Jean-Marie ROLLAND : En clair, cela veut dire que vous avertissiez pour le lendemain contre un nombre supérieur d'infarctus, de crises d'asthme ?

M. Jean-Claude COHEN : L'axe général de l'objectif est celui que vous décrivez. Le niveau réel de nos compétences est un niveau expérimental où l'on progresse et où nous sommes assez bien placés au niveau international. Mais cela demande encore des travaux pour savoir si nous pouvons passer de la prévision expérimentale à l'application.

M. le Président : Cela ne peut donc pas s'appliquer dans une procédure clairement identifiée concernant la mobilisation des SAMU.

M. le Rapporteur : Ma question porte sur les températures et le lien éventuel avec la couche d'ozone et l'apparition de pics d'ozone. Ce lien existe-t-il ?

M. Jean-Pierre BEYSSON : Dans le processus de réflexion en cours sur des indicateurs météorologiques, j'ai indiqué à nos partenaires qu'à supposer qu'une canicule se renouvelle en 2004 et que rien n'ait été mis en place, je ne donnerais pas cher de leur sort. J'ai insisté sur la nécessité de faire quelque chose de simple et de robuste, en imaginant un indicateur reposant sur les températures maximales et minimales pendant 2 jours.

Nous, nous pensons qu'une température supérieure à 35 degrés pendant 2 jours, c'est déjà beaucoup. Certes, nous pourrons ensuite affiner cet indicateur, mais il convient au moins que nous en fixions un sur lequel nous soyons d'accord dès avant l'été. Il faudra ensuite affiner les indicateurs pour qu'ils soient plus précis, tenir compte de facteurs aggravants comme l'ozone, le NOx, le dioxyde d'azote.

Nous avons le sentiment que la canicule a coïncidé avec une pollution assez caractérisée de dioxyde d'azote autour des 11 et 12 août et nous avions enregistré la présence d'ozone. Nous pensons qu'il s'agit d'un facteur aggravant non identifié, non caractérisé. Il convient donc d'enrichir un indicateur simple, robuste, fondé sur les températures, par des facteurs comme l'humidité par exemple. Imaginons que les températures de cet été se soient doublées d'un taux d'humidité important, les conséquences auraient pu être encore plus graves. En la circonstance, cet élément n'a pas joué, puisqu'il s'est agi d'une canicule sèche, mais l'humidité ajoute à la gravité du phénomène. Il faut donc intégrer des facteurs aggravants de type chimique comme l'ozone et le dioxyde d'azote ou autres.

M. Gérard BAPT: Il serait très instructif pour la commission de recevoir le tableau corrélant la surmortalité constatée aux températures enregistrées au mois de juillet.

M. Jean-Claude COHEN : Je vous réponds tout de suite que nous ne disposons pas des données sanitaires. Quant aux données météorologiques, la forte chaleur était installée depuis le 25 mai ; elle a duré tout le mois de juin, tout le mois de juillet, à l'exception d'une première semaine en début de mois et d'une autre en fin de mois. Nous étions déjà intéressés par un impact *a priori* en termes sanitaires, probablement assez faible, mais

sensible. Nous ne disposons pas des données pour effectuer le travail d'estimation que vous attendez. C'est l'InVS qui sera en mesure de le réaliser.

M. le Président : Il faut qu'un croisement soit opéré. Nous verrons si nous pouvons y contribuer, mais c'est un croisement qui nécessite l'intervention de plusieurs services.

M. Gérard BAPT : D'accord. Les courbes de température entre la Corse du sud et la Corse du nord m'apparaissent incompréhensibles. Il n'y a pas d'explication.

M. Jean-Claude COHEN : Nous n'en savons pas plus.

M. Claude LETEURTRE : M. Cohen nous a indiqué qu'un plan « *canicule* » fonctionnait, sur lequel il avait travaillé en même temps que le plan « *grands froids* » depuis 1998, et qu'il avait eu des liens avec l'InVS. Je souhaite lui poser la question suivante : avez-vous été entendu comme expert lors de la définition des missions de l'InVS, dans le cadre de l'élaboration du contrat d'objectifs et de moyens ?

M. le Président : Je rappelle que les missions sont définies par la loi et qu'elles sont en train d'être modifiées, suite à un amendement au texte de loi déposé par le Gouvernement.

M. Claude LETEURTRE : En fait, je me réfère aux thématiques plutôt qu'aux missions de l'InVS.

M. le Président : Ainsi que l'a souligné le directeur de l'InVS tout à l'heure, dans une procédure assez ancienne, l'InVS avait identifié les priorités qu'il devait retenir, par thèmes. Lorsqu'il a fallu opérer des choix, le thème du lien avec les questions météorologiques n'a pas été présenté, si ce n'est par un seul expert ; c'est pourquoi cette priorité n'avait pas été retenue.

M. Edouard LANDRAIN : Lorsqu'il y a un avis de tempête de Météo France, les gens de l'ouest comme moi l'écoutent et en tiennent compte. On rentre au port. Météo France représente quelque chose d'important. C'est pourquoi je n'arrive pas à comprendre que, sur le plan de la santé, on n'ait pas immédiatement pris en compte les prévisions que vous pouviez émettre, qui sont très antérieures au drame que l'on a pu connaître par la suite.

Vous avez indiqué que, s'agissant des grands froids, vous aviez réussi à convaincre. Si l'on considère la nosologie, le froid prête sans doute davantage à la pitié que la chaleur qui est associée aux vacances. Le chaud fait du bien alors que le froid tue ; c'est bien connu. On a pu mettre en place un plan « *grands froids* ». J'ai beau chercher, je ne trouve pas trace d'un plan canicule. Vous l'évoquez, vous dites que l'on y a songé, que l'on a commencé à le faire. Je n'arrive pas à savoir si l'on a pris en compte vos propos au ministère de la santé.

Vous avez indiqué que l'on ne vous avait pas pris au sérieux. Or, c'est le fond de la question : êtes-vous pris au sérieux par le ministère de la santé ?

M. le Rapporteur : Quelle est votre appréciation sur la climatisation des locaux ?

M. Jean-Pierre BEYSSON : Nous n'avons pas été associés au programme de travaux de recherche de l'InVS. Ces organismes ont des comités scientifiques, dont certains existent depuis longtemps. L'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE), vient de composer récemment son comité scientifique. Je vais écrire à Mme Védrine, car je trouve très curieux qu'elle n'ait pas prévu dans son comité scientifique un spécialiste des sciences de l'atmosphère. Même si elle ne veut pas le prendre à Météo France, elle pourrait en retenir un du CNRS.

Est-ce parce que l'on ne nous prend pas au sérieux ? Je ne le crois pas. Ce n'est pas Météo France qu'ils ne prennent pas au sérieux, mais le risque climatique. J'ai la faiblesse de le penser. Peut-être que je me trompe et qu'au surplus ils ne prennent pas Météo France au sérieux ? Et peut-être ont-ils raison, car nous nous trompons aussi, mais enfin, quand même ! Je pense surtout que, dans leur culture, ce sont les maladies qui sont prises en compte.

M. le Président : C'est ce qu'a fort bien décrit M. Blisko au cours de l'audition de M. Brücker.

M. Jean-Pierre BEYSSON : Il n'y a donc pas de plan canicule.

Ce qui me préoccupe vraiment, c'est que, malgré cette canicule, nous avons l'impression de ne pas encore être associés aux divers travaux destinés à en tirer les enseignements, ce qui est intolérable. Je le dis nettement.

M. Jean-Claude COHEN : M. Leteurtre m'a demandé si j'avais été consulté dans la définition du rôle de l'InVS. M. Beysson vous a déjà indirectement répondu : le représentant de l'InVS ne venait pas à nos réunions de commission depuis des années alors que l'InVS en est membre. Je n'ai pas du tout été consulté, ni avant ni après l'élaboration du contrat d'objectifs et des moyens de l'InVS. En revanche, dans la dernière décade d'août, un petit groupe de travail a été constitué à l'initiative de l'InVS ; nous en faisons partie et son rythme de travail est diabolique !

Quant à la climatisation, je ferai une petite allusion au congrès de biométéorologie qui s'est déroulé au Kansas. Nous sommes à ce point avancés sur le sujet que nous étudions les limites de l'intérêt de la climatisation et dans quelle mesure il ne faut pas en abuser.

Cela fait des années que nous travaillons sur la question. La réponse est simple : il n'y a pas d'autre solution que la climatisation pour être efficace. Il suffit d'une heure dans une salle climatisée pour sauver des vies.

Les Etats-Unis sont exemplaires à beaucoup d'égards ; en tout cas, au plan sanitaire d'intervention canicule, ils sont plus qu'exemplaires. Là-bas, ils déplacent des équipements de climatisation pour les amener dans les maisons, ce qui sauve des personnes.

De même hier, au cours de la commission santé, plusieurs représentants médicaux étaient présents. Une personne a indiqué qu'il y avait beaucoup de choses à faire : mouiller les corps, donner à boire, etc. En fait, il n'y a qu'une seule chose à faire : refroidir les corps au niveau des urgences, une fois que l'on est à l'hôpital. Nous sommes catégoriques sur ce point. Même s'il ne s'agit pas de questions météorologiques, ces

problèmes sont débattus sérieusement au niveau des congrès de biométéorologie ; il faut un endroit pour reprendre son souffle.

Il vous a été signalé que la température minimale était un facteur beaucoup plus important que la température maximale. Reprendre son souffle en fin de nuit ou une heure dans une salle climatisée change tout.

M. Jean-Marie ROLLAND : Quels sont les organismes français représentés au Congrès de biométéorologie du Kansas auquel vous faisiez allusion ?

M. Jean-Claude COHEN : Météo France.

Audition de M. Jean-François MATTEI,
ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées

(Extrait du procès-verbal de la séance du 25 novembre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

M. Jean-François MATTEI est introduit.

M. le Président : Après les travaux de la mission d'information sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule, devant laquelle vous étiez venu vous expliquer le 11 septembre dernier, nous essayons d'analyser le déroulement exact des événements d'août dernier pour dégager éventuellement des pistes de réforme de notre organisation sanitaire et sociale.

Les auditions que nous avons menées jusqu'à présent montrent que des services, des administrations étaient en possession, dès le début du mois d'août, d'éléments d'information susceptibles, s'ils avaient été collationnés et analysés, de faire prendre conscience aux pouvoirs publics de l'ampleur de la catastrophe. Or, il semble bien que l'information n'ait pas circulé entre responsables et ne soit pas, en tout cas, remontée jusqu'à vous. Je ne voudrais pas résumer votre intervention à ce seul message, mais devant la mission d'information, M. le ministre, vous avez notamment insisté sur le fait que vous n'aviez rien su, car l'on ne vous avait pas transmis ces informations. Mme Bolot-Gittler, votre directrice adjointe de cabinet, lorsqu'elle est venue devant la commission d'enquête, a également défendu la position selon laquelle votre cabinet n'avait pas été informé.

Vraisemblablement, il y a eu un défaut d'information. Cette carence révèle des dysfonctionnements au sein de votre ministère. L'on peut s'interroger sur ce qui pourrait advenir si d'autres événements se produisaient dans les établissements de santé ou les directions sans que le ministre de la santé, voire son cabinet, n'en soient informés.

Au-delà donc de la description factuelle de l'ensemble de ces éléments, je souhaiterais que vous nous éclairiez par l'analyse que vous portez sur cette situation.

Des réflexions, dont nous avons reçu des témoignages dans le cadre de la commission d'enquête, sont en cours. Des réformes sont d'ores et déjà mises en œuvre ou envisagées pour rendre plus performant notre système de veille et d'alerte. Mais, là encore, on peut avoir l'impression que chacun travaille dans son coin, même après les événements que nous avons connus au mois d'août !

J'en veux pour preuve – et je ne m'appuierai que sur ce qui nous a été dit devant la commission d'enquête – que la préfecture de police de Paris va mettre en place une nouvelle structure sans que l'on soit assurés que cette structure sera tout à fait cohérente avec les nouvelles missions de l'InVS par ailleurs envisagées dans le projet de loi de santé publique. De même, la semaine dernière, nous avons auditionné le président directeur général de Météo France, qui nous a indiqué que les groupes de travail mis en

place dans votre ministère n'associent toujours pas cet organisme alors que Météo France travaille par ailleurs à ces questions, au sein d'une commission santé et risques météorologiques.

On ne peut que s'interroger sur les leçons que l'on a d'ores et déjà tirées – ou non – de cette période particulièrement sensible.

Je souhaiterais également que vous nous éclairiez, M. le ministre, sur les dispositions que vous avez vous-même prises pour, d'une part, identifier les dysfonctionnements et y pallier et, d'autre part, identifier les sujets sensibles en termes de santé publique qui sont susceptibles d'apparaître et sur lesquels nous sommes insuffisamment préparés. Il me semblerait intéressant que nous revenions sur cette organisation.

M. le Président lui rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête lui ont été communiquées. A l'invitation du Président, M. Mattei prête serment.

M. Jean-François MATTEI : M. le Président, M. le Rapporteur, mesdames, messieurs les députés, je me suis déjà exprimé devant la mission d'information et je n'ai rien à changer à mon intervention d'alors. Je ne reprendrai donc pas ce fil, me prêtant naturellement à toutes les questions que vous voudrez bien me poser pour obtenir telle ou telle précision.

Je voudrais cependant redire en commençant que, derrière les chiffres, derrière les analyses, derrière cette démarche, la blessure persiste, toujours présente, et que la peine des familles est, pour moi, un formidable moteur pour agir afin que, plus jamais, un drame comme celui de cet été ne se produise.

Dans cette intervention liminaire, je voudrais simplement ajouter quelques commentaires à ce que j'ai déjà pu dire, car, depuis, sont intervenus la publication du rapport de la mission parlementaire, le rapport de MM. Hémon et Jougla, les chiffres européens, dont certains ne sont pas définitifs mais qui sont pour autant significatifs, et enfin le livre de M. Lucien Abenhaïm.

A mon sens, tout indique, ainsi que nous l'ont rapporté très tôt après la catastrophe les spécialistes américains de la canicule, qu'il s'agit d'une catastrophe naturelle doublée d'une crise structurelle, et pas seulement conjoncturelle, qui dépasse évidemment les seuls aspects sanitaires. Les enseignements sont tirés et les réponses sont déjà ou seront apportées. J'y déploie et j'y déploierai toute mon énergie.

La canicule est bien une catastrophe naturelle à laquelle la société française n'était pas préparée. Parce que l'alerte a été donnée le 10 août par les urgentistes, parce que les images sont celles des urgences débordées par l'afflux des patients, elle a été considérée comme une crise sanitaire. Ce n'est pas la vérité. C'est une catastrophe sans précédent, comparable à une tornade, à un tremblement de terre, à la tempête de 1999. Les météorologistes le disent : jamais un tel phénomène ne s'était produit.

Par ailleurs, le rapport de MM. Hémon et Jougla est édifiant. Il indique que, dès le 4 août, la surmortalité est de 428 décès ; le 8 août, elle passe à 3 907 décès alors que nous en sommes à des hésitations, que le Pr. Pierre Carli discute d'un protocole pour l'hyperthermie maligne – il l'a écrit dans un très bel article du Monde – et que le Dr. Dominique Meyniel, directeur du service des urgences à Tenon, indique très

clairement : « *Le samedi 9 août, je reste au service jusqu'à treize ou quatorze heures. Ça a l'air de se tasser un peu. Je me dis que ça va et je quitte Paris avec ma femme pour aller prendre l'air en Normandie*. ». Il y a pourtant déjà 6 541 morts le jour où Patrick Pelloux à la télévision, le soir, annonce une cinquantaine de morts. Le 11 août, ils sont 8 000 ! Permettez-moi de vous le dire comme je le pense : cela rend un peu vain de savoir si un mail de 10 heures 01 ou de 19 heures 36 est arrivé ici ou là ! Naturellement, je m'en expliquerai si vous le souhaitez, mais il y a déjà 8 000 morts.

Du 8 au 13 août, oui, c'est vrai, on a parlé de crise sanitaire, mais c'est en fait une crise hospitalière. Les urgences ont fait face dans des conditions de médecine de catastrophe. L'hôpital, je le crois, a rempli sa mission. Nous devons être reconnaissants à la famille hospitalière et aux hospitaliers. C'est le 13 août que tout bascule. Les données des Pompes funèbres générales permettent d'envisager 3 000 morts. En réalité, il y en a 12 540 ! Attention à l'illusion rétrospective ! On ne peut réécrire le passé comme d'aucuns le font avec les connaissances d'aujourd'hui. J'insiste sur ce point, car la France est le seul pays à avoir réagi comme il l'a fait. Nous pourrons revenir sur ce sujet au cœur du débat, car c'est l'avenir de notre santé publique et de notre sécurité sanitaire qui est en jeu.

Je vous livre les chiffres des décès en Europe : Espagne, 6 232 morts ; Italie : 7 659 ; Portugal : 1 400 ; Pays-Bas : 1 400 ; Allemagne : de 3 à 7 000. Bien sûr, il faut prendre en compte la population de ces pays. Tous ces chiffres sont comparables aux nôtres dès lors qu'on les compare à l'intensité de la température, notamment nocturne, et à la durée de la vague de chaleur.

Cela étant dit, il est vrai que notre système d'alerte n'a pas fonctionné, n'autorisant aucune anticipation. Le directeur de l'InVS, devant vous, mais aussi devant moi, tout de suite, l'a reconnu, simplement : il n'y a pas eu d'anticipation, on n'a pas vu, on n'a pas imaginé. Quant au directeur général de la santé, il en a lui aussi convenu ; il en a tiré d'autres conclusions, je le regrette. Je m'en expliquerai plus avant si vous le souhaitez. Je n'ai jamais chargé qui que ce soit. Il n'y avait pas eu d'alerte, j'avais besoin de comprendre.

Depuis, les choses se sont éclairées. Il ne s'agit pas d'accuser les individus. Quand autant d'erreurs d'appréciation surviennent, ce ne sont pas les individus qu'il faut mettre en cause, mais les systèmes.

D'abord, notre système de santé publique et de sécurité sanitaire ; ce faisant, M. le Président, je commence à répondre à vos questions. La France, dois-je le rappeler, est un pays réputé tempéré, qui n'a jamais considéré les écarts climatiques comme un souci majeur. Que reste-t-il dans les mémoires de la sécheresse de 1976 si ce n'est l'impôt sécheresse ? Il n'y a eu aucune appréciation quantitative sur le plan humain. C'est moi qui l'ai demandée à titre rétrospectif. Elle met en avant 6 000 morts ! Et personne n'en a jamais rien su. Après 1983, nous avons su tirer les enseignements de ce qui s'est produit à Marseille, mais rien au niveau national. Rien non plus de la canicule d'Athènes en 1987, ni d'aucune autre.

Mieux que cela, M. le Président, souvenez-vous du débat de 1998 sur la loi de sécurité sanitaire. Qui au Sénat ou à l'Assemblée nationale – où nous étions – a évoqué le problème climatique dans le cadre de la sécurité sanitaire ? Personne ! Quel est le contenu du contrat d'objectifs et de moyens signé entre mon prédécesseur et l'InVS en 2000 ? Parmi les priorités, rien sur les problèmes climatiques ! Et en 2003, en préparant le projet

de loi de santé publique, la direction générale de la santé a sollicité 140 experts pour retenir 100 objectifs. Jamais, à aucun moment, les problèmes climatiques n'ont été avancés.

Je ne cherche pas d'excuses. Je présente les faits. D'ailleurs les spécialistes d'Atlanta nous l'ont dit quand ils sont venus : aucun pays, aucune région, aucune ville, impliqués pour la première fois, ne sait répondre. Toujours, lorsqu'on est confronté pour la première fois à un tel drame, on est toujours pris de court.

J'ai une première réponse : rien n'est venu d'en haut, ni de l'Institut de veille sanitaire ni de la direction générale de la santé. On peut naturellement regretter l'absence de liens plus étroits entre Météo France et les organismes de santé et de veille sanitaire. Certes, une réponse a été apportée en termes d'hospitalisation, mais rien n'est venu d'en haut en termes de santé publique.

Mais rien n'est venu d'en bas non plus ! Notre système centralisé, cloisonné, est resté inopérant. Cette montée silencieuse de morts a trouvé depuis une autre explication avec la remontée d'alertes sur le terrain. Les quelques appels de la DDASS du Morbihan ou de telle ou telle institution — il y en a eu quelques-uns – ont toujours été considérés comme des cas isolés, pour lesquels on trouvait une explication factuelle. Ils n'ont jamais été associés les uns aux autres pour constituer un ensemble de signes pouvant alarmer sur un tel drame. Quelles informations ont été collationnées des hôpitaux ? Aucune. Aucun hôpital à ma connaissance, à l'exception notable du centre hospitalier intercommunal de Créteil, n'a déclenché le plan blanc, dont l'initiative, je le rappelle, revient au directeur.

M. le Président : Dès le vendredi 8 août, l'AP-HP se met en ordre de bataille sans qualifier ces mesures de « *plan blanc* », mais en envoyant un communiqué sous la signature de M. Deroubaix qui précise que ce sont des mesures de « *type plan blanc* ».

M. Jean-François MATTEI : M. le Président, vous connaissez naturellement votre dossier. Je crois le connaître aussi. Je connais bien la note de M. Dominique Deroubaix, datée du 8 août. Ce sont des mesures de « *type plan blanc* ». Mais aucun plan blanc véritable qui signifie qu'on libère des lits, qu'on rappelle les personnes en vacances, n'a jamais été signalé. Quant aux ARH, aucune n'a signalé de situation particulièrement difficile. En Bourgogne et dans le Centre, on lit sur deux jours, le premier : « *Situation tendue* » ; le second : « *Situation très tendue, mais maîtrisée.* ». Je vous ai remis un document à ce sujet.

J'ai également remis un document assez significatif sur la DRASS Provence-Côte-d'Azur. La situation sanitaire n'a pas posé de problèmes majeurs. Quant à l'ARH des Pays de Loire, elle indique même que, curieusement, ce sont les services de l'Etat qui sont allés au-devant des institutions, des hôpitaux, pour solliciter des renseignements.

Quant aux institutions de retraite, j'ai naturellement essayé de comprendre, y compris en en visitant un certain nombre. Là où il y a habituellement deux morts et qu'il en survient trois, l'institution n'appelle pas la DDASS. Là où il y avait normalement trois morts et qu'il y en a cinq de dénombrés, la DDASS n'est pas alertée. Pourtant, passer de deux à trois représente une augmentation supérieure à 50 % et de trois à cinq une augmentation de plus de 66 %. Lorsque cela se produit sur des centaines d'institutions, on obtient le résultat que vous pouvez imaginer !

On a montré du doigt les médecins libéraux. J'ai demandé une enquête à l'IGAS, dont j'aurai le résultat début décembre. Les médecins étaient là en nombre à peu près normal et ils ont été paradoxalement, sur l'ensemble du territoire, plutôt moins sollicités par les personnes de plus de 75 ans. J'ai reçu ce matin un document de l'URCAM indiquant qu'en région parisienne, ils furent un peu plus sollicités, sans pour autant alerter personne, pas plus d'ailleurs que ne le firent les conseils généraux.

Quand on sait le temps mis pour interpréter les certificats de décès, les propos du représentant de la DGS, à l'émission radiophonique « *Le Téléphone sonne* », le mardi 12 août au soir, ne sont pas du tout alarmistes. Personne n'a perçu le drame, car il était inimaginable, dans nos schémas de pensée. Oui, le 6 août, M. William Dab vous l'a dit, il a eu cette intuition, mais par connaissance théorique, en disant en substance : il fait chaud, vous devriez vous reporter à la bibliographie ; il doit y avoir des référentiels. Il en est de même pour les quelques centaines de morts évoquées par la DGS. C'est sans lien avec la réalité, car si la DGS avait imaginé quelques centaines de morts, la réaction eut été différente. Quant aux funérariums, dès le lundi matin, on en parle dans Le Parisien. Le soir, après mon émission de TF 1, je prends connaissance du communiqué de 19 heures 36, mais les explications sont similaires. On explique que les hôpitaux reçoivent beaucoup de malades, que par ailleurs, il fait chaud et que l'on ne peut garder les corps à domicile très longtemps ou dans les institutions.

Je voudrais dire à présent quelques mots sur la communication de crise. Comme toujours, le contexte était marqué par l'incertitude, difficile. Des erreurs ont été commises. *A posteriori*, c'est évident. Je les assume. Dans les circonstances d'alors, je ne vois pas bien, sur le fond, ce qui aurait pu être changé. Quand je m'exprime à TF 1 le lundi soir, je vous prie de me croire – d'ailleurs je parle sous serment –, je dis ce que je sais. Je sais que le plan chaleur extrême est déclenché. Je sais que 68 établissements d'Ile-de-France sont placés en alerte maximum. Mais chacun comprendra le décalage et la stupéfaction *a posteriori :* au moment où je m'exprime, il y a 8 000 morts, et personne ne le sait.

Je terminerai sur trois points.

J'ai évidemment des regrets. Souvenez-vous de la mission d'information, dont j'étais le Rapporteur, sur la vache folle, en 1996. Après avoir entendu M. Patrick Lagadec, j'avais bien compris que ni les politiques responsables ni les hauts fonctionnaires n'étaient formés à la communication en temps de crise. A ce titre, vous pourrez retrouver dans mon rapport la proposition que j'avais formulée de créer, sur le modèle de l'IHEDN, un Institut des hautes études de gestion de crise.

Le jugement de Lucien Abenhaïm est suffisamment sévère par ailleurs pour que je puisse citer ce qu'il dit dans Le Parisien, à savoir que ces erreurs de communication et ces erreurs d'appréciation, dont il fait état, n'ont rien changé au nombre des victimes.

Enfin, s'agissant des leçons tirées, nous sommes tournés vers l'action. Nous en avons parlé les uns et les autres et nous en avons débattu dans l'hémicycle. Vous savez que nous sommes en train de modifier le système de vigilance et d'alerte, notamment au niveau de l'InVS : dispositif morbidité-mortalité en liaison avec les urgences, le SAMU, les pompiers et Météo France. J'ai chargé M. Gilles Brücker de le mettre en place et il est à l'œuvre.

Dans un souci d'information, nous informatisons l'analyse des certificats de décès sans nous priver pour autant de l'intérêt de l'analyse médicale des DDASS. Enfin, nous redéfinissons les tâches de l'InVS, notamment sur les risques non identifiés par une approche populationnelle et des indicateurs d'alerte.

J'ai parlé du plan « *urgences* ». Il est lancé. Il était déjà prêt, puisque, depuis 18 mois, une mission urgences se réunit chaque mois à la DHOS. Sur le plan sanitaire, les personnes âgées doivent être mieux prises en charge. Dans tous les hôpitaux dotés d'un service d'accueil d'urgence (SAU), il faut généraliser les lits de gériatrie aiguë ainsi que les équipes mobiles de gériatrie. Je me suis engagé à créer 15 000 lits de soins de suite et de réadaptation en 5 ans.

M. le Rapporteur : M. le ministre, je vous remercie pour vos explications. On relève un certain manque de réactivité des administrations qui peut s'expliquer par la difficulté d'être informées, mais également par des défauts de structures. Cette réactivité faible donc, pour ne pas dire davantage, des administrations du ministère de la santé, ainsi que des instituts, a pour conséquence des ratés dans la chaîne de communication qui devrait partir de la base du terrain et donne l'impression de s'interrompre ou, tout au moins, de fonctionner en pointillés. Comment percevez-vous la question de la collecte de l'information qui se transforme en un problème de communication vis-à-vis de l'extérieur et d'interprétation des micro-informations obtenues par exemple dans le Morbihan et dans les Hauts-de-Seine avant les 6 ou 7 août ?

Ma deuxième question porte sur les hôpitaux, notamment sur l'AP-HP. Tout le monde a pu constater l'encombrement des urgences ; il y a même eu une sorte de polarisation sur cette question. Le bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'InVS publié aujourd'hui montre que l'essentiel des décès a eu lieu dans les maisons de retraite, c'est-à-dire que la proportion entre les décès à domicile, dans des institutions de retraite et dans les hôpitaux n'est pas celle que l'on avait en tête au mois de septembre. C'est une évolution importante. En même temps, des maisons de retraite ont envoyé des personnes âgées dans les hôpitaux. L'un dans l'autre, les choses peuvent se retrouver, mais je crois que c'est là un point à retenir.

Sur les urgences, la directrice générale de l'AP-HP nous a décrit le problème inquiétant du dégagement des personnes parfois entassées aux urgences, dans les cas dramatiques, notamment aux urgences de la région parisienne qui ne pouvaient être dégagées sur des lits de médecine, de réanimation ou de soins de suite. M. le ministre, vous avez demandé un rapport à l'IGAS, qui devait être prêt le 15 novembre sur la gestion des fermetures de lits dans les hôpitaux. Comment cela se passe-t-il entre les instructions que vous donnez avant l'été ou au printemps sur les fermetures de lits prévisibles ainsi que cela se fait tous les ans – autrement dit, quel était le niveau proposé ? – et le contrôle que vous pouviez avoir, sur le moment et ensuite, de l'exécution de vos instructions, pas seulement au niveau de tel ou tel établissement, mais également à celui des services hospitaliers, car en l'occurrence il s'agit bien d'un problème de services, entre les services d'urgence, les services de médecine ou de réanimation ?

M. Jean-François MATTEI : M. le Rapporteur, je sais que cela peut paraître incroyable, mais ni l'InVS ni la direction générale de la santé n'ont reçu suffisamment d'alertes ou ces alertes n'ont pas été considérées comme des signes d'une alerte grave pour être signalées.

Je vous le dis de suite – nous y reviendrons peut-être plus avant – : j'ai été quotidiennement en contact avec mon cabinet, car d'autres problèmes se posaient. Nous

débattions alors du règlement conventionnel minimal. Nous étions également préoccupés – M. William Dab a dû vous le dire – par une épidémie de légionellose à Montpellier. Je dois dire que j'ai eu au téléphone M. Roussely, Président d'EDF. Il m'a trouvé pour me dire qu'EDF avait des problèmes de refroidissement des réacteurs nucléaires, qu'il fallait probablement modifier une donnée technique dans un texte réglementaire, sauf à ce qu'EDF ne puisse plus rejeter l'eau dans les rivières et qu'il y ait des coupures de courant. Il m'a indiqué que si tel devait être le cas, il fallait prendre des dispositions pour les hospitalisations à domicile. J'ai immédiatement contacté mon cabinet et donné les instructions pour que les mesures soient prises et que les personnes hospitalisées à domicile ne soient pas victimes de ces arrêts et coupures de courant.

A aucun moment, on ne m'a parlé de la canicule sauf lorsque j'ai eu M. William Dab à deux reprises au téléphone : le 7 août, il m'a indiqué avoir demandé un communiqué à la DGS et le 8 août, avant de partir, il m'a téléphoné pour me dire avoir obtenu le communiqué en fin de journée.

M. Alain CLAEYS : Avec le recul, quel a été le dysfonctionnement de votre cabinet ?

M. Jean-François MATTEI : Mon cabinet n'a pas dysfonctionné. Il est formé de personnes que j'ai choisies individuellement pour leurs qualités, qui ne se sont jamais démenties. J'ai une parfaite confiance en elles et je peux donner par le détail la façon dont les responsabilités ont été assumées.

M. Alain CLAEYS : Je ne mets en cause aucun membre de votre cabinet.

M. Jean-François MATTEI : Je ne me défends pas, j'explique.

M. Alain CLAEYS : Pourquoi la première réunion de votre cabinet organisée pour coordonner l'ensemble de vos services n'a-t-elle lieu que le 13 août ?

M. Jean-François MATTEI : Parce que, le 11 août, nous avons reçu un mail de la DGS, dont vous connaissez le contenu.

Mme Bolot-Gittler est rentrée le 11 août au matin ; elle ne peut donc être tenue pour responsable, comme d'aucuns l'ont dit, d'avoir laissé le cabinet déshabité le 9 et le 10 août. A ces dates, la permanence à mon cabinet est assurée par deux personnes : M. Philippe Georges, conseiller spécial, faisant fonction de directeur de cabinet – un homme d'expérience qui a déjà occupé des fonctions dans des cabinets par le passé – et le Dr. Cédric Grouchka, conseiller hospitalier et spécialiste en santé publique.

Mme Bolot-Gittler arrive le 11 août. Elle appelle M. William Dab au téléphone qui lui parle de la canicule, mais surtout de la légionellose. Quant à moi, alerté le matin parce que la veille au soir il y a eu l'intervention du Dr. Pelloux à TF 1, je l'appelle et lui demande de faire le point. Nous avons un chrono de toutes les communications téléphoniques et de tous les mails envoyés et reçus. Tant que l'on est dans des échanges d'explications comme nous le faisons, tout va bien, mais face à des accusations, il faut s'apprêter à répondre preuves à l'appui.

J'ai donc appelé Mme Bolot-Gittler pour lui demander de faire le point. J'ai eu très vite le retour : la DHOS est mobilisée, 68 établissements dans la région Ile-de-France

sont en état d'alerte maximum. Et la directrice générale de l'AP-HP réunit dans l'après-midi même une cellule de crise pour lancer le plan « *chaleur extrême* ».

Ni le 9, ni le 10 août, nous n'avons été sollicités. Le 8 août, l'AP-HP avait pris une note par l'intermédiaire de M. Dominique Deroubaix, dont j'ai eu connaissance, mais qui n'allait guère plus loin. Je vous ai lu tout à l'heure le témoignage du Dr. Dominique Meyniel. Vous avez interrogé, vous avez lu les comptes rendus du Pr. Carli. Il n'y a nul doute : à ce moment-là, personne n'imagine ce qui se passe. On me répond que la DHOS est mobilisée. Il y a une cellule de crise, une réunion est même organisée à l'AP-HP, Mme Bolot-Gittler demande à la DGS d'y participer. La DGS ne s'y est pas rendue.

M. le Président : Nous n'allons pas polémiquer sur ce point. Je voudrais rappeler que, devant notre commission, Mme Toupillier a indiqué sous serment qu'elle avait appelé sur son portable M. Grouchka à 9 h 15 en arrêtant sa voiture place d'Italie. Votre cabinet fut sollicité de bonne heure le lundi 11 août au matin. Mme Toupillier a demandé l'autorisation de participer à la réunion de l'AP-HP, dans la mesure où, traditionnellement, il n'est pas dans les procédures que la DHOS participe à une réunion de l'AP-HP.

M. Jean-François MATTEI : C'est tout à fait exact. Nous étions avertis. C'est la raison pour laquelle la DHOS a participé, que la DGS a été invitée.

M. le Rapporteur : Pourquoi la DGS n'y a-t-elle pas participé ?

M. Jean-François MATTEI : Je ne peux pas répondre. En revanche, je suis en possession du mail de la DGS du lundi 11 août à 10 heures 01, suite à l'appel de Mme Bolot-Gittler : « *La DGS a reçu vendredi dernier – pour la première fois depuis le début de la vague de chaleur – des appels de DDASS signalant des décès par coup de chaleur chez les personnes hospitalisées, ou en institution. Nous avons essayé de faire le point rapidement avec le SAMU de Paris, les pompiers,… ce qui nous a confirmé que les 48 dernières heures avaient constitué un tournant, mais que la situation était maîtrisée.* »

Il y a dans le livre de M. Abenhaïm une explication sémantique sur la concordance des temps. Pardonnez-moi ! Quand un cabinet ministériel demande le lundi matin le point de la situation, il n'est guère intéressé par le point du vendredi précédent. Il attend le point du lundi. Voilà, M. Claeys, cela peut paraître consternant, mais il n'y a pas eu davantage d'alerte que cela.

Je suis resté tout l'après-midi en contact téléphonique avec mon cabinet. J'ai reçu les informations au fur et à mesure : la réunion de l'AP-HP commence, la réunion a eu lieu, le plan chaleur extrême est lancé. J'ai aussi parlé du problème des funérariums bien que je n'avais pas eu connaissance du mail de 19 heures 36 au moment où je me suis exprimé. On a sollicité l'avis de Mme le Pr. Dominique Lecomte qui dirige l'institut médico-légal. Les choses ont été menées. A aucun moment – j'ose l'espérer –, on n'a pu imaginer ce qui était en train de se passer, avec 8 000 ou 9 000 morts, sans que naturellement, l'ensemble des hauts responsables, y compris le ministre ne soit sur le pont. Ce n'était pas le cas.

Pour ce qui concerne votre question sur les urgences, M. le Rapporteur, je ne dispose pas du rapport de l'IGAS. Dans la mesure où nous sommes bien après le 15 novembre, j'ai fait téléphoner ce matin à l'IGAS. Le rapport ne sera pas disponible avant début décembre, car la rédaction n'est pas encore finalisée.

Je peux néanmoins dire que, comme l'année dernière les urgences avaient connu quelques difficultés l'été – ce qui est d'ailleurs une raison pour laquelle je ne me suis pas éloigné –, j'ai fait le point avec la DHOS pour que le nombre de lits fermés soit cette année inférieur à celui de l'année dernière. C'étaient les consignes.

Vous me demandez comment vérifier ; le ministre ne peut pas vérifier. Il y a les ARH et puis chaque directeur d'établissement est maître chez lui. S'il décide de fermer ou de ne pas fermer une unité, cela ne remonte pas jusqu'au ministre et j'allais ajouter : heureusement !

Il semblerait donc que les lits aient été fermés en plus grand nombre que ce que j'avais demandé et prévu. L'enquête de l'IGAS en cours sera rendue publique immédiatement, comme toujours.

M. Gérard BAPT : M. le ministre, vous affirmez qu'aucune alerte n'est venue ni d'en haut ni d'en bas, pas plus des DASS, à l'exception de quelques éléments épars. M. Coquin, pourtant, cite quelques DASS comme celle du Morbihan qui a informé de cas de décès par hyperthermie. Par ailleurs, vous avez cité l'article du Monde du Pr. Carli. Dans le même article, le Pr. Carli indique que l'épidémie n'a été perceptible que le vendredi 8 août et de manière assez brutale. J'imagine qu'il était en rapport avec vous ou avec votre cabinet.

Le mail de M. Coquin se rapportait certes à la situation du 8 août, mais le Pr. Abenhaïm écrit dans son livre que M. Coquin – peut-être retrouveriez-vous les traces des conversations téléphoniques sur les relevés que vous avez cités ? – a appelé à plusieurs reprises votre cabinet, avant même son mail de 19 heures 36 relatif au fait que les funérariums étaient débordés.

Par ailleurs, votre directrice adjointe de cabinet nous a dit ici que personne ne l'avait alertée, si ce n'est un médecin urgentiste. Je me suis renseigné : c'est le Dr. Pelloux qui l'a appelée le matin pour évoquer la situation dans les hôpitaux et, surtout, pour lui recommander de ne pas parler de morts naturelles car il s'agissait d'une catastrophe sanitaire. Si l'on considère la courbe de la mortalité quotidienne établie par l'INSERM, qui nous a été remise au cours de l'audition des responsables de Météo France, on voit que le pic de mortalité n'est atteint que les 12 et 13 août. Cela veut dire que l'alerte à partir du 8 août débouche au fond sur une sorte de spectacle dont les acteurs sont absents, le 9 ou le 10 août. Le 11 août, on est de nouveau dans une sorte de déni. C'est une question que je souhaite vous poser. Le Pr. Abenhaïm l'indique dans son livre : « *C'est un réflexe. Le déni est un réflexe normal, habituel de la part de l'administration*. » Mais est-ce possible, est-ce acceptable dès lors qu'il s'agit de problèmes de santé et de médecins ?

Vous dites qu'il aurait fallu se pencher sur la littérature, que l'InVS était absent. La semaine dernière, je me suis procuré le dossier du laboratoire de santé publique de la faculté de médecine à Marseille. C'est frappant, tout y est. La courbe de mortalité reproduit absolument ce qui s'est passé au plan national, les températures pendant la nuit – 23 degrés et plus de 72 heures – et les recommandations à prendre. Du 8 au 12 août, pic de mortalité, tout se passe comme si vous – puisque c'est vous qui avez la responsabilité du ministère – aviez été spectateur plus qu'acteur, alors qu'il y avait des alertes. L'alerte du Dr. Pelloux a été vue comme une agitation plus que comme une alerte sanitaire.

Enfin, à aucun moment, les 9 et 10 août, on ne retrouve dans les documents ou dans la presse une quelconque communication ou transmission d'information avec le cabinet ou la DGS alors que le Pr. Carli indique que cela commence le 8 août. La question,

aujourd'hui, est de savoir si, volontairement par la suite, pour en quelque sorte amoindrir une responsabilité, vous avez choisi de dénier ou si, dans le droit fil de la position des sapeurs-pompiers de Paris, du cabinet du préfet de police et de celui du ministère de l'intérieur, il s'est agi d'une attitude politique visant à minimiser le phénomène. Vous expliquez qu'il ne s'agit pas d'une catastrophe sanitaire, mais il s'agit d'une catastrophe naturelle et sanitaire à la fois.

M. Jean-François MATTEI : M. Bapt ayant parlé de déni, je ne saurais retarder ma réponse. J'ai bien entendu étudié les choses de très près.

D'abord, je vous le rappelle : la direction générale de la santé n'a lancé envers le cabinet aucune procédure d'alerte et n'a jamais pris la décision de considérer que l'on était dans une période de crise. Vous pouvez interpréter le mail du 11 août comme vous le voulez, en tout cas, il est du lundi matin. Ce mail n'exprime pas une alerte ou une inquiétude quelconque. Mieux que cela, M. Bapt, à la demande de mon cabinet, M. Coquin puisqu'il s'agit de lui – encore une fois, si les faits m'obligent à citer son nom, je ne pense pas que les personnes soient en cause, ce sont les systèmes –, M. Coquin donc s'exprime au *Téléphone sonne* le mardi 12 août en ces termes : « *La prise de conscience est réelle. Je voudrais même répondre à M. Pelloux que nous sommes tout à fait conscients de la situation et que nous nous organisons en conséquence, qu'il y a une cellule de crise qui est mise en place et que nous suivons cette situation de façon régulière – je ne dis pas d'heure en heure, mais disons plusieurs fois par jour. Nous avons un certain nombre de réunions pour pouvoir voir si les mesures doivent être adaptées et de quelle façon elles doivent être adaptées*.

En ce qui concerne la prévention, je suis très sensible aux propos du Pr. Carli, parce que nous allons insister là-dessus dans les heures qui viennent, en particulier vis-à-vis des médecins, car un certain nombre de médecins peuvent parfois être embarrassés pour définir exactement la manière de prendre en charge à domicile un certain nombre de patients. Et c'est vrai qu'il est absolument essentiel de donner à boire, de donner à boire frais, et de rafraîchir par un certain nombre de moyens. Ce sont deux éléments qui sont totalement liés, sur lesquels nous allons diffuser prochainement – prochainement, c'est-à-dire demain – des informations aussi concrètes que possible pour le corps médical. »

Ce que dit M. Coquin est juste, mais pensez-vous que ce propos soit tenu par une personne responsable par intérim de la DGS en état de crise avec 8 000, 9 000 ou 10 000 morts ? Je ne le crois pas, M. Bapt. Il n'y a pas de déni. Je peux même vous dire maintenant dans le détail comment les choses se passent. Le 9 août, Le Parisien fait état de 14 morts en deux jours. Il y en a 5 000. Le 10 août, Patrick Pelloux en évoque 50, il y en a 7 000. Le 11 août, la DGS indique que la situation est maîtrisée. Dans son livre, page 95, le Pr. Abenhaïm en convient. Nous avons des points de convergence dans ce livre. Il écrit : « *Ni la DGS, ni la DHOS, ni l'InVS, ni le cabinet, ne mesurent l'ampleur de l'épidémie*. »

Peut-être pourrait-on revenir sur le rôle d'un cabinet ? Il est de poser des questions ; c'est ce qu'a fait Mme Bolot-Gittler. Le rôle de l'administration est d'alerter, d'avancer des propositions de décision, de faire des recommandations ; celui du cabinet est de transmettre au ministre et d'orienter la décision. Il ne nous a jamais été demandé de prendre telle ou telle mesure particulière. J'entends bien ce que vous dites, M. Bapt. Je comprends que c'est incroyable, mais c'est ainsi.

Quant au Pr. Carli, il s'occupe du SAMU. Il écrit dans son article qu'il prend même des contacts avec des SAMU de province, dont certains, se sont étonnés que la

question soit évoquée. Reprenez ses écrits. Voilà la véritable question. Il n'y a pas de déni. Bien au contraire ! Qui prend la décision, sans connaître les chiffres qui sortiront, de demander à France 2 de filmer en *live* la réunion de crise du mercredi 13 août au soir ? C'est moi, car je n'ai rien à cacher. C'est d'ailleurs parce que France 2 était là que l'on dispose de la bande sonore. Si je suis questionné sur ma sous-estimation éventuelle, je vous répondrai avec, à l'appui, les bandes sonores et les écrits de tous.

J'ai, au contraire, souhaité la plus grande transparence. La mission Lalande a été nommée tout de suite, la mission Hémon et Jougla de même… M. Bapt, on a couru après les chiffres en permanence pendant une semaine sans avoir jamais aucune possibilité d'une appréciation réelle. Le seul chiffre qui ait jamais été communiqué par la voie officielle de la DGS, de l'InVS ou du cabinet, en tout cas une voie officielle, est celui de 3 000. Il n'y en a jamais eu d'autres. J'ai les documents ici, y compris les communiqués du 16 août de l'InVS, du 17 août de la DGS. Evidemment, c'est dramatique, d'autant que, lorsque vous posez la question – cherchant évidemment la faille, mais c'est normal ; je ne vous en veux pas, vous êtes dans votre rôle –, vous n'avez pas présent à l'esprit qu'à ce moment-là il y a 9 000 morts. C'est impensable, inimaginable !

M. Jean-Marie ROLLAND : La France n'est pas le seul pays au climat normalement tempéré où la crise a sévi. Quel est votre sentiment, quelques mois après, sur la façon dont ont été gérées ces mêmes difficultés chez nos voisins européens ? Y a-t-il, à votre connaissance, des pays où les signaux d'alerte ont été mieux et plus rapidement diffusés aux plus hautes autorités de l'Etat ?

M. Pascal TERRASSE : Reprenant les éléments consignés dans le rapport d'information n° 1091, il est évoqué un mail envoyé le 8 août par la DGS à 11 heures 20 qui fait état « *d'une remontée éparse, mais alarmante* » de la situation. Vous ne pouvez donc dire, M. le ministre, que les premières informations de la DGS arrivent après le week-end.

Vous déclarez qu'il ne faut pas mettre en cause les individus, mais les systèmes. Vous avez ajouté qu'il y a eu des erreurs et que vous en assumez votre part. A ce titre, assumez-vous les défaillances de communication, notamment d'alerte de la préfecture de police de Paris ? Assumez-vous le départ en vacances de M. William Dab, votre conseiller technique en charge du dossier qui, alors que des éléments concordants – vous l'avez vous-même rappelé – entre le 4 et le 8 août mettent en évidence qu'un drame se prépare, quitte ses fonctions pour être ensuite remplacé ? Revenant de ses vacances, l'opinion a la surprise de le voir nommé directeur général de la santé ; n'y a-t-il pas pour l'opinion publique là aussi un déni ?

M. Edouard LANDRAIN : Tout d'abord, une constatation. J'ai l'impression que les drames que nous avons vécus sont des phénomènes urbains, tout particulièrement d'Ile-de-France, et que dans le milieu rural, celui que je connais, les morts furent parfois moins nombreux que les années précédentes, ce qui est un signe que j'aimerais que vous analysiez éventuellement. Est-ce un problème de société, d'environnement familial ou autre ?

Vous étiez à la tête de votre ministère depuis un an au moment des faits. On a l'impression d'une impréparation totale par rapport au phénomène très violent que nous avons connu.

Vous avez décrit les phénomènes rencontrés : le cloisonnement entre les différentes parties, le rôle de l'InVS, les difficultés de liaison, de renseignement. Vous avancez des propositions, mais quelqu'un a-t-il eu l'opportunité de les faire dans les années

qui ont précédé votre arrivée au ministère ? En gros, existait-il auparavant, en dehors du plan chaleur extrême, un plan « *canicule* » ? A votre arrivée, vous a-t-on proposé un plan ? Les services, notamment la DGS – particulièrement qualifiée –, vous ont-ils indiqué qu'il faudrait travailler sur un plan « *canicule* » ? Etait-il d'ailleurs envisagé ?

Mme Catherine GENISSON : M. le ministre, c'est le médecin urgentiste qui va vous poser deux questions.

Je reviens sur la question, posée par M. le Rapporteur, relative à la fermeture des lits l'été. Pourriez-vous être plus précis sur les consignes que vous donnez aux établissements hospitaliers pour la fermeture des lits, car nous savons que la plupart du temps elles sont décidées en fonction de difficultés de fonctionnement des services et non en fonction de l'évaluation des besoins des populations ? Bien souvent, ces fermetures se décident service par service, sans concertation avec l'ensemble des services de l'hôpital et notamment les services d'urgences et d'accueil des centres hospitaliers. Au-delà de l'approche quantitative, il faut avoir également une approche qualitative.

La commission est maintenant informée que l'activité des sapeurs-pompiers, en particulier à Paris, a considérablement augmenté dès le 6 août. Sans dire que cette augmentation de l'activité des sapeurs-pompiers est superposable à celle des professionnels de santé, pour autant, nous savons qu'elle est un excellent indicateur d'un dysfonctionnement en matière d'organisation sanitaire et d'urgence sanitaire. Le ministre de l'intérieur, soit directement, soit indirectement, vous a-t-il averti de ce phénomène, notamment à Paris ?

M. Jean-Marc ROUBAUD : Dans cette commission, on a le sentiment que l'on cherche à tout prix à pendre des responsables sur la place publique alors que les responsables des directions des hôpitaux de Paris, auditionnés par la mission d'information, ont déclaré que tous les malades amenés aux urgences avaient été soignés. On peut s'apercevoir aussi qu'il existe tellement de structures administratives que l'on ne sait plus qui fait quoi et qui est responsable dans un ordre de graduation qui me semble important.

Nous avons tous noté que le directeur général de la santé avait démissionné. Avez-vous demandé sa démission ? Si non, s'est-il senti lui-même responsable pour avoir démissionné ?

En votre âme et conscience, pensez-vous avoir, dans cette crise, commis une faute et, avec le recul, auriez-vous procédé différemment dans cette affaire qui, je pense comme vous, est plus une catastrophe naturelle qu'un drame sanitaire, malgré le nombre de morts ?

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Je voudrais revenir sur votre volonté de tirer toutes les leçons d'un tel drame pour qu'il ne se reproduise pas et vous poser des questions sur la manière dont vous souhaitez encore tirer des leçons.

Des demandes concrètes ont-elles été formulées auprès des préfets, des DRASS ou des DDASS, pour connaître la situation des régions touchées afin d'établir l'analyse secteur par secteur, région par région ? Dans l'affirmative, sous quelle forme et par quelles méthodes ?

Même si je peux en partie entendre ce qui a été dit sur le choc qu'a constitué ce phénomène, avez-vous pris des décisions pour que l'ensemble des ministères concernés puisse travailler à l'analyse de la crise ? Que ce soit au niveau ministériel, national ou local, avez-vous mis en place des dispositifs pour bien comprendre ? Si oui, lesquels ?

Je vous ai déjà posé la question dans le cadre de la mission d'information. J'aimerais savoir comment vous expliquez qu'à Marseille, au niveau local, on ait tiré les leçons de 1983. J'aimerais que vous me disiez, en votre âme et conscience, pourquoi cette expérience malheureuse de 1983 à Marseille n'a jamais servi au plan national.

Au cours de la crise, avez-vous eu des contacts – et si oui à quel moment – avec vos collègues ministre des affaires sociales en charge des personnes âgées et ministre de l'intérieur, sachant qu'un véritable problème de sécurité publique se posait ?

M. Maxime GREMETZ : Je constate que l'on ne progresse guère ! Ou plutôt je vois comment les choses s'orientent. D'un côté, il y a les administrations –je dois dire que je n'apprécie pas que le Pr. Abenhaïm écrive un livre sur le sujet ; mais c'est son problème, pas le mien… On a le sentiment d'une bataille. Les administrations se défendent becs et ongles. De l'autre côté, il y a les membres des cabinets ministériels. Cela me gêne beaucoup.

M. le ministre, bien que vous l'ayez répété, on ne peut dire que l'on ne savait pas. On savait un certain nombre de choses. Nous avons eu la confirmation de coups de téléphone réguliers au ministère de la santé et au ministère de l'intérieur dès le 8 août. M. le préfet de police de Paris a indiqué qu'un rapport quotidien était adressé au ministère de l'intérieur. Je persiste à penser que plusieurs ministères étaient informés et je me pose la question de savoir pourquoi aucun des ministres – je ne parle pas des administrations –, après avoir constaté la situation, n'a retenu l'idée de se réunir, de faire le point, de lancer un cri d'alarme, de prendre des dispositions. C'est, me semble-t-il, le « *b-a, ba* ». Tout le monde savait. La Météo nous l'a dit ; le Pr. Carli, les pompiers, les funérariums nous l'ont dit également.

Quand un drame sanitaire de cet ordre survient, ce n'est pas Pierre, Jacques ou Paul qui est seul en cause. Je me demande pourquoi des personnes en charge d'une responsabilité – il en irait de même pour un autre gouvernement –, qui reçoivent des informations, n'ont pas pris l'initiative d'alerter, y compris les préfets, ou au moins de se réunir pour décider des actions à mettre en œuvre pour lutter contre la crise. Que l'on n'ait pas vu la crise tout de suite, je le conçois, mais que l'on ait reçu des appels ou des sollicitations dès le 8 août et que personne n'ait bougé, cela m'interpelle toujours autant.

J'espère que nous allons auditionner le ministre de l'intérieur. Nous avons regretté que ce ne fût déjà le cas. Il peut, en effet, nous donner la vision de ses services (préfets, pompiers, etc.).

Enfin, si nous avons eu communication du rapport de l'INSERM, nous n'avons toujours pas obtenu les résultats par grandes villes. Je m'étonne que l'on puisse nous livrer des résultats par région, par département mais pas par grande ville ! J'insiste, car cela me semble important.

M. le Rapporteur : Je précise à M. Gremetz que nous avons envoyé des questionnaires à toutes les villes de plus de 30 000 habitants.

M. le Président : Cela fait partie d'une série de questions que nous avons posées à divers interlocuteurs dans l'administration, les hôpitaux, les ARH, les DDASS de l'Etat, les services des départements, les villes de plus de 30 000 habitants. Nous recevrons des informations.

M. Gremetz, je laisserai le ministre répondre à votre question. Cela dit, dans le rapport de l'INSERM comme dans le rapport de l'InVS, des informations sont données par ville.

M. Georges COLOMBIER : La mission d'information parlementaire avait conclu à un fort cloisonnement des services de différentes administrations et donc à une circulation difficile de l'information. Pouvez-vous nous indiquer ce que votre ministère a entrepris à ce jour pour y remédier ?

M. Xavier de ROUX : Dans cette affaire, nous ne sommes pas face à une épidémie, mais à un phénomène naturel, lié à un fait déclencheur connu : la température excessive. Il existe des références à l'étranger : la grande canicule de Chicago en 1995, le précédent intervenu dans le sud de la France en 1983.

Comment se fait-il que l'organisation de l'administration de la santé en France n'ait pas des règles ou des procédures compatibles avec la prise en charge immédiate de ces phénomènes et dont les conséquences en termes humains étaient prévisibles ? Quelles mesures faut-il prendre pour que l'administration de la santé publique en France soit propre à appréhender ce genre de situations ?

M. Jean-Paul BACQUET : Je ne reviendrai pas sur la chronologie des événements. Je vous poserai trois questions à titre personnel.

La première question répond à l'une de vos affirmations : rien n'est venu d'en bas. Nous avons entendu le général Debarnot, général de la brigade des sapeurs pompiers de Paris, et le chargé de communication, le commandant Kerdoncuff. Ils nous ont expliqué qu'à partir du 4 août, ils avaient noté une augmentation des interventions, qu'à partir du 10 août, ils avaient multiplié les équipes, les véhicules disponibles, et qu'ils avaient même mis de la glace dans les véhicules. Pour faire face aux demandes d'information de la presse, qui, elle, commençait à prendre conscience de la situation, le 10 août, à 11 heures 28, un coup de téléphone du directeur de cabinet du préfet de police de Paris fut donné. Il a été enregistré. Il demandait de ne pas donner le nombre de morts et de rassurer les populations. Cela se passe le 10 août. Le 11 août, vous intervenez sur TF 1, M. le ministre, et je dois reconnaître que dans votre intervention que j'ai écoutée en direct, vous rassuriez plutôt les populations.

Les sapeurs-pompiers de Paris, qui étaient sous l'ordre d'un préfet, et vous-même vous placiez-vous dans une stratégie générale pour rassurer la population ou pensiez-vous qu'il fallait rassurer par méconnaissance de la situation ?

Vous avez cité le nombre de morts : le 8 août, 3 000 ; le 10 août, 6 541 ; le 11 août, 8 000 ; le 13 août, 12 540 morts. Vous avez mentionné les décès dans les pays limitrophes qui ont connu la même canicule. Je reprends votre phrase : « *La France a su répondre par rapport aux autres pays*. » Et il faudrait se féliciter du résultat parce que nous avons su répondre au moins aussi bien, voire mieux, que les autres !

Je vous pose la question : des personnes auditionnées dans le cadre de la commission nous disent que même si nous avions su cela bien avant, cela n'eût rien changé. Dans ces conditions, je me demande s'il y a lieu de faire quoi que ce soit. Je vous ai entendu dire votre souffrance en tant que médecin et en tant que ministre. Aujourd'hui, avez-vous quelques regrets, voire quelque repentance par rapport à ce qui s'est passé ?

Enfin, vous avez déclaré, et je l'ai noté avec beaucoup d'attention : « *Ce ne sont pas les individus qu'il faut mettre en cause, mais les systèmes*. » Disant cela, vous pensiez sans doute aussi à tous ceux qui se sont permis de faire des commentaires « *à chaud* », en accusant directement à la télévision la mise en place des trente-cinq heures, la non-disponibilité des médecins généralistes, certains demandant même votre démission ; réactions immédiates, sans recul par rapport à l'événement.

Vous avez déclaré : « *Personne ne mesurait l'ampleur de l'épidémie* » et « *Ce ne sont pas les individus qu'il faut mettre en cause, mais les systèmes*. » Cela n'est pas sans me rappeler une affaire terrible. Je parle de l'affaire du sang contaminé. Le 4 juin, Mme Dufoix indiquait : « *A l'époque, on savait qu'il y avait un risque, mais on n'en connaissait pas l'immensité. En tant que responsable, à cette période, de la solidarité, j'ai fait partie de cette longue chaîne d'hommes et de femmes qui ont sous-estimé ce risque. Pour autant, je ne me sens pas coupable, je n'ai pas le sentiment d'avoir accompli une faute, pas plus d'ailleurs que M. Edmond Hervé, que M. Jacques Roux, directeur général de la santé*. » A l'époque, vous avez demandé que les responsabilités soient définies, que les culpabilités soient sanctionnées. Et même, quand d'autres, de façon quelque peu irresponsable, demandaient d'aller au-delà de ceux qui avaient en charge le ministère de la santé, vous avez déclaré : « *Si l'on veut rester crédible, il faut en rester au ministre de tutelle*. »

Vous avez également déclaré à l'époque : « *Quand un bateau s'échoue, peu importe les circonstances, le capitaine est tenu pour responsable. Il est débarqué, c'est une question de principe et d'honneur*. »

Je suis médecin, je suis parlementaire, je ne suis pas ministre. En revanche, l'affaire de la canicule me dit qu'il faut faire preuve de beaucoup de modestie en tant que médecin et en tant que responsable politique. Aujourd'hui, comment analysez-vous la chose et vos propos tenus à l'époque de l'affaire du sang contaminé ? Seriez-vous aussi sévère ou un peu plus modeste ?

M. Serge BLISKO : Je voudrais interroger le médecin qui a assumé de lourdes et de longues responsabilités administratives tout en soignant : vous avez été en effet praticien hospitalier, chef de service, parlementaire, membre de nombreuses commissions. Avant de devenir ministre, vous avez côtoyé de longues années l'administration française ; vous êtes donc à même d'effectuer des comparaisons avec d'autres administrations, européennes ou internationales.

Je suis frappé par vos propos lorsque vous dites que ce ne sont pas les individus qu'il faut mettre en cause, mais les systèmes. Au bout de 18 mois d'exercice, quel regard portez-vous sur l'organisation administrative de votre département ministériel ?

Permettez-moi très rapidement d'effectuer une énumération à cet égard – excusez-en la cyglopathie – : DGS, DHOS, direction de l'hospitalisation et de l'offre des soins, ARH, agence régionale de l'hospitalisation, DGAS, direction générale de l'action sociale dont vous n'avez pas la responsabilité – la direction qui s'occupe des maisons de

retraite et qui relève plutôt du ministère des affaires sociales –, DDASS, direction départementale des affaires sanitaires et sociales, DRASS, direction régionale des affaires sanitaires et sociales, auxquelles il faut ajouter les directions départementales de la solidarité, InVS, les trois agences, sapeurs pompiers, SAMU, ORS, les observatoires régionaux de la santé qui sont là pour nous éclairer sur les problèmes de santé publique.

Entre ceux qui doivent analyser, ceux qui doivent alerter, ceux qui doivent comprendre, ceux qui doivent précéder, ceux qui doivent secourir les blessés, les malades, ceux qui doivent transmettre l'information, j'ai l'impression que si l'on arrive à peu près à l'hôpital et à être soigné, ce n'est déjà pas mal avec cet organigramme fou et cette usine à gaz ! *(Sourires.)*

J'ajoute – et je serai un peu plus sévère – qu'en 1998, votre prédécesseur avait fait voter l'organisation, dans le cadre de la santé publique, d'un comité national de sécurité sanitaire, placé sous la responsabilité du ministre chargé de la santé. Ce comité est chargé, en temps que de besoin, en particulier en période de crise, de se réunir sous la direction du ministre de la santé et de proposer immédiatement, outre l'alerte générale, des mesures d'urgence. Dans cette affaire de la canicule, on a bien évidemment oublié de réunir le comité national de sécurité sanitaire.

Je m'interroge : on parle d'une catastrophe naturelle, mais la crise structurelle est forte. Je voudrais recueillir votre avis sur la question.

M. Claude LETEURTRE : M. le ministre, j'ai fait partie de la mission d'information et je suis membre aujourd'hui de la commission d'enquête.

Quelque chose me frappe : nous avions la vérité devant nous et nous ne l'avons pas vue. Depuis le 1er août, la météorologie annonçait cette canicule. Les responsables de Météo France nous ont expliqué que les prévisions étaient fiables et sûres à 7, voire 10 jours, puisque l'on avait constaté la présence d'un anticyclone sur l'Europe. De son propre fait, Météo France a fait passer le 4 août des informations, des mails, une information sur son site Internet et même un communiqué de presse.

Sans esprit polémique, je m'interroge : comment se fait-il que ce service qui a une base scientifique reconnue, qui se fonde sur des sciences physiques et des sciences mathématiques, n'ait pas été entendu ? Pourquoi son information n'a-t-elle pas reçu l'écoute du ministère de la santé ?

D'autre part, l'InVS fait partie de la commission santé-biométéorologie. Lors de la définition des missions de l'InVS, il n'a pas été jugé utile d'interroger ce service qui a une connaissance des phénomènes de canicule depuis extrêmement longtemps. Ma question se veut constructive ; alors que nous avions les yeux ouverts, nous sommes tous passés à côté de quelque chose de scientifiquement démontré. Mais je m'inquiète, car face aux propositions et aux plans mis en place, j'ai pour souvenir le président directeur général de Météo France déclarant en substance très clairement : « *Eh bien, cela recommence, on ne nous écoute pas* ! »

Comment peut-on utiliser cette science et comment pouvez-vous prendre l'engagement de prendre en compte les connaissances de Météo France dans toutes leurs dimensions, l'exemple de la canicule en étant un particulier ? Météo France a développé un

travail de prévention en matière de santé publique sans commune mesure. Comment comptez-vous l'associer de manière efficace aux réflexions de santé publique ?

M. le Président : M. le ministre, avant de vous donner la parole pour répondre, je voudrais revenir sur les questions de structures.

M. Blisko a évoqué le comité national de la sécurité sanitaire. Mis en place par la loi de 1998, placé sous votre présidence, il est chargé d'analyser les événements susceptibles d'affecter la santé de la population, de confronter les informations disponibles et de s'assurer de la coordination des interventions des services de l'Etat et des établissements publics placés sous sa tutelle, notamment pour la gestion, le suivi et la communication des crises sanitaires. Ce comité national de la sécurité sanitaire s'est-il réuni depuis le 12 août ? Il ne s'était pas réuni avant. S'est-il réuni dans les jours qui ont suivi ? S'est-il réuni depuis pour apprécier la situation et prendre des dispositions ?

Par ailleurs, nous avons vécu l'affaire du sang contaminé et d'autres crises sanitaires. C'est un sujet particulièrement sensible. Lorsque vous êtes arrivé au ministère, quelles sont les dispositions que vous avez prises afin d'assurer d'une manière générale la gestion et le pilotage des crises sanitaires, indépendamment de la crise de la canicule ?

Avez-vous eu des entretiens sur la question de la gestion des crises sanitaires avec M. le Premier ministre, dans la mesure où l'on sait que c'est aujourd'hui une question gouvernementale ?

Enfin, avant votre arrivée au ministère, une réunion sous l'autorité du ministre réunissait tous les quinze jours l'ensemble des directeurs d'agence. La régularité de ces réunions avait survécu au changement des ministres, puisqu'elles se tenaient depuis que M. Gaymard avait été ministre de la santé. Pour quelles raisons avez-vous mis fin à ces réunions ?

M. Jean-François MATTEI : Je répondrai en regroupant des questions, car certaines se rejoignent.

Sur les données européennes, M. Rolland, je détiens les dernières estimations de la délégation aux affaires européennes et internationales de mon ministère, qui datent du mois de novembre 2003. Ces chiffres ont été rassemblés en liaison avec les conseillers sociaux de nos ambassades. J'ai moi-même rencontré à deux reprises mes collègues de l'Union européenne.

Lorsque je dis, M. Bacquet, que la France a fait mieux, c'est que, à l'instar de l'ESB, nous étions le pays qui comptait le plus de cas, parce que nous étions les mieux à même de les déceler, de les dépister, de les diagnostiquer. Mais nous ne savions pas guérir. Nous étions donc montrés du doigt. L'Allemagne, l'Italie, l'Espagne sont des pays extrêmement décentralisés, régionalisés. Le temps que se mette en place leur système de comptabilité, ils ont enregistré un grand retard sur nous. Leurs chiffres ont été connus, seulement fin octobre, et encore pour certains les cas ne sont pas décomptés en totalité ! C'est la raison pour laquelle la presse a déclaré que la France seule était touchée. Les chiffres en ma possession aujourd'hui démontrent que ce n'est pas le cas et plusieurs de mes collègues m'ont posé la question de savoir pourquoi la France connaissait une crise politique sur ce sujet.

M. Bacquet, vous avez fait référence à plusieurs reprises au drame du sang contaminé, en reprenant mes propos à cette période. Permettez-moi de vous dire que ce drame est encore présent dans tous les bureaux, dans tous les étages du ministère de la santé, de l'administration, et que ce vécu est lourd à porter.

Je vais m'expliquer sur mes rapports avec la DGS et l'épouvantable malentendu avec le Pr. Abenhaïm, que je n'ai pas souhaité démentir. Mais vous ne pouvez y rapporter toutes les crises sanitaires, l'ESB et maintenant la canicule qui n'est d'ailleurs pas une crise sanitaire. Vous ne pouvez sans cesse faire le rapprochement avec l'affaire du sang contaminé. Ce sont globalement deux affaires de nature totalement différente. Au contraire, j'essaye – je crois que le Pr. Abenhaïm a fait de même – de faire remonter la DGS en confiance, car elle est écrasée. Je vais devoir encore prochainement m'exprimer sur un problème de santé publique, moins important c'est vrai, mais tout de même. Si nous sommes sans cesse en référence au sang contaminé dès lors que nous avons connaissance du moindre virus, de la moindre bactérie, la moindre légionellose, alors nous paralyserons notre système de santé.

M. Jean-PAUL BACQUET : M. le ministre…

M. Jean-François MATTEI : J'ai compris ce que vous avez dit, ce n'est pas un reproche…

M. le Président : Le ministre va poursuivre car le Pr. Abenhaïm attend déjà dans le couloir…

M. Jean-PAUL BACQUET : Attendez, j'ai le droit de m'exprimer. Nous sommes dans le cadre d'une commission d'enquête parlementaire, non à la tribune de l'Assemblée nationale.

M. Jean-François MATTEI : Je n'ai pas cru me comporter comme cela…

M. Jean-PAUL BACQUET : J'ai posé une question sur vos propos.

M. Jean-François MATTEI : Mes propos s'inscrivaient dans un contexte et le contexte n'est pas du tout le même, M. Bacquet. Je l'ai expliqué à trois reprises, dont une fois chez Christine Ockrent, une fois, à l'Assemblée, où vous m'avez déjà interpellé de la tribune sur cette citation. Le propos n'était pas tenu dans le même contexte et j'ai ajouté, car il faut être honnête et modeste, que j'ai été démenti par la justice. Elle a passé son chemin. Mon propos s'avère inapproprié au regard des conclusions de la justice.

M. Pascal TERRASSE : Très bien ! C'est ce que nous attendions.

M. Jean-François MATTEI : Je ne cherche pas la polémique. Au rythme des alternances, nous essayons les uns les autres de construire un système de santé publique. J'ai essayé d'y prendre ma part. D'autres l'ont fait avant moi et M. le Président le sait.

M. Terrasse, nous n'avons pas été en communication avec la préfecture de police et nous n'avons pas été informés. Nous avons souffert du cloisonnement de l'Etat – je l'ai dénoncé tout à l'heure – de l'inertie, du manque de communication. Nous recevons

dorénavant quasiment tous les jours le compte rendu de l'activité des sapeurs-pompiers. Encore faut-il veiller à ce que trop d'informations ne tue pas l'information et à s'organiser.

Vous avez indiqué que M. Dab était parti et qu'il se retrouve aujourd'hui directeur général de la santé. M. Roux, directeur général de la santé, a été condamné, M. Girard, directeur général de la santé, a été mis en examen, M. Ménard a démissionné, et M. Abenhaïm, ce que je regrette, a démissionné. M. Dab a accepté de prendre ce poste, parce qu'il était, à mon sens, le seul capable de l'assumer. Il avait été directeur de cabinet de M. Abenhaïm ; il connaissait la DGS et, après le traumatisme de la canicule, il était le seul à pouvoir assurer une certaine continuité. Il ne l'a pas accepté l'âme légère. Le poste est difficile et je le dis : si dans le projet de loi de santé publique j'ai demandé que l'on crée une école des hautes études en santé publique, c'est parce que nous n'avons pas suffisamment de spécialistes de santé publique de haut niveau. Le Pr. Abenhaïm est un grand scientifique ; nous avons été le chercher à Mac Gill ! Le problème est très important. Il faut éviter de déstabiliser notre édifice qui l'a été malheureusement.

M. Terrasse et d'autres parlementaires, vous avez évoqué quelques remontées alarmantes en parlant des 9 et 10 août. Je vais vous lire la dépêche de l'Agence France Presse du 10 août au soir, à 22 heures 25, après l'entretien avec la DGS. Elle indique bien que la DGS n'était pas en alerte par rapport à un risque grave pesant sur la santé des populations. Je cite la dépêche : « *Nous n'avons pas de données épidémiologiques. Il faut un certain délai pour avoir des statistiques réelles. Il n'y a pas de solutions miracles et les excès de chaleur sont clairement associés à l'augmentation de la mortalité. Nous avons publié un communiqué vendredi à l'attention des hôpitaux et des services déconcentrés du ministère de la santé avec de petits conseils destinés aux personnes vulnérables, les enfants et les personnes âgées. Il y a également un système qui est en place pour repérer d'éventuelles situations particulières pour en informer le public*. »

Je ne voudrais pas que l'on renverse le raisonnement et la pratique habituelle. C'est généralement le rôle des services que d'alerter le ministre. La DGS et l'InVS, qui l'ont reconnu – je ne les charge pas… *(Protestation de M. Claeys.)*

Ces insinuations sont trop graves et je vais répondre tout de suite au sentiment que certains ont pu éprouver, y compris le Pr. Abenhaïm, qui attend dans le couloir et qui m'entend. A la page 11 de son livre, il dit : « *Ma démission fait suite à l'impression, largement partagée, d'une défausse de Jean-François Mattei sur ses services*. ». Cette formulation est suffisamment subjective et prudente pour ne pas être une accusation directe, mais un peu plus loin dans le livre, le pas est franchi aux pages 108, 110, 124. Le Pr. Abenhaïm écrit que je « *livre à la vindicte les services publics*. » Je voudrais corriger tout de suite cette fausse impression.

Quels sont les termes que j'ai employés sur RTL le 18 août au matin, alors que je suis invité chez Richard Artz ? Je suis obligé de les lire les minutes, car il ne peut subsister aucune ambiguïté sur un sujet aussi important. Qu'un homme soit blessé ; qu'une rumeur se répande ; que l'on ait une interprétation qui ne soit pas la bonne ; je veux rectifier le droit et la vérité. Je dis : « *Il n'y a jamais eu de défaut de soins. En revanche, c'est vrai, j'ai désormais l'intime conviction que les systèmes d'alerte et d'information qui ont si bien fonctionné dans d'autres crises comme celle de la pneumopathie asiatique n'ont pas fonctionné. Dans cette situation exceptionnelle de canicule, nous n'avons pas eu les informations et les signaux d'alerte*. »

M. Artz me relance. Je reprends la parole : « *Ecoutez, je n'invente rien. Hier soir, le directeur de l'Institut de veille sanitaire a clairement dit qu'il n'avait pas vu la situation… »*, –, donc le 17 août au soir, – *« …qu'il n'avait pas vu son ampleur. Et donc, il est clair, je vous le dis : le ministre qui est en face de vous et qui assume parfaitement ses responsabilités n'a pas reçu de signaux d'alerte. Quant à la direction générale de la santé, qui est au cœur stratégique, le lundi 11 août, elle m'indique que la situation était maîtrisée.* »

Je veux comprendre ! Je suis moi-même impliqué ; je n'ai pas accusé. J'ai dit que quelque chose n'allait pas. Ce sont de bons services. Et je le confirme : l'InVS est un bon institut, qui fait du bon travail, dans les directions qu'on lui a fixées et dans les spécialités qu'il a organisées. Je ne vais pas redire tout ce que la direction générale de la santé a fait avec moi pendant 18 mois : le plan « *cancer* », le projet de loi de santé publique, l'épidémie du SRAS, les méningites et bien d'autres. Je veux comprendre le pourquoi de la situation.

Lorsque je reviens au ministère, le 18 août, M. Abenhaïm vient me voir dans mon bureau et me dit qu'il est choqué par mes propos du matin. Il a compris que je mettais en cause ses services ; je démens. Il veut démissionner. Je l'en dissuade, je lui demande de réfléchir. M. Gilles Brücker dans la même circonstance a eu une tout autre attitude et a fait un autre choix, plus conforme à ce que j'espérais. A 14 heures, M. Abenhaïm revient et me remet sa lettre de démission. Je pense que vous en avez eu copie.

Il dit clairement, et avec un certain panache : « *Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée depuis votre prise de fonction et de la confiance personnelle dont vous m'avez assuré ce matin même.* » Le matin 18 août, je lui renouvelle ma confiance. Il le reconnaît. Je ne lui ai pas tenu la main, il le sait très bien. Mais c'est vrai, il y a une divergence entre M. Lucien Abenhaïm et moi-même sur les termes de la communication. M. Abenhaïm veut s'expliquer lui-même. Je pense quant à moi que nous sommes en période de crise et que la communication doit être unique. La veille déjà, j'ai découvert que le directeur de l'Institut de veille sanitaire, invité sur TF 1 sans que je le sache, avait annoncé des chiffres dont je n'avais pas été informé officiellement.

Il y a un premier désaccord, qui ne met pas en cause la qualité de l'homme. De ce point de vue, je veux que les choses soient claires, y compris pour que la DGS actuelle, qui a eu de la peine, soit rassurée : je ne l'ai jamais mise en cause.

Je reviens à présent sur les questions qui m'ont été posées sur la sous-estimation éventuelle ; d'aucuns ont même utilisé le mot très fort de « *déni* ». Je vous rappelle que, le 12 août, Mme Anne Bolot-Gittler a téléphoné dans l'après-midi au directeur général de la santé lui demandant de revenir. Il dit qu'il avait l'intention de rentrer. C'est très bien, je ne discute pas. Toujours est-il que je lui ai demandé de revenir. Le 13 août au soir, il participe à une réunion parfaitement transparente, filmée par France 2, avec les données des Pompes funèbres générales. Que déclare M. Abenhaïm ? « *On imagine que si on extrapole cela à l'ensemble de la France, on est à quoi ? Mille, 2 000, 3 000 cas* ? ». Réponse de la personne de l'InVS : « *Oui, je pense qu'on sera plus près des 3 000 malheureusement.* »

Le lendemain, un communiqué de presse de la DGS annonce 3 000 cas. Quant à moi, je suis invité le matin même à l'émission d'Annette Ardisson. Je ne donne même pas de chiffre. J'indique : « *Je crois qu'il va falloir d'abord être prudent sur les chiffres*

avancés. Les chiffres seront importants, ils seront même très importants. Je crois que l'on peut qualifier désormais ce qui nous arrive de véritable épidémie. »

Dans l'interview donnée à l'Express lors de la sortie de son livre, M. Abenhaïm a déclaré : « *Je regrette que M. Mattei ait annoncé le 14 août des chiffres de mortalité inférieurs à ceux transmis par ses administrations.* ». Il indique entre parenthèses : 3 000. C'est vrai que c'est le chiffre de la DGS. Dans un entretien au Monde, paru le 14 août en début d'après-midi et donc daté du 15 août, M. Abenhaïm indique : « *On peut d'ores et déjà affirmer que l'épisode caniculaire se traduit par un nombre de décès élevé. Aujourd'hui, une fourchette pouvant aller jusqu'à 3 000 cas est plausible.* » Cette notion de fourchette reproduit l'hésitation de la veille devant le chiffre de 1 000, 2 000 ou 3 000 morts. Je n'ai jamais minimisé les chiffres et vous n'avez aucune autre publication officielle.

Le 16 août, l'InVS déclare : « *Beaucoup de départements ont basé leurs estimations sur les données des mairies et des communes les plus importantes. Ceci conduit sans doute à une surestimation, du fait d'une mortalité plus élevée dans les grandes et moyennes communes, qui sont notamment le siège des établissements hébergeant les personnes âgées. Les données des derniers jours ne sont souvent pas consolidées, conduisant probablement à une sous-estimation de la surmortalité. Il n'est donc pas possible à partir de ces données de faire une estimation correcte de la surmortalité sur l'ensemble du territoire.* ».

Le 17 août, la DGS, sans avoir donné aucun autre chiffre que celui de 3 000, publie un communiqué qui se termine par : « *Les remontées actuelles des certificats de décès encore partielles montrent des variations trop importantes, tant géographiques que d'instant à l'autre dans les mêmes zones, pour qu'une évaluation nationale fiable du nombre absolu de décès soit effectuée. Une évaluation complète nécessite la remontée des informations des 36 851 communes. En attendant, des estimations seront éventuellement fournies à partir des données des Pompes funèbres.* »

Qu'attendait-on de moi ? Que je valide des estimations orales de 6 000, 7 500 ? Je ne pouvais valider ce qui était oral et non écrit par l'InVS ou la DGS. Voulait-on que je les infirme ? Non ! Je m'en suis toujours tenu avec prudence aux seuls chiffres annoncés de 3 000. Voilà ce que je peux dire.

M. Landrain, oui, un aléa préside à la mortalité. Je n'y reviens pas, car la statistique fait mauvais ménage avec les drames. Mais il est vrai que l'on note des variations d'un jour l'autre, d'un mois l'autre et d'une année l'autre. J'ai étudié la question sur les 15 dernières années. Je ne veux pas m'attarder sur ces considérations qui déshumanisent les choses.

L'impréparation totale, oui, M. Landrain. Jamais ces phénomènes de canicule n'ont été considérés comme une priorité de santé publique : ni en 1976, 1983, 1998, 2000 ou en 2003. Le ministère, comme l'InVS, l'ont indiqué : les phénomènes climatiques n'étaient pas sous surveillance. C'était un projet de l'InVS. C'est pourquoi les travaux avaient commencé avec biométéorologie. Nous aurons, naturellement, à les poursuivre. Cela dit, c'est vrai, nous étions en totale impréparation.

J'ai un peu de peine à le dire, mais admettons que le 4 août, j'aie déclaré sur TF 1 : « *Alerte générale sanitaire, plan d'urgence, attention à la chaleur pour les personnes fragiles, les jeunes enfants comme les personnes âgées. Restez au frais, buvez,*

ne faites pas d'efforts physiques, fermez les volets au soleil ». Que se serait-il produit de plus ? Aurait-on découvert par miracle la liste de toutes les personnes isolées ? Aurions-nous pu les visiter ? Aurions-nous su, comme on le sait maintenant, qu'il faut les mettre en climatisation quelques heures par jour ?

Je suis prêt à toute discussion. Je ne suis ni dogmatique, ni sentencieux. Je me pose des questions. Les institutions de retraite sont quand même couvertes par un service médical. Le détail paru dans le bulletin épidémiologique dont parlait M. le Rapporteur fait paraître clairement que les personnes sont décédées alors que des signes sont parfois apparus dans la journée même.

M. le Président : N'entrons pas à ce moment de nos travaux sur la question de l'encadrement médical des maisons de retraite. Il faudra y revenir, car c'est sans nul doute un sujet qu'il nous faudra aborder. J'ai cru comprendre que c'était plutôt de la responsabilité du ministre des affaires sociales. Nous aborderons ce point lors de son audition.

M. Jean-François MATTEI : J'ai été questionné sur ce qu'aurait été une alerte.

Mme Génisson, vous avez raison. Vous le savez bien d'ailleurs, le Gouvernement précédent a commencé à se saisir du problème à bras-le-corps. J'ai poursuivi. Les urgences n'ont bien souvent pas leur place. On a l'impression que c'est un appendice hospitalier sans aval, sans amont. Le plan « *urgences* » consiste à globaliser et à intéresser la totalité de l'hôpital. Des lits de gériatrie aiguë – qui relèvent du sanitaire – sont nécessaires. C'est moi qui en ai la charge et je me suis engagé à les créer.

Au sujet des pompiers, je vous ai répondu : nous n'avons pas eu d'informations.

Je me suis expliqué sur la démission de M. Abenhaïm. Je veux que les choses soient claires. Je considère que M. Abenhaïm est un grand professionnel et qu'il a bien dirigé la DGS pendant 4 ans. Il m'avait fait part de son désir de partir, parce que la fonction use ; nous étions convenus de cela, comme professeur de santé publique à Cochin. La chose était prévue. Je n'ai pas à juger, ensuite, de la raison pour laquelle il a démissionné. Je vous signale que demander sa démission n'était certainement pas la meilleure chose que je puisse faire, en tout cas par intérêt personnel, pour ensuite avoir à assumer les critiques qui furent énoncées ou qui figurent dans son livre ! S'il y a beaucoup de points de convergence dans son livre – je l'ai dit –, il y a aussi une histoire qui parfois me semble inexacte, dont certains faits sont erronés, mais je ne veux m'avancer plus loin, car tel n'est pas le sujet.

M. Blisko, vous avez décrit un tableau très compliqué de l'organisation administrative. Nous l'avons construit ensemble ce système, parce que, au cours des 20 dernières années, nous avons alterné les uns et les autres. Nous avons créé des agences en 1992, qui furent regroupées en 1998. Il faut que, de nouveau, nous regroupions et nous rationalisions. Notre système de santé publique est jeune ; il est fragile. Il doit faire aujourd'hui l'objet de toute notre attention.

Mme Guinchard-Kunstler, j'ai un souvenir assez vague de 1983. Il se trouve que j'étais généticien, que M. Jean-Louis San Marco, un camarade d'internat, était chef de médecine interne à deux étages de là. C'est lui qui a assumé la situation dans des conditions

difficiles ; il s'est attelé à réaliser un travail remarquable d'organisation des associations et à élaborer un plan. Je me suis entretenu avec lui après la crise de cet été. Comme beaucoup de personnes, il m'a dit qu'il aurait dû m'appeler. Il m'a indiqué qu'à Marseille, il s'était démené dès le début juillet pour faire passer des communiqués qui n'avaient pas été correctement repris. Il m'a dit qu'il ne voyait pas comment les choses auraient pu être très différentes au niveau national.

Naturellement, j'ai eu des contacts très réguliers avec M. Hubert Falco.

M. Gremetz a fait part de sa gêne, de son malaise. Non, M. Gremetz, on ne savait pas ou ce que nous savions était trop isolé pour représenter un tout et une menace importante. J'ai éprouvé le même sentiment de malaise, la même gêne que vous, comme le traduit Dominique Meyniel dans son entretien au Nouvel Observateur. Il tourne comme je sais que l'on peut tourner dans un service quand quelque chose se passe et que l'on ne comprend pas. Il a compté quatre morts dans la nuit du vendredi au samedi alors que, chose extraordinaire, ajoute-t-il, on meurt peu au service des urgences. Il a organisé des *débriefings* immédiats : pour chacun des décès, on trouvait des explications. C'était un accident vasculaire cérébral, thermique… Cela ne lui convient pas, il tourne, vire et, à quatorze heures, il finit par partir en Normandie. On ne comprend pas ; je suis obligé de vous le dire, car c'est la vérité.

Vous m'avez interrogé sur les grandes villes. Ne vous inquiétez pas, M. Gremetz. J'ai chargé MM. Hémon et Jougla de trois travaux. Je leur ai demandé dans un délai d'un mois de fixer la mortalité globale, ce qu'ils ont fait, avec beaucoup de difficultés. C'est le rapport de l'INSERM dont vous faisiez état. Dans un deuxième temps, ils doivent fixer très clairement les détails approfondis des déterminants mettant en œuvre tout ce qui s'est passé, à savoir le sexe, l'âge, les pathologies associées, les traitements associés, notamment les neuroleptiques, le domicile des personnes, le fait de savoir s'ils étaient seuls, accompagnés, en institution ou non. Un troisième rapport de MM. Hémon et Jougla portera sur les propositions concernant les systèmes d'alerte et d'information. Autrement dit, les études se réalisent, mais demandent beaucoup de temps.

M. Colombier, j'ai répondu sur la question relative au cloisonnement et à la sous-estimation. Non, il n'y a pas eu de sous-estimation. Je persiste à le dire.

J'ai répondu à la question de M. de Roux sur le fait que nous avions méconnu les problèmes climatiques, y compris la canicule d'Athènes en 1987.

J'ai gardé pour la fin les questions qui m'ont été posées sur la sécurité sanitaire, sujet d'une grande importance.

Mon prédécesseur avait un ministère dont dépendait la direction générale de la santé. Il s'est appliqué – c'est vrai avec un certain talent – à développer la DGS et les agences dont il avait la responsabilité. Le ministère dont j'ai la charge est beaucoup plus étendu. J'ai donc, dès l'origine, retenu un choix différent.

Les responsables de la sécurité sanitaire se réunissent toutes les semaines. J'ai ici tous les comptes rendus de l'année écoulée, y compris celui de la réunion du 27 juillet 2002 à laquelle participaient la DGS, l'InVS, le FS, l'AFSSAPS, l'AFSSA, le cabinet, l'AFSSE, l'EFG, la DGSNR. Tout le monde est là. Lucien Abenhaïm, au nom de la DGS, et William Dab, en mon nom, indiquent que « *le ministre a chargé le DGS de*

coordonner les questions de sécurité sanitaire et de lui rendre compte ». En outre, ils estiment que ces questions doivent désormais être traitées selon une procédure technico-administrative qui doit être rôdée.

Toutes les semaines, la réunion a lieu. C'était initialement le jeudi, c'est dorénavant le mercredi. Désormais, William Dab fait la même chose une fois par semaine avec l'ensemble des directeurs des administrations centrales pour une meilleure communication. Je n'ai pas eu à me plaindre de ce fonctionnement. Nous avons très bien géré, je crois, le SRAS ainsi qu'une période difficile qui était la levée de l'embargo de la viande bovine britannique. Ce ne fut pas simple.

Enfin, depuis le mois d'août, j'ai réuni, à deux reprises, l'ensemble des directeurs d'agences sanitaires, auxquels j'ai demandé leurs suggestions de réorganisation, la façon dont ils entrevoyaient le fonctionnement de leurs agences et la façon dont ils pensaient être plus efficaces.

M. le Président : Ces réunions ne se tiennent pas sous votre autorité. Dans le cas d'une crise telle que celle que nous avons connue, diffuse, aux caractéristiques très complexes, le fait de ne pas disposer d'un outil sous votre autorité directe ne vous empêche-t-il pas d'avoir une appréciation rapide de la complexité de la situation ?

M. Jean-François MATTEI : Je ne le crois pas, mais je réponds en deux temps.

Premier temps : dès qu'il y a un problème, je suis informé et en tant que de besoin, la réunion a lieu évidemment.

Deuxièmement, c'est le mois d'août : aucune réunion n'a été organisée pour la bonne et simple raison que l'on avait là les seconds, les lieutenants, les chefs de service, dont la compétence n'est pas en cause, mais qui naviguaient – si je puis dire – avec des moyens de fonctionnement et une organisation différents du temps habituel.

M. le Président : Vous n'avez pu vous organiser qu'avec la rentrée des directeurs à partir des 12 et 13 août ?

M. Jean-François MATTEI : Le 13 août, une réunion de crise a été organisée dans mon bureau où l'analyse s'est fondée sur les chiffres des Pompes funèbres générales. C'est de là qu'est sorti le chiffre de 3 000 décès en excès. Le lendemain, nous avons eu une réunion à Matignon où tout le monde était là, y compris le ministère de l'intérieur. Nous y avons également traité des problèmes de funérariums, et pas uniquement des problèmes de la canicule.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : M. le ministre, vous n'avez pas répondu à ma question concernant vos demandes d'analyse et de retour d'expérience des préfets, des régions et des départements touchés.

M. Jean-François MATTEI : Le travail relatif aux analyses et études auprès des régions et des départements touchés est un travail que nous avons entrepris. Les questionnaires sont partis. Le fait que votre commission ait également envoyé des questionnaires nous a occasionné quelque surcharge de travail, mais c'est fait. Naturellement, je veux savoir.

M. Jean-Paul BACQUET : Je réitère deux questions.

En tant que ministre, en tant que médecin, vous aviez dit votre souffrance. Quel est aujourd'hui votre état d'esprit de regret ou de repentance ?

Je reviens sur l'affaire du sang contaminé, sur vos déclarations de l'époque. Pendant la canicule, alors que nous étions en plein drame, de la même manière que certains ont déclaré n'importe quoi, disant que tout cela c'était la faute des trente-cinq heures ou que les généralistes n'avaient pas fait leur travail, d'aucuns ont demandé votre démission, ce que j'avais condamné. Diriez-vous aujourd'hui ce que vous aviez déclaré à l'époque ?

M. Jean-François MATTEI : On ne peut être à la place où je suis sans être, comme tout médecin ou tout responsable, profondément blessé et meurtri de ce qui s'est passé. Bien sûr, on peut nourrir des regrets *a posteriori*. Bien sûr, je continue à m'interroger et je ne comprends pas pourquoi 8 000, 10 000, 15 000 morts silencieux. Je n'ai pas de bonnes réponses. Je ne crois donc pas avoir l'esprit tranquille à cet égard.

Repentance ? M. Bacquet, pour se repentir, il faut avoir le sentiment d'avoir commis une faute. Or, je vous le dis très clairement : je n'ai pas le sentiment d'avoir commis, à un moment ou à un autre, une faute.

M. Claude LETEURTRE : M. le ministre, je me permets d'insister sur la place de Météo France dans le suivi des problèmes de santé publique. C'est là un organisme qui détient une connaissance, un savoir. Il semblerait, d'après les déclarations même du président directeur général, qu'il ne trouve pas sa place dans les administrations de la santé publique.

M. Maxime GREMETZ : Quelle était la nature de vos rapports avec le ministère de l'intérieur et quelles étaient les informations réelles données par diverses sources du ministère de l'intérieur ?

M. Jean-François MATTEI : Je ne peux répondre au sujet du ministère de l'intérieur. Je sais simplement que je renouvelle ma confiance dans l'InVS et la DGS. Les personnes présentes n'auraient pas manqué de réagir si une alerte significative avait été donnée.

Naturellement, la météorobiologie sera intégrée. Mais, ainsi que je le signalais, les phénomènes climatiques n'ont jamais été compris, en France, comme une menace véritable. Et d'ailleurs, certains commencent à m'interroger sur notre organisation pour faire face à l'éventualité d'une canicule qui surviendrait tous les dix ans. Naturellement, nous nous organiserons. Je n'ai pas eu le temps de développer les propositions mais la DGS est dorénavant en charge d'organiser des plans d'action avec les collectivités locales. L'expérience américaine est intéressante, à la fois parce qu'elle montre une direction, à savoir la nécessité d'une alerte nationale, mais Dunkerque n'est pas Nice, qui n'est pas Biarritz, qui n'est pas Brest, qui n'est pas Clermont-Ferrand ou Strasbourg. Dans la mesure où les variations peuvent être grandes, il faut que l'organisation soit régionale.

Vous ne m'avez pas interrogé sur l'amélioration éventuelle des groupements régionaux de santé publique. Je suis persuadé que nous disposons là d'un outil, qui nous permettra au plan régional de mieux verrouiller les choses. Il est néanmoins évident que les municipalités devront fournir la liste des personnes âgées et leur adresse pour pouvoir les aider, les accompagner et les prendre en charge.

Du reste, aux Etats-Unis, seulement 10 villes ont développé un véritable plan pour lutter contre les conséquences de la canicule et prendre en charge l'ensemble de la population, tant l'organisation est extrêmement compliquée.

M. le Rapporteur : Si vous aviez à résumer ce qui s'est passé et surtout si vous deviez définir les causes des événements tragiques de l'été dernier, notamment la surmortalité, quels chapitres retiendriez-vous ?

Parmi les causes, il a été fait allusion à la structure administrative, à l'organisation des structures. Ont été évoqués le cloisonnement, mais également une centralisation très forte. Quel a été le rôle des administrations centrales et y a-t-il eu des insuffisances – je me demande toujours ce qu'a fait la DGS dans cette affaire – ? Nous avons le droit de nous poser la question. Ce ne sont pas des vaches sacrées.

Dans le cadre de la nouvelle organisation à mettre en place, ne conviendrait-il pas de laisser une plus large place aux structures décentralisées avec un rôle plus grand aux municipalités ? Aux Etats-Unis, où, apparemment, ce type de crise est mieux géré, les structures sont beaucoup plus décentralisées, du moins en ce domaine.

M. Jean-François MATTEI : M. le Rapporteur, on ne réagit bien que contre une agression caractérisée, une agression identifiée. Notre système de sécurité sanitaire s'est bâti sur la virologie, la bactériologie, la microbiologie et la toxicologie, comme l'a souligné M. Bacquet. A cet égard, l'InVS est irréprochable. On pourra identifier immédiatement dans une sandwicherie la présence de quatre typhoïdes. On est en mesure de retrouver un cas de trichinose, un cas de West Nile chez un cheval du côté de Port-Grimaud, nous sommes imbattables. Cela dit, dès lors que l'on n'a jamais évoqué un adversaire, un ennemi ou une agression quelconque, on ne les voit pas venir.

Vous me demandez mon sentiment. Nous étions à mille lieux d'imaginer ce qui s'est passé. Bien sûr qu'il faisait chaud. Bien sûr que l'on pensait qu'il pouvait y avoir des morts, quelques centaines de morts inévitables comme tous les chiffres en épidémiologie le prévoient. Un degré de température supplémentaire équivaut à 3 %, de mortalité selon une progression linéaire. Or, en l'occurrence, nous avons connu une progression exponentielle brutale ; cela a totalement explosé, la courbe n'ayant obéi à aucun modèle ! Nous avons été complètement à côté de la réalité. C'est lorsque le nombre des morts a fini par être recensé aux Pompes funèbres que nous avons découvert ce qui se passait et le drame qui se produisait.

Vous me demandez de résumer : nous sommes passés à côté d'un drame silencieux que l'on a qualifié de « *crise sanitaire* » ou « *hospitalière* », ce que je récuse. Je dis que c'est une catastrophe naturelle dans une société qui structurellement n'a pas pris en compte les personnes d'un grand âge et qui confond, dès lors que l'on parle de personnes âgées, les sexagénaires et septuagénaires encore toniques avec les personnes de 90 ans, fragiles, souvent dépendantes auxquelles nous n'avons qu'insuffisamment prêté attention.

Quant à la décentralisation, notre système doit comporter deux niveaux : un niveau national pour les grandes lignes, les grandes consignes et les grands objectifs ; la déclinaison doit évidemment être décentralisée.

Audition de M. Lucien ABENHAÏM,
ancien directeur général de la santé

(Extrait du procès-verbal de la séance du 25 novembre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

M. Lucien ABENHAÏM est introduit.

M. le Président : M. le professeur, je vous souhaite la bienvenue devant cette commission d'enquête. Vous avez été entendu par la mission d'information sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule, le 16 septembre dernier, mais vous comprendrez aisément que notre commission d'enquête ait souhaité également vous entendre, d'autant que, à quelques jours de cette audition, vous avez éprouvé le besoin de publier un ouvrage qui anticipe sur notre rencontre, ce que je regrette en qualité de Président chargé de conduire les travaux de cette commission. Nous sommes, en effet, précisément chargés par la représentation nationale d'identifier l'ensemble des éléments qui expliquent la situation dramatique que nous avons connue au mois d'août. Cela étant, votre ouvrage contribue à nous éclairer.

Dans votre intervention devant la mission d'information, pour expliquer l'absence d'anticipation du phénomène de la canicule, vous aviez mis en avant le fait selon lequel, « *dans notre pays, personne ne considérait que la chaleur était un problème* », en précisant que l'alerte météorologique n'était survenue que le 7 août. Comment analysez-vous cette carence ? Directeur général de la santé à l'époque, vous étiez celui qui, dans ce pays, aviez la responsabilité de l'ensemble des questions touchant directement ou indirectement à la santé de notre population. Il semble utile de comprendre pourquoi l'anticipation a tant fait défaut.

Vous pourrez aussi évoquer les réformes qui vous semblent souhaitables pour améliorer notre système de veille et d'alerte.

M. le Président lui rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête lui ont été communiquées. A l'invitation du Président, M. Abenhaïm prête serment.

M. Lucien ABENHAÏM : Merci, M. le Président, M. le Rapporteur, mesdames, messieurs les députés, de m'avoir convié à venir témoigner devant cette commission d'enquête que j'avais appelée de mes vœux le jour même de ma démission, et que je considérais comme indispensable.

Je l'ai dit à la mission d'information parlementaire qui a précédé vos travaux : j'ai consacré ma carrière de scientifique, d'épidémiologiste, à essayer d'introduire des données scientifiques et la vérité dans les problèmes de santé publique. Je pense qu'en dehors du devoir de vérité scientifique, nous avons également un devoir de vérité vis-à-vis des victimes. Je suis particulièrement heureux de pouvoir y contribuer.

M. le Président, vous avez abordé la question de la publication de mon ouvrage. J'avais l'intention de le faire. Je me suis efforcé de mettre par écrit, dans un livre aussi complet que possible, l'ensemble des informations à ma disposition sur la canicule. Je me suis demandé s'il était souhaitable que cette parution ait lieu avant ou après mon audition devant la commission d'enquête. J'ai choisi la première solution, car une publication après mon audition ou après la publication de votre rapport aurait pu nous placer dans une situation où l'ensemble des éléments n'aurait pas été abordé au cours d'une discussion brève par définition. On aurait ainsi pu me reprocher de ne pas avoir transmis un certain nombre d'informations à votre commission au cours de cette audition où nous n'aurons pas le temps de tout évoquer. J'ai donc estimé que la moins mauvaise des solutions était de publier mon livre avant cette séance, sachant néanmoins qu'il susciterait beaucoup de questions. Je suis prêt à y répondre et à exposer mon point de vue.

A ma connaissance et jusqu'à aujourd'hui, ce livre est le seul document qui, de la part des acteurs et des personnes impliquées, essaie de donner le plus complètement possible l'ensemble des informations et une analyse que je soumets à vous-même comme à l'ensemble des Français.

M. le Président : Sur le plan formel, il serait utile que vous en remettiez un exemplaire au secrétariat de la commission, surtout si vous l'avez rédigé pour l'éclairer.

M. Lucien ABENHAÏM : Tout à fait. Puisque l'embargo sur la publication de cet ouvrage a été levé un peu plus tôt que prévu, je n'étais pas sans savoir que M. le Rapporteur s'était adressé auprès de la maison Fayard le jour même de sa sortie pour l'obtenir.

M. le Rapporteur : Je précise que ma démarche n'obéissait pas à des raisons financières.

M. Lucien ABENHAÏM : Je l'ai bien compris. En fait, j'avais commencé à rédiger cet ouvrage pour la mission Lalande et ensuite pour la mission d'information parlementaire. A force d'accumuler des informations, je me suis dit que le mieux serait de les faire paraître.

Dans cet ouvrage, je développe la thèse suivante : nous avons, comme je l'ai indiqué le soir de ma démission, fait face à un véritable « *tremblement de terre* », avec des températures exceptionnelles. Chacun en a aujourd'hui conscience, mais l'on passe en général assez vite sur ce phénomène, sans en tirer toutes les conséquences nécessaires. D'une part, ces températures exceptionnelles ont entraîné une épidémie. Le terme est adéquat, car il couvre l'augmentation anormale, rapide et brusque du nombre de cas de maladies. Cette épidémie est intervenue en France et également, dans une moindre mesure, dans d'autres pays européens. Elle est intervenue dans une mesure comparable à température comparable. Cela signifie que le principal facteur de risque de mortalité pendant la canicule était celui des températures exceptionnelles.

Mais cela signifie également beaucoup d'autres choses qui n'ont pas été bien prises en compte, comprises et rapportées publiquement jusqu'à présent.

La première chose c'est qu'un phénomène épidémique se distingue de façon formelle d'un phénomène endémique qui, lui, survient régulièrement au cours de chaque été. Pour comprendre ce qui s'est passé et la surprise des différents acteurs – moi le premier –, pour comprendre que des informations pourtant collationnées n'ont pas été forcément lues comme on peut le faire aujourd'hui rétrospectivement, il faut prendre en compte le phénomène épidémique, le fait que nous avons eu affaire à une montée

extrêmement brusque du nombre de cas de décès et que cette montée était inattendue dans la mesure où le seuil de danger météorologique habituel de 40 degrés, que Météo France et les Américains utilisent, n'était pas atteint au moment où nous avons commencé à enregistrer des décès. C'est un phénomène important à comprendre. Notre seuil d'alerte météorologique n'était donc pas le bon. Je reviendrai sur ce point. Il faut en tirer des conclusions sur les seuils météorologiques pour l'avenir.

Cette épidémie était également inattendue parce qu'elle est survenue dans un contexte particulier ; elle a touché une population particulièrement vulnérable. La France connaît l'espérance de vie la meilleure d'Europe et, en particulier, la meilleure espérance de vie après 65 ans, tout en ayant l'espérance de vie la plus mauvaise avant 65 ans. Cela signifie que pour avoir l'espérance de vie moyenne la meilleure, il faut que les différentes espérances de vie après 65 ans soient particulièrement élevées ! Nous avons donc une population extraordinairement fragile et vulnérable. J'évalue, dans le livre, à 6 ou 7 millions les personnes soit très âgées, soit souffrant de pathologies chroniques qui les rendent particulièrement fragiles face à une épidémie.

Je souligne cela, non pas par fatalisme, mais parce qu'il est très important en termes d'épidémie, de santé publique et pour l'avenir, de tirer cette conclusion. La population extrêmement vulnérable est en nombre élevé dans notre pays et le moindre stress, qu'il s'agisse de canicule ou d'autres problèmes physiques ou chimiques, peut entraîner des épidémies. Si donc nous n'en tirons pas les conclusions, nous ne comprendrons pas entièrement ce phénomène, nous passerons à côté des leçons à tirer pour l'avenir.

La troisième conclusion est de très loin la plus importante : la seule façon de lutter efficacement, quasiment à 100 %, contre une épidémie caniculaire passe par la climatisation, de la même façon que le chauffage est la seule façon de lutter contre le froid en hiver. Toutes les autres mesures, qui restent sans doute souhaitables, entraîneront des effets très mineurs. Une étude publiée par les Américains récemment a montré que, dans les maisons de retraite américaines disposant de la climatisation au moment des vagues de chaleur, la probabilité de mourir était cinquante fois inférieure à celle des maisons de retraite n'en disposant pas. Cela signifie que le chiffre de 5 000 personnes mortes de la canicule en France et qui vivaient dans une maison de retraite aurait pu être ramené à 100. Dans les hôpitaux, au lieu de 2 000 décès, nous en aurions connu 40. Il en va de même pour les personnes décédées à leur domicile. Accepter de prendre en considération cette information me semble fondamental pour l'avenir.

D'autres moyens d'action existent, mais ils sont montrés par les scientifiques comme étant relativement inefficaces, en tout cas loin d'être suffisants.

La reconnaissance de cette épidémie et de son facteur principal me semble essentielle.

Le second point à comprendre – et M. le Président, vous y avez fait allusion – est celui de la prévisibilité du phénomène. Jusqu'à quel point ce phénomène était-il prévisible ? La France dispose d'une commission santé-biométéorologie, présidée par le Dr. Gilles Dixsaut de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement (AFSSE). Cette commission santé-biométéorologie et la sécurité civile ont volontairement décidé de ne pas faire figurer sur les cartes de vigilance les chaleurs extrêmes. Cette décision date de 2002 et 2003.

Le Président de la commission santé-biométéorologie, qui avait entendu le Pr. Besancenot présenter l'analyse des phénomènes épidémiques associés aux chaleurs à Chicago et à Athènes, nous a écrit, le 12 août, un courrier dans lequel il ne fait absolument pas référence à la possibilité d'une épidémie. J'ai appris, par la presse, que les représentants de Météo France que vous avez auditionnés avaient, soi-disant, évalué la possibilité d'une épidémie pendant le phénomène. Je puis vous dire que le 11 août, et non les 5 et 6 août – je ne sais si cette information a été corrigée par la suite –, un contact a eu lieu avec eux qui n'a jamais mentionné la possibilité d'une catastrophe. Il proposait seulement – je tiens le courrier électronique à votre disposition – de mettre à l'avenir sur pied une cellule de veille ; le mail ne faisait absolument pas référence à la possibilité d'une épidémie.

J'ai cherché à contacter un expert à Météo France. J'ai personnellement parlé à M. Cohen le 15 ou le 16 août ; je ne suis pas sûr de la date. Je lui ai demandé à quoi, selon lui, on pouvait s'attendre en cherchant à comprendre le phénomène. Il m'a répondu qu'il ne savait pas.

Il ne s'agit évidemment pas de penser que ces personnes ne disent pas la vérité, mais de comprendre que l'on a souvent tendance à rétrospectivement voir les phénomènes différemment. C'est quelque chose qui mérite d'être compris.

M. le Rapporteur : S'agissant des relations avec Météo France, vous évoquez la commission santé-biométéorologie. La direction générale de la santé participait-elle à ses travaux ? Météo France nous indique que tel n'est pas le cas. Nous en sommes étonnés.

Le 6 août, M. Dab envoie un mail à M. Coquin, à la direction générale de la santé, lui précisant que des travaux des CDC aux Etats-Unis portaient sur ces questions de canicule et qu'il serait peut-être de bon goût de les synthétiser et de s'en servir. Je suis un peu étonné du peu de contact avec Météo France avant le 11 août. Par ailleurs, Météo France avait déjà publié deux communiqués sur le sujet. Je comprends assez mal que l'on mette ainsi en cause cette institution, qui n'a peut-être pas établi de cartes, mais qui a avancé des propositions dans le cadre de la commission santé-biométéorologie et dans d'autres instances pour que les choses aillent mieux.

M. Philippe VITEL : Météo France, le 7 août, à 16 heures 43, a édité un communiqué d'alerte mettant en garde contre les conséquences de la canicule qui va survenir et dont cet organisme définit la spécificité avec une précision d'environ 7 jours. Qui doit avoir la lisibilité de cette information ?

M. Gérard BAPT : M. le Pr. Abenhaïm, je me suis procuré la semaine dernière un dossier qui vient du laboratoire de santé publique de Marseille. S'agissant des critères météorologiques de mise en alerte, il précise : « *pour la protection des personnes âgées pendant une vague de chaleur : pendant la journée à partir de 36 degrés, pendant la nuit à partir de 23 degrés, ces températures peuvent durer plus de 24 heures*. » L'article conclut en précisant que : « *ces critères sont à prendre en compte, en sachant que l'élément le plus important est la durée de la vague de chaleur et qu'au-delà de 72 heures la situation peut devenir grave*. »

Pendant huit jours, personne n'a pensé, semble-t-il, à consulter la bibliographie, comme disait M. le ministre tout à l'heure, et à discuter de ces critères. Il semble que nous ayions été dans un désert.

M. Paulette GUINCHARD-KUNSLER : J'aimerais comprendre pourquoi aux Etats-Unis, depuis un certain nombre d'années, l'on savait quels étaient les risques liés à la canicule, les réponses qu'il fallait apporter et pourquoi nous en ignorons tout. Avez-vous réfléchi sur ce point ?

M. Lucien ABENHAÏM : Comme je l'ai écrit, je n'adresse aucun reproche à Météo France. Au contraire, je précise que les meilleurs experts, ceux de la commission santé-biométéorologie de Météo France, n'avaient pas à l'idée qu'il pouvait y avoir une épidémie avec les degrés de températures enregistrés.

Je vais répondre aux questions, une par une, car elles sont très importantes.

Vous m'avez interrogé, M. le Rapporteur, sur le rôle joué par la direction générale de la santé au sein de la commission santé-biométéorologie. Pour y répondre je précise que la DGS présidait cette commission jusqu'en 2002 en la personne du Dr. Gilles Dixsaut. Dire que la direction générale de la santé n'y a pas participé, alors qu'elle la présidait est sans doute un peu exagéré.

En 2003, le Dr. Gilles Dixsaut est resté président de la commission santé-biométéorologie mais entre 2002 et 2003 est intervenue la création de l'AFSSE. Le Parlement a décidé de créer des agences – selon moi, une excellente décision – et de leur transmettre l'expertise nécessaire. Ainsi, la direction générale de la santé s'est-elle privée du Dr. Gilles Dixsaut qui a rejoint l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement, mais il a continué de présider la commission santé-biométéorologie à ce nouveau titre. Un problème de fond apparaît derrière tout cela. J'y reviendrai plus tard.

Sur l'alerte météo, oui, il y a un communiqué de Météo France en date du 7 août ; il est assez proche de celui publié par la direction générale de la santé le 8 août. Le communiqué de Météo France annonce un risque sanitaire ; nous annonçons le lendemain des conséquences sanitaires graves. Admettons que ces termes se valent, même si je pense personnellement que le communiqué de la DGS était plus fort. L'important est que ni la direction générale de la santé, ni Météo France ne prévoient une épidémie de 15 000 morts. Bien entendu, nous savons tous que la chaleur représente un risque, mais personne ne pensait, à ce moment-là – en tout cas je l'espère –qu'elle représenterait une catastrophe.

M. le Rapporteur : Météo France et la direction générale de la santé ne font tout de même pas le même métier !

M. Lucien ABENHAÏM : Je ne reproche pas cela à Météo France, je précise simplement que personne n'a cette idée-là en tête.

M. Philippe VITEL : Météo France fait son travail. Cet organisme n'est pas responsable de la santé !

M. Lucien ABENHAÏM : Je pense qu'il faut être très clair. Il existe une commission santé-biométéorologie. Elle est placée auprès de Météo France. Son rôle est de fournir des critères de décision dans le domaine de la santé. Je maintiens que pas plus cette commission, qui pourtant avait entendu des experts, que d'autres n'avaient le sentiment, le 7 et le 8 août, que nous faisions face à une catastrophe. Pire, le 7 août, il y avait déjà 2 000 décès et personne ne s'en rendait compte. Personne n'a, à ce moment-là, ni à Météo

France, ni à la DGS, ni à l'Institut de veille sanitaire, ni à l'AFSSE, le sentiment que nous faisions face à une catastrophe. Voilà simplement ce que je voulais dire.

Comme je l'ai déjà indiqué, la décision a été prise par le Parlement de créer des agences, que les expertises d'évaluation des risques leur soient transférées et qu'elles ne soient plus le fait de la direction générale de la santé. Cette bonne décision a eu deux conséquences physiques très fortes : d'une part, le transfert du Dr. Gilles Dixsaut de la direction générale de la santé à l'AFSSE – or, c'était la seule personne connaissant les problèmes liés à la météo dont nous disposions – et, d'autre part, le départ du Dr. Isnard de la direction générale de la santé pour l'InVS, où il est, depuis, en charge de mettre en place la surveillance des maladies chroniques. C'est lui-même qui nous adresse à 15 heures 39, le 8 août, un mail à la suite de notre saisine.

Vous ne pouvez pas reprocher à la direction générale de la santé d'avoir transféré son expertise aux agences ; ce mouvement a été décidé par le Parlement. Dans ces deux cas, l'épidémiologie à l'Institut de veille sanitaire et la météo à l'AFSSE, ce sont des personnes de la direction générale de la santé qui ont été nommées. Vous ne pouvez pas reprocher à la direction générale de la santé de ne pas disposer de l'expertise ; la décision a été prise qu'elle ne l'ait plus.

Une question précise a été posée sur le seuil d'alerte météo. M. Bapt, je n'étais pas au courant de ce document du laboratoire de santé publique de Marseille, mais les termes que vous avez employés sont ceux d'une mise en alerte à 36 degrés Celsius. Or, j'ai parlé de danger. La mise en alerte effective des Américains s'effectue entre 31 degrés Celsius et 40 degrés. Le danger survient à 40 degrés. Pourquoi avons-nous commencé à avoir des morts le 4 août alors que la température n'était pas à 40 degrés ? Parce que nous sommes beaucoup plus vulnérables que les Américains à la température dans la mesure où, contrairement à la France, la climatisation est généralisée aux Etats-Unis, dans les maisons de retraite, les hôpitaux et chez beaucoup de particuliers. Les 2 000 personnes décédées à l'hôpital étaient entre les mains de personnels soignants et avaient accès à des perfusions. Elles ne seraient pas décédées si elles avaient été dans des salles climatisées. C'est une question fondamentale.

Mme Catherine GENISSON : Pourquoi ne les a-t-on pas placées dans les blocs opératoires, qui sont climatisés ?

M. Lucien ABENHAÏM : Je conçois que vous ne soyez peut-être pas d'accord, mais cela est fondamental.

Mme Guinchard-Kunstler m'a demandé pourquoi on savait aux Etats-Unis et pourquoi on ne savait pas en France. D'abord, en France nous « savions ». Un colloque s'était tenu, en mars 2002, où le Pr. Besancenot avait expliqué que les canicules existaient. Nous « savions » que des épidémies existent. Nous parlons toujours des mêmes expériences : Athènes, Chicago, Marseille. On ne compte pas par milliers les expériences sur lesquelles se fonder. Ce n'est pas comme dans le cas des centaines d'expériences d'épidémie de grippe. Ce n'est pas la même chose de « savoir » qu'un phénomène peut exister et de prédire qu'il surviendra à un moment donné dans un pays qui n'a jamais connu cette expérience depuis au moins une vingtaine d'années.

Il est vrai que la connaissance était très peu partagée dans notre pays. Dans mon ouvrage, j'indique que nous souffrons de décennies de retard dans l'évaluation des

risques environnementaux. Je suis assez bien placé pour le savoir, car c'est moi qui ai introduit les méthodes d'évaluation des risques cancérigènes en France dans les années 1980. A l'époque et pendant très longtemps, personne ne pratiquait ces méthodes que l'on considérait hors circuit. Nous avions beaucoup de retard dans le domaine des maladies infectieuses : je vous rappelle qu'en 1992, nous n'avions même pas de réseau national de santé publique, 40 ans après la fondation des CDC ! Nous avons commencé à rattraper ce retard grâce aux travaux du Parlement avec, entre autres, la loi du 1er juillet 1998, mais c'est un retard historique.

Pour avoir des personnes capables de répondre à des situations dites « *imprévisibles* » au premier signe, il faut beaucoup d'expertises et dans de très nombreux domaines. Dans le domaine des maladies infectieuses, nous n'avons pas complètement rattrapé notre retard, mais nous avons réalisé des progrès suffisants pour être en mesure de réagir, dès les premiers cas, à des méningites, à des listérioses ou à des légionelloses, ce dont nous étions incapables voilà 10 ans. Aujourd'hui, nous sommes également en mesure de réagir à des phénomènes imprévisibles comme le SRAS. Dans le domaine du risque environnemental, en 2002, l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement n'existait pas ! Aujourd'hui, elle compte moins de 25 personnes dans ses rangs. Encore a-t-il fallu se battre suffisamment pour obtenir les budgets nécessaires. On ne peut, en un an, rattraper des décennies de retard dans certains domaines. Il faut être conscient du phénomène.

M. Pierre HELLIER : La météorologie alerte, mais ce n'est pas elle qui va parler d'épidémie, c'est vous. Si les personnes âgées arrivent à l'hôpital avec une température de 40 degrés, il est trop tard pour les refroidir. C'est avant qu'il convenait d'agir ; les réanimer ou les perfuser produit certains effets, mais, à ce stade, il est trop tard.

Je m'étonne ; vous parlez d'expériences dans le monde entier, vous parlez de Marseille et de la connaissance de ces phénomènes. Votre travail ne consistait-il pas à alerter et à faire travailler vos services sur ce problème, dans la mesure où, apparemment, vous en aviez connaissance ?

Mme Catherine GENISSON : La canicule n'avait-elle pas pour spécificité la faible variation entre les températures diurnes et les températures nocturnes ?

Ne pensez-vous pas qu'en France, nous avons une approche beaucoup trop épidémiologique des questions de santé publique et insuffisamment « *populationnelle* », ce qui explique cette méconnaissance des problèmes d'incidences climatologiques sur une population fragile ?

M. Lucien ABENHAÏM : Il y a eu malentendu, M. Hellier ; quand je parlais de ces 2 000 morts à l'hôpital, je ne parlais pas des 2 000 morts survenues à l'hôpital, mais des personnes décédées parmi les personnes déjà hospitalisées.

Sur la météo, je redis qu'il existe une commission santé-biométéorologie. On dit que la France ne s'est jamais préoccupée de ces problèmes. Ça n'est pas vrai. Il faut bien comprendre : je n'adresse aucun reproche à Météo France, ni à l'AFSSE, mais ni le 7, ni le 8, ni le 9, ni le 10, ni le 11, ni le 12, ni même le 15 août, les experts que nous contactons ne nous disent pas que nous allons faire face à une épidémie. C'est un phénomène qui nous a tous surpris, ce qui explique la façon dont nous avons agi.

M. Pierre HELLIER : Cela semble étonnant !

M. Lucien ABENHAÏM : C'est pourtant la vérité.

Un certain nombre de cas ont été rapportés les 6, 7 et 8 août à la direction générale de la santé. Le 8 août, selon la comptabilité que j'en fais, une dizaine de cas de décès est associée à la canicule par hyperthermie ou d'autres maladies décompensées par la chaleur. La vérité rappelée par plusieurs personnes, est qu'il y avait, ce jour-là, 3 000 décès. La direction générale de la santé et l'Institut de veille sanitaire ont fonctionné sur une dizaine de décès rapportés et non sur 3 000. Le modèle n'était pas le bon. Les agents de la direction générale de la santé – je suis parfaitement solidaire de leur travail – travaillaient avec l'idée d'un phénomène endémique, c'est-à-dire qui survient chaque année. Les quelques cas n'ont pas été compris comme étant associés au début d'une épidémie. Il est évident que si nous avions eu connaissance de 3 000 cas ce jour-là, et même beaucoup moins, notre réaction eut été plus forte. Celle que nous avons eue était liée à l'idée d'une dizaine de décès rapportés.

Ce jour-là, le 8 août, la direction générale de la santé a mobilisé l'Institut national de veille sanitaire en lui demandant de lui signaler s'il se passait quelque chose. Il est extrêmement important de comprendre le modèle dont j'ai parlé tout à l'heure : la direction générale de la santé n'a plus l'expertise en interne pour mener ces évaluations. Elle les a eues un peu, mais elle ne les a plus par le jeu de la création des agences dont c'est désormais le rôle. De la même façon, quand un médecin généraliste envoie un patient chez un spécialiste dont le rôle est de faire un diagnostic, vous ne pouvez pas lui reprocher de ne pas établir le diagnostic que le spécialiste ne réalise pas. Le spécialiste c'était l'Institut de veille sanitaire. Il a été mobilisé le 8 août au matin par la direction générale de la santé. Le 8 août dans l'après-midi, l'InVS a répondu qu'il allait lancer plusieurs enquêtes auprès des SAMU, des pompiers, des services d'urgence, un peu en miroir de ce que la direction générale de la santé avait entrepris très rapidement le matin quand elle s'est posée la question de savoir où elle pouvait obtenir des informations.

Vous avez donc un mail de l'Institut de veille sanitaire à 15 heures 39, le 8 août, indiquant qu'il engage cette enquête et qu'il réfléchira à une enquête plus importante sur la mortalité. Pourquoi l'Institut de veille sanitaire n'a-t-il pas réagi plus vite ? C'est-à-dire pourquoi, le 11 et le 12 août, ne devance-t-il pas cette enquête auprès des différents services ? Parce qu'il fonctionnait, comme nous tous, sur un modèle endémique et non épidémique. Il pensait avoir le temps. C'est là mon interprétation. Et personne n'a transmis à l'Institut de veille sanitaire ou à la direction générale de la santé des éléments qui pouvaient laisser croire que nous étions confrontés à une épidémie.

M. le Président : Personne ne l'a fait, mais qui aurait pu le faire ?

M. Gérard BAPT : Le Pr. Carli, que vous citez dans votre livre, précise que le 8 août, il a conscience qu'il s'agit d'une épidémie. Le mail que vous évoquez date du 8 août ; le 9 août, les pompiers ne sont pas interrogés, le 10 août non plus. Ils sont interrogés le 11 août. Il a fallu trois jours pour « *se réveiller* » et téléphoner aux sapeurs-pompiers de Paris !

M. Lucien ABENHAÏM : Vous parlez de la direction générale de la santé ou de l'InVS ? La direction générale de la santé a appelé les pompiers le 8 août au matin, ainsi que le SAMU et l'AP-HP. Mais la direction générale de la santé n'avait pas à faire ce travail.

M. le Rapporteur : Qui joue le rôle de capteurs locaux de la direction générale de la santé ?

M. Lucien ABENHAÏM : Le capteur de la direction générale de la santé s'appelle « *Institut de veille sanitaire* ».

M. le Rapporteur : *Quid* des DDASS par exemple ?

M. Lucien ABENHAÏM : Les DDASS fonctionnent avec des cellules interrégionales d'épidémiologie et relèvent de l'Institut de veille sanitaire pour la surveillance épidémiologique. C'est la loi. Je le répète, ce point est fondamental. Ne pas le prendre en compte revient à remettre en cause l'ensemble de notre dispositif. Vous ne pouvez pas demander à la direction générale de la santé d'être à la fois généraliste et spécialiste, surtout après la décision de créer des agences.

Sur la question de savoir qui pourrait collationner l'information, je précise que nous avons un système fondé sur les DDASS, censées faire remonter à l'Institut de veille sanitaire les données sur les problèmes épidémiques qu'elles peuvent identifier. A l'Institut de veille sanitaire, il existe des cellules interrégionales d'épidémiologie auxquelles les DDASS communiquent leurs informations. Certaines DDASS ont détecté quelque chose ; il n'est pas vrai que rien ne soit remonté. On doit à l'honnêteté de préciser que la DDASS du Morbihan a appelé, de même que celles de Paris ou des Hauts-de-Seine. Des personnes ont appelé pour signaler un problème. Celui-ci n'a pas été interprété comme un problème épidémique, mais comme un problème endémique. Quand M. Yves Coquin annonce dans la presse le 9 et le 10 août, qu'il prévoit plusieurs centaines de décès dans les semaines à venir, il ne parle pas des jours à venir mais des semaines à venir. Il perçoit un problème endémique de l'ordre de grandeur d'un pic de pollution important, qui provoquerait quelques centaines de décès.

Rétrospectivement, il est clair que c'est le mauvais modèle ; mais je mets quiconque au défi de présenter un mail, une télécopie, une lettre, un appel téléphonique d'un expert ou d'une quelconque personnalité annonçant une épidémie de 1 000, 10 000 ou 15 000 cas.

Effectivement, pourquoi les DDASS ne nous ont-elles pas toutes appelés ? Si l'Institut de veille sanitaire avait reçu des appels de 15, 20 ou 50 DDASS, il aurait réfléchi différemment. Pourquoi n'ont-elles pas appelé ? Peut-être convient-il, sur ce point, de poser une question fondamentale que j'aborde dans mon livre : savez-vous combien on compte de médecins inspecteurs en France ? 450. Combien sont sur le terrain ? 250. Combien en été ? 100 à 125, un par département en moyenne. Dans un pays qui consacre à la santé publique aussi peu de moyens, il ne faut pas s'étonner qu'un certain nombre de phénomènes ne soient pas détectés dans l'heure ou la journée.

M. le Rapporteur : Combien étiez-vous à la direction générale de la santé, alors qu'il y avait si peu de médecins inspecteurs dans les DDASS ?

M. Lucien ABENHAÏM : A la direction générale de la santé, étaient présents, pendant les événements, un peu plus de 50 % des effectifs. J'avais fait en sorte, en partant, d'être remplacé par un professionnel de santé publique de haut niveau, le Dr. Coquin, qui est un chef de service établi.

Le bureau des alertes comptait 80 % des effectifs pendant les deux premières semaines du mois d'août. Evidemment, 80 % des effectifs, cela ne représente que 8 personnes. Au bureau, sur les phénomènes physiques, de la direction SD 7, 60 % des effectifs étaient présents, soit, là aussi, 8 personnes sur un effectif de 13.

M. le Rapporteur : Toutes ces personnes étaient des médecins ?

M. Lucien ABENHAÏM : Dans ces deux bureaux, devaient être présents 3 ou 4 médecins et 1 ou 2 ingénieurs. Effectivement, au bureau des alertes, il y avait au moins 2 médecins et 1 pharmacien, le chef du bureau étant un pharmacien de santé publique. Nous avions donc les effectifs voulus, compte tenu de la période. J'ai toujours fait en sorte que, durant les congés, les présents dépassent la moitié des effectifs. Ce n'est pas évident, car les agents de la direction générale de la santé ont des familles et le directeur général n'a aucun moyen de leur imposer leurs dates de vacances. J'ai simplement fait en sorte que le service conserve en permanence des agents compétents sur place. Je me méfie des périodes de vacances.

Comment la prise de conscience s'est-elle opérée ? Je pense que la prise de conscience de l'épidémie s'est faite le 13 août pour l'ensemble des acteurs. Nous avons fonctionné avec deux mauvais modèles à la fois. Pendant un certain temps, les alertes des urgences ont été comprises comme des engorgements liés à la fermeture de lits en été. Ces alertes ne sont pas parvenues à la direction générale de la santé, mais à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et au cabinet du ministre. Mais nul n'a pensé à les transmettre à la direction générale de la santé, car personne ne pensait qu'elles pouvaient relever d'un problème d'épidémie de santé publique.

Il y avait un véritable engorgement des urgences, qui était dû à la fermeture des lits en été. Mais ce train en a caché un autre, celui de l'épidémie. Pendant quelques jours, les acteurs pensaient n'être confrontés qu'à un problème d'urgences. A l'évidence, rétrospectivement tout le monde comprend qu'il s'agit d'une erreur ; mais j'insiste sur l'adverbe « *rétrospectivement* ».

A partir du 11 août, en fin de journée, une première prise de conscience a permis de réaliser qu'il y avait de l'ordre de 50 décès associés à la canicule en région parisienne. Au cours de la conférence de l'AP-HP, on a évoqué entre 50 et 500 malaises. L'information selon laquelle les funérariums étaient débordés a été reçue par la direction générale de la santé. Ces deux informations étaient convergentes. Elles donnaient l'impression qu'il y avait probablement autour de 50 décès associés à la canicule sur les deux ou trois derniers jours.

Encore une fois, ce jour-là, comme l'a montré l'enquête de l'INSERM, la surmortalité avoisinait déjà 7 000 ou 8 000 décès en excès. A l'AP-HP, il y avait en fait ce jour-là 500 décès cumulés ; or, elle en compte 50. Cela montre que, même les acteurs très proches du terrain, tel l'AP-HP, qui se sont mobilisés très tôt, n'avaient pas le sentiment, le 11 août, que, dans leurs propres locaux, une épidémie importante sévissait. Il n'est pas facile de comprendre pourquoi. C'est probablement dû au fait que nous n'avons pas de système d'information organisé pour cela. Je tiens à souligner que même des systèmes d'information fondés sur de telles données chiffrées sont très difficiles à interpréter. Ainsi, par exemple, le SAMU 93 a-t-il enregistré 500 interventions le 9 ou le 10 août, mais ce chiffre élevé avait déjà été atteint à trois reprises dans les six semaines précédentes.

Le 11 août, je me suis entretenu à deux ou trois reprises avec des personnes de la direction générale de la santé. De ces discussions, il ressortait qu'il y avait eu un « *coup*

de bourre » aux urgences, associé à beaucoup de malaises dus à la canicule, mais il n'était pas question d'une épidémie de décès. En revanche, il y avait une mobilisation médiatique considérable et je pensais qu'il fallait se mobiliser sur ce point. J'ai téléphoné à M. William Dab sur son portable – j'ignorais qu'il était en vacances – pour lui signaler que la mobilisation médiatique importante nécessitait, selon moi, une conférence de presse le jour même. Il m'a indiqué la décision prise par le cabinet de ne pas faire de conférence de presse car le ministre s'exprimerait à la télévision à 20 heures.

M. le Rapporteur : Ce jour-là, le 11 août, se tient une réunion à l'AP-HP où, apparemment, la direction générale de la santé est conviée, mais non représentée. N'aurait-il pas été utile qu'elle le fût ?

M. Lucien ABENHAÏM : J'ai posé la question à la direction générale de la santé par la suite. M. Yves Coquin m'a indiqué avoir été invité à 10 heures moins le quart pour une réunion se tenant à 10 heures. Il a appris que la DHOS était mobilisée pour s'y rendre et estimé qu'il entendrait le compte rendu de la DHOS. Il était lui-même mobilisé sur beaucoup d'autres sujets, en particulier par l'ensemble des appels des médias à la direction générale de la santé, ainsi que par des éléments qu'il devait mettre en place. Il avait à gérer l'épidémie de légionellose. Etant donné que la DHOS y était représentée, il a préféré ne pas y aller plutôt que d'arriver en retard.

Un compte rendu de cette réunion a eu lieu lors de la réunion de cabinet organisée à midi avec la DHOS et la direction générale de la santé. Je vous rappelle qu'après cette réunion on parle beaucoup du mail de 10 heures 08 de la direction générale de la santé évoquant « *la situation maîtrisée* », mais il me semble important de souligner aussi ce point –, un communiqué de presse sur la situation hospitalière, qui n'a pas été transmis à la direction générale de la santé et à la tonalité rassurante a été publié l'après-midi. Il précisait que la situation hospitalière était comparable aux années antérieures, excepté sur deux points ponctuels. Cela n'a pas été établi sur la base de données de la direction générale de la santé, mais sur celles des services hospitaliers généraux.

Ainsi, le matin du 11 août, aussi bien la DHOS que la direction générale de la santé restaient sur le sentiment d'un coup de bourre, d'une cinquantaine de décès chez des patients déjà très malades, comme cela arrive chaque été faute de climatisation, y compris en l'absence de canicule. Le tableau était complété par un grand nombre de malaises et un problème d'organisation des urgences à Paris. Tel était le diagnostic qui m'a été transmis et je crois que tous les acteurs ont établi le même le lundi matin de bonne foi.

Le lundi en fin de journée est intervenu un frémissement dans l'autre sens, parce que l'on sentait que la situation n'était pas bonne dans les hôpitaux et aussi à cause de la saturation des funérariums. Le 12 août au matin, j'ai appelé la direction générale de la santé ; elle était encore sur la même analyse. L'après-midi, j'ai eu le sentiment que la situation évoluait. J'ai d'ailleurs moi-même appelé Mme Anne Bolot-Gittler au cabinet. Il devait être aux environs de 15 heures. Ce point peut être vérifié, car elle m'indiquait être pressée et partir à une réunion interministérielle. Je lui ai dit qu'il fallait absolument mobiliser les hôpitaux militaires et la Croix rouge du fait d'une situation particulièrement inquiétante.

Vers 15 heures 30 ou 16 heures, j'ai appelé M. Yves Coquin auquel j'ai indiqué ma décision de revenir, en particulier parce que j'avais le sentiment qu'en termes de gestion de crise – non en termes de gestion de santé publique – la situation n'était pas prise en main comme il convenait. J'ai reçu un peu plus tard un appel d'Anne Bolot-Gittler

m'indiquant que le ministre souhaitait que je m'exprime sur la prévention, que je pouvais le faire de mon lieu de vacances ou de Paris. Elle a précisé que ce serait mieux de Paris. Je lui ai dit que j'avais déjà pris la décision de rentrer, ce que je fis le lendemain matin car j'avais un certain nombre de problèmes pratiques à régler. Les transports m'ont pris 5 à 6 heures, mais j'étais le premier à Paris à ma connaissance. Le 13 août, quand je suis arrivé, j'ai acquis le sentiment très clair que la situation était plus grave que celle que nous avions estimée. Nous avions alors quelques données de l'AP-HP qui semblaient plus inquiétantes et des données partielles des Pompes funèbres générales. J'ai donc demandé l'organisation d'une réunion de crise avec l'ensemble des services. J'ai présidé cette réunion le 13 août au soir au bureau du ministre, comme l'ont montré les images télévisées suite à l'excellente initiative du cabinet du ministre de faire venir la télévision ce soir-là.

A partir des différentes données –1 000 cas ici, 2 000 là –, nous avons estimé à environ 3 000 le nombre des cas dans le pays, le 13 août au soir. J'ai appelé immédiatement le journal Le Monde, auquel j'avais donné une interview à paraître le lendemain, pour lui demander d'ajouter cet élément.

Quand je suis arrivé à Paris le 13 août au matin, les journaux parlaient de 100 décès ; Patrick Pelloux parlait de 100 décès ; l'InVS, appelé par mes soins à 14 heures, rappelé à 16 heures, m'a confirmé n'avoir aucun chiffre. Le 13 août est donc le moment de la prise de conscience. Heureusement, la température a chuté considérablement le 13 et le 14 août. La prise de conscience s'est effectuée alors qu'il était pratiquement trop tard, eu égard à l'importance de l'épidémie.

Les acteurs ont donc essayé de faire avec les informations dont ils disposaient et ils se sont mobilisés. La direction générale de la santé, j'ai oublié de le dire, s'est mobilisée sur beaucoup de fronts ces jours-là. N'oublions pas, en effet, qu'elle a eu à gérer la question de la sécheresse et de l'eau, les problèmes d'électricité avec la question des personnes en risque vital, la question des funérariums et celle de la pollution. Avec des équipes peu nombreuses, 60 à 80 % des effectifs, elle a eu beaucoup de choses à faire. En ce qui me concerne, je l'ai dit et écrit, eussé-je été présent, je n'aurais pas mieux fait.

M. le Rapporteur : Sur la question de l'anticipation de la crise, je reviens sur les travaux des CDC. Vous avez précisé : « *Aucun expert en biométéorologie ne nous a avertis des risques de mortalité liés à cette canicule.* ». Or, M. Dab, dans son mail du 6 août, a écrit à M. Coquin que les risques liés à la chaleur ont été synthétisés par les CDC. N'y a-t-il pas une contradiction ? M. Dab ne donnait-il pas là une piste ? Il est vrai que ce message intervient le 6 août, mais il s'agit quand même d'un élément important.

Par ailleurs, les données de l'épisode caniculaire de 1976 en France étaient connues. La revue de presse qui nous a été donnée l'autre jour fait apparaître une surmortalité dans certaines zones. Il y avait également les canicules de Marseille en 1983, d'Athènes en 1987, de Chicago en 1995, les études de M. Besancenot, celles du Pr. San Marco.

Tout de même, ces épisodes ne pouvaient-ils fournir la base d'un modèle de raisonnement ? Vous nous dites que le modèle n'a pas fonctionné. N'est-ce pas là une excuse un peu facile d'avancer une question de « *modèle* » ? N'est-ce pas une question de collation d'informations du terrain ? Ce n'est pas au terrain d'opérer le tri entre ce qui relève de l'épidémie et de l'endémie. C'est davantage, je pense, le rôle de la direction générale de la santé. Cette histoire de modèle ne masque-t-elle pas des faiblesses dans

l'organisation, dans la façon dont les capteurs doivent fonctionner, dans l'information à remonter ?

S'agissant des grands froids, nous avons le sentiment que la direction générale de la santé est organisée et qu'elle ne l'est pas pour les fortes chaleurs. Il y a là un élément qui ne se comprend guère.

Vous nous dites aussi que le communiqué du 8 août de la direction générale de la santé n'était pas mieux, en somme, que celui de Météo France ; je vous rappelle que ces deux services administratifs ne font pas tout à fait le même métier. Pourquoi le communiqué de la DGS est-il aussi lénifiant ? Faut-il deux jours pour publier un communiqué de ce genre ? Là encore, c'est quelque peu incompréhensible.

Sur l'alerte, je voudrais savoir comment la direction générale de la santé considère les alertes du Dr. Pelloux. Les prend-t-on au sérieux ? Elles sont quelques fois répétitives ; en l'occurrence, cependant, il n'avait pas tout à fait tort. Un tri est, là aussi, à opérer.

Enfin, M. Coquin ne se rend pas à la réunion du 11 août au matin à l'AP-HP, parce qu'il est prévenu un peu tard. Pourtant Mme Bolot-Gittler avait donné instruction au responsable de la direction générale de la santé de s'y rendre. Au surplus, le 11 août, Paris est désert, on peut circuler.

M. Jean-Marie ROLLAND : Je partage cette interrogation de M. le Rapporteur. Je n'insisterai donc pas sur le sujet.

Tout à l'heure M. Mattei nous a dit que vous aviez exprimé votre intention de quitter vos fonctions quelques mois avant la crise. Confirmez-vous cette information ?

M. Georges COLOMBIER : Vous vous permettez, dans votre livre, d'affirmer que le ministre a minoré les chiffres, mais n'était-ce pas en partie dans vos attributions de les lui fournir au plus juste niveau, ce qui n'a pas été, à mon avis, le cas ?

Pourquoi, dès le 11 août, déclarer que la situation était maîtrisée ? Sur quels éléments vous fondiez-vous pour donner une telle information ?

Enfin, pourquoi n'avoir pas déclenché la procédure DGS-Urgent, créée pour alerter les professionnels, lorsque vous avez eu connaissance des problèmes liés à la canicule ?

Mme Catherine GENISSON : En vous écoutant, j'ai eu l'impression que l'on vivait avec deux mondes qui ne s'entendaient pas : celui des experts et celui des « *ouvriers de la santé* », les urgentistes, les médecins, les sapeurs-pompiers. Dès le 4 et le 6 août, *a fortiori* le 8 août, les médecins, le Dr. Pelloux, le Pr. Carli avaient alerté, en indiquant que des dysfonctionnements majeurs apparaissaient au niveau des urgences, que les problèmes dépassaient les difficultés rencontrées chaque année aux urgences. Ils informaient d'un nombre d'entrées supérieur, d'une population extrêmement fragilisée de surcroît, et d'un taux d'hospitalisation majeur atteignant 80 %, ce qui posait des problèmes considérables de fonctionnement de l'hôpital. Ils avaient quand même constaté des anomalies criantes.

Par ailleurs, la directrice de l'assistance publique de Paris est revenue le 10 août au matin. Après avoir fait le tour des hôpitaux de l'AP-HP, elle a indiqué avoir été bouleversée par les situations inimaginables qu'elle avait vues, non comparables à un dysfonctionnement lié à l'encombrement des services d'urgence l'été.

Pourquoi ces capteurs ont-ils été si peu entendus et si peu pris en compte par les agences et la direction générale de la santé ? Vous vous félicitez de la création des agences, mais je pense que des dysfonctionnements majeurs se font jour. Il y a des responsabilités, des lieux de pouvoir à redéfinir entre ces différentes structures et, en tout état de cause, un trajet simple de transmission de l'alerte.

M. Edouard LANDRAIN : M. le professeur, vous avez dit tout à l'heure : « *En France, on savait* ». J'ai l'impression que si l'on savait, tout le monde ignorait ! C'est peut-être le drame de cette affaire. Le clivage entre les différents organismes est tel que l'on ne se comprend plus et, à la limite, on se chargerait volontiers les uns les autres en dégageant quelque peu en touche. La méthode manque d'élégance.

L'autre jour, le patron de Météo France s'est plaint de ne pas avoir de médecins en nombre suffisant au sein de son organisme. Il aurait pu être remédié avant à cette absence de médecins spécialisés en météorologie dans une commission santé-biométéorologie. Les représentants de Météo France auditionnés ont également précisé que, dès le 2 août, ils avaient lancé un avis de méfiance et, le 7 août, un avis d'alerte.

La question qui vient naturellement à l'esprit est celle du rôle de la direction générale de la santé. N'était-ce pas à elle de prévoir, de réfléchir, d'étudier, même l'improbable ? Cela ne fait-il pas partie de ses missions ? Ne peut-on imaginer un seul instant qu'au-delà même du raisonnable, on puisse attendre de personnes particulièrement qualifiées qu'elles puissent au moins retenir comme hypothèse des événements déjà intervenus dans d'autres pays ? On a cité Chicago, Athènes et Marseille. J'aimerais savoir pourquoi, vous, le spécialiste à la réputation flatteuse et internationale, vous n'avez pas songé un seul instant, pendant les quatre années passées à la DGS, à mettre en place un plan correspondant à la situation malheureuse du mois d'août dernier.

M. Serge BLISKO : M. Abenhaïm, je comprends la différence entre endémie et épidémie ; je comprends aussi l'idée du modèle de crise hospitalière qui cache la réalité, à savoir que des personnes sont en train de mourir d'hyperthermie maligne suite à la crise caniculaire. Néanmoins, vous répétez à plusieurs reprises : « *On ne prévient pas la direction générale de la santé* ». Qui est chargé de vous prévenir ?

Je conçois que les DDASS ne forment pas un système d'alerte très efficace, mais le cabinet du ministre a-t-il pour fonction de vous prévenir ? Je connais un peu les cabinets et les administrations, mais je comprends mal qui doit alerter l'autre. S'il appartient au cabinet de déterminer qui doit se rendre à telle ou telle réunion, l'administration devient compliquée, d'autant que Mme la directrice adjointe de cabinet indiquait avoir trouvé 300 mails sur son ordinateur le 11 août au matin, ce qui signifie que personne ne lit ses mails en son absence alors qu'elle occupe un poste auprès d'un ministre et, qu'en l'occurrence, il y a crise !

Je reviens sur ce point, car je suis effaré d'entendre vos propos : le seul indice qui vous arrive le 13 août est l'information des Pompes funèbres générales avançant le chiffre de 3 000 morts. Ce sont les seuls qui constatent la triste réalité, en bout de chaîne. On sait aujourd'hui, d'après les travaux de l'INSERM, qu'il y en avait 12 540.

Nous sommes dans un pays où les responsables de la santé ignorent le 13 août que 12 000 personnes sont décédées dans des conditions épouvantables ! Personne ne se rend dans les hôpitaux, personne ne prend une heure de son temps pour visiter l'hôpital le plus proche, pousser la porte et demander à un urgentiste ce qui se passe. Si, Mme Bolot-Gittler l'a fait. Je m'interroge encore sur les circuits d'information qui semblent complexes, emprunts de protocole ou de méfiance réciproque entre le cabinet et les directions dans ce ministère.

M. Claude LETEURTRE : La commission santé-biométéorologie que vous avez évoquée est-elle bien celle qui relève de Météo France ou s'agit-il d'un service spécifique du ministère de la santé ?

M. Lucien ABENHAÏM : C'est celle qui est rattachée au Conseil supérieur de la météorologie.

M. Claude LETEURTRE : Vous dites bien que vous avez rappelé Le Monde pour modifier le nombre de victimes évoqué dans l'interview publiée le 14 août.

M. Lucien ABENHAÏM : En fait, il n'y avait pas de fourchette au départ dans cet article.

M. Claude LETEURTRE : La manière dont vous avez défini le rôle de la direction générale de la santé me gêne. Selon vous, il s'agit d'une structure généraliste qui s'appuie sur une expertise. Pour moi, la DGS a pour mission de s'appuyer sur des avis de spécialistes, non comme un généraliste, mais comme un interniste, autrement dit pour faire la synthèse et renseigner. A mon sens, c'est au niveau de la direction générale de la santé que l'information définitive doit être fournie.

M. Pascal TERRASSE : Je voudrais reprendre une partie des propos du ministre. Il nous dit reconnaître des erreurs de communication, mais il a répété, tout au long de son intervention, qu'il n'a pas été alerté. Il ajoute : « *Notre système cloisonné est resté inopérant* ». Vous sentez-vous concerné par ces accusations ?

Pensez-vous que le pouvoir politique a failli dans ses responsabilités ? Je pense, en l'occurrence, à l'audition de Mme Bolot-Gittler, qui semblerait contradictoire avec votre propre intervention, en particulier s'agissant des dates.

Enfin, j'ai l'impression que, dans cette affaire, tout le monde se tient par la barbichette, sans vouloir porter sa part de responsabilité. M. le professeur, quelle part de responsabilité assumez-vous dans cet événement tragique qu'a connu notre pays en août dernier ?

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : L'enjeu de notre travail est de bien comprendre, pour que cela ne se reproduise pas ; tel est bien le travail que nous avons à mener ensemble. Dans l'événement qui vient se produire, quelle était la part attribuable au fait qu'étaient concernées des personnes âgées et que, par conséquent, cela pouvait inconsciemment paraître moins grave ?

J'aimerais aussi connaître le nombre de personnes travaillant à la direction générale de la santé qui sont concernées par la santé et les risques sanitaires spécifiques des personnes âgées.

Avec le recul, des aspects vous semblent-ils essentiels et agiriez-vous de même ?

M. Gérard BAPT : J'ai lu votre livre. La page 260 reprenant la chronologie du 11 août me conduit à vous poser quelques questions.

A 15 heures, M. Coquin demande la mobilisation des hôpitaux militaires. Dans votre ouvrage, vous écrivez qu'il alerte à plusieurs reprises sur les difficultés des funérariums, avant même le fameux mail de 19 heures 36. Vous citez Le Canard enchaîné qui publie le 24 septembre un courrier interne aux services du ministère de l'intérieur indiquant que la direction générale de la santé sollicite des informations. M. Mattei, au cours de son audition devant notre commission, a précisé que, lors de son intervention sur TF 1, il ignorait l'information selon laquelle les funérariums étaient débordés. Accessoirement aussi, alors que dans votre livre vous écrivez qu'il n'y avait pas de médecin de santé publique au sein du cabinet du ministre jusqu'au 13 août, il précise que, non seulement il y avait un intérimaire comme directeur de cabinet pendant ce week-end-là, mais qu'était également présent un médecin de santé publique, le Dr. Grouchka, dont je n'ai jamais trouvé le nom cité dans un quelconque document.

Le ministre a également rejeté l'interpellation relative à un déni portant sur la gravité de la situation. Il a longuement développé ce point. Il se trouve que, dans le même temps, chez le préfet de police, on donnait des consignes dans le même sens. Je crois me souvenir que le président de la Croix rouge, reçu à Matignon, continuait, sur la même ligne, à nier la gravité de la situation le 14 août. Vous êtes, sur ce point, en contradiction totale avec l'intervention de M. Mattei.

Pour le Dr. Génisson ou pour moi-même, qui avons assuré des urgences dans les hôpitaux, le contraste est extraordinaire entre la mobilisation des services d'urgence et la passivité de structures diverses et non communicantes en face. Par sa conférence de presse du 10 août, le Dr. Pelloux alerte l'opinion, car, au cours des jours précédents, il n'a pas réussi à obtenir de réponses ni de réactions.

A cet égard, dire que l'on ne savait pas, qu'on analysait le phénomène plutôt comme une endémie que comme une épidémie constitue une réponse relativement insatisfaisante, qui me conduit à une dernière réflexion. Tous les professeurs et médecins de santé publique des différents organismes sortent du même moule, mais c'est vous qui avez proposé au ministre l'idée de la Haute école de santé publique adoptée par l'Assemblée nationale au cours de la première lecture du projet de loi relatif à la politique de santé publique. A voir ce qui s'est passé là, nous en sommes à nous demander s'il ne s'agit pas de constituer une ENA de la santé publique sans savoir sur quelle éthique la fonder. J'ai été scandalisé de noter l'absence de réaction qu'entraînait un article d'un professeur de santé publique publié dans Le Monde au mois d'août, qui niait le terme de « *catastrophe* », en indiquant que ce n'était rien du tout par rapport à ce qui se passait en Afrique et qu'il ne s'agissait jamais que de décès anticipés ! Il oubliait d'ailleurs que 10 % des victimes avaient moins de 65 ans ; il précisait même qu'à la surmortalité, allait succéder une sous-mortalité, ce qui n'est toujours pas prouvé scientifiquement.

Ce sont donc vos réflexions, y compris par rapport à vos propres propositions au ministre, que je voudrais entendre maintenant.

M. le Président : Je reviens sur un sujet souvent évoqué par les différents membres de la commission. Il sera intéressant, à partir des observations de la commission, de pouvoir

étudier l'articulation entre administrations centrales et agences. C'est une question récurrente. De ce point de vue, la confirmation des agences a traversé diverses majorités politiques. Il y a bien une volonté de disposer d'outils de veille et d'alerte spécialisés dans un certain nombre de domaines sanitaires. Ce fut confirmé par la loi de 1998, mais cela doit nous conduire à nous interroger sur l'articulation avec les administrations centrales, en l'occurrence avec la direction générale de la santé.

Mon interrogation porte moins sur le système de veille et d'alerte que sur le pilotage en période de crise. Sommes-nous bien organisés ? Qui est chargé, très concrètement, de piloter une crise d'une complexité aussi forte que celle que nous avons connue au cours de l'été ? Une crise survient dans le système de santé à partir du week-end des 9 et 10 août. Qui est chargé de la piloter ?

M. Lucien ABENHAÏM : Les questions sont assez différentes. Je veux essayer de les regrouper par type de problèmes.

Des questions portaient sur le fait que, le 1er août, Météo France parlait de « *risques* » et que le modèle endémique n'était pas le bon. Peut-être me suis-je mal exprimé, mais je crois que si l'on ne comprend pas cela, on renonce à comprendre cette canicule. On peut toujours décider de dire « *vous saviez* » ou « *vous auriez pu* », mais si l'on ne veut pas entendre que, jusqu'au 13 août, aucun des experts français n'a eu conscience du fait que nous étions confrontés à une épidémie et non aux problèmes habituels dus à la chaleur – à cet égard, j'ai employé le terme « d'endémie » – on ne comprendra jamais cette épidémie. Dès lors, nous ne serons pas capables de la résoudre la prochaine fois.

Comment lutter contre une épidémie comme celle-ci ? La climatisation généralisée est la seule façon d'y répondre efficacement. Le reste n'a qu'une efficacité marginale. Autant l'hydratation présente une solution acceptable en cas de coups de chaleur répartis dans le temps, autant elle ne résout rien dans une épidémie comme celle-là. Avec la climatisation, vous réglerez le problème sinon à 100 %, du moins à 95 %. Face à une épidémie de grippe qui revient tous les deux ou trois ans et qui entraîne 5 000 à 10 000 décès chez les personnes âgées, on ne se demande pas si untel a téléphoné à untel, on s'appuie sur la vaccination qui a lieu avant.

Si vous ne centrez pas votre action et votre analyse sur le fait que, pendant les jours en question, il n'était dans l'esprit de personne qu'il s'agissait d'une épidémie, vous ne comprendrez pas non plus pourquoi les systèmes d'information n'ont pas fonctionné. Les acteurs réfléchissaient avec l'idée qu'ils disposaient de deux, trois ou cinq jours pour analyser les certificats de décès, pour lancer une enquête. Ainsi l'Institut de veille sanitaire indique dans l'après midi du 8 août : « *On contactera l'AP-HP, le SAMU, etc.* » Nous l'avions fait à la direction générale de la santé. Si vous ne comprenez pas que ces gens ne fonctionnaient pas avec ce modèle, nous nous heurterons au même problème l'an prochain.

J'insiste : vouloir mettre ce point de côté et ne pas l'analyser peut faire plaisir, mais ne résoudra pas la question.

Quelles doivent être les personnes qui collationnent l'information ? La réponse n'est pas évidente, car nous sommes confrontés à de nombreux problèmes, autres que la canicule. Il y a les légionelloses, les listérioses, les cancers liés à l'environnement, etc. Quant aux sujets d'épidémie et d'alerte dans un pays comme la France, il n'y a pas un matin où le directeur général de la santé n'a pas sept ou huit sujets en question sur son

bureau. Imaginer que, sur chacun des sujets, il y ait une personne à la DGS qui en soit spécialiste, cela ne tient pas !

C'est un problème d'organisation, il faut trouver un système qui permette de tenir compte du terrain. Nous y sommes parvenus pour certains sujets. Pour la grippe, les gens de mon laboratoire ont joué un rôle important dans la mise sur pied d'un système qui permet, à la fois sur la base de statistiques et d'informations du terrain, de lancer des campagnes de communication. Ce système, dont vous voyez des traces dans la presse, prévient les médecins de l'arrivée d'une épidémie de grippe. Mis en place par M. Philippe Quenel sous ma direction à l'occasion de sa thèse de doctorat, il combine les données de terrain et les données statistiques. Mais il est des sujets pour lesquels nous n'avons pas de tels dispositifs. Parmi ces sujets, figure la canicule. En revanche, pour la listériose ou la légionellose, qui sont toujours à peu près sur la même base, nous avons des systèmes de remontées d'informations.

Si l'on ne retient que les statistiques, le Pr. Pierre Carli l'explique honnêtement, il y a moins d'entrées au SAMU le 8 août 2003 que le 8 août 2002. Il faut donc trouver des systèmes.

De combien de systèmes d'alerte peut-on disposer ? A-t-on essayé de réfléchir à l'avance ? J'ai ici un des six tomes de la consultation que j'ai organisée pour la première fois dans l'histoire de santé publique française à l'occasion de la préparation du projet de loi de santé publique en 2002 et 2003. Nous avons alors mobilisé, non seulement une centaine d'experts, l'ensemble des agences de sécurité sanitaire, le haut comité de santé publique, les universitaires, mais également l'ensemble des acteurs de terrain dans les régions : médecins, représentants des usagers. Le but visait à identifier des objectifs de santé publique pour le pays.

Cent objectifs ont été identifiés, mais bien davantage ont été débattus. Sur l'ensemble de ces six tomes qui couvrent plusieurs milliers de pages, vous ne trouverez pas une seule fois le mot « *canicule* » ni l'expression « *chaleur extrême* ». Nous avons essayé de travailler et personne ne nous a signalé ce problème. Dans la région PACA, le Pr. San Marco faisait partie de la consultation. Il est intervenu, mais n'a pas identifié la chaleur comme un problème devant être considéré comme un objectif de santé publique. Pourquoi notre attention était-elle différente sur les grands froids ? Parce que le froid qui tue sans chauffage est un phénomène que nous rencontrons chaque année en France. Les gens à l'extérieur, qui n'ont pas accès au chauffage, meurent. En revanche, depuis 1976, aucun gouvernement, aucune administration, aucun institut scientifique n'a proposé d'inscrire la canicule parmi les priorités, ni même de mentionner ce problème. Avant M. Mattei, M. Bernard Kouchner a organisé une consultation pour créer 30 plans de santé publique : la direction générale de la santé a tenu le crayon, pas une seule fois le mot « *canicule* » n'a été prononcé.

Le Pr. Giroud, président du SAMU de France, avec une honnêteté exceptionnelle – ce qui ne m'étonne pas venant de lui –, a indiqué à la mission d'information que, le 19 juin, s'est tenue une réunion des SAMU de France et des urgentistes sur le thème « *urgences et personne âgées* ». Il faisait 39 degrés dehors ; personne n'a prononcé les termes de « *canicule* » ou « *d'hydratation* ». Personne n'y a pensé !

Comprenons-nous bien. Face à des circonstances exceptionnelles du type d'un tremblement de terre, un sismographe n'a pas fonctionné. Mais ce n'est pas le sismographe

qui est responsable du tremblement de terre. Il faut que nous établissions un meilleur sismographe. Le fait qu'il ait fonctionné un peu mieux aurait-il changé le cours des choses ? Sans vaccination, vous ne changez pas fondamentalement la courbe des épidémies de grippe ; sans climatisation vous ne changez pas fondamentalement les conséquences d'une canicule.

Si l'on ne prend pas la mesure de ce phénomène, nous n'y arriverons pas. Je suis néanmoins très content de ce débat sur les systèmes d'information, car, alors que j'étais en fonction à la direction générale de la santé, combien de fois ai-je dû me battre pour aider l'Institut de veille sanitaire, le soutenir pour développer son système d'information ? A chaque fois que l'on a voulu lancer un système d'information un peu nouveau comme celui sur les séropositifs, on a ouvert des débats sur *big brother*. Quand j'ai voulu lancer les systèmes d'information sur les études post-marketing et l'utilisation des bases de données de la CNAM, nous nous sommes heurtés à un mur de difficultés. Je suis très heureux que l'Assemblée nationale, en première lecture, ait adopté des dispositions juridiques pour permettre la mise en place de systèmes d'information hospitaliers.

Notre pays a progressé beaucoup sur ces phénomènes, mais on ne peut sans cesse demander aux personnes d'avancer sans leur donner les moyens juridiques, techniques et humains adaptés.

Je reviens sur la question de la répartition entre les agences et la direction générale de la santé. Il s'agit, selon moi, d'une bonne répartition avec l'Institut de veille sanitaire. Nous avons échangé des mails toutes les deux minutes ; nul ne peut, par conséquent, penser qu'il y a eu défaut de communication pendant cette période. L'Institut de veille sanitaire a fait ce qu'il a pu, avec les moyens dont il disposait, dans cette situation particulière.

J'ai senti, dans une question, que l'on s'interrogeait sur une éventuelle méfiance portée à l'encontre du Dr. Patrick Pelloux. Nul à la direction générale de la santé ne s'en méfiait, parce que nous ne le connaissions pas. Je n'en avais jamais entendu parler ; M. Yves Coquin non plus. Cela signifie que la direction générale de la santé n'exerce plus aucune responsabilité en matière d'organisation des hôpitaux ou de médecine libérale. Tel est le sens de la grande réforme de Mme Martine Aubry, de juillet 2000, selon laquelle le rôle de la direction générale de la santé doit porter sur la santé publique au sens large et plus du tout sur le plan hospitalier. Cette orientation, nécessaire, a généré une meilleure organisation. Cela suppose néanmoins une coordination. Dans l'organisation actuelle du ministère, dans la mesure où la direction générale de la santé n'a aucun pouvoir sur les hôpitaux, cette coordination ne peut être que le fait du cabinet du ministre.

M. le Président : Cela répond à la question que j'ai posée sur le pilotage des crises.

M. Lucien ABENHAÏM : Sur le pilotage des crises, je regrette que, dans un pays comme le nôtre, la direction générale de la santé doive recevoir l'autorisation du cabinet, éventuellement du ministre, avant de pouvoir envoyer un communiqué de presse relatif à une épidémie. Je pense que cela ne participe pas d'une bonne gestion des épidémies et pose problème. Nous devrions trouver des mécanismes autonomes d'organisation de la sécurité sanitaire, ainsi que l'a très bien fait le Parlement avec la création de l'AFSSAPS, pour que les aspects les plus techniques de la sécurité sanitaire – pas simplement pour le médicament – soient séparés de la gestion administrative et pour que les personnes aient la responsabilité de leurs actions. Le directeur de l'AFSSAPS peut envoyer un communiqué

quand il veut sans s'en remettre à quiconque. Pourquoi le directeur général de la santé ne peut-il pas envoyer un communiqué sur la contamination des œufs quand il pense qu'un problème existe ? Ce n'est pas normal. Tant que nous raisonnerons ainsi, nous connaîtrons régulièrement des crises dont on fera porter le chapeau à untel ou à untel sans régler le problème pour l'avenir.

Sur la composition du cabinet du 9 au 13 août, je crois qu'il faut poser cette question au ministre. Je sais que M. Grouchka est un conseiller technique de M. Mattei en charge des hôpitaux. Il se trouve, par ailleurs, qu'il est médecin. J'ai appris tout à l'heure, en écoutant le ministre, qu'il avait une formation de santé publique. Peut-être, mais il n'exerce, à ma connaissance, aucune responsabilité dans le dossier de santé publique au cabinet du ministre. Les conseillers en charge de la santé publique au cabinet du ministre étaient le Pr. William Dab et le Dr. Anne-Claude Crémieux. Je n'ai jamais vu M. Grouchka intervenir sur aucun dossier de santé publique.

M. Gérard BAPT : Il était de permanence le week-end du 9 au 11 août au matin.

M. Lucien ABENHAÏM : Je ne suis pas au courant. J'ai appelé M. William Dab le 12 ou, plus probablement, le 13 août au matin et je lui ai dit qu'il n'y avait pas de conseiller de santé publique au cabinet. Il était extrêmement surpris qu'Anne-Claude Crémieux n'y soit pas.

M. Serge BLISKO : Je crois me souvenir que Mme Bolot-Gittler a précisé que Mme Crémieux était repassée et qu'elle avait demandé si on avait besoin d'elle, M. Dab étant déjà en vacances.

M. le Président : En effet, Mme Crémieux est venue au ministère le 11 août.

M. Lucien ABENHAÏM : M. Colombier est intervenu sur la question de la minimalisation des chiffres et sur le non-déclenchement de la nouvelle procédure DGS-Urgent.

Je suis convaincu que cette minimalisation des chiffres n'a eu aucun impact en termes de santé publique. Il est fondamental, dans ce genre de situation, de partager les chiffres que l'on a et leurs incertitudes. L'absence de conférence de presse sur le sujet est ce qui m'est apparu le plus difficile du 13 août jusqu'au jour de ma démission. A compter du 11 août, j'avais suggéré qu'il y en ait une. Nous ne serions pas dans la situation actuelle, si, le 11 août au matin, en réponse aux 40 appels des journalistes, une conférence de presse avait été organisée sur le thème : « *Voilà ce que l'on sait* ».

M. Philippe VITEL : Pourquoi pas dès le 8 août ?

M. Lucien ABENHAÏM : Je ne crois pas que nous étions en situation de crise, au sens politique du mot, le 8 août. Il y avait déjà une épidémie, mais nul n'allait au-delà d'une remontée d'une dizaine de cas. Il n'est pas exact que des remontées de cas aient eu lieu à la DGS dès le 4 août, Mme Génisson.

Mme Catherine GENISSON : Et les chiffres des sapeurs-pompiers ?

M. Lucien ABENHAÏM : Nous avons été en relation avec eux le 8 août au matin. Ils ne nous ont rapporté aucun décès pour des raisons déjà indiquées ici. Le 8 août, ne prévalait

pas un sentiment de crise. La situation de crise a été comprise vers le 10 août au soir. Je dis bien que la situation a été comprise à ce moment-là, ce qui ne signifie pas qu'il n'y avait pas d'épidémie avant.

M. Philippe VITEL : Le 8 août, les sapeurs-pompiers font appel aux associations, parce qu'ils sont débordés par les malaises sur la voie publique qui se traduisent par des hospitalisations ou, du moins, des transferts aux services d'urgence. Ils font appel à la Croix rouge et à la protection civile, car ils ne s'en sortent plus !

M. Lucien ABENHAÏM : Ils ne nous le disent pas quand la direction générale de la santé les appelle le 8 août au matin. Il a fallu que M. Yves Coquin écrive au ministère de l'intérieur le 12 août et il a fallu que j'intervienne auprès du directeur adjoint du cabinet du préfet de police le 14 août et directement auprès du conseiller du Premier ministre – chose qui ne se fait jamais dans la République – pour obtenir enfin les données des pompiers.

Je ne les attaque pas dans mon ouvrage, car je pense qu'ils accomplissent un excellent travail. Nous avons absolument besoin d'eux sur le terrain. Il n'est pas impossible qu'ils n'aient pas compris – pas davantage que les autres – ce qui se passait. Il est vrai qu'il existe des réflexes bureaucratiques. Il convient de trouver les moyens de les dépasser à l'avenir. Voilà ma pensée.

DGS-Urgent est un système que j'ai initié, après de nombreuses difficultés, en mai 2003. Je suis particulièrement sensible à sa nécessité. C'est un système fondé sur le volontariat, auquel les médecins doivent s'inscrire. Malgré mes multiples interventions, nous n'enregistrions, au mois d'août – moment de ma démission –, que 10 % d'inscriptions. Ce système fait face à des difficultés car, évidemment, nous fonctionnons toujours avec des moyens restreints et réduits au ministère de la santé. Pour vous donner un exemple de son caractère expérimental, alors que le 8 août, la direction générale de la santé a lancé un message DGS-Urgent aux médecins sur les légionelloses, ces derniers ne l'ont reçu que le 11 août. Des problèmes techniques subsistent. Le dispositif est donc encore en rodage, certains médecins recevant le même message 25 fois. La raison en est que nous n'avons pas pu embaucher des professionnels de la messagerie. Encore en rodage, le système se développe. Il faudra poursuivre.

M. le Rapporteur : Je reviens à la communication. Le 13 août, une réunion technique au ministère est filmée à la demande du cabinet par France 2. Cela signifie qu'il existe, pour les administrations, une possibilité de communiquer à l'extérieur. Vous y êtes présents, vous avez loisir de dire ce qui se passe. C'est pourquoi je trouve curieux que vous disiez que l'on vous interdit de communiquer. Au surplus, il existe une cellule de communication à la direction générale de la santé. Je ne sais pas si M. Postel Vinay était là en août.

Cette conférence de presse que l'on vous interdit d'organiser et qui serait une des raisons de votre démission paraît être une justification dérisoire. Je ne pense pas qu'il y ait eu interdiction de communiquer ; par ailleurs, le chiffre en cause – les 3 000 personnes décédées – est avancé par la DGS, qui ne confirme pas le chiffre supérieur donné par les Pompes funèbres.

M. Lucien ABENHAÏM : Je parlais d'une façon générale pour les évolutions futures. J'ai très souvent estimé difficile que le directeur général de la santé ait besoin d'autorisations pour communiquer.

Dans le cas précis de la canicule, il n'y avait pas d'interdiction de communiquer ; autorisation m'avait été donnée de communiquer avec les journalistes.

Je dis que, dans ce genre de situation, il convient de procéder par conférences de presse. Même si cela vous semble dérisoire en termes de santé publique, cela ne l'est pas en termes de communication. Dans notre pays, on aime beaucoup les débats très intellectuels sur beaucoup de sujets, mais il ne faudrait pas éviter le débat nécessaire : doit-on installer la climatisation dans notre pays ? Ce sujet n'est guère passionnant, mais il faut tout de même l'aborder.

M. Jean-Marie ROLLAND : Confirmez-vous avoir eu l'intention de quitter vos fonctions ?

M. Lucien ABENHAÏM : C'est, pour le coup, un point secondaire. Ma situation n'est pas très importante. Je veux cependant vous apporter deux éléments. Premièrement, aujourd'hui ma situation administrative n'est pas réglée. Si je devais partir au mois de septembre, croyez-vous que le 25 novembre, je ne saurais toujours pas combien et par qui je dois être payé ? C'est un élément de réponse très rapide mais qui vous donne une indication.

M. le Président : Malheureusement, ce point ne vous concerne pas exclusivement. D'autres hauts fonctionnaires du ministère se trouvent, eux aussi, dans la même situation. En l'occurrence, ce problème n'est pas réglé.

M. Lucien ABENHAÏM : Je ne me plains pas, mais quand un problème est réglé, il est réglé.

J'avais averti le ministre qu'après le passage du projet de loi de santé publique, je souhaitais retourner à des fonctions de recherche scientifique et reprendre une carrière scientifique et académique. La dernière fois que nous avons évoqué la question remonte à juillet 2003 et nous étions convenus d'en reparler en janvier 2004. Si la loi était suffisamment avancée, cela aurait pu conduire à mon changement de fonctions. Ce n'était donc pas prévu pour septembre 2003, contrairement à ce qui a éventuellement été écrit ici ou là.

Cela dit, le jour de ma démission, nous en avons parlé avec le ministre qui m'a demandé : « *Vous comptiez démissionner ?* ». Je lui ai répondu que je souhaitais qu'il s'écoule au moins un délai de 6 mois, celui que j'envisageais pour la durée des travaux d'une commission d'enquête parlementaire. Je ne me suis guère trompé : nous étions alors le 18 août ; les travaux de votre commission doivent s'achever fin février-début mars.

J'ai demandé formellement au ministre de s'engager pour œuvrer pendant ces 6 mois à expliquer l'action de la direction générale de la santé et à faire avancer les dossiers. Vous pensez bien qu'après avoir travaillé 4 ans à la direction générale de la santé, partir sur un tel échec, ou en tout cas sur une telle situation, n'était pas ce que je souhaitais. Il n'était pas urgent pour moi de partir. Evidemment, me présenter le soir même aux télévisions alors que l'on en était au point le plus fort de la crise n'était pas urgent.

J'ai démissionné car – et je l'ai écrit – je pensais que le ministre mettait en cause ses services. Il ne s'agissait pas de sentiment, mais la presse elle-même l'écrivait. L'Agence France-Presse indiquait : « *Jean-François Mattei a mis en cause la direction*

générale de la santé ; il parle de sanctions ». Il ne s'agissait pas de mots en l'air. A partir de là, je lui ai proposé mon départ en ces termes : « *Je ne peux pas expliquer l'épidémie si vous ne corrigez pas l'interprétation qui est faite par la presse de vos propos.* ». Il n'était pas d'accord pour le faire. Dans ces conditions…

M. Pascal TERRASSE : Ce n'est pas ce qu'il nous a dit…

M. Lucien ABENHAÏM : Je ne sais pas ce qu'il vous a dit, mais moi, je n'étais pas passionnément intéressé par l'idée de démissionner de la direction générale de la santé ce jour-là. Mais cela n'est pas très important.

M. le Rapporteur : Le ministre a précisé qu'un poste avait été créé à l'AP-HP à Cochin, qui vous était destiné ; effectivement, au mois de juin, ce projet de nomination avait reçu un avis favorable sur le plan administratif. En réalité, le début de la procédure remonte sans doute au mois de janvier. La séquence a peut-être été bouleversée par les événements, mais, juridiquement, la question avait été engagée dès le début 2003.

M. Lucien ABENHAÏM : Il n'échappe pas à votre attention, M. le Rapporteur, que tous les directeurs d'administration centrale relèvent d'un corps d'appartenance : l'ENA, l'IGAS, le corps des mines… Personnellement, le seul corps d'appartenance dont je relevais à la direction générale de la santé était l'université Mc Gill au Canada. Or, celle-ci avait souhaité mettre fin à cette association si je restais à la direction générale de la santé. Dès lors que cette association prenait fin à l'université Mc Gill, il était convenu que je puisse relever d'un corps d'appartenance, pour ne pas me retrouver au chômage en quittant la direction générale de la santé, ce qui peut survenir du jour au lendemain, comme les événements l'ont montré. Nous avons donc mis en place un système pour que je puisse bénéficier d'un corps d'appartenance.

Cela dit, j'ai déjà déclaré très clairement que j'avais l'intention de quitter la direction générale de la santé. J'envisageais de le faire après le passage du projet de loi de santé publique. Et certainement pas dans les conditions qui furent celles du jour de ma démission. Ce jour-là, ce n'était vraiment pas ma volonté.

Audition de M. Patrick PELLOUX,
président de l'association des médecins
urgentistes hospitaliers de France (AMUHF)

(Extrait du procès-verbal de la séance du 2 décembre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

M. Patrick PELLOUX est introduit.

M. le Président : Mes chers collègues, nous poursuivons nos auditions en accueillant aujourd'hui M. Patrick Pelloux, médecin au service des urgences de l'hôpital Saint-Antoine et président de l'AMUHF.

Monsieur, je vous souhaite la bienvenue. Vous avez été entendu par la mission d'information sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule, le 17 septembre dernier, et vous aviez alors eu l'occasion de souligner que c'est dès le mois de mai que vous aviez pris conscience des difficultés qui pourraient survenir aux urgences cet été.

Vos craintes se sont malheureusement révélées exactes et vous avez été l'un des premiers à alerter l'opinion publique – après avoir alerté les services du ministère de la santé dans la semaine du 4 août –, par le biais des médias, sur la crise liée à la canicule.

Se pose donc pour nous la question du cheminement de cette alerte, des réseaux de communication qui existent – ou qui n'existent pas – entre les professionnels sur le terrain que sont les urgentistes, les médecins du SAMU, les sapeurs-pompiers, d'une part, et les administrations centrales de la santé et les responsables politiques, d'autre part.

C'est ainsi que M. Abenhaïm nous a déclaré, la semaine dernière, qu'il ne vous connaissait pas. Vous avez, de votre part, émis un jugement sévère sur la direction générale de la santé ; je crois qu'il serait utile que vous précisiez votre appréciation des choses.

Il sera aussi intéressant que vous nous disiez comment rendre plus efficace ce dispositif d'alerte et de veille. Vous pourrez également nous donner votre point de vue sur les réformes envisagées ou en cours – certaines étant inscrites dans le projet de loi de santé publique, concernant le mécanisme de veille –, notamment sur le plan « *urgences* » annoncé par le Gouvernement depuis la canicule, au regard, non seulement de l'organisation du système de santé, en amont du service des urgences, mais également de l'organisation des hôpitaux, en aval.

M. le Président lui rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête lui ont été communiquées. A l'invitation du Président, M. Pelloux prête serment.

M. Patrick PELLOUX : M. le Président, mesdames, messieurs les députés, avant de commencer mon exposé, je vous remets ces documents concernant les statuts de l'association, sa représentativité, ses comptes et ses différentes activités, pour ceux notamment qui penseraient qu'il ne s'agit pas d'une association d'ampleur nationale et représentative.

M. le Président : Personne ne pense cela !

M. le Rapporteur : Loin de nous cette pensée !

M. Patrick PELLOUX : Je n'en doute pas, mais je souhaitais le faire au préalable.

Il est évident, mesdames, messieurs, les députés, que nous avons été confrontés, cet été, à une catastrophe que notre pays n'a jamais connue et je crois que cette commission d'enquête parlementaire est fondamentale pour comprendre l'ensemble de ses tenants et aboutissants.

Pour répondre à l'une de vos questions, M. le Président, je dirais qu'il est normal que M. Abenhaïm ne me connaisse pas ; ce qui est anormal, c'est que, moi, je ne le connaissais pas alors qu'il était tout de même le directeur général de la santé !

Nous avions remarqué, depuis quelques années, que la situation se dégradait dans les hôpitaux, entraînant des conséquences importantes, tels l'augmentation de la fréquentation des services des urgences et les problèmes qui s'en suivent pour l'hospitalisation des malades. Au mois de mai, au vu des signaux qui nous parvenaient, tels que les surcharges de travail et les fermetures de lits pour l'été, nous avons alerté les autorités sur les problèmes que cela allait entraîner, comme nous l'avions déjà fait en août 2002.

Je vous ai amené la revue de presse – coupures de journaux récupérés entre 2002 et 2003 – concernant la situation des hôpitaux l'été. Vous remarquerez que depuis trois ans, nous disons la même chose. Déjà, en août 2002, un article du Monde traitait de la météo extrême et des climats déréglés ; à la page suivante, il titrait : « *Les médecins urgentistes dénoncent une situation épouvantable* ».

Nous avions donc déjà donné l'alerte en août 2002 et demandé une réunion sur le sujet. Car depuis les accords de mars 2000, il a été créé, au sein de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), une commission dont nous faisons partie, qui analyse la situation des urgences.

De ce travail, nous avons bâti une circulaire, que M. Mattei a rendue publique le 16 avril 2003, et qui précise que les agences régionales d'hospitalisation doivent prendre leurs responsabilités en ne fermant pas trop de lits ou en coordonnant leur travail avec les services des urgences. Je vous remets la copie de cette circulaire qui a été adressée aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation, aux DDASS et aux DRASS.

Or depuis le 16 avril 2003, en région Ile-de-France, l'une des plus peuplées, nous n'avons noté aucun changement. Pire, les moyens promis dans le cadre de

l'aménagement et la réduction du temps de travail n'ont jamais été attribués, ou de manière très parcellaire.

Nous avons donc, au mois de mai, réagi et organisé – je parle là des responsables régionaux d'Ile-de-France – un conflit. Dans le protocole d'accord, signé le 3 juin 2003, nous réclamions et exigions la tenue de réunions de travail afin d'évoquer le manque de moyens et la fermeture des lits dans les services des urgences.

Et après ? Une délégation de la coordination médicale hospitalière – dont je faisais partie – a été reçue le 3 juillet par M. le ministre de la santé. En partant, j'ai pu m'entretenir avec le ministre, de manière informelle, pendant une minute, et j'en ai profité pour lui signaler que la situation dans les hôpitaux allait s'aggraver pendant l'été, comme en 2002. Il a été à l'écoute et m'a proposé que l'on prenne rendez-vous.

Rendez-vous pris, le 23 juillet a donc lieu une réunion à laquelle assistaient, outre le ministre de la santé, M. Frédéric Pain, secrétaire général de l'association et les conseillers du ministre, Guy Denis et M. (?)Grimfeld, pneumologue à l'hôpital Trousseau et professeur. Nous avons parlé, pendant une heure et demie, non pas de problèmes statutaires ou sociaux, mais uniquement des fermetures de lits et de la situation qui devenait de plus en plus épouvantable dans les hôpitaux.

Je vous ai apporté également le journal de l'association ; au mois de juillet, nous avions titré : « *L'été de tous les dangers* ». Nous avions fait le point dans chaque région, et la situation devenait de plus en plus catastrophique. Nous étions en désaccord avec les services de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sur le taux de fermetures de lits ; ils annonçaient un taux de 11,6 %, alors que nous dénoncions des taux allant jusqu'à 30 % et des situations d'engorgement dans les services des urgences.

Le ministre a bien compris le problème, mais ne pouvait rien faire dans l'immédiat, car nous étions déjà au mois de juillet.

Aux environs du 24 juillet, je demande audience à la directrice générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) afin de lui parler spécifiquement du problème parisien. J'obtiens un rendez-vous pour le mardi 29 juillet, alors que la température, sur Paris, était déjà élevée et que la situation devenait très grave : il n'y avait plus de lit en réanimation en Ile-de-France, nous n'avions plus de lits pour hospitaliser les malades et nous avions de plus en plus de mal à obtenir des infirmières dans les différents services car, à force de tirer sur la ficelle, celle-ci finit par casser et les infirmières se mettent en arrêt de travail. Nous étions dans une spirale infernale de fermetures de lits. Nos collègues des SAMU nous avaient contactés, nous disant que la situation devenait ingérable.

J'explique cette situation à Mme la directrice générale, qui me répond qu'elle ne peut pas faire grand-chose, mais que, bien entendu, nous restons très bons amis.

Et la température continue d'augmenter. Je souhaiterais d'ailleurs dire à ceux qui prétendent que nous n'avons pas fait de prévention qu'ils se trompent. Je vous en apporte la preuve : un message de prévention est passé 90 fois sur la radio Autoroute FM, au mois de juillet. Nous avons participé à l'élaboration de messages de prévention que nous avons relayés, tout comme l'a fait à Marseille le Pr. San Marco, qui est plus estimable que

moi puisqu'il est professeur de santé publique et qui a mené de nombreuses études depuis 1983, date d'une première canicule sur le Sud de la France. En l'occurrence, il a tenu une conférence de presse le 8 juillet, qui a été relayée par différents journalistes.

Le 28 juillet, nous avons affiché notre désaccord, lors d'une conférence de presse, sur la fermeture des lits et sur cette gestion qui devenait de plus en plus catastrophique.

Début août, j'ai été contacté par une équipe de TF 1 pour diffuser, le lundi 4 août, un message de prévention concernant la canicule. Nous n'étions plus que 4 médecins urgentistes à Saint-Antoine, j'ai donc demandé à l'un de mes collègues, M. Ariel Cohen – professeur universitaire de cardiologie –, de diffuser ce message. C'est à ce moment-là que nous avons reçu les premiers signaux d'alerte : la fréquentation des urgences avait augmenté – je vous ai apporté les courbes de fréquentation de mon service – , et nous ne pouvions plus accueillir les malades et faire notre travail de service public. Il s'agissait bien d'une réalité et non pas, n'en déplaise à un certain nombre de personnalités du cabinet du ministre, d'un coup médiatique. Nous allions, tout doucement mais sûrement, vers le problème.

La situation devenait de plus en plus préoccupante au fil des jours, et il est vrai que nous étions davantage occupés à gérer les malades qu'à appeler telle personne ou à « *monter un coup* ». Nous comptions déjà des victimes.

Je dois préciser que l'augmentation de la fréquentation des urgences n'était pas énorme : le nombre de passages n'a augmenté que de 7 %, entre 2002 et 2003. Néanmoins, ce sont les hospitalisations qui ont augmenté (+ 67 %), ce qui veut dire que les malades qui se présentaient aux urgences nécessitaient des soins et une hospitalisation. C'est un élément essentiel. Le fait d'avoir déclenché le plan blanc le 13 août a été fondamental ; je tâcherai de vous le démontrer tout à l'heure.

Le 5 août, non seulement la fréquentation augmente, mais nous commençons à avoir des décès en surnombre. Je sais bien que je ne suis pas professeur de santé publique – et de toute façon les mathématiques n'ont jamais été mon point fort –, et donc, évidemment, je ne suis pas crédible aux yeux de la direction générale de la santé, mais je sentais bien qu'il se passait quelque chose de grave.

Le mercredi 6 août, nous n'avons à nouveau plus de lits disponibles en Ile-de-France. Les malades attendaient sur des brancards et les familles étaient souvent présentes et extrêmement compatissantes.

Le 7 août, la situation empire et je constate la fatigue des équipes – infirmières, cadres, etc. – avec lesquelles j'ai l'honneur de travailler. Je contacte mon collègue Pierre Carli, au SAMU de Paris, qui convient que la situation est très inquiétante.

Dès le début de la semaine, les policiers nous avaient informés qu'ils manquaient de gants jetables, indispensables pour manipuler les cadavres trouvés à domicile ; les pompiers de Paris nous avaient également prévenus qu'il devenait impossible de travailler, trop d'hôpitaux pratiquant le délestage. Le délestage a été inventé par les administratifs : lorsqu'un service d'urgence est débordé, plutôt que de rechercher les raisons de son débordement, on demande aux pompiers d'emmener les malades dans un autre hôpital. Les véhicules de premier secours et réanimation (PSR) des pompiers étaient

donc obligés, parfois, de se présenter dans deux ou trois établissements avant de pouvoir déposer le malade.

Outre les problèmes rencontrés aux urgences, nous constations donc également un encombrement et une surcharge au niveau de la gestion pré-hospitalière.

Nous décidons alors, avec Pierre Carli, d'agir. Grâce à son ancienneté et peut-être aussi grâce à son aura universitaire, il a pu joindre la direction générale de la santé, direction qui ne s'est jamais intéressée, ces dernières années, au problème des urgences, exception faite au moment du SRAS, mais il n'y a eu aucun cas en France. Pour ma part – puisque nous avons toujours travaillé avec la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins –, j'ai joint, vers 17 heures 30, Mme Toupillier, au cabinet de M. Couty, directeur de la DHOS, pour lui dire que la situation était grave. Elle a bien compris. J'ai également appelé une personne qui a été extrêmement précieuse mais qui, depuis la canicule, a quitté l'AP-HP – et c'est, à mon avis, regrettable – : M. Dominique Deroubaix, qui était alors son secrétaire général. Je lui ai expliqué que la situation était catastrophique et que l'on ne pouvait plus travailler dans de telles conditions.

Le 8 août, alors qu'il est impossible de travailler, puisqu'il n'y a plus aucun lit disponible en Ile-de-France, j'ai une altercation assez vive avec ma directrice – elle aussi, une amie – qui ne veut pas nous donner des bouteilles d'eau, prétextant que l'eau du robinet est suffisante mais celle-ci sort du robinet à une température de 25 degrés. Nous faisons le forcing et nous obtenons quelques aménagements : la livraison de bouteilles d'eau et le transfert d'un congélateur des cuisines dans notre service afin d'avoir des glaçons. Nous avons alors pu commencer à refroidir les malades afin de pouvoir essayer de les réanimer. Le jeudi 7 août au soir, j'avais été en contact avec mes collègues anesthésistes pour parler d'un produit utilisé en cas d'hyperthermie d'origine médicamenteuse ; malheureusement, nous ne pouvions pas l'utiliser, car il n'existait aucun précédent. Nous réalisons donc, avec les moyens du bord, un lit de glace sur lequel nous refroidissons les malades.

Les victimes n'étaient-elles que des personnes âgées ? Non, les premières personnes décédées étaient des sans domicile fixe ; ils avaient beaucoup de mal à s'abriter de la chaleur et leur alcoolisme chronique ne facilitait pas leur réhydratation. De jeunes SDF sont donc décédés, et le record de l'hyperthermie a été constaté à plus de 43,75 degrés chez l'un d'eux.

Le vendredi 8 août matin, nous alertons à nouveau la direction des hôpitaux ainsi que la direction générale de la santé, par l'intermédiaire de Pierre Carli, qui me rapporte ensuite que les personnes alertées ne comprennent pas ce qui se passe. Nous étions dans une situation délicate, avec des hôpitaux saturés, sans possibilité d'ouvrir de lits ; c'est ce qui a motivé la circulaire de M. Dominique Deroubaix. Il est important, mesdames, messieurs les députés de savoir que ce haut fonctionnaire, qui a une très grande opinion de sa fonction, note à la main : « *La situation est globalement très préoccupante. Je vous demande instamment de prendre toutes les initiatives nécessaires dès réception de cette note.* ».

M. le Président : Mes chers collègues, cette note se trouve dans les annexes du rapport de la mission d'information.

M. Patrick PELLOUX : Je suis de garde ce soir-là, mais cette note ne me permet pas, la nuit, de récupérer des lits. On essaie de se mobiliser tous et j'ai une altercation avec mes collègues chirurgiens qui ne veulent pas accueillir, alors qu'un lit est disponible, un malade, victime d'un accident de la route. Cependant, nous arrivons à nous expliquer.

Le samedi, la situation continue à s'envenimer et c'est à ce moment-là que les journalistes du Parisien, qui ont mené un véritable travail d'investigation, m'alertent. Par ailleurs, *via* Internet – l'association étant structurée avec un réseau de communication et de messages groupés –, je récupère des informations provenant de mes collègues de Villeneuve-Saint-Georges, du SAMU 93, du SAMU 94, d'Avicenne, de l'hôpital Tenon, qui me font part du nombre de morts qu'ils constatent ; et nous arrivons, avec les informations de quelques hôpitaux d'Ile-de-France, à ce chiffre de plus de 50 victimes.

Alors que les responsables ne voulaient pas comprendre que les gens étaient en train de mourir, nous ne pouvions plus, dans les hôpitaux, faire face. Nous étions dans une situation de plus en plus dramatique.

S'agissant des fermetures de lits – je vous ai apporté quelques documents –, ces responsables ne peuvent pas dire aujourd'hui qu'ils n'étaient pas au courant, puisque nous avons mené, durant ces dernières années, des études sur ce sujet. Chaque année, c'est le sport de l'été, un maximum de lits sont fermés et cette année encore, tout le monde s'est aperçu que trop de lits l'avaient été.

La DGS qualifie alors ces morts de « *morts naturelles* ». Bien entendu, cela a ensuite été démenti, mais je puis vous assurer que cela m'a été rapporté par les journalistes et par Pierre Carli. En d'autres termes, il ne fallait rien dire, puisqu'il s'agissait d'un phénomène naturel ; nous n'avions qu'à attendre que cela se passe ! De ce fait, il s'agissait non pas d'une catastrophe, mais d'une épidémie et, par conséquent, celle-ci allait passer ; nous n'avions donc pas besoin de nous mobiliser. D'aucuns ont même affirmé – mais ils n'oseraient pas l'avouer aujourd'hui – que, finalement, ceux qui mourraient devaient mourir, ce qui n'était pas, à mon avis, tout à fait le cas.

Un journaliste de TF 1, Thibault Malandrin, est venu m'interviewer le dimanche soir. Or je ne pouvais pas me taire quant à la réalité de la situation, face au manque de réaction des autorités hospitalières et de compréhension des instances chargées de la santé publique, et notamment des agences régionales d'hospitalisation.

De fait, la directrice générale de l'AP-HP rentre de congés le dimanche soir. Je suis convié à une réunion le lundi matin. Avant de m'y rendre, je téléphone à Mme Bolot-Gittler, au cabinet du ministre de la santé, pour lui dire que je n'accepterai pas que l'on parle de « *morts naturelles* », que je comprends que l'on doit faire face à une catastrophe très difficile à gérer, que bien entendu le Gouvernement n'est pas responsable des aléas climatiques, mais qu'il convient d'agir rapidement et de déclencher les plans d'alerte.

M. le Président : Vous avez passé cet appel téléphonique le lundi 11 août au matin ?

M. Patrick PELLOUX : Oui, M. le Président. C'est moi qui l'appelle, car je ne suis pas assez honorable pour qu'on m'appelle.

Je suis donc convié, par la directrice générale de l'AP-HP, à une réunion au siège de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, avec des directeurs d'hôpitaux – de groupes hospitalo-universitaires (GHU) –, un représentant de la zone de défense de Paris, Mme Toupillier, la directrice générale, le secrétaire général et Pierre Carli. Je demande immédiatement le déclenchement du plan blanc, mais on m'explique que l'on va constituer un plan d'alerte « *chaleur extrême* ».

J'ai été assez surpris par le discours du représentant de la zone de défense de Paris – dont le nom m'échappe –, qui n'était pas content que je révèle qu'il y avait des victimes de la canicule.

J'ai entendu la déposition de l'officier de presse des sapeurs-pompiers devant votre commission, et il me paraît tout à fait concevable que l'on ait demandé aux sapeurs-pompiers de garder quelques informations sous silence. Mais je soutiens qu'à partir du 4 août, nous avions déjà la possibilité d'entrevoir certaines informations qui ont été bloquées par la suite.

M. le Rapporteur : Vous nous avez indiqué que des personnes étaient décédées dès le 5 août. Pouvez-vous nous préciser dans quels hôpitaux ont eu lieu ces décès, car les statistiques de l'Assistance publique de Paris ne font part d'aucun décès à Saint-Antoine ce jour-là, quelle que soit la cause ? Il n'y en a aucun le 6 août, et 3 décès le 7 août.

M. Patrick PELLOUX : Je ne sais pas d'où ils tiennent ces chiffres ! Voici ceux que mon chef de service m'a donnés avant de venir ici : s'agissant de la répartition du pourcentage de décès sur la période 2003 à Saint-Antoine, par rapport aux fréquentations et au nombre d'admis, nous en avons 2 % le 4 août, 7 % le 5 août, et nous comptons également des décès le 6 août.

M. le Président : Bien, il conviendra de croiser ces statistiques – de quoi parle-t-on et de qui parle-t-on ? –, car les informations que nous avons, au jour le jour, ne mentionnent rien pendant cette période à Saint-Antoine. C'est un point qu'il nous faudra éclaircir.

M. Patrick PELLOUX : J'y étais et je puis vous assurer qu'il y a eu des décès ; ces courbes le prouvent.

Après la réunion du 11 août, les hôpitaux tentent de se mobiliser, et je participe à la conférence de presse qui a lieu le soir. La fréquentation des services des urgences ne fait qu'augmenter.

Le mardi matin, je croise Jean Bardet, député UMP, qui travaille à Saint-Antoine et qui a pu constater ce qui s'y passe. Il participe à la prise en charge des malades et nous nous mobilisons activement avec tous les moyens du bord, sachant que la température, sur la façade de l'hôpital, affichait 45 degrés et que nous n'arrivions pas à la faire baisser. Je rappelle que nous avions réclamé des moyens qui n'arrivaient pas. Le soir, je suis invité à participer à l'émission de France Inter, « *Le téléphone sonne* ». Je croise alors Pierre Carli qui me signale que nous allons recevoir des renforts de la Croix rouge et de l'armée. Le lendemain matin, nous apprenons que les renforts promis n'arriveront pas, ou seulement ceux de la Croix rouge.

Il est intéressant de noter que le responsable du GHU, M. Omnès, a prétendu que Saint-Antoine était le seul hôpital à connaître des dysfonctionnements, alors qu'à Orléans le plan d'alerte était déclenché. On essayait donc, coûte que coûte, de minimiser ce qui se passait. Les informations avaient du mal à être transmises.

Le mercredi 13 août, vers 15 heures 30, le ministre de la santé me téléphone ; je lui fais part de la situation – que nous avions pressentie – et du lien qui existe avec les personnes âgées qui meurent – information que les urgences médicales de Paris et mes collègues pré-hospitaliers et de médecine générale m'avaient transmise – et la prise élevée de psychotropes. Le ministre m'assure que les mesures nécessaires seront prises. Malheureusement, ce mercredi soir, sur le terrain, la situation empire avec l'augmentation de la fréquentation des urgences. Et comme le plan blanc n'avait pas encore été déclenché, nous sommes dans une situation saturée. De plus, l'une des trois climatisations de mon service tombe en panne ; nous sommes donc dans une situation très difficile.

J'ai à nouveau une altercation avec ma directrice qui, voyant que le service des urgences est débordé, estime qu'il faut le fermer et délester. Les autres hôpitaux étant tout aussi débordés que nous, nous nous y opposons. Je téléphone – il est environ 18 heures – au secrétariat de Mme la directrice générale de l'Assistance publique pour lui dire que l'on ne s'en sortira pas si le plan d'alerte n'est pas déclenché. A 19 heures 45, le Premier ministre déclenche le plan blanc.

Pour vous dire l'importance de ce dispositif : nous avons pu, d'un seul coup, ouvrir des lits, et vers 2 heures du matin, hospitaliser des malades, dont certains se sentaient abandonnés et refusaient de continuer à se battre. Nous pouvions enfin prendre en charge des malades, ce qui était impossible jusque-là.

Le 13 août au matin, j'avais reçu un coup de téléphone d'un conseiller technique de M. Mattei, M. Grouchka, qui m'invitait à une réunion interministérielle le 14 août, sans me préciser quelles seraient les autres personnes conviées à cette réunion. J'arrive à 15 heures 15, et je découvre, M. le Premier ministre, le ministre de la santé et les responsables de la santé publique. Nous débattons du sujet et je soutiens qu'il convient de généraliser le plan blanc.

J'ai été surpris d'entendre, au cours de cette réunion, le responsable de la direction générale de la santé de l'époque se contenter d'affirmer qu'une simple évaluation de la situation était nécessaire. Je sais bien que l'on peut, après coup, réécrire l'histoire, mais j'aurais souhaité qu'il soit aussi lyrique ce jour-là que dans son ouvrage publié après les faits !

Alors, en effet, il ne me connaissait pas, mais cela ne l'a pas empêché, en sortant de la réunion, de me tutoyer, m'expliquant que je ne disais que des « *bêtises* » et qu'il fallait qu'il m'apprenne ce qu'étaient une courbe et une épidémie ; en effet, il s'agissait, pour lui, non pas d'une catastrophe, mais d'une épidémie.

J'ai donc une altercation très vive avec cet homme à la sortie de Matignon ; je lui ai proposé de remonter voir le Premier ministre afin qu'il lui dise qu'il n'y avait pas de catastrophe, que tout allait bien et que l'on inventait tout. Il m'a poursuivi avec sa voiture pour s'expliquer ; la suite n'a pas beaucoup d'intérêt.

Cela étant dit, il y avait une incompréhension évidente entre ceux qui ont en charge la santé publique et les hommes de terrain. Mais grâce notamment aux volontaires de la Croix rouge, aux bénévoles, à tout le personnel hospitalier et aux pompiers de Paris, qui, dès qu'ils quittaient l'uniforme, passaient une blouse pour nous aider, nous avons pu, à peu près, maîtriser la situation, même s'il y a encore eu des victimes.

M. le Président : Je voudrais revenir sur le plan blanc. Dans sa note du 8 août, M. Dominique Deroubaix écrit : « *Face à cette situation de crise, je vous invite à engager un certain nombre de mesures de « type plan blanc ».* ». Il décrit alors les mesures en question.

Dans les faits, comment cela s'est-il passé ? D'après ce que vous avez dit, il n'y a pas eu de suite à cette note du 8 août.

M. Patrick PELLOUX : Mais les responsables des hôpitaux nous répondaient : « *Ce n'est pas le « plan blanc ! » Je ne peux donc pas demander aux infirmières de rester, je ne peux pas mobiliser le personnel.* ».

Je vais vous raconter une anecdote. Lors de la réunion, j'ai pris la parole pour demander que tous les personnels en vacances se mettent à la disposition de l'hôpital de leur lieu de vacances. Or l'une de mes collègues en vacances sur la Côte d'azur a vu sa proposition d'aide refusée, au prétexte qu'elle n'était pas habilitée à travailler dans cet hôpital. Nous avons affaire là à un esprit non pas de gestion de catastrophe, mais administratif.

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

M. le Rapporteur : M. Pelloux, je vous remercie tout d'abord pour toutes ces informations. Quelle est la capacité d'accueil du service des urgences à Saint-Antoine ? Il est tellement difficile d'obtenir des chiffres de l'AP-HP, y compris de Saint-Antoine…

M. Patrick PELLOUX : Il est très difficile, quand on est en sous-effectif – et nous le vivons actuellement avec la bronchiolite – de faire notre travail d'accueil des malades et de remplir les pages entières de statistiques que l'on nous demande. C'est utile après, dans les commissions d'enquête, mais, sur le moment, ce qui compte, c'est de soigner les malades.

Je puis tout de même vous répondre : nous avons 145 patients qui se présentent chaque jour, dont 20 % sont hospitalisés. En outre, 10 % de ces malades sont réanimatoires, alors que la moyenne nationale est d'environ 5 %. Cela s'explique par le fait que l'hôpital Saint-Antoine dispose de services de très grande compétence et pratique beaucoup la réanimation ; nous recevons donc, aux urgences, des malades gravement atteints.

M. le Rapporteur : En ce qui concerne les fermetures de lits, qu'en était-il exactement au mois de mai ? Qu'avait-il été décidé et qu'avez-vous ensuite observé ?

Plus précisément, certains services sont moins en relation avec le service des urgences que d'autres, la réanimation et la médecine étant les services en rapports les plus étroits avec les urgences. Avez-vous réellement noté des insuffisances s'agissant du nombre de lits disponibles ? Vous nous avez signalé un refus de la part du service de chirurgie. Avez-vous vraiment constaté qu'il était impossible de faire sortir du service des urgences des malades pour les diriger vers d'autres services ?

M. Patrick PELLOUX : Il est très clair, M. le Rapporteur – et je vous ai apporté des chiffres – qu'au cours des trois dernières années, la période dite classique de départs en vacances, et donc de fermeture de lits, du 15 juillet au 15 août, s'est progressivement étendue du 15 juin au 15 septembre, puis du 1er juin au 1er octobre.

Ces fermetures permettent aux hôpitaux de rester dans leurs budgets, et finalement rien n'est négocié. Je vous ai apporté les fiches d'annonces de fermetures : vous verrez que des lits ont été fermés simplement parce qu'il manquait des draps ! Autre exemple, il y a quelques années – mais c'est pareil aujourd'hui – 10 lits avaient été fermés parce que peu de malades avaient été convoqués durant cette période. Et il n'y a aucune concertation avec les urgences.

M. le Rapporteur : Revenons à la période antérieure à la crise. Vous nous dites qu'au mois de mai, vous aviez déjà perçu des signaux vous alertant sur une possible crise. Les signaux que vous nous avez donnés sont plus d'ordre administratif : le fait qu'il y ait plus de lits fermés, les conséquences de l'aménagement et de la réduction du temps de travail – donc une certaine désorganisation du service – ont pesé sur la qualité de l'accueil des malades pendant la période estivale. Mais en dehors de ces indices généraux, qui peuvent valoir aussi pour la période de Noël, aviez-vous des capteurs qui vous disaient qu'il risquait de faire chaud, et que de ce fait, les moyens allaient être encore plus insuffisants qu'avant ?

M. Patrick PELLOUX : Cette canicule était un phénomène exceptionnel, mais il faut tenir compte des informations données par M. San Marco et le relais qu'elles avaient eu dans la presse. Début août, nous sentions bien qu'il se passait quelque chose, notamment par le biais des pompiers qui nous expliquaient qu'ils recevaient des appels et quand ils arrivaient, les personnes étaient décédées.

M. le Rapporteur : C'était début août, mais en mai ?

M. Patrick PELLOUX : En mai, effectivement, il s'agissait de signaux administratifs. Mais nous, personnels soignants – c'est la raison pour laquelle je vous ai apporté des coupures de presse – , nous savions que nous nous dirigions vers une catastrophe ; mais une catastrophe que nous ne gérons pas trop mal chaque année.

Nous avons vécu une période épouvantable au moment de la grève des médecins libéraux, entre Noël et le jour de l'an, quand, en plus de cette grève, nous faisions face à la fermeture de lits de fin d'année – qui est d'ailleurs annoncée à nouveau pour cette fin d'année, sans concertation.

Face à l'encombrement qui en découle, on essaie de gérer au mieux, mais c'est extrêmement difficile.

M. le Président : En mai, comparativement à 2001 ou à 2002, pensiez-vous que la situation que vous risquiez d'avoir à gérer à l'été 2003 serait plus grave, indépendamment de la canicule que vous ne pouviez pas prévoir à ce moment-là ?

M. Patrick PELLOUX : Oui, parce qu'on annonçait plus de fermetures de lits et parce qu'aucun responsable d'agence régionale d'hospitalisation n'avait provoqué de concertation concernant l'application de la circulaire 195.

Nous le savions, puisque nous avions demandé à nos collègues si la circulaire 195 était appliquée, circulaire que l'on avait approuvée et qui précisait : contractualisons l'aval, à savoir les lits d'hospitalisation à partir des urgences, réfléchissons à une meilleure organisation. Or personne, dans aucune région, ne se mettait autour d'une table pour réfléchir ou alors il s'agissait de simulacres de réunions entre deux personnes qui se mettaient d'accord pour fermer un certain nombre de lits. Les informations qui nous remontaient de l'ensemble des régions montraient qu'un maximum de lits allaient être fermés.

Les urgentistes savent pertinemment que lorsqu'on ferme, on s'expose à des difficultés. Je prends l'exemple d'Avignon : « *45 lits du 14 juillet au 7 septembre, c'est le « bazar » absolu, avec de grosses difficultés aux urgences.* ». Nous le savons ! Les personnes qui viennent aux urgences espèrent pouvoir être hospitalisées. A Saint-Antoine, si nous n'avons pas 20 lits disponibles, c'est l'embouteillage. Nous revenons au même problème : le manque de culture des urgences.

Et là encore, les responsables de la santé ne pouvaient pas dire qu'ils ne savaient pas. Un forum s'est tenu en mars 1998, sous l'autorité de M. Bernard Kouchner, au cours duquel nous avions débattu de ce problème. Quelque 200 personnes y avaient assisté, dont des responsables de la DGS, et nous avions parlé des plans de secours et des afflux massifs, d'une meilleure cohésion, d'une meilleure gestion des lits d'aval, afin que les urgences ne soient pas un hôpital dans l'hôpital. Je vous remets un exemplaire de la synthèse de ce forum.

M. le Rapporteur : S'agissant des fermetures de lits, avez-vous le sentiment qu'à Saint-Antoine, il existe une vraie gestion en la matière ? Vous nous dites que non. Nous avons des statistiques de votre hôpital qui ne concernent que les deux tiers des lits ; est-ce normal ?

M. Patrick PELLOUX : Les chiffres sont biaisés, car, régulièrement, on ne tient pas compte des lits qui seront fermés du fait du manque de personnel pour arrêt maladie, de problèmes de fuites d'eau ou de travaux, etc. Tous ces lits ne figurent pas dans les statistiques. C'est une des raisons pour lesquelles, le chiffre de 11,6 % qu'avait M. le ministre ne correspondait pas au nôtre, environ 30 %. Pour illustration, quand on constate l'absence d'une infirmière, d'un coup, c'est toute une aile d'un service qui est fermée. Les statistiques ne reflètent donc pas la réalité.

M. le Rapporteur : Vous nous avez parlé du délestage, en regrettant qu'il y en ait eu beaucoup. La direction de l'AP-HP nous a communiqué deux cas : l'un à Saint-Joseph, l'autre à Bichat, du fait de la panne d'électricité des 10 et 11 août. Ce sont les seuls qui ont été signalés.

M. Patrick PELLOUX : Ils en ont encore oublié un : le mien ! Et il y a eu d'autres délestages concernant les hôpitaux participant au service public hospitalier, comme Saint-Joseph et les établissements situés au nord de Paris. Bien entendu, on ne peut pas les rendre responsables de la situation et de la panne d'électricité qui s'est produite à Bichat.

M. le Rapporteur, je voudrais juste vous donner deux chiffres : en 1996, nous comptions 211 services d'urgences sur l'Ile-de-France ; aujourd'hui il y en a 81. On en a donc fermé un certain nombre. Mais cela ne les empêche pas, s'ils sont encombrés, de délester, et donc de renvoyer le problème au voisin.

M. le Président : Il serait utile, mes chers collègues, que nous puissions éclairer la commission sur cette question des délestages. En effet, sans porter d'appréciation, nous avons entendu les pompiers qui nous ont confirmé qu'ils avaient rencontré des problèmes sérieux dans certains services d'urgences pour déposer des malades et qu'ils étaient envoyés vers d'autres hôpitaux, alors que l'administration ne confirme pas cette situation.

M. Patrick PELLOUX : M. le président, je vous confirme les témoignages des pompiers : des délestages sauvages ont été effectués, ce qui a perturbé l'organisation sur le terrain.

M. le Président : Je pointe le fait que ce qui a été apparemment vécu par les urgentistes et les pompiers, sur le terrain ne correspond pas à la position de l'administration.

M. Patrick PELLOUX : C'est toute la différence entre les gens de terrain et les gens de bureaux.

M. Jean-Marc ROUBAUD : M. Pelloux, cela fait donc 3 ans que vous alertez les pouvoirs publics sur la situation des urgences, en particulier lors des périodes de congés et que, apparemment, vous n'êtes pas entendu.

Des esprits bien intentionnés ont voulu faire porter la responsabilité du drame de la canicule au ministre de la santé, or lorsqu'il est nommé à ce poste, voilà 14 mois, la situation est déjà bien cristallisée. Par ailleurs, lors des travaux de la mission d'information, au mois de septembre, nous avons auditionné Mme la directrice générale de l'AP-HP, qui nous a dit que lors des événements du mois d'août, tous les malades avaient été accueillis dans les hôpitaux et soignés.

Pensez-vous que les dysfonctionnements sont dus à des problèmes d'ordre administratif, ont-ils été aggravés par la mise en place des 35 heures ?

En outre, pouvez-vous nous expliquer pourquoi, à l'hôpital de Créteil, le plan blanc a été déclenché alors que les autres hôpitaux de Paris ont dû attendre l'ordre du Premier ministre, alors qu'il appartient au directeur de l'hôpital de déclencher ce plan ?

Pensez-vous que ce drame a été davantage un drame administratif que social ou sanitaire ?

Les dysfonctionnements, que vous dénoncez depuis plusieurs années, sont-ils dus à trop d'administration ?

Enfin, permettez-moi de m'étonner de votre comportement. Je suis pharmacien, j'ai eu à assurer des gardes très dures, lors d'épidémies passées, et, de mémoire, je n'avais pas le temps de me rendre sur les plateaux de télévision ou de participer au *Téléphone sonne* ! Ne pensez-vous pas que vous auriez été plus utile aux côtés de vos collègues et que vous auriez pu avoir une action plus forte aux urgences de Saint-Antoine ?

M. Jean-Marie ROLLAND : M. Pelloux, depuis quand travaillez-vous aux urgences et depuis quand êtes-vous président de l'AMUHF ? Je vous pose ces deux questions, car j'ai le sentiment, d'expérience personnelle, que la période allant du 15 juillet au 31 août a toujours été une période difficile, notamment en région parisienne, et que jusqu'à présent, nous n'avions pas connu de drame ou d'épidémie comme cette année.

Par ailleurs, depuis quand trouvez-vous qu'il existe une différence énorme entre les chiffres concernant la fermeture des lits et le nombre de lits réellement fermés ?

Enfin, nous pouvons constater une évolution des habitudes des Français qui considèrent désormais le service des urgences comme le premier recours et qui abandonnent la médecine de ville. Cela n'aurait certainement rien changé au moment de la canicule, mais dans une période comme aujourd'hui, qui connaît un grand nombre de bronchiolites et de gastroentérites, il est tout de même dommage que l'on se prive d'une première intervention. Qu'en pensez-vous, à la lumière de votre expérience personnelle ?

M. Gérard BAPT : Vous nous avez dit que la circulaire du secrétaire général de l'AP-HP du 8 août précédait le plan chaleur extrême du 11 août. Ce plan était-il déjà, en qualité de réponse, l'équivalent du plan blanc ? Et pourquoi, si ce plan blanc vous a permis de mieux gérer la situation à partir du 13 août, ne pas l'avoir déclenché plus tôt ?

Avant la réunion du 11 août – à laquelle vous avait convié la directrice générale de l'AP-HP –, vous nous dites avoir demandé à la directrice adjointe du cabinet du ministre de ne pas parler de « *morts naturelles* ». Pourquoi ? Par ailleurs, cette même personne nous a dit ici ne pas avoir reçu d'alerte pendant la journée du 11 août. L'aviez-vous alertée sur d'autres problèmes ? Nous avons appris que M. Jean Carlet, réanimateur à Saint-Joseph, avait donné l'alerte sur le nombre de décès et les cas d'hyperthermie. Dès le vendredi 8 août, il demandait à la DGS s'il existait un système pour des événements de cette nature, cela lui paraissait important du point de vue de la santé publique. Cela veut dire que, dès le 8 août, des informations remontaient d'un peu partout, y compris de réanimateurs.

L'alerte est donc donnée le 7 août, dans le Morbihan, le 8 août d'un peu partout, et des interrogations sont posées sur ce qui est en train de se passer, de la part des DDASS et de médecins. J'ai eu la surprise d'entendre, ici, M. Abenhaïm nous dire qu'il ne vous connaissait pas et qu'il ne connaissait pas non plus le dossier que vous avez évoqué tout à l'heure et que je me suis procuré, provenant du laboratoire de santé publique de Marseille, qui donnait déjà la réponse que réclamait M. Carlet, et que personne n'a été capable d'évoquer.

Mes chers collègues, je vous livre une réflexion : convient-il de continuer à séparer la santé publique de l'hospitalisation et des urgences ? Ne conviendrait-il pas, dans le cadre du projet de loi de santé publique, de faire des propositions précises sur l'organisation de l'offre de soins ?

M. Pierre HELLIER : M. Pelloux, je pense qu'on peut être tout à fait honorable sans être professeur ! Vous en parliez avec un peu de complexe, or il me semble qu'il ne faut pas en avoir.

Si le plan blanc avait été déclenché le 8 août, quelles conséquences aurait-il eues sur le taux de mortalité ? En avez-vous une petite idée, même si, j'en conviens, cela ne doit pas être facile à évaluer ?

Par ailleurs, par qui sont décidées les fermetures de lits ? Sont-elles soumises à la tutelle ?

Enfin, qui déclenche le plan blanc ?

M. Edouard LANDRAIN : Vous êtes un homme de caractère, sûr de vous et, à vous entendre, les altercations, que ce soit avec la directrice de votre hôpital ou avec les responsables de la DGS, sont monnaie courante ! Vous donnez l'impression de ne pas avoir été suffisamment écouté – par manque de notoriété, dites-vous – et que vous avez tenté d'y pallier par l'intermédiaire des médias : modeste docteur, mais bon communicant !

Je souhaiterais que vous nous disiez – mises à part les coupures de presse que vous nous avez apportées –, si vous avez rédigé un certain nombre de notes officielles qui seraient remontées vers les différents services concernés, notamment à la DGS et au Pr. Abenhaïm, que nous ne semblez pas porter dans votre cœur. La transmission des documents par des circuits normaux a-t-elle été faite en temps et en heures voulus ?

Bien entendu, nous comprenons le fait que vous vous trouviez dans une situation difficile, et que depuis le début de l'année 2000, ce même problème se pose. On a également compris que le problème avait été amplifié par l'application des 35 heures et que, dès le mois de mai, vous subodoriez quelque chose de particulièrement dangereux. Cependant, lorsqu'on se réfère à Météo France, les experts météo ont commencé à s'inquiéter le 2 août ; alors comment avez-vous eu cette prémonition qui, hélas, s'est révélée exacte ?

M. Pierre LASBORDES : Je prolongerai les questions de mon collègue Edouard Landrain. Vous nous dites que cela fait 3 ans que vous alertez les pouvoirs publics sur la situation des urgences : l'avez-vous fait par notes et à qui les avez-vous adressées, ou ne s'agit-il que de coupures de presse relatant vos états d'âme, aussi justifiés soient-ils ?

Dès le mois de mai 2003, vous avez eu une prémonition et vous avez même titré le journal de votre association : « *L'été de tous les dangers* ». Cette prémonition a-t-elle été complétée par une note adressée à votre hiérarchie ?

Nous avons le sentiment que vous vous êtes battu contre votre administration, qui est assez complexe, visiblement sans beaucoup de succès. Ma question est simple : Mme Bolot-Gittler, que nous avons reçue, nous a dit que le 11 août au matin, à son retour de vacances, personne ne l'a alertée sur la gravité de la situation. Elle aurait même demandé à la DGS et à l'InVS de lui faire une note de situation pour savoir s'il se passait quelque chose de grave. Apparemment, le soir, la situation était calme, mise à part cette fameuse réunion de crise dont vous faites état. Je souhaiterais donc savoir si des notes ou des alertes très précises avaient été envoyées, la semaine précédente, au cabinet de M. Mattei, de votre part ou de celle d'autres personnes.

M. Serge BLISKO : Est-il d'usage qu'un médecin hospitalier, quel que soit le service dans lequel il travaille, écrive au cabinet du ministre pour lui signaler une anomalie dans la santé publique ? Est-ce là la voie hiérarchique dont vous parliez, mes chers collègues ?

Quel est votre supérieur hiérarchique, M. Pelloux ? Le directeur de l'hôpital ? De par votre position de président d'un syndicat d'urgentistes, vous avez des contacts syndicaux et politiques avec le ministre de la santé, mais cela vous autorise-t-il, pour autant, à téléphoner ou à envoyer des notes à son cabinet ?

Au niveau des urgences médicales, vous remarquez, à partir du 4 août, un engorgement de votre service, mais surtout – car la fréquentation n'avait que peu augmenté – une aggravation des cas à traiter, qui conduisent plus souvent à l'hospitalisation. S'agit-il de personnes âgées ? Font-elles de l'hyperthermie ? Avez-vous le temps de faire un diagnostic précis ?

Enfin, vous considérez-vous comme un capteur d'informations, une sentinelle que la DGS devrait posséder ici et là, aussi bien dans une pharmacie, qu'auprès de généralistes ou en milieu hospitalier ? La DGS vous a-t-elle demandé – à vous ou d'autres urgentistes – de participer à un réseau Sentinelle ?

Mme Marguerite LAMOUR : Je souhaiterais vous demander en votre qualité de médecin et d'une manière générale, si le corps médical est formé – ou alerté – sur les conséquences et les dangers d'une canicule ou d'une baisse importante de la température, car on nous a rappelé ici l'hiver 1983. Y a-t-il une formation spécifique dans le *cursus* médical ? Par ailleurs, avant cette quinzaine meurtrière, aviez-vous pu imaginer une telle hécatombe ?

Enfin, M. Abenhaïm nous a affirmé ici qu'il ne vous connaissait pas ; or vous nous dites qu'après la réunion ministérielle du 14 août, il vous a interpellé en vous tutoyant. Ai-je bien compris ?

M. Patrick PELLOUX : Vous avez bien compris, madame.

M. le Président : Vous nous avez bien décrit, dans votre intervention, la problématique de l'organisation, en aval, du service d'urgences et les pesanteurs qui pouvaient exister. Mais vous ne nous avez rien dit sur l'appréciation que vous portez sur l'organisation du système de santé en amont.

Au service des urgences, vous accueillez un certain nombre de patients pour lesquels nous pouvons nous poser des questions sur la manière dont ils ont été pris en charge en amont.

Cette question se pose pour la période de la canicule, mais elle peut également se poser en ce moment, avec les nombreux cas de bronchiolites dont il est fait état. Quel est votre sentiment, en tant que praticien hospitalier travaillant au service des urgences, sur cette organisation du système de santé en amont qui pourrait, éventuellement, par une autre prise en charge, désengorger le service des urgences ?

M. Patrick PELLOUX : M. Roubaud, je n'ai nullement été chercher les médias ; j'ai cumulé mes fonctions de médecin et la prise de parole. Pourquoi ? Parce que je suis persuadé que l'on ne gagnera jamais à essayer de faire taire les médias, à censurer l'information et à ne pas tenir la population au courant de ce qui se passe dans le pays. J'ai répondu aux sollicitations des médias pour essayer d'expliquer ce qui se passait et pour diffuser un message de prévention.

M. Jean-Marc ROUBAUD : Je suis d'accord avec vous, mais ce n'était pas l'objet de ma question. Les urgences étaient engorgées, il y avait des brancards plein les couloirs et vous partiez sur les plateaux de télévision ?

M. Patrick PELLOUX : Pas du tout, j'étais à mon lieu de travail. Ce sont les journalistes qui se déplaçaient. Vous pourrez revoir les images.

M. le Président, il est important, si l'on veut faire passer des messages concernant la réorganisation du système de santé, que les Français comprennent les difficultés que l'on rencontre à l'hôpital, de manière à engager rapidement les réformes nécessaires pour que cela fonctionne mieux.

Il m'est impossible aujourd'hui d'entrer dans le débat sur les conséquences de l'aménagement et de la réduction du temps de travail. Je puis simplement vous dire qu'étant donné le travail que réalisent les soignants, les infirmières, les aides-soignantes, les cadres, s'il y a un endroit où il convient de mener cet aménagement, c'est bien dans les hôpitaux, afin de rendre ces métiers attrayants. Voyez combien il est difficile d'attirer les jeunes gens dans les écoles d'infirmières !

Le service des urgences est effectivement le premier recours des malades et cette situation ne fait que s'aggraver. Je suis président de cette association depuis 1998, et cela fait 5 ans que nous tirons la sonnette d'alarme. Pourquoi n'avons-nous pas réussi à faire passer tous ces messages ? Parce que dans la culture du monde médical et universitaire médical, l'urgence n'existe pas ! L'urgence ne peut pas exister parce que le soin non programmé dérange le soin programmé à l'hôpital !

C'est la raison pour laquelle les étudiants en médecine sont toujours mis en tête de ligne au niveau des urgences. Lorsque Adolphe Steig a écrit dans son rapport, en 1988, qu'il convenait de « *sénioriser* » les urgences, il a bousculé la culture médicale !

Quel est l’objectif d’un étudiant en fin d’études de médecine ? De choisir une spécialité où il n’y a pas de gardes à assurer et pas trop d’astreintes en permanence de soins. Or, il convient, selon moi, de valoriser cette permanence de soins. L’application de la directive européenne – mais je ne veux pas entrer dans ce débat – est essentielle, justement pour donner envie aux étudiants en médecine de s’orienter vers ce type de métiers. Même si c’est difficile, si l’on manque de moyens, je crois que c’est le prix à payer pour avoir un système qui fonctionne bien.

Quant à l’abandon de la médecine de ville, je ne suis pas d’accord. La médecine de ville n’abandonne rien. Je ne suis pas d’accord avec certaines prises de position du rapport Lalande ; cette commission était beaucoup trop hospitalière.

M. le Président : Je rappelle, afin d’être objectif, que le rapport Lalande cite seulement une note du Conseil national de l’ordre des médecins à ce sujet. L'appréciation portée émane donc de lui.

M. Patrick PELLOUX : Oui, mais le Conseil national de l'Ordre des médecins se rapportait à une note partielle sur l'Ile-de-France.

Je peux vous dire que j'ai travaillé avec mes collègues des urgences médicales de Paris, avec mes collègues de SOS-médecins ; à la garde médicale de Paris, il y a des généralistes qui travaillent. Et le rapport récent de la CNAM prouve qu'ils étaient présents. Simplement, il ne s'agit pas de la même médecine ; il s’agit d’une médecine complémentaire. Il n’y a pas à lancer l’anathème ou à accuser les médecins libéraux ; leur travail est complémentaire !

Qui a réussi, pour la première fois, à mettre les médecins urgentistes autour de la table avec les médecins libéraux ? Charles Descours, l'année dernière. Je vous l'accorde, les débats au Parlement ne sont rien comparés aux débats que nous avons eus lors des premières séances, avec les médecins libéraux ! Mais finalement, nous avons réussi à nous comprendre. Et nous devons continuer, car nous en sommes aux prémices.

Les médecins libéraux étaient là. Mais, il faut bien comprendre que lorsqu'ils vont mal, les Français préfèrent venir aux urgences. Tout simplement parce que l'hôpital est un gage de stabilité, de socle social essentiel. Nous l'avons vu cet été, pendant la canicule ! Ils sont venus à l'hôpital, parce que c'est une référence. Dans les régions en guerre, vous le savez, l'hôpital reste ouvert, coûte que coûte. Et c’est quelque chose de fondamental.

Tout cela pour vous dire que non, la médecine de ville n’abandonne pas les Français, car il s'agit simplement d'une médecine aux prérogatives et à l’organisation différentes. Je pense qu'il convient de la reconnaître et de l'orienter. Elle a été bannie dans les années 1980 jusqu'au milieu des années 1990, et maintenant, nous voulons tout lui coller sur le dos. Elle a ses prérogatives. Cependant, il est effectivement nécessaire de l’aider à réorganiser la permanence de soins.

Mais je puis vous assurer, M. le Président – et je ne suis pas en train de tenir la bannière de la médecine générale de manière démagogique – que les médecins généralistes sont présents, en ce moment, sur l'épidémie de bronchiolites, qu'ils ont bien mené la campagne de vaccination. Il s'agit d'une médecine de prévention, de suivi, complémentaire à celle des urgences.

M. Bapt, le plan chaleur extrême n'est pas l'équivalent du plan blanc. Et pour les administratifs, le plan blanc n'était pas déclenché. Je l'ai entendu dire ! Nous ne pouvions donc pas réquisitionner le personnel.

Si ce plan blanc avait été déclenché plus tôt, quelles auraient été les conséquences ? Je ne sais pas. Je l'ai réclamé, mais il faisait peur. Il a été déclenché de manière très précoce à Orléans et il a donné des résultats extrêmement intéressants. Il a également été déclenché plus tôt à Créteil, parce que le centre hospitalier intercommunal de Créteil n'appartient pas à l'AP-HP.

J'ai en effet alerté, le 11 août, la directrice adjointe du cabinet du ministre de la santé, car j'étais profondément ulcéré. En tant que président d'association relevant de la loi de 1901 et président de syndicat, j'ai mené énormément de conflits depuis 1998 ; mais je puis vous assurer que, dans le monde hospitalier, il est difficile de se faire entendre lorsque vous êtes médecin urgentiste ! Il vaut mieux envoyer des signaux de fumée !

Non, M. Hellier, je n'ai aucun complexe. Je suis très fier d'être docteur et d'avoir validé ma médecine générale ; j'en suis très heureux. D'ailleurs, c'est une richesse. Mais il est difficile de parler en tant qu'urgentiste, car il s'agit d'une médecine qui n'existe pas, ou plutôt qui n'existait pas, le ministre de la santé ayant promis une réforme pour la rentrée 2004.

Une des richesses de notre démocratie est de pouvoir s'exprimer. Vous me demandez pourquoi je me suis adressé directement au cabinet du ministre : parce que je n'avais pas d'autre solution ! Il n'y a aucun dialogue social, aucun paritarisme dans les agences régionales de l'hospitalisation ! Il est impossible de débattre et de dire que la situation est grave. Par ailleurs, la personne qui avait fermé tous les lits en Ile-de-France venait de partir et d'être remplacée par M. Ritter.

S'agissant des cas évoqués par M. Carli, je vous dirai la même chose que pour M. San Marco qui avait déjà, au cours des années précédentes, tiré la sonnette d'alarme et qui n'a pas été entendu. Le conseiller technique du ministre de la santé – qui est devenu le nouveau directeur général de la santé –ne voulait pas entendre. Evidemment, maintenant tout le monde reconnaît que l'on pouvait se douter que quelque chose pouvait se produire, eu égard au précédent de Chicago, etc.

Je ne peux pas tout faire, avoir des dizaines de bras, me transformer en déesse indienne ou faire le ménage dans l'hôpital ! Je crois qu'en effet, la santé publique doit s'envisager de manière globale.

S'agissant des différentes alertes, certaines personnes de l'InVS étaient en charge des problèmes environnementaux. Je leur ai demandé, une fois, où elles plaçaient le climat : dans l'environnement ou dans quelque chose à part ? Toujours est-il que, pour en revenir à votre question, M. le député, non, personne ne m'a demandé de notes.

Non, je ne connaissais pas M. le directeur général de la santé. Et qu'il ne me connaisse pas ne me dérange pas. C'est même tout à fait normal. En revanche, que moi je ne le connaisse pas me paraît assez curieux.

Avant la dissociation de la DHOS et de la direction générale de la santé, il existait une cellule « *urgences* » au sein de la DGS ; il s'agissait à l'époque de la direction de l'organisation et des soins. Nous avions invité ses responsables au mois de mars 1998 pour leur expliquer que nous étions des capteurs et que nous pouvions donner l'alerte en cas de problèmes graves.

M. le député, je suis urgentiste depuis 10 ans, et mon sujet de thèse concernait le verglas : en 1993, en quelques heures, Paris était devenue une patinoire. J'avais trouvé intéressant, à l'époque, qu'un bouleversement climatique puisse mettre toute une société par terre.

M. Jean-Marie ROLLAND : Etiez-vous au courant qu'il risquait de faire chaud ?

M. Patrick PELLOUX : Pour la chaleur, certains articles étaient parus dans la revue « *Urgences pratiques* ». De surcroît, j'ai été formé, lors de mon service militaire, pour intervenir en cas de coup de chaleur dû à un effort. Les militaires connaissent bien ce phénomène, en raison des exercices des soldats, et c'est à leur contact que j'ai été sensibilisé à cette question.

M. Pierre HELLIER : Qui décide des fermetures de lits et qui a le pouvoir de déclencher le plan blanc ?

M. Patrick PELLOUX : Je suis incapable de vous dire quelles conséquences aurait eu le plan blanc sur la mortalité s'il avait été déclenché plus tôt. Je puis simplement vous dire que nous aurions travaillé dans de meilleures conditions, de façon plus humaine.

Si je me suis roulé par terre, si j'ai hurlé mes craintes, c'est parce que ces malades n'avaient pas la parole. Je suis prêt à garder le silence si, au terme de cette séance, vous me garantissez que tous les malades seront désormais considérés, qu'il n'y aura plus d'embouteillage au niveau des urgences et que les moyens nécessaires seront à notre disposition. Il s'agissait de personnes âgées, de SDF, d'handicapés. Ils ne parlent jamais et nous en avons vu mourir dans des états effroyables. C'est ça qui a porté, qui a valu qu'on proteste.

C'est pour ces malades que le plan blanc aurait dû sans doute être déclenché plus tôt. Aurait-il pu, pour autant, éviter quelques décès ? Je ne sais pas, mais il aurait humanisé le service des urgences. Et nous n'avions pas le droit de nous taire lorsque nous voyions mourir des personnes sur des brancards. J'ai pleuré avec les familles. Et contrairement à ce que pense M. Roubaud, je suis resté sur mon lieu de travail, j'ai dépassé mes 100 heures de travail, la semaine la plus dure. Et des collègues d'autres départements sont venus nous aider. Cette mobilisation en faveur des malades, c'est ce qui fait la grandeur de notre pays et de son institution hospitalière.

Je vous rappelle d'ailleurs qu'aucun syndicat n'a demandé de primes après la canicule ! Nous nous battions pour sauver des vies. D'aucuns, qui ne mettent d'ailleurs jamais les pieds aux urgences, prétendent qu'en cas d'hyperthermie, il est impossible de sauver les malades : c'est faux ! Nous avons sauvé des personnes qui étaient en hyperthermie. Et ce, parce qu'au cours des dix dernières années, nous avons professionnalisé les services d'urgences ; c'est l'honneur de notre pays.

Qui décide de la fermeture des lits ? C’est le directeur, souvent parce qu’il manque de moyens, en accord avec le chef de service. Cela se décide entre eux deux, sans aucune consultation. Le Canard Enchaîné avait publié un article à ce sujet : des fermetures de lits avaient lieu parce que l'on manquait de draps, ou parce qu'il y avait une baisse d'activité. Des lits sont fermés même si, en bas, aux urgences, 20 malades doivent être hospitalisés ! On ne tient pas compte du fait que le malade va devoir être transféré, en ambulance, dans un autre hôpital, qu'il devra refaire des examens... Tout cela coûte cher ! Et personne n'est capable de le chiffrer !

Vous me demandez si je manque d'autorité. Oui, sans doute, mais cela ne me dérange pas. Je manque d'autorité par rapport à la direction de mon hôpital : je ne suis pas chef de service. Cependant, cet été, j'étais chef de service par intérim, mon chef étant en vacances, dûment justifiées. Il s'agit d'ailleurs d'un homme avec qui je m'entends très bien et qui me fait confiance. J'ai donc géré la situation aussi bien que j'ai pu.

Devais-je faire remonter une note ? Mais à qui ? Il est déjà difficile de parler avec ma direction ; il faut prendre rendez-vous. Alors il est vrai que j'ai un caractère entier – je suis Basque –, et je préfère ouvrir la porte de son bureau plutôt que de lui envoyer une note. Mais les malades mouraient et je n'avais pas le temps d'envoyer une note, qui aurait été lue ou pas, je n'en savais rien. Nous étions en alerte, je voulais sauver des gens et j'ai l'impression d'avoir fait mon travail.

Ai-je envoyé une note à la DGS ? Mais la DGS ne s'est jamais inquiétée de ce qui se passait aux urgences ! L'AMUHF, syndicat associatif, travaille en collaboration avec la Société francophone de médecine d'urgence, qui regroupe aussi le SAMU de France : c'est simple, nous sommes 3. La DGS est une espèce de truc avec lequel on n’a pas réussi à débattre.

Je crois dur comme fer à la nécessité de la santé publique, mais il ne s'agit pas d'un débat réservé à quelques personnes. Il s'agit d'une direction générale de la santé pour le public, mais il y a là du travail à faire.

Je reviens à la question de M. Lasbordes : je devais gérer une situation de catastrophe, je n'avais pas le temps d'écrire des notes. Je veux bien faire des notes mais je sais où, généralement, elles terminent – et vous le savez comme moi –. Je voulais être efficace. Je sais que certains ont fait courir le bruit qu'il s'agissait d'un coup politique puis que j'étais dépressif. Mais la partie ne se jouait pas là ; le jeu était de sauver des malades, de déclencher les plans d'alerte.

C’est pourquoi, dans le cas présent de l’épidémie de bronchiolites, le ministre de la santé a eu raison de faire preuve d’autorité pour déclencher le plan blanc. Il n'était pas tolérable de laisser les parents et les enfants attendre 7 heures pour les envoyer ensuite à 100 kilomètres se faire hospitaliser.

M. Pierre LASBORDES : Ce n'était pas tout à fait ma question. Vous nous dites avoir alerté les responsables, depuis 3 ans, sur les conséquences des fermetures de lits ; l'avez-vous fait par notes ?

M. Patrick PELLOUX : Non. J'ai eu des entretiens avec M. Kouchner, Mme Gillot, M. Mattei, différents conseillers techniques. J'ai assisté à des conférences, à des débats au Sénat et à l'Assemblée nationale. Nous avons, à chaque fois, préféré le dialogue. C'est la raison pour laquelle, depuis 2000, un débat a lieu au sein de la DHOS et il va conduire à la refonte des décrets sur les urgences. C'est long, très long, mais cela a quand même conduit à l'élaboration de cette circulaire 195.

Mais les directeurs d'agences régionales d'hospitalisation vous disent clairement qu'il y a, pour eux, deux types de circulaires : les circulaires avec une enveloppe – sur lesquelles ils porteront leur attention – et les circulaires sans enveloppe. Or nous avions élaboré une circulaire sans enveloppe ! Ils se sont dit : tant pis, elle attendra !

Je ne dis pas que les mesures préconisées dans cette circulaire auraient évité le réchauffement de la planète, mais elles nous auraient permis de travailler.

Le drame des urgentistes est leur identité dans l'hôpital. Nous sommes vécus comme des troubles fêtes. L'urgence désorganise la médecine programmée, et parfois l'activité privée à l'intérieur de l'hôpital. Du coup, nous sommes mal vécus.

Par ailleurs, étant donné que nous ne sommes pas reconnus – pour l'instant du moins – nous n'avons pas le droit de parole dans les différentes instances. Mais on sait faire appel à nous en cas d'attentats ou de catastrophes !

Si j'avais eu la certitude que des notes auraient eu un impact, je les aurais écrites, croyez-moi. Je savais hélas pertinemment qu'elles ne serviraient à rien.

S'agissant des « *morts naturelles* », j'ai appris qu'elles étaient ainsi qualifiées par des journalistes qui rapportaient des propos tenus à la DGS ; mais je l'ai également entendu de la bouche de certains administratifs. M. Claude Allègre lui-même l'a dit à la télévision : « *Il s'agissait de toute façon de personnes qui allaient mourir* » ! On n'a pas le droit de tenir de tels propos. Et c'est pour cela que je me suis mis en colère.

Si la date de mort d'un malade est fixée le vendredi et que l'on se résigne à ce qu'il meure le lundi précédent, quelle importance pour des personnes qui n'ont pas le même humanisme que moi ! Mais entre le vendredi et le lundi, il reste 3 jours au malade pour être près de ces proches, et je crois que cela vaut le coup de se battre, quel que soit le malade, son statut ou sa condition. C'est la raison pour laquelle je n'ai pas voulu entendre parler de « *morts naturelles* ». Et c'est pour cela aussi que je me suis permis d'appeler directement le cabinet du ministre de la santé.

M. Gérard BAPT : Alors qu'avez-vous dit à Mme Bolot-Gittler, quelle était la cause de ces morts ?

M. Patrick PELLOUX : J'ai dit que l'on ne pouvait pas qualifier ces morts de « *naturelles* ». Et le ministre, le soir, sur TF 1, avait raison de dire : « *Je ne laisserai pas dire que ce sont des morts dites naturelles* » ! Je me suis senti épaulé, le message était passé et je n'avais pas eu besoin d'une note.

M. Gérard BAPT : J’ai bien compris que vous teniez à ce que l’on ne parle pas de morts naturelles, mais quel message avez-vous fait passer au cabinet du ministre ? Car nous avons entendu une directrice adjointe de cabinet, des responsables de la DGS qui nous ont dit qu'ils n'avaient reçu aucune alerte. Quelle alerte leur avez-vous donnée ?

M. Patrick PELLOUX : Je leur ai dit, le 11 août au matin, ce que j'avais déjà dit à Mme Toupillier et à M. Deroubaix : que nous étions dans une situation catastrophique ! Qu'il fallait agir ! Enfin, ils voyaient ce qui se passait.

M. Gérard BAPT : Vous avez parlé de la canicule, de l'hyperthermie ?

M. Patrick PELLOUX : Bien sûr ! Nous étions en pleine période de canicule, c'était évident !

M. Gérard BAPT : Cela vous paraît peut-être évident maintenant, mais personne, jusqu'à présent, n'a cherché à savoir ce qui s'est passé à Marseille pendant la canicule, ce que pensait le Pr. San Marco ! Et M. Abenhaïm nous a affirmé qu'il n'était pas au courant de ce qui se passait au laboratoire de santé publique de Marseille !

Or la première chose à faire, lorsqu'on est confronté à un cas difficile que l'on ne connaît pas, est soit de demander de l'aide, soit de consulter la bibliographie ! On trouve toujours la solution dans la bibliographie ; ou alors, si on trouve une solution qui n’existait pas, on devient Prix Nobel.

M. Patrick PELLOUX : Effectivement, en ce qui concerne l'hyperthermie, il faudra dire aux personnes que vous avez mentionné qu’elles peuvent utiliser Internet et ainsi trouver, en moins de 2 minutes, toute la bibliographie. Les mercredi et jeudi du début de la crise, nous avions déjà collecté toute la bibliographie sur Internet. Nous avons aussitôt, avec M. Pierre Carli, écrit et diffusé une note de prévention dans tous les hôpitaux et les maisons de retraite.

M. le Président : Vous avez cette note, car je n'en ai jamais entendu parler ?

M. Patrick PELLOUX : Bien sûr, elle est là. Nous l’avons diffusée le jeudi ou le vendredi. Les consignes étaient simples : découvrir les malades, ouvrir les fenêtres la nuit, les fermer – ainsi que les volets – le jour, mettre des ventilateurs, etc.

Je n’étais pas le seul à donner l’alerte : le Pr. San Marco diffusait sans arrêt des messages, car comme moi, il ne pouvait pas ne pas savoir.

M. Gérard BAPT : Vous ne savez pas quelle aurait été l’efficacité du plan blanc s’il avait été déclenché plus tôt, mais il aurait quand même eu une valeur d’alerte pour le grand public.

M. Patrick PELLOUX : Le plan blanc a été conçu pour les réseaux d’alerte.

Mais ce qui m'inquiète, c'est qu'il y a quelques jours, la direction générale de la santé a réalisé un document appelé « *Accidents collectifs, attentats, catastrophes naturelles* ». Je sais bien que les éruptions volcaniques, en France, sont fréquentes, mais le mot canicule ne figure que deux fois. Etant donné son volume, je pense que ce document a été réalisé avant cet été ; de ce fait, en ce qui concerne les réseaux d'alerte deux mots importants manquent : « *services d'urgences* ». La commission des experts qui a rédigé ce document était notamment composée de Mme Barrier, directrice du SAMU de Paris à la retraite. Il conviendrait donc, à mon sens, que ce document soit réactualisé. Sur le déclenchement du plan blanc, si les consignes de ce document sont appliquées, il est évident que nous aurons à nouveau à faire face à quelques catastrophes.

S'agissant des voies hiérarchiques, M. Blisko, il me semble que j'ai répondu à votre question. Si nous innovions dans le dialogue et les modes d'intervention – même au niveau des médecins –, nous y gagnerions, en termes de réseaux d'alerte. Si vous me demandez qui, aujourd'hui, je dois prévenir, sur Paris, si j'ai un problème, je vous répondrai que j'appellerais mes collègues du SAMU qui appelleraient sans doute la DDASS. Mais il s'agit là d'une usine à gaz administrative ; on ne sait plus où l'on en est et qui décide quoi.

J'ai l'intime conviction qu'il faudrait tout remettre à plat, dissoudre les agences régionales d'hospitalisation qui ont été inefficaces dans l'application de ces mesures. Il conviendrait de les fusionner avec les directions départementales de l'action sanitaire et sociale et les directions régionales de l'assistance sanitaire et sociale, afin d'obtenir un système, au niveau régional, efficace.

Je me suis rendu, récemment, à Cosne-sur-Loire, à Parthenay et à l'hôpital nord de Sèvres pour soutenir mes collègues dans leur conflit, et j'ai pu encore une fois, constater que tant que les élus n'auront pas le droit de parole dans les agences régionales, ça ne marchera pas. Il est inadmissible que les élus n'aient pas droit à la parole, ou du moins qu'il n'y ait pas une forme de paritarisme.

M. le Président : Il s'agit là d'un débat que nous aurons dans quelques semaines sur un autre texte.

M. Patrick PELLOUX : Je vous dis cela, M. le Président, M. le Rapporteur, car je suis persuadé que cela a joué dans l'incompréhension qui a existé entre les médecins de terrain et une technostructure qui pense pouvoir agir de façon autonome sans avoir de comptes à rendre à qui que ce soit. Les administratifs n'ont pas voulu comprendre ce qui se passait sur le terrain. Ils n'en ont pas eu l'envie.

En ce qui concerne les personnes âgées, M. Blisko, leur prise en charge recouvre de nouvelles pathologies, c'est-à-dire un nouveau domaine que nous découvrons, et qui est extrêmement difficile.

Lorsque nous écoutons certains collègues, soit gériatres, soit médecins généralistes qui maîtrisent bien ce sujet, il est clair que nous devons nous diriger vers le maintien à domicile de ces personnes. Cela est compréhensible. Personne, ici, n'a envie de finir ses jours dans une maison de retraite. Cependant, il existe une culture de la gériatrie à faire naître, tout comme pour la médecine d'urgence ; et je suis convaincu que les deux sont complémentaires.

Les services des urgences sont-ils des capteurs d'information ? Bien sûr, il s'agit même de merveilleux capteurs d'information. Actuellement, par exemple, je constate les conséquences de l'augmentation du prix du tabac : maintenant les gens se font agresser pour un paquet de cigarettes, ce qu'on ne voyait pas auparavant ! Autre exemple, nous avons été les premiers à nous apercevoir de l'arrivée des drogues de synthèse, telles que l'ecstasy. En cas de manifestation qui tourne mal, nous recevons les blessés : la manifestation d'union, après le premier tour de la présidentielle, a été très calme, il n'y a eu aucun incident ; en revanche, la techno parade est à chaque fois dangereuse, comme souvent la fête de la musique. Nous sommes, effectivement, de véritables capteurs de santé publique.

Mais c'est aussi la raison pour laquelle nous nous sommes retrouvés avec une charge administrative complémentaire ! Or, je suis désolé, mais j'ai fait mes études de médecine, non pas pour remplir des petites cases avec des petites croix en vue de l'élaboration de statistiques, mais pour soigner des malades. S'ils veulent des statistiques, qu'ils viennent les faire ! Ou alors, qu'ils nous dotent de moyens informatiques afin de ne pas perturber l'activité de soins, car ce qui nous manque le plus, actuellement, c'est bien du temps de soignant, du temps médical. C'est quelque chose de très important.

Bien entendu, un réseau d'alerte doit être organisé, et c'est ce que j'ai proposé au directeur de l'InVS. C'est simple, avant de partir dans des méandres administratifs, il suffit d'un téléphone ou d'un fax avec quelqu'un derrière, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24 ! Cela permettra aux urgentistes de déclencher rapidement des plans d'alerte. Nous avons professionnalisé les urgences, nous ne ferons pas n'importe quoi – on ne va pas déclencher une alerte pour deux cas de rougeole –, il faut nous faire confiance ! De toute manière, après les pompiers et les urgentistes, il n'y a rien ! Ce qui veut dire que l'alerte et toutes les conséquences d'une catastrophe devront être gérées par nous. Il est essentiel d'avoir cette vision là en tête, pour préserver l'égalité de tous dans l'accès aux soins en cas de drame.

Mme Lamour, s'agissant de la formation en médecine d'urgences, la réforme est en cours. Nous la souhaitons depuis des années et elle a été votée à l'Assemblée nationale en avril 2002. Cette réforme est fondamentale, car, actuellement, de nombreux étudiants peuvent terminer leurs études sans avoir reçu de formation en médecine d'urgences ou en gériatrie.

Actuellement, l'organisation est beaucoup trop pléthorique en termes administratifs ; nous avons perdu le sens de ce qu'était l'hôpital, au fur et à mesure que croissait la charge administrative. Je voudrais d'ailleurs vous signaler la peur des hospitaliers face à l'arrivée de la tarification à la pathologie. Il s'agit là, sans doute, d'un bien pour des économistes ou des gestionnaires, mais songez aux codifications que cela va entraîner.

Il me semble donc qu'avant d'appliquer une réforme de gestion, il convient de voter en même temps les moyens nécessaires.

En ce qui concerne l'organisation en amont, nous ne pourrons y arriver que dans le dialogue et non pas dans la dépréciation des uns ou des autres.

Les coordinations départementales de l'urgence et de la permanence de soins sont en train de se mettre en place ; elles sont fondamentales pour permettre aux médecins libéraux et aux urgentistes hospitaliers de travailler ensemble. Car nous pouvons mieux faire.

Les maisons médicales de garde – il y en a une centaine en France – vont recomposer le tissu libéral et sa permanence de soins, mais elles n'entraîneront pas de diminution de la fréquentation des urgences. Et n'oubliez jamais que pour tout un chacun, l'urgence c'est toujours soi-même, et la fameuse bobologie, c'est toujours l'autre.

La place des urgences dans le système de santé est capitale ; nous l'avons vu cet été, et je n'en tire aucune gloire. Simplement, les urgences sont fondamentales pour la structuration de notre système de santé.

M. le Rapporteur : Ce que vous nous dites, n'est pas très rassurant pour le malade ! Vous nous faites part d'une quantité invraisemblable de tensions, que ce soit à l'intérieur de l'hôpital ou à l'extérieur. Il est vrai que les urgences jouent un rôle exceptionnel, mais en même temps, elles sont un révélateur des éléments de dysfonctionnements. C'est inquiétant, même si votre témoignage est un peu particulier car il concerne surtout l'AP-HP.

Si une nouvelle catastrophe se produit – une nouvelle canicule ou une épidémie de grippe, etc. –, risquons-nous d'être confrontés aux mêmes dysfonctionnements ?

M. Patrick PELLOUX : Il est évident que si la situation dans les hôpitaux s'était améliorée, le ministre n'aurait probablement pas eu à déclencher des plans d'alerte dans les derniers jours. Pour l'instant seuls les services de pédiatrie sont bousculés, avec la bronchiolite, la grippe et la gastroentérite.

Les mesures et le plan « *urgences* » qui ont été décidés n'auront d'effets que dans plusieurs mois, voire quelques années, ce qui veut dire que si aucun changement radical de la conception de l'organisation de l'administration, à l'intérieur de l'hôpital, n'est opéré, le problème restera entier.

Rien à l'heure actuelle, M. le Rapporteur, n'interdit aux directeurs d'hôpital de fermer des lits ; pour les fêtes de fin d'année, par exemple, ils n'ont de compte à rendre à personne. Cela étant dit, je peux les comprendre : nous manquons cruellement d'infirmières et le personnel doit prendre ses congés.

Nous pouvons donc, comme cet été, être à nouveau confrontés à une crise sanitaire. Nous avons besoin de moyens, et de moyens efficaces pour le malade.

Là où je ne suis pas tout à fait d'accord avec vous, M. le Rapporteur, c'est que tout cela me paraît positif pour les malades, car nous ne laissons pas le bateau dériver et nous tentons d'éviter les icebergs.

M. Pierre HELLIER : S'agissant des maisons médicales de garde, j'ai l'impression que nous les redécouvrons ; personnellement, j'ai travaillé dans une maison médicale en 1970. Je suis persuadé qu'elles vont tout de même contribuer à la diminution de la fréquentation des urgences, notamment pour la « bobologie » ; s'il y a un filtrage avant les urgences, vous serez quand même confrontés à un afflux plus faible de patients.

M. Patrick PELLOUX : Ce n'est pas ce que l'on observe, même si elles rendent service aux malades ; et c'est ce qui compte.

M. le Président : Sur cette question, il conviendrait d'avoir une appréciation sur Paris et dans un certain nombre de villes pour lesquelles les modes d'organisation ne sont pas tout à fait les mêmes.

Audition de M. Patrick LAGADEC,
directeur de recherche à l'Ecole polytechnique

(Extrait du procès-verbal de la séance du 2 décembre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

M. Patrick LAGADEC est introduit.

M. le Président : Monsieur, je vous souhaite la bienvenue. Vous êtes spécialiste de la prévention et de la conduite des crises, qu'elles aient pour origine des problèmes de défaillance technique, de santé publique ou de société. Vous vous êtes notamment intéressé à la communication dans ces périodes, en soulignant le fait que le manque d'information, les contradictions entre les données, leur circulation entre les différents acteurs jouent un rôle crucial.

Pour la canicule, nous sommes bien là au cœur du problème. En effet, nous avons le sentiment que la manière dont les informations ont été traitées a contribué à la difficulté à gérer la crise.

Il serait également intéressant de développer devant la commission les éléments de réflexion qui figurent sur votre site Internet, où vous mettez aussi en exergue l'urgence, en termes de gouvernance, que cette crise nous révèle.

Je vous cite : « *Une tendance lourde s'affirme à chaque crise grave : désarroi des responsables, défiance du citoyen, découplage entre responsable et société civile. Le scénario à éviter n'est plus seulement celui de la crise, mais de l'implosion, avec un basculement du « plus jamais ça » au « qu'ils s'en aillent tous* ». »

Vous mentionnez par ailleurs le rôle des médias, en prenant pour exemple le retentissement qu'a eu l'émission « *Complément d'enquête* ».

M. le Président lui rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête lui ont été communiquées. A l'invitation du Président, M. Lagadec prête serment.

M. Patrick LAGADEC : M. le Président, je vous remercie pour votre accueil. C'est un grand honneur d'être ici ce soir, car, comme vous avez pu le constater, j'écris et je dis qu'il y a vraiment urgence et non pas uniquement à propos de la canicule. Il s'agit d'un problème global de préparation de nos sociétés face à tout événement de surprise.

Comme vous le savez, non seulement je n'ai pas eu à réaliser le « retour d'expérience » de la canicule, mais je n'ai pas participé à la gestion de la crise. Cependant, je sais que dans un cas comme dans l'autre, il existe tellement d'éléments fugitifs et furtifs qui échappent même à ceux qui vivent les événements, qu'il convient d'être extrêmement prudent par la suite ; ce sera donc le cas aujourd'hui, pour moi.

J’ai préparé un document – que je vous laisserai –, dont je vous donnerai, en quelques minutes, les grandes lignes. Il me semble, s’agissant de la canicule, que si je vous donnais quelques éléments de grammaire de crise, cela clarifierait la situation. Par ailleurs, il est peut-être intéressant de formuler des propositions, tant nous avons l’impression que tous les trois mois, une crise majeure se déclare ici ou là.

Premièrement, pourquoi ces crises, aujourd’hui, ont-elles franchi un seuil ? Je vous donnerai trois raisons. Tout d’abord, les risques sont spécifiques, mais dans des contextes beaucoup plus complexes qu’auparavant : je citerai l’exemple de Toulouse.

Ensuite, nous avons affaire à des infrastructures critiques et à des gros réseaux ; nous l’avons vu aux Etats-Unis cet été : en 9 secondes, le quart nord-est de l’Amérique du nord a été privé d’électricité le 14 août. En quelques minutes, l’Italie a été plongée dans le noir le 28 septembre. Nous ne sommes plus que des sociétés de hubs, de réseaux...

Enfin, nous sommes dans des contextes globaux en mutation. On réalise aujourd’hui que les transports aériens fonctionnent à très grande vitesse et que le SRAS est là en quelques heures.

Lorsqu’on croise l’ensemble de ces mécanismes, on obtient un tableau de risques qui n’est plus du tout celui que l’on imaginait il y a encore quelques années ; si une crue survient dans un village, nous devons intervenir ; en ce moment, c’est l’ensemble du Rhône qui est concerné.

Sommes-nous calibrés pour faire face à ces menaces et ces nouveaux risques ? Ma réponse est, globalement, non.

Deuxièmement, nos cultures sont très pénalisantes. Et ce, à trois titres.

Tout d’abord, il existe un piège intellectuel : nous avons tous été formés pour les événements réguliers, répétitifs, pour les courbes de Gauss, pour lesquels nous avons de bons plans. Nous avons une bonne information qui est venue par le bon canal, par la bonne personne…

Si l’événement est en dehors de cette courbe de Gauss, nous avons l’habitude de dire qu’il n’est pas scientifique, qu’il n’existe pas. S’il se situe à l’extérieur de celle-ci, nous sortons le joker et disons que nous ne sommes pas responsables. Le problème est que les événements qui se produisent sont de plus en plus en dehors du cadre ; nous sommes donc confrontés à un piège.

Ensuite, il existe un piège psychologique : « Ne me dites pas qu’il existe quelque chose que je ne maîtrise pas ». Je vous citerai ici deux anecdotes.

La première est cette supplique, en aparté, d’un général de l’OTAN qui, juste au moment de me laisser le micro lors d’une intervention en mai 1989 à Ottawa, devant une centaine de responsables de haut rang, sur le thème des crises en émergence, me souffla : « *Surtout, ne les effrayez pas* ! »

La seconde est la suivante : un haut fonctionnaire de défense m'interrompit, voici 3 ans, lors d'une réunion de préfets en zone de défense, pour dire combien la question des risques et des crises était sous contrôle en France. Il est venu ensuite me voir au cocktail pour me dire : « *Vous avez raison, mais on ne peut tout de même pas laisser dire cela devant des préfets* ».

Cet univers psychologique, où l'on répète « *ne soyez pas pessimiste, en gros ça va* », est un véritable piège.

Troisièmement, il existe un piège managérial : toutes nos cultures de management sont prévues pour des situations stables. Quand j'interviens dans des exercices et que j'y glisse une petite dose de surprise, on me crie aussitôt : « *Surtout pas, vous allez casser l'exercice* ! » Pourtant, citez-moi une crise ne comportant aucune surprise ! Si, même dans notre logique d'exercice, nous n'avons pas le droit de mettre de la surprise, c'est qu'il y a quelques problèmes.

Ces déficits ont leur traduction immédiate dans les crises. On observe des comportements stupéfiants, qu'il faut lire comme des pathologies tout à fait normales, au nombre desquelles : surdité à toute épreuve en cas de signal inhabituel ; aveuglement organisationnel conduisant à ne jamais inscrire une question critique à l'ordre du jour ; recherche effrénée de toutes les données permettant de se rassurer ; incapacité à ouvrir les réseaux nécessaires ; tendance à la bunkérisation instantanée des systèmes ; refus d'information au prétexte que cela déclencherait des paniques ; gaffes majeures de communication…

S'agissant de la canicule, l'écheveau est très compliqué. Ce qui serait catastrophique, c'est de se dire que « *finalement on n'a rien su, mais si on avait su, on n'aurait de toute façon rien pu faire ; et par ailleurs, c'était un événement « exceptionnel »* ». Si l'on raisonnait de cette façon, il n'y aurait plus qu'à afficher au fronton de tous nos édifices institutionnels : « *En cas de crise exceptionnelle* – donc toutes les nouvelles crises –, *prière de ne pas déranger* ».

Je vous propose donc, dans ce document, une analyse sur l'anticipation, le décryptage, la mobilisation, la mise en réseau, l'action et l'information. Je me suis, à chaque fois, attaché à clarifier ce que je pense être les pathologies classiques pour tout système qui n'est pas bien préparé, les observations que je crois pouvoir formuler sur l'affaire de la canicule – avec les réserves d'usage, car je n'y étais pas –, et les clés si l'on veut progresser. Je vous résume tout cela rapidement.

Premièrement, l'anticipation. Certes, tout le monde reconnaît qu'il n'était pas possible de prévoir la canicule. Mais ce qui me paraît important, c'est cette culture de la crise inconnue et de ses surprises. Souvent, on me demande de faire la liste des crises inconnues, avec un plan pour chacune ; on pense ainsi être paré. Non ! Il faut accepter, tolérer psychologiquement qu'une case puisse rester vide : crise inconnue.

Si l'on accepte cela, l'on pourra se poser des questions qui sortent du cadre, échanger sur ces questions avec d'autres et quand elles se présentent, examiner rapidement l'affaire au lieu de s'acharner à dire qu'elle n'existe pas.

Autre élément, quelle est ma culture de signal ? Ai-je besoin de posséder des preuves définitives avant d'être mobilisé ? Vous avez vu le film comme moi : à Pearl Harbor, un second veut faire savoir à son supérieur, la veille de l'attaque, qu'il faudrait prendre des mesures « si les Japonais… ». Ce dernier demande alors des preuves. Le lendemain, devant la flotte en flammes, le second a ce qu'il lui faut pour convaincre : « *Vous vouliez des preuves, vous les avez sous vos yeux* ».

En ce qui concerne la canicule, j'ai lu qu'il avait été dit que Météo France n'avait pas déclenché immédiatement l'alerte générale. Certes, mais les vraies questions sont les suivantes : comment a-t-on parlé avec Météo France, comment a-t-on capté ces signaux qui étaient étranges, comment s'est-on mobilisé pour les capter ? Le leitmotiv est : « *Nous n'avons pas eu d'informations* ». Mais qu'a-t-on fait pour aller les chercher avec diligence ?

Ce que j'ai lu de l'audition de M. Pierre Carli devant la mission d'information est magnifique : il se bat, il ne sait pas, mais il veut trouver et y passe la nuit !

Deuxièmement, le décryptage. On a beaucoup parlé de l'InVS, mais je constate que les logiques intellectuelles sont à ouvrir : si l'alerte survient à propos d'un phénomène aberrant, elle viendra par des canaux aberrants.

J'ai entendu certaines personnes dire que M. Pelloux n'avait pas prévenu la bonne personne : il a alerté les responsables hospitaliers plutôt que la DGS. Mais les alertes viendront toujours par un canal inattendu ; on ne peut pas exiger qu'en situation anormale, les personnes alertent le bon niveau par le bon canal, selon le code approprié, etc.

Il faut se demander ce que l'on doit faire lorsque les informations arrivent par le mauvais canal : il s'agit là de la logique de base. Une pathologie classique est de dire que lorsque quelque chose ne « colle » pas, il s'agit d'une anecdote non significative. C'est ainsi que l'on n'a que des anecdotes non significatives, jusqu'au moment où elles deviennent vraiment significatives ; et à ce moment-là, la bombe explose !

Il peut y avoir des représentations mentales qui sont des pièges ; vous avez une image de la situation et vous allez tout y mettre, même ce qui ne « colle » pas. Il s'agit d'une logique qui a été beaucoup étudiée en sécurité, et cela arrive chez les meilleurs pilotes ; tout le monde peut se faire piéger. La seule solution est de s'exercer avec d'autres à se poser des questions : dans ce processus, quelqu'un demandera : « *Et si vous aviez tort ?* ». C'est de cette façon, sur un questionnement, que l'on peut casser cette logique d'enfermement dans des représentations pièges. Et non pas en demandant si la note envoyée *via* le service voulu a bien été tamponnée.

Le rapport Phillips, en Grande-Bretagne, sur l'ESB, démontre bien que si tous les acteurs ont été piégés, c'était parce que tout le monde croyait que la catastrophe était impossible. Il faut se libérer de ces carcans, classiques, je le répète, en situation de crise. Il convient donc d'inverser la question : « *Personne ne nous a avertis, qu'a-t-on fait pour aller chercher l'information ?* »

Certes, sortir du cadre est très compliqué. Il faut pour cela sortir de nos logiques habituelles bien formatées et être préparé à travailler sur les signaux faibles et les convergences d'intuitions. Or, du fait de notre culture scientifique, les intuitions ne sont pas prises au sérieux ; ce qui compte, c'est le rapport bien documenté, avec la bonne

bibliographie. En rester au formatage habituel, c’est s’exposer forcément à compter les crises émergentes dans le rétroviseur !

La clé, c'est donc la culture de questionnement. Mais il est difficile d'expliquer cela à un état-major.

Troisièmement, la mobilisation. Nous avons des logiques de mécanos, extrêmement lourdes. Dans de nombreuses instances, « seul le directeur est habilité à déclencher le dispositif de crise ». De plus, lorsque la surprise s'ajoute à la crise, s’il n’y a eu aucune préparation au non conventionnel, tout le monde est anesthésié, tétanisé...

Par ailleurs, j'ai relevé – notamment en simulations – que tout message d'alerte sera « cloné », ce qui tuera l'alerte. Prenons l'exemple du fax de 17 heures que l'on n’a pas pris au sérieux, car s'il contenait un élément grave, il contenait également des éléments rassurants : le message porte sur la situation d'il y a 2 jours et indique que celle-ci est sous contrôle. En fait, il fallait comprendre tout autre chose.

La personne qui reçoit un tel message, qui est inquiète et se demande quelle catastrophe on va lui annoncer, ne va reprendre que les éléments rassurants. Nous pouvons ainsi piéger tous les états-majors, car il s'agit d'une difficulté très classique.

Dans le cas de l'Erika, l'affirmation – « *il ne fuit pas, il suinte* », « *4 degrés au fond, il n'y a plus de problème avec le pétrole* » – vient comme un réconfort, et les responsables en déduisent immédiatement qu'il n’existe plus de problème. Lorsque j'ai entendu le porte-parole du gouvernement espagnol dire : « *L'eau est à 4 degrés, il n'y a plus de problème* », je savais qu'il était piégé.

M. le Président : C'est le 41 degrés de la canicule !

M. Patrick LAGADEC : Le tout se développe dans des logiques alvéolaires : plus la situation est grave, plus on reste entre soi. Le simple fait que le problème ne peut pas être inscrit à l'ordre du jour est en général le signal clair que l'on est déjà en situation de crise.

En ce qui concerne la canicule, la DGS avait retenu les éléments suivants : « *la situation est maîtrisée », « il n'y a pas d'engorgement massif des urgences* »... Ce n'était pas Diên Biên Phu, donc tout allait bien.

En ce qui concerne la notion de « *mort naturelle* » qui a été évoquée, il s'agit là d'un élément de diagnostic montrant que le système est piégé par la crise. Nous l'avons vu pour l'Erika, « *le pétrole n’atteindra pas la côte* [dans les cinq jours] » ; pour la grande majorité des personnes, il s'agit d'une bonne nouvelle puisqu'elle veut dire que le pétrole n'atteindra jamais les côtes. J'essaie donc de leur expliquer que s'ils reçoivent un tel message, c'est que le système qui vous le donne est déjà en vrille. Il convient alors de déclencher tout de suite la procédure de crise.

Quatrièmement, la mise en réseau. Etant donné que tous ces phénomènes sont transverses, l'important est la capacité à nouer très rapidement des réseaux, y compris avec des personnes que l'on ne connaît pas.

Les organismes insuffisamment préparés auront tendance, biologiquement, à déclencher immédiatement les logiques de bunker. Et à bloquer la réflexion, je l'ai entendu mille fois : « *On est en crise, on n'a pas le temps de réfléchir* ». Or il conviendrait, au contraire, de se poser des questions : comment lancer des passerelles, à partir de signaux faibles, avec d'autres, avant que la crise ne devienne importante ?

Je ne dis pas que tous ces manques ont pesé sur les bilans, je vous donne simplement des éléments qui m'ont paru importants pour traiter une telle crise.

Nous avons vu, lors de la canicule, certains écrits du type : « *Laissez-moi vous dire quel était mon organigramme* »... Mais ce n'est pas le problème ! Il convient de se poser les bonnes questions : comment se saisir d'informations qui ne viennent pas par les bons canaux, etc ?

Certains préconisent de revoir les organisations ; après l'attentat du World Trade Center, certains proposaient même de remodeler le FBI, en intégrant plus de personnes au niveau central. Mais le problème n'est pas là ! Le FBI avait reçu un signal extrêmement fort – provenant de chez lui, en plus – et il n'en a rien fait. Il s'agit donc bien d'un problème de culture du signal qu'il conviendrait de développer.

Cinquièmement, l'action. Notre domaine d'excellence est la situation connue, planifiée ; tout est alors clair. Or, il conviendrait d'être capable de travailler sur des situations non connues, je vous renvoie aux propos de M. Pierre Carli.

Sixièmement, l'information. J'ai écrit, voilà 15 ans, le contre-manuel de gestion de crises, qui n'est pas suffisamment lu dans bien des milieux. En effet, on constate toujours cette peur d'informer, de « paniquer la population », etc.

Aujourd'hui, le problème majeur est que l'on a l'impression que le pilotage des crises passe par la communication ; et même, parfois, ce sont les communicants qui pilotent, ce qui est un piège supplémentaire. En ce moment, notre communication est en crise.

Vous avez vu, comme moi, les émissions de télévision, telle que « *Complément d'enquête* », ou celle de M 6 qui ouvrent bien des questions sur la place prise par la communication en lieu et place du pilotage.

Mais j'insiste sur l'idée que l'information est indispensable, qu'elle ne sert pas à « faire bien » et à avoir une bonne note dans les médias ! Pour toutes les crises modernes, étant donné que c'est la société dans son épaisseur qui est touchée, il convient de lui donner des informations pertinentes afin qu'elle soit capable de réagir.

Par exemple, cet été, il convenait d'alerter de façon précise et opérationnelle – que faire précisément – les familles en charge de personnes âgées, sans penser que cette information allait les faire « paniquer » ; car l'information, ou la non information, a instantanément un effet opérationnel direct. Toutes les études américaines montrent bien que pour cela, l'information doit être claire, spécifique et répétée. Si l'on est imprécis, si l'on ne répète pas l'information et qu'on ne la cible pas, elle ne peut être efficace.

Je terminerai mon propos en vous disant un mot sur la gouvernance et les frontières à passer qui me paraissent capitales aujourd'hui.

Premièrement, il faut de nouvelles capacités de pilotage.

Il faut impliquer les dirigeants et les responsables de tous les systèmes de pilotage.

En juillet 2001, Rudolph Giuliani a participé à un exercice de crise, à New York, durant 2 jours, pendant lequel il a joué pleinement son rôle. A la fin de cet exercice, il a pris la décision d'en organiser un second, qui était programmé pour le 12 septembre, avec notamment l'évacuation du centre de crise, ce qu'ils auront à faire la veille.

Le centre de crise bis utilisé le 11 septembre sera le centre de crise qui était prévu pour l'exercice, lequel possédait une capacité d'hébergement pour 341 organisations en 3 jours, avec un ordinateur pour chacune d'entre elles. Le maire est à son poste.

Dans nos cultures, ce type d'exercice ne passe pas. Posez-vous la question de savoir combien il y a de Giuliani en Europe, combien ont mené des exercices de crise – crise surprise – de haut niveau. Car en termes de qualité décisionnelle, si l'on n'a pas réalisé ce type d'exercice, l'échec est certain.

Ensuite, il convient de posséder des partenariats déterminés. On ne peut plus, avec tous les réseaux que j'ai indiqués tout à l'heure, se contenter de dire qu'il s'agit du problème de l'Etat, de la sécurité civile et que les pompiers géreront l'affaire.

Les grands réseaux vitaux vont devenir absolument critiques dans ce type de situation, il convient donc de s'entraîner avec eux. C'est la raison pour laquelle, la confiance, le partage d'informations, de questionnements sur des situations imprévues, sont des éléments essentiels. Nous avons mené ce type d'exercice avec EDF, après la crise du Québec, mais cela reste exceptionnel.

Enfin, il convient de posséder des capacités de réflexion stratégique en position de recul. Or ces capacités n'existent ni chez les dirigeants, ni dans les cellules, ni dans les ministères. C'est la raison pour laquelle les futures grandes crises vont se perdre par déficit de capacité de réflexion.

Il ne suffit pas de savoir envoyer les camions de pompiers du nord au sud, il faut également savoir se poser les bonnes questions : quel est le problème, avec qui convient-il de le traiter, quelle est ma nouvelle carte d'acteur, comment répondre à un problème qui vient du sud-est asiatique mais qui va se propager ailleurs, etc ?

Il ne s'agit pas de mettre en place d'énormes structures, mais de songer à doter les centres de décision de petits noyaux de réflexion, entraînés à se poser des questions, à éclairer les décideurs, à anticiper. On le fait en préparation aux crises – certes bien rarement – ; il s'agit aujourd'hui de développer significativement de telles capacités, et surtout une telle culture.

Ne disposant pas de ce type de structures, il est évident que pour prendre des signaux au sérieux, il faut vraiment que les intéressés soient forts !

Par ailleurs, la société civile doit être remise dans le cercle.

En France, nous gardons un vieux fond : en cas de situation grave, l'Etat commande et la population va « paniquer ». Il convient de nous libérer de ce schéma. Car si les réseaux rencontrent un problème, nous serons dans une situation très difficile à expertiser, pour laquelle l'Etat ne disposera pas de toutes les solutions, et s'il prétend qu'il les a toutes, cela va très mal se passer.

Vous trouverez dans le document que je vous ai remis, une « œuvre d'anthologie » que j'ai lue dans Le Monde, concernant la bataille du XVIIIème arrondissement de Paris : on y parle de petits miracles, de personnes qui se mobilisent sans attendre les consignes, de « bricolages », d'innovation, bref d'un véritable système D. Mais en France, nous n'aimons pas ce genre de choses.

Je me suis également amusé à vous relater, en bas de page du document, un passage de « *L'Appel du 17 juin* », livre de fiction d'André Costa ; je vous le lis : « *La hardiesse de l'opération combinée effarouchait quelque peu le maréchal Pétain, mais il était séduit par le dynamisme tranquille du général Hautecloque. Faisant du regard le tour de ses interlocuteurs, le vieux soldat soupira.*

– Si je comprends bien, vous aspirez à devenir les spécialistes du bricolage stratégique ?

Le général de Gaulle se redressa sur sa chaise.

– M. le Maréchal, il semblerait que ce style d'action ait été jusqu'à présent favorable à nos armes… Au reste, une victoire bricolée me paraît préférable à n'importe quelle défaite bien pensée ! ».

Ce que j'ai vu au Canada, au moment de la panne d'électricité, était fantastique : la maire d'une ville, qui se souvenait des paroles de sa grand-mère lui expliquant que les locomotives produisaient de l'électricité, a trouvé une locomotive ; comme sa génératrice était la plus puissante du Québec, eh bien elle n'a eu aucun problème ! Personne n'y avait pensé, mais ne demandez pas à un organisme centralisé de penser à tout !

Troisièmement, il est nécessaire de prendre des initiatives hardies. Le terrain à couvrir sera extrêmement large, n'essayons donc pas, comme nous le faisons en France, d'établir un plan magnifique, déclenché par une organisation. Apprenons en marchant ! Je plaide pour des initiatives hardies avec toutes les personnes qui le souhaitent.

Je vous cite l'exemple d'un retour d'expérience avec la société d'autoroute Escota, après une tempête de neige sur l'autoroute du Sud. Nous avons invité tous les acteurs intéressés, par voie de presse, à venir partager leur expérience au cours d'une réunion publique. Une centaine de personnes a participé à ce retour d'expérience ouvert. Ces gens de tous horizons ont à la fois relaté leur expérience et réfléchi à des réponses opérationnelles innovantes qu'aucun bureau n'aurait trouvées.

Autre exemple, l'anthrax. J'ai proposé à La Poste de réaliser un retour d'expérience international. Nous avons réuni les opérateurs postaux de 26 pays – y compris

les Américains –, ce qui nous a permis de mettre en place un dispositif souple et réactif pour pouvoir se saisir collectivement des signaux de dysfonctionnement le plus en amont possible, et bien sûr à l'échelle internationale.

Peu de temps après la conférence, nous recevions un mail de la poste américaine : « *this is not an exercice* »… Ils avaient encore un problème. Finalement, l'alerte a pu être rapportée après analyse approfondie de la situation, mais nous avons pu constater que l'information est passée immédiatement.

Enfin, le dernier point concerne la formation, la recherche à l'échelle internationale. Sachez simplement que nous avons pris beaucoup de retard et que ce sont les Néerlandais, les Suédois et les Américains qui mènent le jeu.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Pouvez-vous développer ce dernier point ?

M. Patrick LAGADEC : Une révolution culturelle doit s'engager. Actuellement, toutes les crises non conventionnelles, impensables, sont qualifiées de non scientifiques. Les futures élites sont formées à concevoir des problèmes « normaux » ; si vous voulez les faire participer à des exercices dans lesquels nous ajoutons des éléments de surprise, ils refusent ; c'est un problème d'identité. Il convient donc de les former à d'autres logiques, qui sont des logiques de grande surprise, non conventionnelle.

La canicule a surpris tout le monde, car la crise s'est aggravée en un jour, alors que les gestionnaires de crise sont habitués aux courbes linéaires. Si nous ne formons pas nos élites à réagir en cas de surprise, nous serons piégés. La Conférence des grandes écoles a donc pris pour thème « *Systèmes et risques* » en 2002, et la grande majorité des directeurs d'établissement ont été extrêmement intéressés. Mais pour l'instant, nous diffusons ces informations à dose homéopathique !

Le tout devrait être lié à des capacités de « retour d'expérience », mais en France, nous n'en faisons pas.

La mission d'information relative à la crise de la vache folle avait proposé que soit créé un Institut des hautes études de gestion des crises, afin d'apprendre à développer de l'information intelligente sur ce type de crise. Il serait nécessaire de faire travailler ensemble les autorités dirigeantes et les chercheurs, car actuellement il n'existe aucun lien ; je prends là mon exemple personnel, mais les seuls appels que nous recevons sont ceux de la presse. Pour le moment, il n'existe pas ce lien organique que l'on trouve aux Etats-Unis ; en France, il ne faut pas déranger.

Pourtant, il me semble indispensable de mettre en place des capacités de recul et d'intelligence stratégique, ce qui suppose quelque ouverture de systèmes.

M. le Président : Vous êtes directeur de recherche à l'Ecole Polytechnique, vous formez des élites ; leur passez-vous ce message et comment les préparez-vous à assurer, demain, leurs responsabilités, par exemple, comme directeur adjoint du cabinet du ministre de la santé ?

Votre réflexion, qui me semble très riche et très intéressante, est-elle liée à un certain nombre de crises que nous avons connues en France, notamment dans le domaine de la santé ?

Par ailleurs, avez-vous déjà été sollicité pour pouvoir éclairer une gestion de crise ou plutôt pour mener un « retour sur expérience », puisque vous nous dites ne jamais être contacté lors d'une crise ? Enfin, comment êtes-vous sollicité par les différents ministères concernés ?

M. Patrick LAGADEC : Vous devez vraiment comprendre qu'il s'agit d'un sujet qui n'existe pas « scientifiquement » (quelques enseignements seulement, à l'Ecole des Mines de Paris, mais pas à l'Ecole polytechnique ni à l'ENA) et qui entraîne un malaise considérable. Je suis sollicité par accident, d'une manière éphémère, et par ceux qui ne sont pas tétanisés par l'affaire. J'essaie donc d'aller partout où cela est possible, en France comme à l'étranger.

L'expérience la plus intéressante que j'ai eue concernait les lancements d'Ariane 5, après le premier vol. J'y suis donc allé pour deux lancements, mais j'avais auparavant demandé que les personnes concernées s'entraînent sur des scénarios difficiles, avec tous les dirigeants. Cela s'est extrêmement bien passé et ce fut très instructif.

Il y a bien d'autres expériences et avancées, mais, globalement, c'est encore très embryonnaire. Il s'agit encore d'un sujet difficile.

M. le Rapporteur : Je vous remercie de votre exposé qui en dit long sur un certain nombre de faiblesses qui me paraissent spécifiquement françaises.

Ma première question concerne la réactivité ou la non réactivité des grandes institutions : à l'intérieur de l'Etat, se trouvent d'énormes machines administratives. En ce qui concerne la santé, nous avons la DGS, la direction des hôpitaux ainsi que l'AP-HP. Les CHU sont de petites structures comparées à l'AP-HP. Or dans la crise de la canicule, quoi qu'en disent les responsables de l'AP-HP, les dégâts ont été plus importants à Paris. Quel est votre sentiment à ce sujet ?

Dans ce type de crise, liée à la fois au climat et à la santé publique, vaut-il mieux obtenir des réponses de la part des institutions centralisées ou des structures décentralisées ?

Enfin, il a été question, lors de précédentes auditions, de modèles applicables selon les situations, modèles essentiellement défendus par des épidémiologistes. Pensez-vous que cette culture du modèle, liée à une approche statistique, permette de bien appréhender ces questions de santé ?

M. Patrick LAGADEC : Certaines grandes institutions réagissent bien. Je reprends l'affaire du Québec que nous sommes allés étudier, avec EDF, après la grande tempête. Qu'avons-nous rapporté de cette étude ?

Premièrement, la capacité à comprendre instantanément que l'on joue à autre chose : il convenait non seulement d'intervenir sur des pannes, mais également de reconstruire un réseau en urgence.

Deuxièmement, il fallait vider l'Amérique du nord de tous ses moyens.

Troisièmement, il fallait demander aux Etats-Unis de venir aider le Québec alors que jusqu'ici, c'était le Québec qui aidait les Etats-Unis ; ce qui est certes difficile d'un point de vue culturel. Par ailleurs, il fallait convaincre, dans l'entreprise, que des heures supplémentaires allaient être payées aux Américains ; toute la stratégie logistique devait être repensée, en demandant aux Américains de demander aux Russes des Antonov pour transporter des pylônes, par exemple. Il fallait tout réinventer sur tous les tableaux.

Le Président était entouré d'une équipe qui reformulait, tous les jours, 33 priorités à partir de l'évolution de la situation. Et avec des stratégies fortes. Par exemple, on voulait éviter une évacuation générale du Québec, il fallait donc laisser 50 % de la puissance partout. Par ailleurs, il fallait protéger Montréal, il n'était pas question de la laisser sans électricité, ce qui s'est produit, mais pas longtemps. Ensuite, il fallait reconstruire.

Ce sont des logiques fortes qui sont données au plus haut niveau. Mais en même temps, il convient de laisser une grande flexibilité à l'écoute du terrain et à la remontée d'informations.

J'assiste en permanence à des colloques sur le thème « *la centralisation française est-elle mieux que la décentralisation allemande* ? », etc. Or la bonne question est la suivante : existe-t-il, quels que soient le modèle et niveau, des capacités de prises d'initiatives, d'intervention sur le terrain, de créativité forte avec les autres partenaires concernés ?

Ou bien l'on est paralysé par la situation, et il ne reste plus qu'à attendre. Ou bien l'on est stimulé par la situation et l'on cherche avec qui l'on peut innover, puisqu'on n'a pas la réponse. Ce qui est important, c'est que tous ces grands organismes ne subissent pas une anesthésie immédiate qui fait qu'ils ne se mobiliseront qu'après la crise.

Demain, en cas de très grand froid, qu'allons-nous faire ? Nous savons que la direction de la santé doit travailler avec Météo France. Certes, mais moins 20 degrés sur la France pendant 15 jours, ce n'est plus simplement une question de santé publique ; c'est l'appareil industriel de la France qui est sérieusement affecté ! Alors, avec qui travailler ? Le rapprochement Météo France et DGS ne sera pas suffisant.

Il convient d'être capable, pour chaque événement qui sort du cadre, de reconfigurer sa carte d'acteur ; de réunir un groupe de réflexion stratégique – chaque membre appellera ses contacts dans le monde – qui, en deux heures, va établir la liste des gaffes majeures à éviter et des points auxquels on risque de ne pas penser, des initiatives fortes envisageables et à étudier, etc.

En ce qui concerne les modèles, je vous répondrai que nous en avons aussi besoin, mais qu'il faut les deux. Un modèle est très utile s'il est adapté à la crise, mais sinon, il faut savoir générer du questionnement.

On l'a vu avec la catastrophe d'AZF, par exemple. Le modèle de référence était solide et compétent : les secours vont chercher les blessés, la régulation médicale est activée, l'hôpital accueille les blessés. Le 21 septembre, surprise : les blessés arrivent par vague dans les hôpitaux au moment où les secours arrivent sur le site, l'hôpital doit faire face à ses propres victimes du fait de l'explosion, et la question de la tenue des bâtiments eux-mêmes est posée.

Tout cela pour vous dire que l'on ne peut pas bâtir de modèles pour toutes les situations. Nous devons avoir la capacité de nous poser les bonnes questions pour retrouver l'équilibre le plus rapidement possible. Il s'agit là du problème de l'avenir.

M. Pierre HELLIER : Votre exposé est très intéressant. Mais comment allons-nous pouvoir repérer les signaux d'alerte parmi le grand nombre que l'on reçoit en permanence ?

Vous nous dites, finalement, qu'il convient de stimuler les initiatives et d'être stimulés par la crise, car cette crise, nous ne la connaissons pas. Lorsqu'elle est connue, elle est analysée et les mesures qui s'imposent sont prises. Les pays modernes sont donc habitués à être assistés, alors qu'ils doivent être capables de réagir.

M. Edouard LANDRAIN : Comme M. Hellier, je suis très séduit par le côté intellectuel de vos propos, M. Lagadec.

Supposons que nous ayons conçu le système de crise dont vous parlez, à partir de quel moment pourrions-nous inverser les schémas ? Nous n'avons pas de Giuliani, mais nous avons des personnes compétentes ; sur quels capteurs auraient-elles pu se fonder ? Dans quelles conditions les capteurs, qui se situent à des niveaux décentralisés, pourraient-ils remonter vers la décision, qui ne peut être prise qu'à l'échelon national ? Autrement dit, dans la crise de la canicule, pensez-vous que l'inversion des schémas aurait pu avoir lieu en allant consulter le plus rapidement possible les meilleurs Américains ? Avez-vous cherché, sur Internet, si cela aurait été possible ?

Il serait intéressant que vous nous disiez comment la crise aurait pu être gérée.

M. Serge BLISKO : Pourquoi dites-vous qu'il existe de plus en plus d'événements qui se produisent en dehors du cadre normal ? Vous appuyez-vous sur des statistiques ou sur une intuition ou une analyse liée à la globalité, à ces grands réseaux ?

Par ailleurs, je comprends bien ce que vous dites, M. Lagadec, mais avec les milliers de signaux qui nous arrivent, n'allons-nous pas nous laisser envahir ? Existe-t-il une méthode pour déterminer ceux qui sont importants ?

M. Jean-Marie ROLLAND : Je souhaitais vous demander votre avis sur le traitement de la crise du SRAS et de celle de la canicule. Mais j'aimerais aller plus loin en vous demandant si notre spécificité française n'est pas le syndrome de Pierre et le loup : le jour où le loup est vraiment là, personne ne vient.

S'agissant des inondations par exemple, dans mon département qui compte de nombreuses rivières, les maires me racontent que si, très souvent, l'alerte est donnée, elle n'est jamais levée. Ils se retrouvent donc en bout de chaîne, avec très peu de moyens.

Trois crises – décembre 1999, AZF à Toulouse et le SRAS – ont été relativement bien traitées, parce qu'elles n'ont pas eu lieu au mois d'août. Je suis en fait hanté par l'idée que la crise est plus grave si nous nous trouvons dans un état de non veille, comme cet été, même si la canicule a toutes les chances d'arriver au mois d'août !

M. Patrick LAGADEC : Comment peut-on déterminer les vrais signaux d'alerte ? J'ai l'habitude, avec certaines personnes, de me poser des questions « hors cadre » ; à chaque fois que je perçois des signaux qui semblent sortir du conventionnel, je les appelle et leur demande ce qui leur vient à l'esprit. Et nous sommes libres de nous dire : « *Ça je ne le sens pas* » ou « *j'ai déjà vu cela 10 fois, c'est un faux problème* ». Je leur demande aussi quelles sont les gaffes à éviter absolument, afin de ne pas se tromper définitivement.

Les Etats-Unis ont développé un système – j'ai trouvé cela sur Internet, sur le site de la sécurité civile américaine –, dans lequel ils demandent à chaque famille d'organiser une gestion de crise. Non seulement cela est très bien fait, mais cela a le mérite de responsabiliser la population.

Alors comment reconnaître les bons signaux ? Evidemment, ce ne sont plus les forces allemandes qui traversent la frontière et qui arrivent à la Marne ! Il s'agira de faisceaux de micro événements provenant d'un certain nombre de personnes qui « sentent que quelque chose se passe ».

Un consultant me racontait que dans une chaîne de grands magasins, une réunion était tenue tous les 15 jours avec le président et l'ensemble des directeurs. La première question posée était la suivante : « Q*ue ressentez-vous* ? » Le ressenti est un signal plus rapide qu'une note tamponnée. Si un directeur ou plusieurs directeurs soulevaient un point de convergence de signaux faibles, on sensibilisait tous les directeurs des magasins sur ce point, et l'observation se faisait plus attentive.

Si chacun perçoit que cette attitude est légitime, que cela est perçu comme intelligent, si en plus on sent que cela intéresse les responsables et que l'on peut leur donner l'information, cela change tout. Alors, au lieu de laisser de petits clignotants s'allumer un peu partout en France, il y a peut-être moyen de rassembler cette intelligence collective.

Vous me demandez sur quoi nous nous fondons pour dire que certains événements sont anormaux. J'ai réalisé le « retour d'expérience » sur le blocage de Roissy, les 4 et 5 janvier 2003 ; il s'agissait réellement d'un hub mondial qui se trouvait pris par un faisceau de problèmes nouveaux. Nous avons maintenant affaire à une complexification que l'on ne connaissait pas auparavant, quand chaque élément était isolé. Aujourd'hui, tout va à une vitesse extraordinaire, le SRAS, qui voyage en avion, peut être chez nous en quelques heures.

Dans tous les secteurs, nous avons désormais affaire à des enchevêtrements de réseaux interdépendants. Clairement, une simple affection locale a vocation désormais à devenir problème généralisé. Cela oblige à de nouvelles approches de sécurité et de gestion de crise. On l'a bien vu, par exemple, dans la crise de l'anthrax.

Mais il faut introduire ici un paramètre bien handicapant, même dans les milieux les mieux préparés. Nombre de responsables sont sous des contraintes de travail

extrêmement fortes. Comment demander à qui travaille plus de 70 heures par semaine de garder une vigilance aiguisée sur des signaux non conventionnels ?

Vous me dites que si l'on crie au loup trop souvent, plus personne ne réagira. Pour l'heure, il y a souvent de la marge.

Pour ne pas verser dans la paralysie par suite d'alertes inutiles en trop grand nombre, il faut développer cette culture du signal qui ne soit pas ou tout ou rien.

Le retour d'expérience permet d'affiner peu à peu les dispositifs et logiques d'action.

Mais il faut bien mesurer que nos systèmes complexes vont générer des moyens de crises plus nombreux et plus surprenants que par le passé. Ce qui appelle, une fois encore, un changement de niveau dans nos préparations.

Cela va exiger des cultures intellectuelles nouvelles ; des cultures relationnelles nouvelles également : une écoute du terrain, certes peu spontanée dans un pays comme la France, encore pétri de références royales.

J'ai également noté, lorsque vous m'avez demandé comment éviter de « crier au loup », les chiffres suivants : des spécialistes avaient évoqué le spectre de millions de morts dues à l'ESB, finalement il y en a eu 200 en Grande-Bretagne et 5 ou 6 en France ; pour la canicule, on a commencé avec 14 morts, or il y en a eu plus de 14 000 ! Il n'existe pas de solution simple.

M. le Rapporteur : S'agissant du rôle des médias, cet été, dans l'affaire de la canicule, vous avez évoqué l'émission « *Complément d'enquête* » ; certains d'entre nous ont trouvé cette émission intéressante, même s'il me semble qu'on pourrait contester la méthode.

Par ailleurs, nous avons auditionné des responsables, des directeurs, mais au mois d'août c'étaient les adjoints qui étaient sur le terrain. Nous nous sommes demandé s'il n'existait pas une psychologie particulière de l'adjoint modèle qui a des responsabilités mais qui pense qu'il n'aura pas à les exercer, et qui a également pour rôle de protéger son patron et faire en sorte qu'on ne le dérange pas. Cela ne nuit-il pas un peu à l'efficacité de notre système ?

M. le Président : Sans oublier le rapport entre adjoints et patron en présence du patron ; cette culture « *on n'alerte pas* » peut jouer, à l'égard de l'ensemble de la société, mais également à l'égard du patron.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Il ne s'agit pas seulement des responsables nationaux ; quels moyens nous donnons-nous pour entendre les personnes qui ont vécu la crise sur le terrain : les infirmières, les aides-soignantes, les responsables des maisons de retraite ?

Il est intéressant de savoir qu'à Besançon, dès le 15 juin, il y avait eu 3 morts et que les responsables des maisons de retraite, dans mon secteur, refroidissaient les personnes âgées depuis le mois de juin !

Lorsqu'on vous écoute, M. Lagadec, l'on se rend compte qu'il s'agit non pas d'un problème de taille de la structure, mais de culture ; l'enjeu est d'avoir une culture de questionnement.

M. Patrick LAGADEC : S'agissant des médias, un point en général attire mon attention : quand les médias ne veulent pas relayer une information que je juge inquiétante, c'est qu'elle est vraiment très très inquiétante ! Et j'ai pu le constater systématiquement.

La question des médias est toujours au centre de la question des crises. Je ne reviendrai pas sur toutes les connaissances acquises. Je m'en tiendrai ici à 3 points.

Premièrement, les médias sont un chaînon essentiel dans l'information, le relais de l'alerte. Un piège peu examiné car fort rare tient à ce qu'il est parfois difficile de faire comprendre, à cet acteur aussi, qu'il se passe quelque chose.

Le Pr. Carli a essayé de faire passer un message qui, semble-t-il, n'intéressait personne. C'est un vrai problème.

Deuxièmement, plus fondamentalement, il serait intéressant de travailler avec les médias, en simulation, en surprise. Pour le moment, je n'ai pu progresser sur ce terrain.

Par construction, lorsqu'il y a crise sévère, la clé de voûte d'une institution a un rôle crucial. Or, il va falloir piloter hors cadrage habituel, ce qui explique pourquoi il serait si important que ces dirigeants s'impliquent effectivement dans des préparations exigeantes. Cela dit, l'adjoint doit aussi être entraîné – avec son patron – à ces situations hors-cadre.

Il faut mettre en place toute une culture des équipes de direction. Bien entendu, si c'est la guérilla permanente, quand la crise arrive, c'est l'éclatement !

Je m'interroge en permanence sur les initiatives que l'on peut prendre aujourd'hui, un peu comme nous l'avons fait avec Escota. Cela suppose d'autres approches du débat public. Dans le cas que je cite, j'avais demandé qu'il n'y ait pas de tribune ni de plan de table ; je ne voulais pas qu'une personne puisse dire : « *De l'endroit où je suis et avec mon expertise, je sais déjà quelles questions intelligentes vous allez me poser, celles que vous n'allez pas me poser et quelles réponses je vais vous donner* ».

Au contraire, il faut redistribuer de l'intelligence, de la responsabilité et de l'information. Nous allons avoir affaire, de plus en plus, à des événements qui seront hors de portée d'une expertise définitive ; comme cela a été dit sur l'ESB, « la science biologique est incapable de vous prouver qu'un problème n'existe pas ». Cela appelle donc, bien plus que des « démonstrations », des compétences nouvelles, des logiques innovantes en termes de démarche collective.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : M. Lagadec, j'ai été membre de la mission d'information du mois de septembre, et j'ai été surprise par le « corporatisme » : certaines personnes se sont protégées prétextant qu'elles n'avaient pas eu l'information, mais

d’autres ont prétendu n’avoir pas pu agir parce qu’elles manquaient de moyens et que personne ne les avait écoutées.

Comment, dans votre changement de culture, traiter les corporatismes que l’on rencontre à tous les niveaux, national et local ?

M. Patrick LAGADEC : Cette réaction est normale, c’est tout de suite la guerre, avec les lignes de démarcation et donc du corporatisme. L’enjeu est de mettre de l’énergie positive dans ces systèmes le plus rapidement possible, afin d’abaisser le niveau d’angoisse, donc de protections nécessaires.

Mon leitmotiv est de type : que pourriez-vous faire, avec quelqu’un d’autre, d’intelligent ? Toulouse a été confrontée à une crise grave. Demain, Milan est confrontée au même problème ; qu’est-ce que Toulouse peut lui apporter ?

En d’autres termes, mobiliser l’énergie sur quelque chose de créatif que l’on peut faire ensemble – que personne ne peut faire tout seul – sur un objectif positif. Essayons de sortir des cadres normaux qu’impose la crise – et notamment de la division. Certaines personnes prennent leur responsabilité et essaient de se rassembler sur des terrains positifs ; ce n’est pas simple, certes. Mais c’est bien dans cette direction que l’on peut s’efforcer de progresser, d’aider les organisations en visant à y insuffler de l’énergie positive.

A l’évidence, nous n’avons pas de temps à perdre sur ce chantier. Les crises émergentes, qui nous surprennent et nous tétanisent, elles, n’attendront pas. Cet été il s’agissait juste d’un coup de chaleur.

M. le Président : M. Lagadec, je vous remercie de la richesse de vos propos. J’en retiens que la question de la gestion de crise doit être un questionnement permanent – un management institutionnel et une organisation institutionnelle sont totalement insuffisants. Cela ne va pas faciliter nos conclusions – nous avons l’habitude de formuler des conclusions très concrètes ! Mais vous nous avez apporté un certain nombre de questions, à défaut de nous avoir apporté des réponses !

Audition du Professeur Pierre CARLI,
chef de service au SAMU de Paris

(Extrait du procès-verbal de la séance du 9 décembre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

M. Pierre CARLI est introduit.

M. Maxime GREMETZ : M. le Président, je tiens à soulever, en préalable des auditions d'aujourd'hui, la question de l'audition de M. le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales. Il était convenu que nous l'auditionnions et cela ne semble plus devoir être le cas.

Cela me paraît d'autant plus regrettable que nous avions déploré ne pas avoir pu l'auditionner au cours des travaux de la mission d'information. Je constate d'ailleurs que nous auditionnons les mêmes personnes que lors des travaux de la mission. Cela ne sert à rien. Nous avions dit que celui qui a la clé du problème est M. Sarkozy et nous ne l'entendons pas. Allons-nous l'entendre ? Cela me semble important pour sortir du débat sur la responsabilité des administrations et aborder la question des responsabilités politiques. Nos auditions, pour le moment, sont répétitives.

M. le Président : Si j'ai bien compris, M. Carli, il ne vous faudra pas vous répéter.

M. Maxime GREMETZ : Si, au contraire, car ce qu'il nous a dit devant la mission d'information était très intéressant.

M. le Président : Tout d'abord, M. Gremetz, je vous laisse l'appréciation selon laquelle M. Sarkozy serait le principal responsable concerné par les événements d'août 2003. Il s'agit là de votre appréciation personnelle. D'autre part, lors de la réunion du Bureau qui s'est tenue il y a quinze jours et à laquelle vous étiez convié, il n'y avait que le Rapporteur et moi-même ! Nous avons programmé un certain nombre d'auditions, dont celle de M. Sarkozy, le 17 décembre.

Je conduis ces travaux en manifestant le désir, en votre nom à tous, d'auditionner un certain nombre de personnes. J'essaie aussi, dans la mesure du possible, de tenir compte de leurs contraintes. J'aurais souhaité que M. Sarkozy soit auditionné plus tôt. Il ne le pouvait pas, car il doit défendre plusieurs projets de loi, dont un aujourd'hui même dans l'hémicycle.

Il sera donc auditionné le 17 décembre, comme je l'avais indiqué aux membres de la commission au cours d'une séance précédente. Vous recevrez la convocation en temps utiles.

M. le Rapporteur : M. Gremetz, vous êtes secrétaire du Bureau de la commission. Suite à la réunion de l'autre jour, à laquelle vous n'étiez pas présent il est vrai, un compte rendu actant le principe de la venue du ministre de l'intérieur devant notre commission a été envoyé à tous les membres du Bureau. Il n'y a donc pas lieu de faire un incident de séance.

M. Maxime GREMETZ : Non, je vous dis que non.

M. le Rapporteur : Vous êtes membre du Bureau, vous n'aviez qu'à venir. Il est inutile de faire des incidents sur rien.

Quant aux auditions qui auraient déjà eu lieu devant la mission d'information, je voudrais préciser que nous sommes le 9 décembre 2003 et que plus de deux mois se sont écoulés depuis la fin des travaux de la mission d'information. Des informations nouvelles existent et il n'est donc pas inutile de réentendre certaines personnes. L'information évolue M. Gremetz, elle n'est pas statique.

M. Pierre HELLIER : Pour ma part, je n'étais pas membre de la mission d'information et nos auditions me sont donc utiles.

M. le Président : Je répète que je suis disposé à organiser les travaux de la commission en tenant compte des avis des uns et des autres et en souhaitant que ceux qui exercent des responsabilités les assument totalement. Le Bureau s'est réuni pour examiner le calendrier de nos auditions. Je suis prêt à le reconvoquer si nécessaire.

Ceci étant dit, mes chers collègues, nous entamons aujourd'hui nos auditions, en accueillant le Pr. Carli. Monsieur, je vous souhaite la bienvenue.

Vous avez été auditionné par la mission d'information sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule le 16 septembre dernier, mais il nous a semblé intéressant de vous entendre à nouveau, car votre conduite pendant la crise a été, de l'avis de tous, exemplaire, et nous voulons prendre plus de temps pour revenir sur les événements tels que vous les avez vécus. Je veux évoquer bien sûr votre mobilisation, dès les premiers jours du mois d'août, mais aussi – et il faut bien dire que cette qualité n'a pas été très partagée – de votre capacité d'anticipation et de questionnement – vous avez recherché des explications, dans la bibliographie, sur ces événements anormaux –, selon le terme employé la semaine dernière par M. Patrick Lagadec, lors de son audition. Vous l'avez fait alors que d'autres responsables ne s'étaient pas posé de questions, car ils n'avaient reçu aucune information.

Vous avez déclaré que votre prise de conscience que « *quelque chose d'anormal se passait* » était intervenue le 7 août. Vous avez eu des contacts avec l'AP-HP, puis à nouveau le lendemain, qui ont pu aboutir à la mise en œuvre d'une procédure de « *type plan blanc* », par M. Deroubaix.

Vous avez aussi indiqué que vous aviez, dès ce même vendredi, fait des recherches sur Internet et consulté toute la littérature pour mieux connaître les effets d'une telle vague de chaleur. Vous avez, dans les jours suivants, cherché à joindre les maisons de retraite et fait montre, là encore, d'esprit d'initiative en appelant la DDASS, ce qui sortait sans doute de votre compétence stricte, mais visait à établir des réseaux d'information qui ont, par ailleurs, fait si cruellement défaut. Il serait intéressant que vous nous disiez si vous

avez appelé d'autres responsables, notamment ceux de la DGS, de l'INVS, à qui incombe une mission d'information et, éventuellement, de déclenchement d'une alerte.

Sans doute tirez-vous de toute cette expérience des leçons pour l'avenir. Vous pourrez également nous donner votre appréciation des réformes en cours, notamment celle prévue par le préfet de police qui nous a expliqué, par exemple, qu'il mettait en place un dispositif sur la zone de défense, et celles de l'InVS ou la DGS.

M. le Président lui rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête lui ont été communiquées. A l'invitation du Président, M. Carli prête serment.

M. Pierre CARLI : Je vous présenterai une chronologie des faits, dans laquelle je vous expliquerai en quoi le SAMU était impliqué et quels sont les points que nous avons pu constater.

Je dresserai ensuite un très bref constat, et, enfin, je vous donnerai quelques pistes de propositions. Car, comme vous l'a dit M. Gremetz, c'est un sujet sur lequel j'ai déjà été interrogé. Ceci étant, cette situation présente un avantage : j'ai pu réfléchir et apporter des documents afin de répondre à certaines questions pour lesquelles je n'étais pas tout à fait prêt devant la mission d'information.

Durant toute cette période, j'assure un travail médical dans mon service, au sens clinique du terme, car je suis médecin et chef de service ; j'exerce donc une activité de soins.

Le lundi 4 août, je suis de garde et, le plus souvent, en intervention. Je suis donc en première ligne toute la semaine, et c'est la raison pour laquelle je suis personnellement impliqué. J'ai vécu cette période comme praticien et chef de service, ce qui donne à mon témoignage un aspect « très terrain » ; je vous prie donc de m'en excuser. J'évoquerai les choses telles que je les ai vécues.

Le mardi 5 août, se tient à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris une réunion – nous en tenons une, tous les étés, depuis 10 ans, tous les 15 jours sur le thème : « *comment se porte l'hôpital l'été* ». Nous constatons alors que les établissements manquent de lits, ce qui nous semble étrange, car nous ne sommes que le 5 août.

Dans les jours qui suivent, nous voyons apparaître un certain nombre de patients que nous n'avons pas l'habitude de voir à Paris. Le 7 août, au cours d'une intervention – un accident dans une piscine –, je croise l'un de mes collègues qui me dit être intervenu à la gare Montparnasse pour une jeune personne qui présentait une température de 43 degrés ; ce sera d'ailleurs l'une des premières victimes de la canicule. Je réalise ainsi qu'il existe un problème de chaleur, auquel s'ajoutent plusieurs choses anormales, des patients « *anormaux* » et un problème de lits.

C'est la raison pour laquelle, le jeudi 7 août, je prends contact avec certains collègues et la direction de l'Assistance publique. Je ne pense pas encore que la canicule est en train de sévir, je suis simplement inquiet car le week-end approche ; or il constitue traditionnellement une période à risque pour les hôpitaux.

C’est la raison pour laquelle, le vendredi matin, j’évalue la situation. Et je constate, grâce aux sources informatiques du SAMU, que les appels provenant de personnes âgées augmentent. Ce n’est pas encore très visible le vendredi matin, car le nombre d’appels d’urgence augmente peu ; ce sont ceux qui proviennent des personnes âgées qui croissent de manière sensible. Ceci attire très clairement mon attention et je me pose la question de leur prise en charge.

Ce vendredi matin, je rentre en contact avec mon collègue Patrick Pelloux qui établit le même constat. Cela nous amène à contacter l’Assistance publique, assez tôt dans la matinée ; j’appelle M. Deroubaix, représentant de l’administration, et je lui fais part de mes interrogations, et notamment de l’évolution de la situation depuis le jeudi.

Dès ce vendredi, nous réussissons donc à établir un dispositif spécial, grâce à une note – je vous l’ai apportée, mais l’AP-HP a dû vous la donner –, qui dit clairement que quelque que chose se passe, on ne sait pas encore bien quoi, mais qu’il convient de rouvrir des lits de réanimation avec une activité orientée en soins continus pour les personnes âgées souffrant d’hyperthermie.

Cette note – à la rédaction de laquelle j’ai participé – est datée du 8 août et a été envoyée, dès 12 heures 26, à la direction générale de la santé, à la DHOS et à l’ensemble des hôpitaux. J’ai donc participé à la mise en alerte de l’Assistance publique pour accepter des patients en plus grand nombre que d’habitude.

M. le Président : Les mesures préconisées par cette note, de « *type plan blanc* », ont-elles été réellement mises en œuvre ?

M. Pierre CARLI : Ma vision est une vision SAMU, c’est-à-dire que je suis en contact téléphonique avec les hôpitaux. Je constate que nous n’avons pas de difficulté pour trouver des lits d’hospitalisation cet après-midi là. Le système n’est pas encore saturé pour nous, ce qui veut dire que les hôpitaux se sont organisés, car en début de semaine, il y avait très peu de places.

M. le Président : Nous reviendrons sur cette question, car les témoignages de M. Pelloux et des pompiers sont un peu différents.

M. Pierre CARLI : Je vous donnerai des précisions, car il y a différents types de malades et d’établissements. Il est donc tout à fait possible que la situation ne soit pas totalement homogène.

C’est donc ce vendredi 8 août après-midi que nous commençons à nous intéresser à ce sujet. J’essaie de comprendre ce qui se passe, et, honnêtement, le coup de chaleur de la personne âgée en ville n’est pas un sujet que j’avais déjà rencontré. Je suis pourtant professeur d’anesthésie-réanimation, je pratique la médecine d’urgence et la médecine de catastrophe, mais « *le coup de chaleur* » n’est pas un sujet classique pour moi. J’en avais une vague notion, je savais que cela était déjà arrivé aux Etats-Unis et dans d’autres villes, mais cela n’est pas enseigné couramment à Paris.

Par conséquent, le vendredi après-midi, j’utilise les moyens qui sont à ma disposition : le recours bibliographique – sur Internet –, l’analyse de la situation, et je vais éditer un certain nombre d’articles. Je commence ainsi à découvrir ce sujet. Au cours de cet

après-midi, des mesures d'organisation sont à prendre ; je vais donc étudier cette bibliographie dans la soirée du vendredi 8 août.

Mon objectif n'était pas de donner l'alerte, mais d'adapter les soins ; le nombre de personnes âgées souffrant de ces symptômes avait encore augmenté durant la journée. La première mesure que l'on doit prendre, en médecine de catastrophe, est de standardiser les soins. Tout le monde souffre de la même chose ; il convient donc, très vite, de déterminer la bonne façon de prendre les patients en charge afin que tous les médecins travaillent avec le même type de protocole, ce qui évite une perte de temps avec des examens inutiles.

Toujours le vendredi, la DGS prend contact avec le SAMU pour faire un point sur la situation. La réponse qui est donnée est que le SAMU est sollicité, tout comme les hôpitaux, mais que, pour l'instant, il fait face. J'ai bien peur que cet échange ait été mal interprété, car s'il est vrai que l'on faisait face, nous étions tout de même dans une situation exceptionnelle, comme l'indiquait la note de M. Deroubaix. Nous ne nous trouvions pas dans la situation d'un vendredi d'août habituel. Nous faisions face à une activité anormale.

Pour résumer cette journée du vendredi 8 août, je dirais que la pression monte, que nous commençons à comprendre ce qui se passe, que nous recueillons les informations scientifiques nous permettant d'ébaucher les protocoles de prise en charge.

Pour vous donner une idée de l'ambiance, je vous ai apporté un document – destiné à l'ensemble des médecins –, réalisé le 8 août par l'un des mes collaborateurs et moi-même, que nous avons appelé : « *Quelques conseils pour la prise en charge des patients souffrant d'hyperthermie d'origine climatique* ». Vous trouverez également, à la suite, le protocole qui a été rédigé de manière un peu plus directive et qui est celui que nous allons appliquer tout au long des événements.

Le samedi 9 août, je suis à nouveau de garde. Dans la matinée, la première initiative que je prends est de me mettre d'accord avec les pompiers de Paris en ce qui concerne la prise en charge des patients. Je leur demande si, comme nous, ils ont bien mis en place des protocoles de réfrigération pour les victimes d'hyperthermie, élément majeur de prise en charge et de pronostic selon la littérature scientifique. Nous nous mettons d'accord très rapidement sur la question ; il n'y a eu aucun problème de dysfonctionnement ou d'incompréhension entre nous. Tous les véhicules de secours des pompiers ont été équipés de glace.

Dans cette même matinée, je téléphone à des responsables de Météo France pour savoir, d'une part, si les indices météo que j'ai trouvés dans les articles américains existent en France et, d'autre part, si nous sommes en danger. Leur réponse est claire : la vague de chaleur va durer et s'amplifier. Ils me disent très clairement que cela peut se passer mal.

Je leur demande s'ils savent calculer le *heat index* qui était, à Chicago, le facteur pronostic. Ils me répondent que non, mais qu'on pourrait le faire car les données existent ; il s'agit donc d'une information qu'ils pourront me fournir.

Durant cette journée de samedi, nous constatons une augmentation des interventions et, tout au long de ma garde, je constate que la situation s'accélère. J'avais reçu des consignes très claires de l'Assistance publique le vendredi 8 août, par M. Deroubaix et la directrice générale : si, pendant le week-end, la situation ne s'améliorait pas ou s'aggravait, j'avais ordre de les prévenir – j'avais leurs numéros personnels – et de tirer les conclusions qui s'imposaient.

C'est ce que je vais faire le dimanche matin, après 24 heures de garde. Le nombre de patients a augmenté et nous avons alors vu apparaître, de manière très claire, le public cible de cette épidémie – et j'emploie le terme « *épidémie* » à dessein – : les personnes âgées, en maison de retraite ou isolées à leur domicile.

Dans la nuit du samedi au dimanche, plusieurs équipes du SAMU interviennent dans les maisons de retraite ; non seulement elles soignent les patients qui convulsent, mais elles donnent également des consignes au personnel pour tous les autres – afin de favoriser le refroidissement, etc. Nous essayons donc d'avoir une action de terrain.

J'ai trouvé une main-courante rédigée par l'un de mes collaborateurs le dimanche matin, qui fait état des coups de téléphone que nous avons passés, notamment à la DDASS de Paris, pour savoir comment nous pouvions aider les personnels des maisons de retraite, et à la mairie de Paris. Les responsables de garde à la mairie, qui nous ont rappelés, se sont mis immédiatement à notre disposition et ont décidé, eux aussi, d'analyser la situation afin de faire avancer les choses. Je n'ai donc aucune plainte à formuler sur la bonne volonté et l'implication de toutes les personnes que j'ai contactées.

Pendant cette matinée, j'établis la liste des patients hospitalisés à l'Assistance publique par les SAMU et les SMUR, ceux qui se présentent aux services des urgences et je vois alors très clairement que l'on a affaire à un phénomène totalement inhabituel.

Tout ce que nous avons commencé à identifier le vendredi et le samedi se réalise avec une acuité qui me paraît fort dangereuse le dimanche matin. Je n'hésite donc pas, encore une fois, à rappeler la directrice générale de l'Assistance publique, à qui j'expose la situation. Elle comprend immédiatement la gravité de ce qui est en train de se passer et décide de rentrer de vacances. Elle arrive en début de soirée.

Nous allons alors tous les deux visiter plusieurs hôpitaux, dont la situation illustre bien le phénomène – l'hôpital Georges Pompidou, l'hôpital Cochin, la Pitié Salpêtrière –, et nous voyons le personnel médical en train de se battre. Tout le monde est à son poste, trouve des idées, prend en charge les patients. Nous sommes vraiment frappés par la mobilisation de terrain : les aides-soignantes vont chercher des glaçons, les surveillantes inventent des dispositifs de réfrigération, les personnels échangent les informations. Au cours de cette soirée du dimanche, je mesure que les hôpitaux sont très mobilisés.

Je réalise cependant, dès l'après-midi de dimanche, que cette épidémie ne va pas s'arrêter comme cela et qu'il est nécessaire que nous montions en puissance dès le lundi. Je formule alors une demande très claire : réunir le lundi matin toutes les personnes qui peuvent nous aider dans ce contexte. Une réunion est organisée à 10 heures à l'Assistance publique, avec tous les intervenants.

Je reviens sur ce week-end pour vous dire que la pression augmente et que les équipes commencent à fatiguer. Moi-même, je suis de garde le samedi, mais je ne rentre pas chez moi le dimanche ; je suis jusqu'à 2 heures du matin dans les hôpitaux. Beaucoup d'équipes font de même. Le dispositif est normal, toutes les équipes sont au complet, mais la pression et les plages de travail augmentent, car il n'est pas question de laisser les patients.

Ce même dimanche, je contacte également les responsables de la zone de défense pour leur demander s'ils sont disponibles pour venir parler avec nous le lundi matin, les événements me paraissant dépasser le cadre de la médecine. En l'occurrence, des bruits couraient déjà selon lesquels des personnes étaient décédées en ville, ce que le SAMU, qui ne prend pas en charge les morts, ne pouvait vérifier.

Nous sommes donc tous convaincus que nous devons, dès le lundi matin, nous organiser ; ce que nous avions prévu, et qui nous paraissait déjà exceptionnel pour un week-end du mois d'août, est en train de se révéler totalement insuffisant. Et Météo France confirme nos craintes en nous apprenant que la chaleur va continuer à augmenter pendant deux jours.

Pour vous donner une idée de notre compréhension, je vous ai apporté la copie papier d'un fichier *power point* qui est celui que je présente à la réunion du lundi matin à 10 heures à l'Assistance publique, à laquelle sont présents un membre de la DHOS, les médecins des urgences de l'Assistance publique et leurs représentants, mes collègues, les représentants administratifs.

Je leur explique alors ce que je sais sur ce phénomène : ce qui se passe, pourquoi le coup de chaleur va tuer, pourquoi il ne s'agit pas de déshydratation, etc. Je leur parle également de la mortalité à Chicago et du fait qu'il s'agit d'un problème qui dépasse largement la prise en charge des patients par les secours d'urgence. Je leur explique quelle est la population à risque qui a été touchée à Chicago, la note que nous avons fait passer aux maisons de retraites, et où l'on en est, avec des chiffres imprécis – ils ont ensuite été revus à la hausse.

Cette présentation du problème, accompagnée de mesures préventives claires, calquées sur celles des Etats-Unis, avec des éléments thérapeutiques, plaît à mes collègues, à la direction générale de l'Assistance publique qui décide de tenir une conférence de presse dans l'après-midi et de présenter mes plaques. Vous m'aviez demandé ces plaques lors de mon audition par la mission d'information ; je vous les ai apportées, M. le Président.

Le système monte donc, durant cette journée du lundi, en puissance ; des personnels rentrent de vacances – ce qui nous fait du bien – mais la pression augmente toujours. Le lendemain et le surlendemain sont les jours les plus chauds, et nous n'avons plus de doute sur les ennuis qui nous attendent. Nous sommes en position de mobilisation accrue, c'est ce que l'Assistance publique appelle le « *plan d'action chaleur extrême* ». Si l'on considère que le vendredi, nous étions au niveau 1, nous étions ce jour-là à un niveau supérieur au niveau 2 : nous demandons très clairement à tout le monde de faire un effort supplémentaire pour prendre en charge les patients.

Cette journée du lundi se passe. Je suis assez fatigué, je vais donc un peu dormir le lundi soir ; les assistants sont rentrés de vacances, ils peuvent prendre le relais.

Le mardi est la journée la plus terrible, au regard des courbes d'hospitalisation et de mortalité. Le mercredi est encore une journée relativement dure. Je suis à nouveau de garde et c'est ce jour-là que le plan blanc est déclenché officiellement.

Ce déclenchement du plan blanc va avoir un effet étonnant sur les hôpitaux : dans la nuit du mercredi, les patients qui attendaient dans les services d'urgence sont enfin hospitalisés. Pour la première fois, on arrive à contrôler ce qui se passe aussi bien au SMUR que dans les services d'urgence. Il est vrai que la température va baisser, mais j'ai été frappé par le fait que l'épidémie s'est arrêtée de manière très brutale, encore plus brutale qu'elle n'était apparue.

Pendant ce début de semaine, j'essaie de coordonner au maximum l'ensemble des services d'urgence, des SAMU et des SMUR. C'est un rôle que je peux jouer car j'entretiens d'excellents rapports avec mes collègues. D'ailleurs, les SAMU 92, 93, 78, tous ceux de la petite couronne, ont exactement la même démarche que nous. Le mardi après-midi, nous trouvons le moyen de nous retrouver pendant une heure à l'hôpital Necker, afin d'échanger et de vérifier que l'on dispose tous des mêmes protocoles.

Le mercredi matin, je convoque les services d'urgence – en tant que vice-président de la collégiale d'urgences des hôpitaux de Paris –, afin de faire le point. La nuit du mardi a été très dure pour les urgentistes qui m'avertissent qu'ils ne pourront pas tenir longtemps à ce rythme. Cela faisait seulement cinq jours que l'épidémie avait commencé et, déjà, de nombreux collègues étaient épuisés. Si l'épidémie avait duré cinq jours de plus, je pense que cela nous aurait causé encore plus de soucis, notamment en raison de la fatigue de nos équipes qui avaient donné tout ce qu'elles pouvaient.

Voilà le rappel des faits. Je vais maintenant vous dresser un bref constat et vous livrer quelques propositions.

Mon constat est très clair. Premièrement, nous avons été confrontés à un phénomène qui était à la fois peu connu et surprenant à Paris. Nous avons eu une réaction de terrain – conscients que cette crise dépassait le problème de l'hôpital – et nous nous sommes préoccupés de soigner le plus de malades possible. Les SAMU, les SMUR, les SAU se sont mobilisés dans ce sens. Très clairement, le dispositif de santé s'est battu avec tous les moyens mis à sa disposition. J'ai eu l'impression que personne n'a rechigné à se mobiliser.

Deuxièmement, nous avons eu le sentiment, surtout le dimanche et le lundi, que le message de prévention ne passait pas bien ; nous aurions souhaité qu'il soit relayé par les médias, qu'ils conseillent aux personnes âgées de rechercher un endroit frais. Il me semble que ce message de bon sens n'a pas été compris, tellement il était simple ; il était pourtant vital. *A posteriori*, je regrette de l'avoir appelé message « *de prévention* » ; il s'agissait plus d'un message d'action. Il est vrai néanmoins que nous sommes loin de nos bases, à savoir soigner les malades graves, lorsque nous nous aventurons sur le terrain de la prévention.

Troisièmement, nous manquons terriblement de recul lorsque nous sommes acteurs de terrain : toutes les personnes que j'ai côtoyées à ce moment-là étaient impliquées dans le soin des patients ou dans l'organisation de ces soins ; nous n'avions donc pas la possibilité de prendre beaucoup de recul. Nous étions dans une position d'organisation des soins pour faire face à l'afflux de victimes.

Je terminerai par des propositions.

Mon souhait est que les dispositifs qui prennent en charge ce type de crises soient plus larges. J'ai eu l'impression que tout le monde détenait une part de l'information, de la vérité ; si l'on avait pu rassembler toutes ces informations, nous aurions pu augmenter la productivité et l'efficacité de chacun. C'est la raison pour laquelle, quand le préfet de police m'a parlé de son état-major zonal d'Ile-de-France dans lequel il considère, pour la première fois, qu'il y a une place pour la médecine, cela m'a paru aller dans le bon sens.

Par ailleurs, une définition des rôles, dans le domaine de la santé, en cas de crise, doit être précisée. En effet, nous ne sommes pas confrontés uniquement à des crises statiques ; elles sont extrêmement évolutives et leur cinétique peut être très rapide.

Or, je ne pense pas que des personnes, dont le travail est de recueillir et de centraliser l'information, soient opérationnelles 24 heures sur 24 au premier coup de sifflet. Certes, le SAMU est, lui, opérationnel 24 heures sur 24 ; mais si la situation prend de l'ampleur et nécessite une analyse supérieure, cela ne relève plus de nos compétences. Nous pouvons tenir les premiers temps, la première ligne, mais derrière, des réflexions, des structures doivent se mettre en place.

L'alerte, qui a été l'un des sujets principaux lors des travaux de la mission d'information, est donc très importante, mais il convient de ne pas oublier l'organisation des soins, le renfort des structures ; très honnêtement, je ne sais pas ce que l'on aurait fait le jeudi 14 août s'il avait fait aussi chaud que le mardi 12 et le mercredi 13 août.

De la même façon, la gestion de la crise et de la post-crise est tout à fait importante – et un peu même dramatique – dans les hôpitaux, car quand l'hôpital déclenche son plan blanc, il jette toutes ses réserves dans la bataille, et si la situation se prolonge, il se retrouve en position de faiblesse.

C'est la raison pour laquelle, lorsque l'Assemblée nationale a discuté du projet de loi relatif à la politique de santé publique, qui parle du plan blanc, les professionnels de la santé ont été très intéressés. Notre sentiment est le suivant : des niveaux gradués du plan blanc sont nécessaires. Gradués en termes géographiques : établissements, départements, zones de défense, et pourquoi pas au niveau national, dans le sens où l'urgence peut couvrir l'ensemble du pays. Cependant, nous souhaitons que le plan blanc reste une mesure exceptionnelle. Nous avons en effet très peur que le recours, pour n'importe quelle crise – des crises au quotidien –, d'une arme aussi lourde, finisse par en épuiser la force. Je crains que l'on ait à faire face à des situations beaucoup plus graves que la canicule que nous avons vécue, et à ce moment-là, le plan blanc devra être extrêmement efficace et mettre en ligne l'ensemble de nos moyens de santé, le plus vite possible.

C'est la raison pour laquelle nous aimerions que ce plan blanc reste exceptionnel ; d'autres mesures pourraient être utilisées pour des situations moins importantes.

M. le Rapporteur : Je tiens à remercier le Pr. Carli de nous avoir aussi bien expliqué comment les choses se sont passées sur le terrain. Ma première question porte sur l'utilisation des numéros 15 et 18. Je ne sais pas si les personnes qui utilisent ces numéros réfléchissent à la mission de l'un ou de l'autre. Ne pensez-vous pas que l'utilisation un peu arbitraire de ces numéros ait pu nuire à l'efficacité du système et à la rapidité des interventions ?

Ma seconde question concerne le délestage : avez-vous eu à faire face à des pénuries de lits, notamment les 11, 12 et 13 août ? La directrice générale de l'Assistance publique nous a dit qu'il n'y avait eu que deux cas de délestage, à Saint-Joseph et à Bichat – à cause d'une panne d'électricité dans ce dernier cas – mais le Dr. Pelloux estime qu'il y en a eu davantage.

M. Pierre CARLI : En ce qui concerne les numéros de téléphone, ma réponse est claire : l'utilisation de ces numéros par les patients n'a pas été un facteur de perte de temps. Il s'agit de services qui travaillent en bonne intelligence ; que vous fassiez le 15 ou le 18, vous tombez sur un dispositif de secours. Ce qui est important, c'est de déterminer les missions entre les pompiers et les SAMU, afin de ne pas faire la même chose.

Si je comprends bien votre question, vous me demandez si un numéro unique – le 112 par exemple – simplifierait les problèmes qui peuvent exister entre le 15, le 18 et le 17.

Le numéro 15 traite de la santé et souvent de la santé compliquée. Dans une situation d'afflux, les appels sont redistribués, il n'y aucun problème pour savoir qui intervient et où. Au quotidien, un numéro spécifique de la santé est quelque chose d'important.

Bien entendu, ce numéro peut être agrégé à d'autres. Avec l'informatique rien n'est impossible : si vous composez le 112, une voix électronique pourrait tout à fait vous dire de faire le 1 pour la médecine, le 2 pour le feu, le 3 pour le secours, etc.

Cependant, si une personne appelle parce qu'elle a une douleur dans la poitrine, j'ai besoin de plusieurs minutes pour savoir si cette douleur est un infarctus du myocarde et va nécessiter l'investissement d'une équipe de réanimation à domicile ou l'emploi d'un médicament dont l'ampoule vaut 1 000 euros. Or, c'est le numéro 15 qui permet de faire ce travail. Il s'agit d'une décision qui prend du temps et qui va nécessiter une analyse médicale importante et fine ; seuls des professionnels peuvent faire ce travail.

Si vous mettez le standard du 15 dans une pièce où l'on peut appeler pour une roue de secours, une agression, etc., je ne trouverai pas de médecin pour tenir cette permanence. Tous les pays, et notamment les Etats-Unis, nous envient notre traitement de l'infarctus du myocarde. Or c'est le travail du 15.

Bien évidemment, en période de canicule, tout le monde appelle et ça ne change pas grand-chose, mais au quotidien, la spécificité du 15 est importante. Quelles que soient les mesures qui seront prises à ce sujet, il est important de garder cette spécificité.

J'ajouterai que le 15 – point très important pour les patients – est un numéro confidentiel ; il existe un rapport médecin-malade confidentiel, et seule la justice peut saisir les documents.

Lors de la canicule, cette spécificité du 15 n'a pas joué, mais pour répondre clairement à votre question, le fait qu'il y ait deux numéros n'est pas une perte de temps dans de telles circonstances.

Votre seconde question porte sur les délestages. Les 12 et 13 août, il est certain que des patients ont été transférés ; je n'ai pas les chiffres précis, mais je le sais, car de nombreux hôpitaux ont ouvert des lits, y compris des hôpitaux qui ne reçoivent pas, normalement, les urgences.

A l'hôpital Necker, par exemple, où je suis chef du service anesthésie-réanimation, nous nous sommes réunis le mercredi et j'ai demandé au directeur adjoint – qui remplaçait le directeur de l'établissement – de trouver des lits pour hospitaliser des personnes âgées ; c'est ce qu'il a fait et nous avons pu accueillir, le mercredi 13 août au matin, une douzaine de patients, qui venaient notamment de Saint-Antoine. Les hôpitaux militaires – certes de manière modeste – ont fait la même chose ; ils ont reçu des patients qui attendaient à l'Assistance publique.

Le plan blanc, une fois officiellement déclenché, a donné un pouvoir total pour occuper tous les lits de l'hôpital. Pour vous faire comprendre à quel point le plan blanc peut devenir une arme dangereuse, j'illustrerai mon propos par cet exemple : les services de chirurgie cardiaque de l'Assistance publique se sont vu privés de lits pour des patients de chirurgie cardiaque et les interventions ont été suspendues. Il s'agit d'une mesure que l'on ne peut faire qu'une fois et qui permet de passer un cap difficile. Ensuite, évidemment, les services de chirurgie cardiaque ont repris leur activité. Par conséquent, pour faire face au grand nombre de patients et pour éviter les transferts, nous avons dû arrêter toutes les activités programmées de l'hôpital, ce qui représente un coût important. Ces lits valent très chers et ces équipes spécialisées ne sont pas habituées à ce type de soins.

M. Maxime GREMETZ : Je prends toujours autant de plaisir à vous écouter, M. Carli.

J'aimerais bien que vous reveniez sur ce que vous nous avez raconté devant la mission d'information, quand vous avez étudié la bibliographie scientifique et notamment le précédent de Chicago, sur Internet, au cours de la nuit du vendredi 8 août. Cela m'avait beaucoup impressionné.

M. le Président : Vous voyez, M. Gremetz, qu'il est utile de revenir sur certains témoignages recueillis par la mission d'information.

M. Maxime GREMETZ : Comme tous les membres de la commission d'enquête n'ont pas déjà entendu le Pr. Carli, je veux qu'il nous rappelle les faits.

Par ailleurs, le 8 août – date essentielle à mes yeux –, vous donnez des consignes de prévention et vous parlez, pour la première fois, d'hyperthermie. A ce moment-là, qui avez-vous prévenu ? Je sais que vous avez contacté la directrice générale de l'AP-HP, qui revient de vacances, et le Dr. Pelloux. Mais, du point de vue de la

direction politique, nous avons l'impression qu'il n'y a personne, plus de Gouvernement, et que tout le monde se débrouille seul, de façon autonome. Alors quel autre contact avez-vous eu, car il doit bien y avoir des autorités à mobiliser ?

M. le Président : Je prolongerai la deuxième question de M. Gremetz. Nous comprenons bien que vous avez identifié le problème de la canicule, qu'il y a une mobilisation au sein de l'Assistance publique, mais vous n'appelez ni la DGS, ni la DHOS, ni l'InVS ; pour quelle raison ?

M. Pierre CARLI : En termes médicaux, je dois alerter la direction de mon groupe hospitalier et la direction générale de l'Assistance publique. N'oubliez pas ma position : je suis chef de service d'un service clinique. Il y a 3 000 services d'urgence en France. Il est vrai que je venais alors de constater que les choses étaient anormales, que l'on avait besoin de mobiliser des moyens, et ma hiérarchie est très claire en termes hospitaliers ; dans ce contexte, j'explique que je commence à comprendre à quoi nous sommes confrontés.

Vous évoquez le terme « *hyperthermie* », mais il est déjà dans la note que nous avons établie le 8 août et qui est diffusée à 12 heures 26. Ce que l'on n'a pas identifié, c'est l'ampleur du phénomène.

M. Gremetz, je réunis la bibliographie dans l'après-midi du vendredi, mais je ne la lis vraiment qu'une fois rentré chez moi ; j'irai même chercher d'autres éléments sur mon ordinateur personnel. A 9 heures du soir, je commence à comprendre ce qui se passe, mais je continue à lire cette bibliographie. A 3 heures du matin, ma femme me demande même pourquoi, en plein mois d'août, je lis au beau milieu de la nuit. Je comprends alors que, s'il nous arrive la même chose qu'à Chicago, nous pouvons avoir jusqu'à 700 morts, ce que je trouvais colossal. Plus précisément, je cherchais le rôle spécifique que devaient avoir les services d'urgence dans ce contexte.

M. le Président, vous me faites remarquer que je n'ai appelé ni la DGS, ni la DHOS, ni l'InVS. Effectivement, je ne l'ai pas fait, parce qu'un chef de service n'a pas de contact direct avec la tutelle, ce n'est pas la procédure ; par ailleurs, je n'avais pas de numéros personnels pour le faire.

L'absence de procédure ici est tout à fait criante. S'il s'était agi d'une maladie infectieuse, j'avais une procédure : je prévenais la DDASS, que nous avons d'ailleurs contactée. Cependant, je réalisais que le problème dépassait ma petite personne, le service et l'Assistance publique. Je savais aussi que depuis le matin, la DGS et la DHOS avaient eu connaissance de toutes les notes qui avaient été établies et de tous les dispositifs que l'on mettait en place.

Honnêtement – je ne cherche là aucune excuse – mon travail, c'était d'essayer de comprendre ce qui se passait et de soigner les malades ; et j'ai mis toutes mes forces dans cette bataille. Et je vous assure que pendant ces jours-là, je n'ai pas beaucoup dormi. Mon problème de docteur était de comprendre les raisons médicales de l'afflux de patients, pour pouvoir les soigner.

Ce sont peut-être des éléments qui vous apparaîtront « *simplets* », mais dans de telles circonstances, on se rattache à des principes les plus simples possibles.

Le dimanche 10 août, lorsque j'ai compris que le SAMU n'était pas le seul impliqué dans cette crise – par le biais de la bibliographie – et que ce qui était arrivé à Chicago était en train de se réaliser à Paris, j'ai pensé immédiatement aux maisons de retraites, où, d'ailleurs, nous sommes intervenus à plusieurs reprises durant la nuit. Lorsque j'ai parlé à la directrice générale de l'AP-HP, aux gens de la DDASS, à divers interlocuteurs le dimanche matin, je leur ai fait part de la manière dont les choses m'apparaissaient devoir évoluer, de la possibilité que le lundi on ait à annoncer des centaines de morts.

M. le Rapporteur : En fait, jusqu'au dimanche soir, la mobilisation était générale, mais improvisée, même positivement. Le lundi, après la réunion de l'AP-HP, on passe tout de même à la vitesse supérieure. Qu'en est-il ressorti selon vous : une stratégie immédiate pour les jours à venir qui vont être difficiles ?

Comment trouvez-vous les administrations concernées : peu mobilisées ou conscientes de ce qui se passe ? Remarquez-vous que la DGS est absente ?

M. Pierre CARLI : Nous identifions le problème le vendredi ; il se développe le samedi ; le dimanche, nous comprenons que nous sommes exactement dans la situation de Chicago. Nous comprenons d'ailleurs mieux le dimanche matin que le dimanche soir, car, de manière trompeuse, les appels diminuent dans l'après-midi. Il ne s'agissait cependant que d'une ondulation de phénomène.

Le lundi, nous passons à la vitesse supérieure, et je le sens d'ailleurs très clairement dans la réaction des gens. Vous dites que l'on improvise, mais ce n'est pas tout à fait vrai : nous appliquons un plan général, et dans ce plan, nous nous adaptons à la circonstance particulière.

Mais le fait que le nombre de patients augmente dans les hôpitaux le week-end peut se produire en dehors d'une période de canicule.

M. le Rapporteur : Mais par rapport à la chaleur ?

M. Pierre CARLI : Nous avions un dispositif pour faire face à l'afflux de patients, quels qu'ils soient, auquel nous devions rajouter la notion « *chaleur* ».

C'est ce que j'essaie de faire le samedi, et le dimanche, je prépare les diapositives pour que plus personne n'ait de doutes : l'ennemi est identifié, la maladie est connue, ses conséquences sont claires. Si une personne est restée exposée à 41 degrés de chaleur pendant deux heures, elle a le cerveau grillé, pardonnez-moi cette expression.

Le lundi matin, nous diffusons toutes les informations que nous avons réunies durant le week-end.

M. Le Rapporteur : Techniquement, disposez-vous de tout ce qu'il vous faut, samedi et dimanche, en termes de matériels, pour faire de la glace par exemple ? On nous a signalé des manques d'instruments, de médicaments dans certains endroits…

M. Pierre CARLI : Les hôpitaux disposaient-ils de tous les moyens pour faire du froid ? Non ! Mais j'ai vu des choses extraordinaires qui illustrent l'improvisation positive dont vous avez parlé !

J'ai téléphoné le samedi à mes collègues de province, et notamment aux SAMU de Marseille, de Montpellier, où il fait très chaud, pour leur demander comment ils réagissaient à ce type de chaleur. Ils m'ont répondu très clairement que pour faire du froid, il faut un ventilateur, des glaçons et de l'eau, afin de réaliser un climatiseur avec du linge mouillé. C'est un procédé bien connu dans les pays chauds ; il suffisait de le reproduire pour les patients victimes d'hyperthermie.

Immédiatement, nous avons diffusé cette information et nous l'avons appliquée à chaque fois que cela était possible. Avions-nous des climatiseurs ? Non ! Mais nous avions des ventilateurs et dans certains hôpitaux, c'était la chasse aux ventilateurs le dimanche : le personnel de la Pitié Salpêtrière avait saisi les ventilateurs de l'administration !

Avons-nous manqué de matériels médicaux ? Non. Nous disposons de lots de perfusion dont nous ne nous sommes même pas toujours servi. Mais nous avons improvisé la production de froid, c'est vrai.

M. le Rapporteur : Et la réunion du 11 août, à l'AP-HP ?

M. le Président : Qui était présent à cette réunion ?

M. Pierre CARLI : Je ne sais pas qui était là, mais je vous ai apporté la convocation à cette réunion où figurent les destinataires pour information ; elle est datée du 11 août à 7 h 52. Il y avait Mme Toupillier, que je connais bien, Mme la directrice générale, M. Gonin, M. Patrick Camphin, M. Patrick Pelloux.

M. Maxime GREMETZ : Qui prend l'initiative de cette réunion ?

M. Pierre CARLI : M. Deroubaix, dans la journée du dimanche, au vu des informations que je lui ai transmises et de mon souhait de nous réunir.

Il y avait la DDASS, la DRASS, *a priori* beaucoup de monde. Je leur ai présenté le document *power point* que je vous ai remis.

M. Pascal TERRASSE : Le 8 août, vous avez le sentiment très fort qu'il se passe quelque chose d'anormal sur les hôpitaux de Paris et que l'on pouvait déplorer des victimes. Pourquoi ne pas avoir déclenché immédiatement le plan blanc ? Je sais bien que cela ne relève pas de vous, mais ne pensez-vous pas que cela aurait été utile ?

Nous avons auditionné l'officier chargé, auprès des pompiers de Paris, de la communication, qui nous a indiqué qu'il aurait souhaité aller plus loin en termes de communication. Avez-vous eu le sentiment, en tant que chef de service, que la communication externe n'a pas suffisamment abouti ?

M. Pierre HELLIER : M. Carli, lorsqu'une personne arrive avec 41 degrés de température, combien de chances a-t-elle de s'en sortir ?

Un certain nombre de patients en maisons de retraite ont été mis sous perfusion de façon systématique, avec du liquide à la température de la pièce ; or ces patients sont morts non pas de déshydratation mais d'hyperthermie. Il serait donc nécessaire de prévoir une pièce climatisée dans les maisons de retraite. Pouvez-vous nous confirmer cette information ?

M. Pierre LASBORDES : Compte tenu de la situation que vous pressentiez, M. Carli, pourquoi n'avez-vous pas outrepassé vos droits en prévenant le cabinet du ministre de la santé ? Un membre du cabinet du ministre était-il présent à la réunion du 11 août ?

Mme Bolot-Gittler nous a dit clairement que le 11 août au matin, à son retour de vacances, la situation ne semblait pas catastrophique, alors que, vous, vous étiez inquiet depuis plusieurs jours.

M. Jean-Paul BACQUET : M. Carli, je vous poserai plusieurs questions, mais j'aimerais les intégrer dans la chronologie des faits.

Le 7 août, c'est la première déclaration du Dr. Pelloux qui signale un encombrement des urgences et des hôpitaux. Le 9 août, vous déclarez vous-même votre inquiétude en disant : « *on ne pourra pas passer le week-end comme cela* ».

Le 10 août, le Dr. Pelloux fait une déclaration sur les difficultés à l'hôpital et sur le constat des premiers morts. Ce même jour, vous déclarez que « *le plus dur nous attend* », et le 11 août que « *c'est le jour le plus difficile* ». Le 12 août, vous percevez un mouvement de « *ras le bol* » chez le personnel des SAMU et des SMUR, ce qui est tout à fait compréhensible dans de telles conditions.

Je souhaiterais revenir sur la journée du 11 août, et sur le communiqué du cabinet du ministre de la santé : « *Dans l'ensemble des services hospitaliers, une augmentation des passages de personnes âgées est perceptible, mais il n'existe pas d'engorgement massif des urgences* ». Cela va à l'encontre de ce que vous avez constaté et de ce qui a été dit par les autres intervenants. « *Les difficultés rencontrées sont comparables aux années antérieures, en dehors de cas ponctuels* », ce qui est tout à fait contradictoire avec ce que vous avez constaté et dit à la mission d'information.

De la même façon, le ministre de la santé s'exprime à la télévision le 11 août et déclare : « *Nous sommes dans un problème qui apparaît avant tout comme un problème hospitalier et centré essentiellement sur Paris et la petite couronne* ».

Le Pr. Gentilini, lui, a déclaré que le 9 août, la Croix rouge a déclaré l'alerte, et qu'il s'est rendu à l'hôpital de Longjumeau, le 8 ou le 9 août – il ne sait plus – pour constater des morts en série.

A la suite des déclarations du Dr. Pelloux, le ministère ou le ministre ont-ils pris contact avec vous pour savoir s'il s'agissait d'un illuminé ou s'il existait bien une réalité de terrain ?

Les professionnels de santé – hospitaliers ou libéraux – ont été accusés d'être absents. Interrogeant le Pr. Gentilini sur la question, un député a déclaré : « *Je voudrais tout de même souligner l'investissement de nombreuses personnes qui, là où elles étaient, se sont dépassées pour essayer de faire face* ». La réponse du Pr. Gentilini a été la suivante : « *J'aimerais beaucoup être d'accord avec vous, madame, mais ce n'est pas le cas. Ce qui m'a frappé pour ma part, c'est l'absence, la vacance.* (…) *A l'Assistance publique, 40 %, 45 %, 50 % des lits sont fermés au mois de juillet. S'il y avait eu des lits d'aval*... ». Propos totalement contradictoires avec ce que l'on a entendu.

M. Gentilini affirme également : « *Ce sont les urgentistes qui ont donné l'alerte* ». Or, nous avons auditionné un ministre qui nous a dit n'avoir reçu aucun signal d'alerte, ni d'en bas, ni d'en haut. L'Institut national de veille sanitaire n'a donc pas fonctionné, puisqu'il n'a pas donné l'alerte d'en haut, l'alerte d'en bas est venue de vous, et d'autres médecins. Mais lorsque, le 8 août, les sapeurs-pompiers ont été interviewés par la presse, ils avaient reçu l'ordre de ne pas parler des morts.

Alors quand le Pr. Gentilini dit que ce sont les urgentistes qui ont donné l'alerte, et il aurait été inacceptable qu'ils ne le fassent pas, cela n'est-il pas en contradiction avec le fait que l'on interdise aux pompiers de parler ?

Enfin, ma dernière question est fondamentale. Cette commission d'enquête parlementaire fait suite à une mission d'information ; nous tentons de comprendre et de trouver des solutions adaptées pour ce type de crises. Or j'ai été effrayé d'entendre l'un de nos confrères – je suis médecin, moi aussi –, qui a de lourdes responsabilités, nous dire que de toute façon, même si l'on avait prévu la canicule, cela n'aurait rien changé ! Alors je me pose une question : devons-nous, M. le Président, continuer nos travaux ? Faut-il continuer à faire de la médecine ? Selon vous, M. Carli, si nous avions su, aurions-nous pu gérer la crise autrement ?

M. Jean-Marie ROLLAND : Lorsque vous êtes venu vous exprimer devant la mission d'information, nous savions que des personnes jeunes étaient décédées du fait de la canicule, notamment dans le Morbihan. Or les chiffres qui ont été publiés après cette mission faisaient état d'une surmortalité de jeunes personnes.

Avez-vous trouvé de tels chiffres dans la bibliographie que vous avez lue – et donc, notamment, à Chicago – et quels sont, par ailleurs, les facteurs aggravants ? Certains nous ont parlé ici du coup de chaleur des marathoniens ou des militaires ; pouvez-vous développer ce sujet un peu technique ?

Mme Nathalie KOSCIUSKO-MORIZET : Vous avez soulevé un point qui a été également évoqué par l'officier responsable de la communication à la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, qui est la difficulté à communiquer sur le message de prévention. Lui-même déplorait que les conseils qui avaient été diffusés, le 8 ou 9 août au soir, n'aient pas été vraiment relayés par les médias.

S'agit-il d'un problème particulier à cette crise sanitaire ou l'avez-vous rencontré dans d'autres situations de crise ? Par ailleurs, s'agit-il d'un problème particulier à la France et pouvez-vous faire des comparaisons internationales ?

M. Serge BLISKO : Je souhaiterais revenir sur un point qui m'obsède depuis le début de nos travaux. De nombreux responsables – M. Abenhaïm, Mme Bolot-Gittler – nous ont dit que ce qui leur avait manqué, c'était un modèle théorique qui leur aurait fait comprendre ce qui se passait. Mme Bolot-Gittler a ajouté que, certainement, derrière la crise hospitalière que l'on savait résoudre, se cachait une crise sanitaire plus importante. Si l'on a su résoudre la crise hospitalière – l'administration, les médecins, les chefs de service ont su se mobiliser –, reste la question de cette crise sanitaire.

Je me pose deux questions. Le fait que les remontées d'information proviennent de services hospitaliers ou de services tels que le vôtre n'a-t-il pas été de nature à ne pas clarifier la situation ? Se rend-on compte d'une crise sanitaire seulement lorsque les ambulances et la saturation des hôpitaux sont incontestables ?

Avez-vous déjà vécu ce type de situation pour d'autres affections ? Si oui, lesquelles, et quels enseignements pourrait-on en tirer pour une nouvelle crise torpide ?

M. Pierre CARLI : Vous me demandez pourquoi je n'ai pas outrepassé mes droits. Mais j'ai pris des initiatives, et l'IGAS m'a même fait la remarque d'avoir appelé directement la DDASS.

M. le Rapporteur : L'IGAS vous l'a reproché ?

M. Pierre CARLI : Non, ça n'était pas l'esprit de ses observations.

J'ai eu l'impression d'avoir contacté les personnes qui pouvaient m'apporter des réponses concrètes à mes questions concrètes. La dimension politique de cette crise, je ne l'ai comprise que beaucoup plus tard, au moment où nous étions débordés. J'étais là pour soigner, et je n'ai aucun regret ; j'ai fait mon travail.

Nous aurions certainement pu faire plus et mieux, mais nous nous sommes cantonnés à ce qui nous paraissait la position à tenir. Nous avions l'impression d'être gardiens de but dans une équipe de football ; nous arrêtions le plus de buts possible. Mais pour qu'une équipe gagne, il faut que tout le monde joue. On ne peut pas gagner une partie depuis les buts. Nous étions le dernier rempart et nous l'avons tenu le mieux possible.

L'aspect soudain de la crise, nous l'avons vécu comme les autres, et je comprends qu'ils aient été dépassés ; pour ma part, il m'a fallu plusieurs heures de lecture assidue de bibliographies pour comprendre ce qui était en train de se passer. Face à un problème médical, ça n'est pas classique.

S'agissant du coup de chaleur d'exercice, nous le connaissons très bien ; c'est notre pain quotidien ! Le Paris-Versailles attire beaucoup de monde, et nous connaissons les facteurs de risque, comme pour les militaires. Les médecins militaires – je le sais, j'ai fait mon service en tant que tel –, savent très bien quels sont les indices leur permettant de

détecter un tel problème sur des commandos qui s'entraînent par exemple. Malheureusement, ce n'est pas la même maladie que nous avions à traiter.

En revanche, vous avez parlé des décès de jeunes personnes : ces cas se rapprochent du coup de chaleur d'exercice. Parmi les personnes jeunes, certaines ont été victimes d'un coup de chaleur mixte, à savoir climatique mais avec un facteur professionnel. Je me souviens d'un maître d'hôtel d'un grand restaurant – donc vêtu d'une tenue adéquate à son rang – qui a été victime d'un coup de chaleur, d'un boulanger, devant son four, à 6 heures du matin, ou d'ouvriers sur un chantier, qui ont, eux aussi, été atteints par ce même phénomène. Ils ont tous associé, à l'effort physique, au facteur climatique, le facteur professionnel.

Vous avez ensuite évoqué les propos de M. Gentilini, éminent collègue, d'une renommée internationale, sur l'organisation des hôpitaux. Personnellement, je n'ai eu, à aucun moment, l'impression que l'administration des hôpitaux de Paris ne nous prenait pas au sérieux et ne faisait pas le maximum. Je n'ai jamais eu ce sentiment-là. A chaque fois que nous avons demandé quelque chose, l'administration des hôpitaux a fait tout ce qu'elle pouvait pour nous donner satisfaction. Les responsables ne sont pas partis en week-end ! Ils nous ont communiqué leur numéro de téléphone portable et dès que nous leur avons dit que la situation nous échappait, ils étaient là. On n'a pas eu l'impression d'être abandonnés.

En revanche, que les hôpitaux manquaient de lits les 11 et 12 août, ce n'est pas un secret : les hôpitaux, au mois d'août, ne sont pas configurés comme pour le reste de l'année. Cependant, nous avons pu faire rouvrir des lits quand nous en avions besoin. Le pic de la mobilisation a eu lieu le mercredi 13 août, avec le déclenchement du plan blanc.

Vous me demandez également si le plan blanc aurait dû être déclenché avant. Au départ, nous n'étions pas à la fin ! Nous ne savions pas où nous allions ! Ce plan a donc été déclenché progressivement.

Et c'est la réponse à votre question sur l'épidémie torpide : savons-nous monter en puissance dans les hôpitaux ? Nous avons testé là un dispositif consistant à s'adapter à une demande de soins non prévue et qui augmentait pour atteindre un niveau dépassant les capacités habituelles.

Ce que nous savions faire, c'était de répondre à une demande de soins brutale, comme, par exemple, après un attentat. Pour cela, nous avons des plans de mobilisation. Mais là, c'était différent. Cette crise nous a montré combien il était difficile de la gérer, car nous ne pouvons pas non plus arrêter le fonctionnement normal de l'hôpital public ; il y a des gens à soigner, même au mois d'août !

C'est la raison pour laquelle je vous disais, dans mes propositions, qu'un aspect gradué, dans le déclenchement, était nécessaire. Avoir la possibilité, territorialement ou dans certains compartiments d'activité, de déclencher une mobilisation plus importante, est peut-être une bonne réponse à ce type de situation.

Nous n'avions jamais été confrontés à ce type de situation en dehors d'épidémies hivernales, de très méchantes épidémies de grippes auxquelles nous avons dû

faire face il y a quelques années, ou des afflux de victimes en traumatologie lors d'attentats en 1985 et 1987.

Vous avez parlé, M. le député, d'un modèle théorique de gestion de crise hospitalière. Il me semble malheureusement que nous ne sommes qu'au début de ce type de crises ; nous avons donc encore énormément de choses à apprendre et à comprendre.

Les hôpitaux doivent être configurés pour ce risque épidémique ou pour d'autres risques. Je vous rappelle que, désormais, les médecins sont formés au risque NRBC – nucléaire, radiologique, biologique et chimique –, armes que les anglo-saxons qualifient de destruction massive et qui sont en fait des instruments d'incapacitation. Nous avons découvert que les médecins des SAMU et des SMUR disposaient en fait d'une bonne culture de la médecine de catastrophe. D'ailleurs, les médecins hospitaliers qui étaient peu impliqués dans ce type de médecine se sont inscrits massivement, cette année, à la capacité de médecine de catastrophe, car ils savent qu'ils pourront y être confrontés et qu'il leur faudra appliquer alors des méthodes standardisées pour être vraiment efficaces.

Il s'agit d'éléments concrets, d'une compréhension des personnes de terrain qui souhaitent adapter leurs connaissances et leurs moyens à des circonstances nouvelles.

M. le Président : Et en ce qui concerne la communication ?

M. Pierre CARLI : La question de Mme Kosciusko-Morizet est importante, car il s'agit en effet d'un problème.

Lorsque j'ai entendu le Pr. San Marco s'exprimer en direct de Marseille, le dimanche, et que j'ai pu constater qu'il disposait de toutes les solutions, je me suis dit qu'il détenait une information que je n'avais pas et qu'il avait déjà été confronté à ce problème. Comme moi, il a essayé de faire comprendre que cette chaleur allait continuer, qu'elle était dangereuse et qu'il convenait de prendre des mesures de prévention simples, et lui non plus n'a pas été bien entendu. Je ne suis donc pas étonné que l'officier des sapeurs-pompiers ait été très déçu que ce message ne soit pas relayé.

Ce message paraissait mièvre, parce qu'il parlait de prévention ; or, il s'agissait d'une urgence vitale. Nous aurions dû parler de traitement d'urgence, d'action. Car lorsque les patients arrivaient à l'hôpital, ils étaient déjà dans un état grave.

M. Hellier, lorsque vous atteignez 41 degrés de température, vous avez quelques heures devant vous ; 41,5 degrés, vous en avez deux fois moins ; 42 degrés, il ne vous reste que deux heures. En deux heures, votre cerveau va cuire. Les patients n'étaient pas forcément déshydratés et c'était bien là le piège.

La déshydratation de la personne âgée, on la connaît ; ici la déshydratation était « *l'apanage des forts et des survivants* ». Je veux dire par là que ces personnes possédaient encore un dispositif d'échangeur de chaleur suffisamment performant pour se déshydrater ; elles ont donc réussi à se battre contre la chaleur un certain temps. Or de nombreuses personnes n'ont pas pu se battre, parce qu'elles étaient trop âgées ou parce qu'elles ne disposaient plus du mécanisme biologique – de protéines de choc thermique – qui leur permet de résister à cette température. Leur température montait, à 42 degrés elles convulsaient, et si personne n'intervenait sous quelques minutes leur cerveau était

endommagé de manière irréversible. Si on les perfusait et on les refroidissait à ce moment-là, il était alors bien tard, trop tard.

Permettez-moi un analogisme vulgaire : les protéines se comportent un peu comme un œuf que vous faites cuire au plat : elles vont cuire, devenir toutes blanches. Et si vous le refroidissez, vous obtenez non pas un œuf frais, mais un œuf froid. C'est malheureusement ce qui est arrivé avec le cerveau de certaines personnes. C'est la raison pour laquelle nous avons demandé aux pompiers de réfrigérer rapidement les victimes.

M. Pierre HELLIER : Autrement dit, la perfusion systématique n'était pas la solution ?

M. Pierre CARLI : Effectivement, cela peut être dangereux ; une perfusion fraîche aurait été l'idéal. Toutes les victimes ne sont pas à perfuser : les personnes âgées sont très souvent insuffisantes cardiaques, prennent des traitements. Il était donc aussi important d'arrêter certains médicaments, tels que les diurétiques. Les gériatres nous l'ont dit ; le Pr. Bouchon, de la Pitié-Salpêtrière, m'a prévenu le plus rapidement possible.

Donc, perfuser tout le monde indifféremment, ce n'était pas le travail des maisons de retraite, mais cela nécessitait une analyse hospitalière et médicale.

M. Jean-Paul BACQUET : Vous n'avez pas répondu à mes questions, M. Carli. Que pensez-vous des paroles d'un confrère qui a dit que si nous avions été prévenus, cela n'aurait rien changé ?

Par ailleurs, le ministre a dit qu'il n'avait reçu aucune alerte, ni d'en haut, ni d'en bas. Pensez-vous réellement qu'il n'y a eu aucune information ?

M. Pierre CARLI : Je vais essayer de répondre le plus honnêtement possible à vos questions. Si nous avions été prévenus, cela aurait-il changé quelque chose ? Oui et non. Oui, bien sûr, si nous avions disposé du plan mis en place à Chicago deux ans après la canicule de 1995 et qu'une prévention avait été mise en place. Non, si cette personne a voulu dire que si l'alerte avait été donnée plus tôt, cela aurait pu changer les choses, car on n'a pas besoin d'être alertés pour soigner des malades qui se présentent à l'hôpital. On est payés pour cela et on le fera en toutes circonstances.

Je vais vous citer un exemple qui vous montrera que la mobilisation est importante : le week-end du 15 août, tout le monde a compris que le problème se posait avant l'hôpital. Le directeur de cabinet du préfet de police de Paris, M. Lalande, met alors en place un dispositif de prise en charge remarquable ; il mobilise les secouristes, prévient les particuliers chez eux, ce qui correspond à ce que les Américains avaient déjà mis en place. Alors il est vrai que si nous avions pu faire cela avant la canicule, la crise aurait été gérée différemment, et les victimes auraient été beaucoup moins nombreuses.

En ce qui concerne la diffusion des informations, sachez que je n'ai reçu aucune consigne de limitation de l'information. Les diapositives que j'avais apportées à la réunion du 11 août ont même été montrées à la presse. Je n'ai donc subi aucune pression de la part de l'administration, à aucun moment.

En parallèle des chiffres que nous avons donnés, on a souligné que dans les mêmes circonstances, il y a eu des centaines de morts à Chicago. Nous sommes restés très factuels dans notre communication. De ce point de vue, j'ai eu l'impression, en termes hospitaliers, que ma tutelle avait bien transmis l'information, avait bien informé.

Alors vous me dites que cette information n'a pas été entendue. Nous étions en Ile-de-France, et très clairement ce qu'il s'y passait ne se passait pas ailleurs. J'ai été en contact avec des collègues de Lille, qui m'ont affirmé qu'ils ne vivaient pas la même chose, alors que dans des régions plus chaudes, la canicule sévissait. La crise n'a donc pas été uniforme sur la France ; c'est la raison pour laquelle notre réaction vous paraît peut-être un peu recentrée, mais elle correspondait à notre vécu, à notre réalité.

M. le Rapporteur : Je souhaiterais revenir sur la question des personnes âgées. Lorsque vous diffusez des conseils, le 8 août – perfusion, réhydratation avec des solutés refroidis –, vous ne réalisez pas encore que les personnes âgées sont plus touchées que les autres ?

M. Pierre CARLI : Le document que vous évoquez comporte des consignes d'intervention pour les médecins des SMUR, les réanimateurs, les médecins urgentistes spécialisés. Le traitement conseillé s'applique à tous, et aux personnes âgées avec les restrictions inhérentes à leur état, que les médecins sont capables d'apprécier. Dans les cas d'hyperthermies graves, c'est exactement le traitement à donner.

M. le Rapporteur : Le nombre de décès intervenus dans les maisons de retraite est plus important qu'on ne l'imaginait au moment de la mission d'information. Comment cela s'est-il passé entre le SAMU et les maisons de retraite ? Les directeurs vous ont-ils appelé ou est-ce vous qui les avez contactés grâce à la DDASS ?

Quelle a été l'activité de nuit du SAMU, sachant que, dans les maisons de retraite, comme dans les hôpitaux, la surveillance de nuit est très mal assurée ? Quand 3 personnes surveillent 80 pensionnaires, on voit mal comment cela peut bien fonctionner. Des maisons de retraite ont-elles demandé au SAMU d'intervenir la nuit ?

M. Pierre CARLI : Comme tous les citoyens, l'aide-soignante d'une maison de retraite ou un pensionnaire de maison de retraite font le 15 et appellent le SAMU. Nous avons des appels fréquemment – de nuit comme de jour –, c'est très classique et cela ne veut pas dire que tous les patients vont aller en réanimation. Le SAMU intervient pour les cas d'urgence grave partout en France, je vous le rappelle.

Mais nous avons constaté, en effet, que dans la journée du 9 août et dans la nuit du 9 au 10 août, nous avions des appels provenant de maisons de retraite de manière inhabituelle, sur le problème de l'hyperthermie.

Le dimanche 10 août matin, j'ai donc souhaité porter le combat un peu plus en avant. Car lorsque nous arrivions dans les maisons de retraite, les cas s'apparentaient à celui d'un patient déjà hyperthermique depuis un bon moment avec des signes de lésions graves – notamment de coma –, après convulsions.

M. le Rapporteur : Je ne comprends pas pourquoi les responsables des maisons de retraite ne s'en sont pas aperçus avant ! Si l'on ne s'aperçoit pas que ces personnes âgées sont en hyperthermie ou que le cerveau ne fonctionne plus, c'est qu'il y a un défaut de surveillance !

M. Pierre CARLI : Ne comptez pas sur moi pour dire que des personnes n'ont pas fait leur travail dans les maisons de retraite ! Certaines d'entre elles sont très peu médicalisées ; dans d'autres, les médecins et les infirmières ont fait un travail extraordinaire ; certains ne nous ont même pas appelés et ont réglé le problème sur place, c'est-à-dire au mieux.

Par ailleurs, le personnel qui était de garde la nuit n'a pas identifié le problème tout de suite ; notre travail a donc été de leur apporter l'information.

C'est la raison pour laquelle l'une de mes priorités était de trouver comment contacter les maisons de retraite dans le département 75.

M. le Président : Et comment avez-vous fait ? Vous aviez un fichier ?

M. Pierre CARLI : J'ai appris deux jours plus tard, par le Conseil de l'ordre des médecins, qu'il existe un annuaire des maisons de retraite, que je n'avais pas et que je me suis empressé d'acquérir depuis !

J'ai donc appelé la DDASS ; la personne qui était de permanence – une femme médecin inspecteur –, tout en précisant que les maisons de retraite ne dépendent pas des DASS, a très bien compris mon problème et elle m'a aussitôt dit qu'elle allait essayer d'en contacter un maximum et qu'elle allait d'autre part alerter la personne qui s'occupe, à la ville de Paris, des maisons de retraite, car beaucoup ont un statut municipal. Cette personne m'a rappelé et je lui ai communiqué notre protocole de soins pour hyperthermie, lequel a été jugé simple à mettre en œuvre, y compris par la DGS, et a donc été très largement diffusé le reste de la semaine. Il a été diffusé, d'abord par téléphone, puis par toutes les personnes pouvant centraliser les maisons de retraite.

Plusieurs maisons de retraite ont continué à nous appeler, certaines à la demande de la ville de Paris, pour avoir des consignes.

Il est vrai que si cette information avait été diffusée par les médias de manière plus visible, cela aurait été encore mieux, mais nous avons fait ce que nous pouvions avec les moyens dont nous disposions.

M. Pascal TERRASSE : Je suis un ancien directeur d'établissement pour personnes âgées dépendantes, et très honnêtement – je viens de prendre connaissance de votre protocole à l'instant –, je puis vous dire que, *a priori*, toutes les infirmières coordinatrices et le personnel soignant connaissent ce dispositif.

La pire des choses serait d'apprendre aujourd'hui que des établissements, en cas de grandes chaleurs, ne mettent pas en place ce dispositif. J'ai visité des établissements dès le 14 août dans mon département, et j'ai pu constater qu'il l'avait été.

M. Maxime GREMETZ : Les responsables des maisons de retraite de Paris et de la banlieue parisienne ont réglé le problème en emmenant tout le monde à l'hôpital ! Ils ont pris des garanties ; c'est clair.

Je me demande pourquoi, à Paris – la capitale –, aucun des responsables du plus haut niveau n'a diffusé de message prévenant qu'il allait faire exceptionnellement chaud, ni n'a mobilisé les moyens nécessaires. Il s'agissait d'un problème national quand même !

M. le Président : C'est bien la raison pour laquelle nous avons créé cette commission d'enquête !

M. Maxime GREMETZ : Pas seulement pour cela, mais en partie pour cela.

M. Pierre CARLI : M. Terrasse, nous avons envoyé aux maisons de retraite un protocole de rappel ! Nous savons très bien que les personnels de ces maisons connaissent ces mesures, nous ne les avons jamais pris pour des personnes ignorantes. Nous leur avons simplement précisé que, à ce moment-là, il était vital d'agir ainsi, car il faisait bien plus chaud que les étés précédents.

Par ailleurs, les personnels étaient contents d'avoir un médecin au téléphone, ne serait-ce que pour savoir s'ils étaient sur la bonne voie. Tout cela avait donc un aspect structurant, et je ne pense pas qu'ils nous en aient voulu d'être un peu incisifs.

L'un d'entre vous m'a demandé tout à l'heure si j'avais outrepassé mes droits ; voilà bien un endroit où je n'ai aucun droit. Donner des ordres aux responsables de maisons de retraite lorsqu'on est médecin du SAMU, c'est aller complètement à l'envers de ce qui est prévu !

Mais là, nous sommes dans le domaine du soin, et c'est mon domaine. Le domaine de la remontée de l'information l'est moins ! Et je comprends très bien vos interrogations ; j'en suis même le premier navré. Mais j'ai l'impression que nous avons été transparents, actifs, et que nous avons tenu nos tutelles au courant de ce qui se passait et se faisait.

Que l'interprétation qui en a été faite ensuite ait été différente, je n'y peux rien ! En tout cas, nous, nous avons essayé de ne rien dissimuler. Au contraire, nous avons essayé d'alerter, d'une façon ou d'une autre : M. Pelloux, de façon bruyante ; moi, de façon plus médicale, plus construite. Mais nous ne sommes pas dans le même rôle. Dans cette affaire, tout le monde était sur le pont.

Audition de M. Jean de KERVASDOUE,
ancien directeur des hôpitaux,
professeur d'économie de la santé
au Conservatoire national des Arts et Métiers

(Extrait du procès-verbal de la séance du 9 décembre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

M. Jean de KERVASDOUE est introduit.

M. le Président : Dans Le Monde, vous avez relaté votre séjour en tant que patient dans un hôpital parisien. Même s'il a été douloureux, il a sans doute enrichi votre expérience de praticien de la santé. Il serait utile que vous nous en livriez témoignage.

Toujours dans Le Monde, daté du 29 août, vous avez fait paraître un article intitulé : « *Les leçons grinçantes de la canicule* ». Vous y souligniez notamment la quasi-absence d'établissements pour personnes âgées à Paris. Vous pourrez sans doute nous dire combien il en existe et nous livrer votre appréciation.

Vous mettiez également en avant la difficulté pour les professionnels de santé de première ligne à s'installer et à travailler dans la capitale. Vous n'avez pas été un acteur de la période du mois d'août, mais nous souhaitons que vous éclairiez nos travaux par la connaissance que vous avez de l'organisation du système de santé, particulièrement à Paris, aussi bien concernant la prise en charge des personnes que l'organisation de la médecine ambulatoire et l'articulation avec l'hôpital. Votre expérience nous intéresse donc à plus d'un titre.

M. le Président lui rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête lui ont été communiquées. A l'invitation du Président, M. de Kervasdoué prête serment.

M. Jean de KERVASDOUE : M. le Président, mesdames, messieurs, je suis très honoré que vous ayez souhaité m'entendre. Je me sens modeste, car vous en savez certainement beaucoup plus que moi après vos auditions sur la canicule, que je n'en saurai jamais. Néanmoins, quelques mots sur ce qui m'a conduit à réagir, d'autant que, dès le début du mois d'août, alors que j'étais loin de Paris, des journalistes m'ont contacté par téléphone pour me demander ce que j'en pensais et ce que je ferais. Je n'ai pas eu d'idée géniale, sinon celle de réquisitionner les grands hôtels de Paris pour installer les personnes âgées dans les chambres climatisées, ce qui paraît difficilement réalisable.

Quelques remarques de fond.

Comme vous le savez, Paris est à la fois une ville et un département. Sans être par trop caricatural, on peut dire que Paris est un mauvais département : Paris prend mal en charge les personnes âgées et c'est bien pire pour les handicapés, voire effrayant.

En effet, si l'on se réfère, ce que j'ai fait récemment, aux taux de prise en charge des maisons pour enfants et pour adultes handicapés, le rapport entre Paris et la Lozère, qui en a fait une activité économique, s'établit de 1 à 15. Si l'on retire Paris et la Lozère, les rapports varient de 1 à 9 pour le nombre de places de handicapés, enfants comme adultes. Il en est ainsi et ce n'est pas une surprise pour la prise en charge des personnes âgées, puisque Paris offre un nombre de places égal à environ la moitié de la moyenne des départements français. Le chiffre est, je crois, de 250 places alors que la moyenne s'établit à environ 500.

La ville de Paris s'est reportée sur son CHU pour la prise en charge des personnes âgées, à des prix onéreux. Les équipes sont excellentes et Gabriel Pallez, il y a déjà 26 ans, avait comme politique pour l'Assistance publique d'accéder à cette demande des Parisiens. Mais l'on sait que pour être admis dans les services de long séjour ou de gériatrie à Paris, il est préférable d'être grand-mère d'archevêque que M. tout le monde !

Voilà pour la première remarque. La deuxième, c'est que la médecine de première ligne à Paris s'est progressivement délitée, parce que nous, collectivement, et vous, élus, ne répondez pas à une question que vous posent depuis 20 ans les médecins, notamment les médecins généralistes : quel rôle voulez-vous que nous jouions ?

La France a pour particularité unique dans le monde entier d'offrir de fait à tous les Français un accès direct, simultanément aux généralistes et aux spécialistes. A Paris, notamment les Parisiens ont rarement un médecin. Je n'ai pas de chiffres précis mais, selon moi, moins de la moitié des gens a un médecin de référence, sans que ce ne soit nécessairement un généraliste. Les Parisiens ont des médecins : un cardiologue, un ophtalmologiste…

Troisième remarque, toujours en lien avec les généralistes : comme vous le savez, les chiffres de l'évolution des revenus de 1980 à 2000 des généralistes est un peu plus favorable que celle des revenus des Français, mais beaucoup moins favorable que celle des spécialistes et beaucoup moins favorable que celle des médecins hospitaliers.

Si l'on retient l'indice 100 comme référence en 1980, le revenu des fonctionnaires passe à l'indice 109 ; des salariés du privé à l'indice 111 ; des généralistes à l'indice 115 ; des infirmières à l'indice 120 ; des spécialistes à l'indice 135 et des hospitaliers à l'indice 165.

En revanche, il est deux professions paramédicales dont les revenus baissent pendant la même période : les infirmières libérales et les kinésithérapeutes, puisque leurs revenus passent de l'indice 100 à l'indice 95 et 97.

La médecine de première ligne, composée de généralistes et de médecins libéraux, n'existe plus. Les signaux que fournissait habituellement cette médecine de première ligne n'ont pas été donnés.

A ces difficultés, se sont ajoutés des problèmes d'urbanisme. Je pense aux bâtiments construits entre les deux guerres sur les lieux des anciennes fortifications et qui sont des torches à énergie. On y dénombre plus de personnes âgées que dans le reste de l'agglomération parisienne. Cela a certainement joué un rôle.

Vient s'ajouter un phénomène aggravant : dans les premiers jours du mois d'août, le maillage social, déjà habituellement faible, d'une partie de nos aînés, n'a fait que s'affaiblir encore. Il aura suffi que les deux ou trois voisins ou membres de la famille soient absents pour que l'alerte soit donnée trop tard.

J'en aurai terminé quand je dirai que j'ai réagi à la solution évoquée par le Gouvernement, selon laquelle il convenait d'améliorer les services d'urgence pour résoudre des problèmes futurs analogues. Si je pense qu'il est nécessaire d'améliorer les services d'urgence, la question essentielle est de définir la capacité que l'on doit retenir pour eux. Vous avez dû entendre évoquer des images autoroutières : construit-on un service d'urgence comme on construirait une autoroute pour faire face aux allers-retours de deux week-ends du mois de juillet et de trois week-ends du mois d'août, ce qui reviendrait en d'autres termes à construire des autoroutes à dix voies, du fait, pendant cette période, du trafic considérable ? Cela suscite plutôt chez moi une image hydraulique, dans la mesure où je suis, de par ma formation d'origine, ingénieur des eaux et forêts. Dans les calculs de barrage, on calcule les crues centenaires qui apparemment, pour certains fleuves, deviennent annuelles. La question est de savoir comment l'on dimensionne les urgences et la population que l'on veut y accueillir. Autrement dit, jusqu'où est-on prêt à payer des gens à ne rien faire, car tel est bien le revers de la question ? La question est d'autant plus importante que les hôpitaux manquent totalement de souplesse, même avec l'application des 35 heures, qui s'élèvent en fait à 32,5 heures à l'Assistance publique de Paris. En fait, on résolverait les problèmes de bronchiolite, si on pouvait négocier le temps de travail des infirmières sur l'année et non sur le mois, et donc permettre ainsi un surdimensionnement des infirmières pendant les mois d'hiver où l'épidémie reprend. Je ne crois pas que la solution consiste à augmenter la capacité des urgences. Je crois plutôt qu'elle passe par le remaillage du réseau de soins entre la médecine de ville, les institutions sanitaires, les institutions sociales, sachant que des experts beaucoup plus compétents que moi ont montré que, cet été, lorsque les malades arrivaient aux services d'urgence où la situation était effrayante, il était trop tard. A partir d'un certain degré de température, le corps humain, surtout quand il est fatigué, a des difficultés à faire marche arrière.

Comme toujours, on a tort de chercher ses clés là où il y a le plus de lumière. Tous les problèmes se sont concentrés sur les urgences hospitalières et c'est pourquoi tout le monde a pensé que le problème résidait dans ces urgences. Or, je ne pense pas que ce soit le cas. Les urgences, aujourd'hui, compensent la désorganisation de la médecine de ville, puisqu'elles croissent à un rythme de 5 % par an. Tant qu'on ne fera pas en sorte que les Français n'aient pas intérêt à les utiliser systématiquement, on continuera, quelle que soit leur taille à les embouteiller, et ce, d'autant plus qu'elles seront meilleures.

M. le Rapporteur : Je reviens sur l'important problème des fermetures de lits. Le système fonctionne-t-il correctement ? On a plutôt l'impression du contraire. Au printemps, des instructions avaient été données par le ministre de fermer moins de lits que d'habitude. On est incapable de savoir – j'ai l'impression qu'il en va de même à l'AP-HP – combien de lits ont été fermés dans tel ou tel service. Que faudrait-il faire pour qu'elles soient mieux gérées, compte tenu du fait que ce sont les chefs de service qui décident bien souvent eux-mêmes de cette question sans en référer à la direction de l'hôpital, voire à l'AP-HP ?

Ma deuxième question porte sur les moyens en personnel. Devant la mission sur les 35 heures, vous l'avez évoqué pour les hôpitaux. Quelle est votre appréciation de la situation aujourd'hui ? S'agissant des infirmières, un plan de recrutement est prévu, mais, le 1er janvier, doit entrer en vigueur un protocole pour les horaires de nuit avec un horaire de 32 heures 30. Pensez-vous que les assouplissements récemment introduits permettront de gérer ce problème, notamment par le biais des heures supplémentaires ?

M. Claude LETEURTRE : Lors de la mission d'information, SOS-médecins nous a indiqué que les généralistes étaient absents de Paris comme ils le sont à l'accoutumée au mois d'août, mais que, comme à l'habitude, SOS-médecins avait fait face. C'est la situation dans beaucoup de villes de France. Avez-vous le sentiment que le rôle des médecins généralistes, dont vous avez rappelé les difficultés, a tout simplement évolué et que ce n'est pas un facteur déterminant dans le drame de la canicule ?

Je voudrais vous interroger en qualité d'ancien directeur des hôpitaux sur l'organisation hospitalière elle-même. Je suis d'accord avec vous pour reconnaître que l'amélioration des services d'urgence n'est pas le point central ; en revanche, l'organisation en aval des services d'urgence n'est-elle pas importante ? Préconisez-vous, en aval, des lits d'accueil d'urgence, des lits portes, en donnant notamment toute leur place aux catégories de personnel que sont les gériatres et les urgentistes ? On sait très bien que la difficulté actuelle des urgentistes réside dans la fatigabilité qu'entraîne ce travail. Les lits portes ne représentent-ils pas une évolution à envisager ?

M. Pierre HELLIER : Vous avez évoqué l'éventualité de réorganiser les services des urgences, en tout cas de savoir comment faire pour ne pas avoir intérêt à les utiliser. Quelles sont vos propositions pour que le recours aux urgences ne soit pas la première décision à prendre en cas de maladie ?

M. Jean-Luc PREEL : Je ne suis pas entièrement d'accord avec M. le Rapporteur : à ma connaissance, le directeur, qui prend la décision de fermer des lits, en informe la commission médicale d'établissement (CME) et le conseil d'administration ; il ferme des lits pour des raisons budgétaires, pour rester dans son enveloppe et pour s'adapter à l'activité, car dans plusieurs endroits, compte tenu des vacances des chirurgiens et des orthopédistes, il est plus raisonnable de fermer des lits de chirurgie.

M. le Rapporteur : Je parlais de Paris.

M. le Président : Nous avons une communication de fiches. M. Pelloux nous en a laissé quelques-unes la semaine dernière notamment, qui sont préparées par l'administration, envoyées aux chefs de service, lesquels indiquent à quelle date ils estiment nécessaire de fermer leur service, le nombre de lits en cause et les raisons qu'ils invoquent pour ce faire. En général, cette procédure est ensuite avalisée par la direction.

M. Jean-Luc PREEL : Cela ne me semble pas incompatible. Lorsque l'on est chef de service et que l'orthopédiste n'est pas là pour opérer ses malades, il y a intérêt à fermer le service plutôt que de le laisser ouvert.

Les questions que je souhaite poser à M. de Kervasdoué ont trait à ses anciennes et importantes responsabilités au ministère. Nous avons entendu M. Carli expliquer qu'il a été alerté très vite, qu'il a compris rapidement, qu'il avait travaillé, informé l'AP-HP. Comment expliquez-vous que la DHOS et la DGS n'aient pas réagi aussi

rapidement, n'aient pas été informées dans les mêmes délais ? Comment expliquer ce retard ?

La deuxième question concerne une campagne d'information. C'est un souvenir de l'été qui m'a un peu choqué. Toutes les heures, nous entendions aux informations une campagne organisée par l'INPS sur le mélanome et sur la nécessité de se protéger du soleil. Elle a duré tout le mois d'août. Peut-on interrompre une campagne d'information et, en l'occurrence, aurions-nous pu passer à la place des messages de prévention sur la canicule ? A moins qu'on ne puisse rien faire et que la campagne lancée se poursuive jusqu'à la fin ?

M. Jean de KERVASDOUE : Je vous répondrai dans le désordre chronologique pour trouver un ordre logique à mes réponses.

Il existe, me semble-t-il, quelque nuance entre ce que j'ai dit au sujet des généralistes et la manière dont vous l'avez repris. J'ai dit quelque chose de simple et de, malheureusement, très ancré : les Français n'ont pas expliqué aux généralistes le rôle qu'ils devaient jouer. Je pense à l'actuel Président de la République et à François Mitterrand qui ont l'image du généraliste qui est celle du médecin de campagne des années cinquante. Le Président de la République actuel, parce qu'il avait un ami généraliste et le Président François Mitterrand parce qu'il avait conservé cette image de son enfance, de son adolescence jusqu'à l'âge adulte. Le système a changé. Aujourd'hui, 25 000 nouveaux articles médicaux sont publiés par mois. Il est impossible de contrôler ou de connaître toute la médecine. Tous les pays occidentaux ont indiqué aux généralistes le rôle qu'ils devaient jouer dans le système de santé. Nous sommes les seuls en France à leur tenir des grands discours, la main sur le cœur, en disant qu'ils sont merveilleux, qu'ils sont essentiels, à les payer mal, et à ne pas leur dire le rôle qu'ils devaient jouer. En même temps, on ne les considère pas, ils se sont mis en grève, assez longuement. Ils se sont aperçus qu'ils pouvaient ne plus assurer les gardes et les astreintes. Ils ne reviendront pas sans négociation à la situation antérieure. C'est particulièrement crucial à Paris, parce que la vie y coûte cher et que lorsqu'il prend sa retraite, il est très difficile pour un médecin de vendre sa clientèle, bien davantage encore pour une infirmière libérale.

Un vrai problème s'est manifesté à l'occasion de cette crise. Il est exact que je n'ai pas parlé du SAMU. Il n'y avait ni plus ni moins de relations entre les médecins et le SAMU. Ce lien très personnel entre mes parents et le médecin instauré autrefois, lorsque j'étais enfant en province, n'existe plus. Je me cassais alors déjà beaucoup, ce qui a valu à mon médecin de déclarer quand j'ai quitté la province : « *Tiens, mon meilleur client qui s'en va* ! » Je le connaissais comme quelqu'un de la famille. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Nous avons un problème collectif qui se manifeste par des crises successives sur le thème : quel est le rôle des généralistes ? Il faudra un jour leur répondre autrement qu'en leur accordant la consultation à 20 euros.

M. Pierre HELLIER : Mérités par ailleurs !

M. Jean de KERVASDOUE : En effet, mais je pense que cela ne suffit pas.

M. Pierre HELLIER : On est d'accord !

M. Jean de KERVASDOUE : L'administration est très centralisée dans ce pays. La direction des hôpitaux est aujourd'hui, moins encore qu'hier, une direction opérationnelle. Elle l'est moins aujourd'hui de par l'existence des agences. Il est normal que les directeurs d'hôpitaux ne rendent pas compte directement à la direction des hôpitaux, sauf par des liens personnels. Lorsque j'étais en place, un directeur ou un chef de service que je connaissais bien me disait : « *Tu sais ce qui est en train de se passer* ? » L'information n'est nullement organisée : elle descend, mais ne remonte pas. C'est la pesanteur administrative.

Venons-en au sujet central : lits, moyens en personnel, organisation hospitalière.

Nous souffrons d'une organisation hospitalière archaïque datant de la guerre de 1940. L'hôpital est organisé en services, les chefs de service sont nommés par le ministre et, aux termes d'un texte de 1943, sont indépendants. Le pouvoir du directeur d'établissement à l'égard des chefs de service, s'il existe, est plus un pouvoir d'influence qu'un pouvoir de tutelle. Je dis depuis longtemps ; M. Claude Evin en témoignera ici…

M. le Président : De Président je deviens témoin !

M. Jean de KERVASDOUE : …de nos discussions antérieures !

Nous avons réorganisé dix-sept ou dix-huit fois la loi de 1970 et s'il y a une réforme à faire sur la structure hospitalière, il faut écrire une ligne et demie, laquelle serait : « *Chaque hôpital est maître de sa structure. Celle-ci est définie par son règlement intérieur*. » Il faut cesser de s'occuper de Paris, de l'agence ou d'ailleurs…

M. le Président : …c'est dans la loi de 1991.

M. Jean de KERVASDOUE : Je ne suis pas d'accord ; c'est plutôt l'inverse qui a été fait. On a codifié, dans la loi, le fonctionnement des CME, l'organisation hospitalière, alors qu'il ne fallait surtout pas procéder ainsi. Il faut laisser les hôpitaux s'organiser, être souples et rendre des comptes à la collectivité sur le service qu'ils offrent à la population : la tarification de l'activité et les urgences permettront de le faire.

Plus on coupe en petits morceaux, plus on multiplie les problèmes liés à l'organisation du travail. Il y a 20 ans, ce n'était pas grave à Strasbourg où l'on comptait des services de 300 lits. Lorsque je travaillais à Paris dans les années 1970, il était plutôt question de 90 lits. Aujourd'hui, le chiffre est plutôt de 30. Couper en petits morceaux contraint à fermer des lits dès lors que l'on rencontre un problème d'encadrement. Auparavant, il existait une sorte de continuité entre 60, 70, 80, 90 lits. Là, on ferme des pans entiers du fait du morcellement de la structure.

Que se passe-t-il à l'Assistance publique de Paris ? Cela m'a beaucoup frappé lors de mon séjour hospitalier, que j'ai en partie relaté dans Le Monde. J'y décris les personnes qui entrent dans la chambre d'un patient le matin, ce qui n'est nullement anecdotique. Je vous en laisse juge.

La première vient vous réveiller vers 6 h 45 en vous demandant si vous avez bien dormi. En général, vous venez juste de vous endormir, car vous souffrez et vous êtes assommé par les neuroleptiques. Peu importe, elle est aimable et vous interroge sur votre nuit. Une autre personne entre ensuite pour vous prendre la température. Elle la relève sur une feuille de papier et sort. Deux autres personnes lui succèdent pour vous prendre la tension. Dans la mesure où l'on a volé des tensiomètres, ceux-ci sont fixés à des trépieds. L'une pousse donc le trépied pendant que l'autre porte le tensiomètre, puis vous prend la tension et l'inscrit sur une autre feuille de papier. Vous vous dites que l'on aurait pu vous prendre la température en même temps que la tension. Ce n'est pas compliqué.

Ensuite encore, une dame vous apporte le petit-déjeuner. Elle pose le plateau sur une table. Je ne pouvais absolument pas bouger et – pardon mesdames – on m'apportait un pistolet, posé lui aussi sur le plateau. Je lui demandais si elle pouvait le retirer, ce à quoi elle me répondait : « *Non, non, ça, c'est pas moi, c'est quelqu'un d'autre.* » Vous tournez alors le pistolet et vous déjeunez. Vous attendez que la personne suivante vous l'enlève. A ce moment-là, alors que vous êtes en train de manger la seule chose mangeable, à savoir le yaourt, l'infirmière entre pour vous faire une piqûre. Vous lui demandez si elle ne peut pas revenir.

J'ai compté qu'entraient dans ma chambre, sans parler des élèves, une dizaine de personnes.

Un matin, une aide-soignante très aimable a commencé à faire ma toilette. Elle m'a laissé à moitié nu ; elle est revenue 2 heures après en me disant : « *Je vous ai dit que je revenais, je ne vous ai pas dit quand* ! »

Pourquoi l'importance de cette remarque ? C'est la qualification la moins nombreuse ce matin-là qui définit l'organisation du travail. J'ai interrogé sur cette situation. Il m'a été répondu que d'habitude, deux aides-soignantes étaient affectées à l'aile où j'étais, alors qu'il n'y en avait qu'une ce matin-là. Tous les autres métiers attendaient que l'aide soignante ait fait son travail pour faire le leur. Par exemple, les kinésithérapeutes qui devaient me mettre un appareil sur le pied ont attendu à deux sur le pas de ma chambre entre 10 heures et midi. A midi, l'une est partie déjeuner ; à midi et demi, lorsque ma toilette fut enfin faite, la seconde qui pourtant travaillait à mi-temps, mais qui était restée par gentillesse, m'a posé l'appareil et est partie à 13 h 15.

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

On a empilé des règlements et des statuts. A cela, on ajoute un facteur essentiel, à savoir que beaucoup de chefs de service ne donnent pas au personnel paramédical leur emploi du temps : nombre de tâches programmables ne sont pas programmées et l'on a ainsi, dans les hôpitaux les mieux dotés de France, l'Assistance publique de Paris, le sentiment de la pénurie alors qu'il y a pléthore. Les infirmières m'ont demandé ce que j'en pensais : je leur ai dit qu'elles étaient trop nombreuses. Elles croyaient que c'était là un mot d'humour de ma part. Non ! D'ailleurs, je leur ai expliqué que le week-end, alors qu'elles étaient moins nombreuses, cela marchait mieux. Elles savent qu'elles sont moins nombreuses et s'organisent en conséquence…

Si l'on ne donne pas au personnel infirmier une liberté dans l'organisation du travail, c'est un puits sans fond. Il faut laisser les équipes s'organiser et demander aux chefs de service leur programme de travail, ce qu'ils ne font pas. Dans d'autres hôpitaux à Paris, certains chefs de service n'indiquent même pas les jours où ils opèrent. On trouve donc des personnes l'arme au pied dans les blocs et ailleurs ou dans les services de soins, avec toutes les conséquences que cela peut avoir.

On se heurte d'abord à un problème de structure qui ne fera que s'amplifier. A la Pitié-Salpêtrière, on dénombre plus d'une centaine de spécialités. Avant de venir vous voir, j'ai téléphoné, à la demande d'un ami, pour savoir si, dans le service où j'étais, on trouvait un spécialiste de l'épaule. On m'a répondu : « *Ah, non, l'épaule, ce n'est pas nous* ! » Certains médecins ne traitent que de la cancérologie neurologique, et encore pas pour les métastases secondaires ! Et ce n'est pas fini !

Tant que l'on ne reconnaîtra pas que l'évolution et la spécialisation de la médecine sont inéluctables et que la conséquence de cette spécialisation, ce sont la coordination, la souplesse et l'organisation, nous aurons des demandes reconventionnelles de personnes qui ont l'impression de travailler énormément, ce qui est le cas, mais qui sont désorientées, et dont le travail n'est pas programmé…

Venons-en aux 35 heures. Au cours de l'été 2002, j'ai écrit dans Le Monde un article intitulé : « *La cassure des 35 heures* ». La durée du temps de travail dans les hôpitaux en 1981 s'établissait à 37,5 heures. J'avais en effet demandé à l'IGAS de procéder à une étude sur la durée du travail, qui variait entre 33 heures et demies et 41 heures et demies. J'avais convoqué les directeurs d'hôpitaux en leur disant que la durée du travail était de 39 heures, et non pas de moins 2 heures 30. Nous avions créé 6 000 emplois alors que la règle de trois en donnait 20 000. J'ai été très surpris d'entendre Mme la ministre, Elisabeth Guigou, déclarer entrer en négociation avec pour objectif 40 000 emplois et en sortir avec 45 000. D'autant que, dans certains hôpitaux comme à Paris, le Gouvernement a répondu favorablement à une demande des syndicats, pour ne pas employer un terme péjoratif, à savoir la prise en compte du temps du repas sur le temps de travail. Le temps réel du travail est donc de 32 heures et demies, à supposer que le repas dure une demi-heure.

On a créé une pénurie administrative, d'autant que nous savions tous parfaitement que la DGS n'avait pas autorisé suffisamment d'ouvertures de postes dans les écoles d'infirmières. L'ensemble de ces phénomènes a eu des conséquences lourdes. Néanmoins, même avec 32 heures et demies, le nombre d'heures travaillées par les infirmières, dans les hôpitaux, est supérieur aujourd'hui à celui qu'il était en 1981. On comptait en France 220 000 infirmières libérales et hospitalières en 1980 ; aujourd'hui, elles sont 420 000. Même si vous réduisez la durée du travail de 25 %, il n'y a théoriquement pas de problème. Bien sûr, il faut tenir compte du fait que la demande a progressé.

Une série de liens et de conséquences en découle, d'autant que la règle des 35 heures est appliquée différemment dans le public et dans le privé. Dans le privé, celle-ci pose problème au personnel, qui, au reste, est mécontent des 35 heures : les horaires sont coupés, le personnel arrive à 7 heures ou à 7 heures 30 du matin et part à midi. Il revient travailler de 15 heures à 17 heures ou de 15 heures 30 à 18 heures. Ce n'est pas très grave quand on travaille dans une petite ville de province, où il est possible de rentrer chez soi. En revanche, c'est plus compliqué lorsque l'on travaille à Paris et que l'on habite en région parisienne, où l'on est contraint de rester sur place.

A l'hôpital, 50 % des agents sont là le matin, 30 % l'après-midi, 20 % la nuit. Or, dans beaucoup d'hôpitaux, dont l'Assistance publique de Paris, le chevauchement est d'une heure et demie alors que, théoriquement, une demi-heure suffit. 80 % du personnel est présent entre 13 heures 30 et 15 heures, alors que ce n'est pas la plage horaire où l'on travaille le plus à l'hôpital !

Cela dit, je me répète, nous sommes confrontés à un lien entre les problèmes de structures, les problèmes d'organisation du travail entre les différents métiers, et les problèmes de moyens en personnels. Tout cela ne fait que se renforcer à un coût important. La productivité des hôpitaux l'année dernière et cette année a baissé de 7 %. C'est considérable. D'autant qu'on doit faire face à d'autres demandes, pour l'allocation dépendance notamment. Pour les urgences, ce peut être réglé par les lits portes ou autrement. Le problème central est davantage celui de la sortie que celui du sas.

Dans le grand service d'orthopédie parisien où j'ai été hospitalisé, les délais d'attente pour la chirurgie froide sont de l'ordre de 3 à 6 mois. J'ai voulu sortir rapidement, au bout de 8 jours. Si j'avais demandé les centres de rééducation fonctionnelle, qui sont peu nombreux à Paris, même si Dominique Coudreau a réalisé quelque chose de remarquable en créant 2 000 lits en région parisienne en 5 ans, pour l'essentiel dans le privé, car le public n'a pas pu répondre, si j'avais demandé les endroits réputés comme les Invalides ou Saint-Maurice, on m'aurait dit qu'il n'y avait pas de place et on m'aurait autorisé à rester dans mon lit. C'est inacceptable. On laisse se créer des files d'attente. Soit la puissance publique ne contrôle pas la qualité de la rééducation dans les hôpitaux français, soit elle les contrôle. En ce cas, il n'y a aucune raison de laisser quelqu'un dans un lit à 1 000 euros la journée parce que son bon vouloir est d'attendre d'aller à Saint-Maurice ou aux Invalides faire une rééducation.

On assiste donc à un engorgement du système, bien davantage par la sortie que par des sas d'entrée. Je ne suis pas du tout contre les lits portes, j'en ai bénéficié une soirée en attendant d'être hospitalisé. Mais il convient d'expliquer aux gens qu'ils ont le choix et qu'à partir d'aujourd'hui, au lieu d'avoir un ticket modérateur zéro, ils bénéficieront d'un ticket modérateur de 50 ou de 80 %, différence entre le coût du séjour en maison de retraite et à l'hôpital. Il faut que les Français adoptent un comportement civique. Il en va de même pour les urgences. Je suis favorable pour que la consultation aux urgences soit de 150 à 200 euros, ce qui est le prix. Il faut augmenter les prix. Il existe des mécanismes économiques, qui permettraient de résoudre nos problèmes. On prétend que la consultation aux urgences coûte 20 euros. C'est de la plaisanterie ! Il faut que, avec les mutuelles et l'assurance maladie, on accepte dans certains cas de rembourser à 100 % avec un ticket modérateur, le même que le C, qui ne représente quasiment rien : 30 % de 20 euros, soit 6 euros. Les personnes ayant une raison médicale d'être admises aux urgences ne paieraient rien ou 6 euros, contrairement à celles qui se présenteraient aux urgences sans nécessité impérieuse, même si elles y viennent pour des raisons rationnelles. En effet, même si vous attendez trois heures aux urgences, en trois heures, vous bénéficiez d'une radio, d'un examen de laboratoire, etc. Pour les parents d'un jeune enfant, il est beaucoup plus simple à Paris d'attendre dans un hôpital d'enfants que de l'emmener voir des pédiatres, des radiologues et des biologistes. Le vrai prix de la consultation aux urgences est de 100 à 200 euros. Il faut faire payer aux usagers le vrai prix, surtout à ceux qui abusent.

M. le Rapporteur : Je reviens sur la question de la canicule et des moyens des hôpitaux pendant l'été, en particulier à l'AP-HP. On a l'impression d'une pénurie très forte compte tenu des structures. Vous avez évoqué devant la mission sur les 35 heures, un certain nombre de parades utilisées aujourd'hui par les hôpitaux pour recruter du personnel

intérimaire, à la fois officieusement et apparemment officiellement. Je voudrais savoir ce qu'il en est de ces pratiques. Ont-elles été utilisées cet été ?

M. Jean de KERVASDOUE : Je n'ai pas une connaissance détaillée du fonctionnement des services de l'Assistance publique cet été. Je sais simplement, par mes amis directeurs d'hôpitaux et chefs de service, que beaucoup d'infirmières et d'infirmiers travaillent 35 heures dans un établissement et réalisent une ou deux vacations de 12 heures dans d'autres. Même des directeurs d'hôpitaux, qu'ils soient à but lucratif ou public, se coordonnent pour avoir des infirmières suppléantes ici et titulaires là.

M. le Rapporteur : De façon officielle, déclarée ?

M. Jean de KERVASDOUE : Il faut leur demander. Ils ne peuvent fonctionner autrement. Cela se fait donc comme cela.

M. Claude LETEURTRE : Vous avez parlé d'une manière générale de l'organisation et de l'augmentation de la productivité. Il existe quand même un problème d'organisation en amont des urgences.

Vous avez fait le procès du service hospitalier, car il s'est parcellisé pour se transformer en petites féodalités. Vous ne l'avez pas formulé ainsi, mais j'assume les termes de mon propos.

Vous indiquez que le moyen de désengorger les urgences consiste à augmenter le coût. Peut-être.

M. Pierre HELLIER : Ce que l'on paye du coût.

M. le Rapporteur : Le ticket modérateur.

M. Claude LETEURTRE : Il s'agirait d'augmenter la participation. Mais derrière cela, subsiste un vrai problème d'hospitalisation et de lits d'accueil, de places des urgentistes et des gériatres dans l'organisation hospitalière. J'aimerais vous entendre sur la place que vous donnez à ces praticiens.

M. Serge BLISKO : Je salue M. de Kervasdoué pour son sens toujours aigu de la formule. Permettez à un ex-généraliste, devenu président d'un conseil d'administration d'hôpital, de n'être pas tout à fait d'accord sur les solutions proposées. Il faut mettre tout sur la table. Le dérèglement des urgences est à la fois médical et social. Vont aux urgences des personnes qui, on le sait bien, ne trouvent pas ou n'arrivent pas à trouver leur place ailleurs. De ce point de vue, je regarde avec intérêt les maisons médicales de garde telles qu'elles commencent à apparaître, parfois impulsées par les collectivités locales, et qui pourraient – il faut examiner leurs conditions financières – désengorger un certain nombre d'urgences. On a beaucoup mis en cause les médecins, c'est vrai. J'ai lu avec intérêt que notre collègue M. Eric Raoult était chargé d'une mission sur la sécurité des personnels de santé. N'oublions pas que c'est une profession qui se féminise beaucoup, dont les conditions d'exercice sont difficiles. M. Jean de Kervasdoué évoquait le bon médecin de notre enfance qui visitait tard le soir dans les fermes. Mais il ne risquait pas d'être agressé ou de se faire voler sa recette. Je sais que la situation actuelle n'est pas simple.

J’en viens aux hôpitaux parisiens et à l’AP-HP. J’ai siégé au conseil d’administration de l’AP-HP. Je suis né dans une région industrielle ; j’y ai vu la restructuration de la sidérurgie et d’un certain nombre de grandes entreprises. J’ai été frappé par le fait que, même si ces restructurations ont été douloureuses, elles ont été accompagnées d’un important effort, à la fois financier, intellectuel, j’allais dire moral, au sens où l’on essaye de donner du moral aux gens – ce n’est pas toujours facile – y compris par la formation…

Or, en arrivant à l’AP-HP, j’ai été stupéfait du très faible volume d’investissement par rapport au fonctionnement, de l’obsolescence de l’appareil des hôpitaux, des bâtiments, des procédures. Je suis d’accord avec M. Jean de Kervasdoué qui comptait les personnes qui rentraient dans sa chambre, puisque nous savons qu’il a eu un accident qui lui a permis d’écrire un article très pointu et tragi-comique. J’ai constaté le même phénomène en attendant des parents que j’amenais en consultation : on rencontre des agents du service hospitalier portant un papier, errant, un agent qui porte un tube et puis quelqu’un qui ne porte rien, mais qui cherche la personne qui porte le papier. Si une société de logistique fonctionnait ainsi, elle serait en faillite depuis très longtemps.

De la même manière, j’ai interrogé un directeur d’hôpital, même d’un hôpital qui est en rénovation comme Cochin, pour savoir dans combien d’endroits étaient les stocks, du drap jusqu’à la feuille de papier, indispensable pour l’examen. Il m’a indiqué qu’il existait 17 lieux différents, me précisant que l’on avait déjà grandement rationalisé en en réduisant le nombre, y compris des lieux clandestins, où, pour éviter de perdre du temps, des agents cachent un certain nombre d’objets afin d’éviter d’aller les chercher à l’autre bout de l’hôpital.

Un très gros effort est à faire d’autant que le budget d’investissement qui, pour l’heure, est critique, est un budget de crise qui interdit toute rationalisation.

Je n’entrerai pas dans la polémique des 35 heures. En tant que président du conseil d’administration, j’étais très en difficulté. Le président, en général, est le recours du directeur quand cela va mal. J’ai donc tout vu, tout subi, y compris la séquestration. Néanmoins, on se rend compte qu’il existe un problème spécifique à l’Ile-de-France. Même si je le regrette pour nos collègues de circonscriptions provinciales, nous avons bloqué 300 demandes de départ d’infirmières pour la province. Je ne veux pas revenir, M. d’Aubert, sur l’époque bénie où il existait des zones de salaire et où les agents vivant en Ile-de-France étaient un peu mieux payés. Mais on s’y heurte à un problème de logement, de transport. Il est très difficile de prendre son service tôt le matin, car se posent des problèmes de transport en commun, de gardes d’enfants. Beaucoup d’hôpitaux ont des crèches pour les personnels, mais il est extrêmement pénible de voir ces femmes sortir à 21 heures avec un enfant dans les bras, car seules les crèches hospitalières assurent ces horaires décalés. En tant que directeur, chef de service ou directeur de l’hospitalisation, on se demande quelle vie on peut donner aux personnels d’Ile-de-France alors que leur salaire est le même qu’en province, où il n’existe pas de problèmes de logement. Je ne dis pas que le travail est plus agréable au soleil, mais les conditions de travail sont extrêmement difficiles pour les infirmières qui supportent l’imprévision de certains responsables, les Instituts de formation en soins infirmiers n'ayant pas accueilli assez d’élèves. Aujourd’hui, un directeur d’hôpital ne peut avoir recours à une société d’intérim médicale que s’il est vraiment introduit. Si vous n’êtes pas connu, on vous répond négativement.

Nous sommes dans une situation extrêmement critique, qui dépasse le problème de la canicule. Mais ce phénomène a éclairé de manière très crue et très dure le fait que nous étions dans une situation hospitalière extrêmement grave. Depuis la création des agences régionales d'hospitalisation (ARH), la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) est plutôt un organisme qui gère les carrières des chefs de service et les textes réglementaires, qu'une administration efficace et fonctionnelle.

M. Jean de KERVASDOUE : Avant de revenir aux urgences, aux urgentistes et aux gériatres à l'hôpital, je crois vraiment qu'une partie de la solution se trouvera en ville. J'ai été très favorablement impressionné par un rapport récent de l'inspection des finances, réalisé sous la responsabilité de M. Bruno Durieux. Il étudie l'évolution des systèmes de santé dans le monde occidental. Il prône, idée que je partage, le développement de « la médecine de groupe » à une autre vitesse que la vitesse actuelle. Il convient de favoriser, y compris fiscalement, financièrement, une organisation de la médecine de groupe en ville pour partager les contraintes, en ville, pas uniquement à la campagne, car la médecine de groupe est davantage développée à la campagne qu'en ville. Le sujet central est de promouvoir le débat entre hommes politiques et médecins, notamment de ville. Il faut retrouver un accord avec eux pour redéfinir dans quelles conditions ils assurent des gardes, des astreintes... Il y a aujourd'hui trop de non-dits. Il faut passer du non-dit au dit.

Sur le fond, M. Blisko, vous avez raison, mais, ainsi que vous le savez, il a été instauré, contre mon avis d'ailleurs, peu importe, le droit au remords. Souvenez-vous de la grève des internes et des chefs de clinique en 1983. Un des points de ce conflit portait sur les postes d'internes. Les internes ont obtenu ce que l'on appelle « le droit au remords ». Supposons que sur les 300 ou 400 internes de la région parisienne, vous décidiez d'en destiner 50 à la gériatrie ; les derniers choisiraient la gériatrie, puis certains exercent leur droit au remords en décidant de devenir urologues, dermatologues. Nous sommes confrontés à un vrai problème de la réforme du concours de l'internat et de passage entre spécialités. Parmi les problèmes à traiter, figure le statut de ces nouvelles spécialités que sont les urgentistes, et celui des gériatres que l'on ne forme qu'en nombre très insuffisant en France. Même dans les services de pathologies aiguës, en cardiologie, en cancérologie, la moyenne d'âge des patients est de 70 ans. Tous les médecins font de la médecine pour personnes âgées, à quelques exceptions près que sont les obstétriciens, les gynécologues, les pédiatres. Pour les autres, l'essentiel de la médecine est celle pour les personnes âgées.

M. Pierre HELLIER : On retrouve les maisons médicales. Je me suis installé en 1969. En 1970-1971, nous avions une maison médicale et les gardes étaient assurées. Tout a changé. Le statut du médecin aussi. Et surtout, pendant la grève, ils se sont aperçus qu'il n'y avait pas beaucoup d'urgences. Il faut absolument s'orienter dans le sens que vous nous indiquez.

**Audition de responsables des fédérations
et syndicats d'établissements d'hébergement pour personnes âgées :
Association des directeurs d'établissements
d'hébergement pour personnes âgées (ADEHPA),
Fédération des établissements hospitaliers
et d'assistance privés (FEHAP),
Fédération hospitalière de France (FHF),
Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements
et services pour personnes âgées (FNADEPA),
Syndicat national des établissements et résidences privés
pour personnes âgées (SYNERPA)
et Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés
sanitaires et sociaux (UNIOPSS)**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 16 décembre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président,
puis de M. Pierre LASBORDES, Vice-président

MM. Pascal CHAMPVERT, Président de l'ADEHPA, Georges RIFFARD, directeur général de la FEHAP, David CAUSSE, délégué adjoint de la FHF, Claudy JARRY, Président de la FNADEPA, Guy LAMARQUE, Président du SYNERPA, Théodore AMARANTINIS, délégué général du SYNERPA et Alain VILLEZ, conseiller technique à l'UNIOPSS, sont introduits.

M. le Président : Mes chers collègues, nous poursuivons, nos auditions de ce jour en accueillant, dans le cadre d'une table ronde, les responsables des fédérations et syndicats d'établissements d'hébergement pour personnes âgées. Messieurs, je vous souhaite la bienvenue.

Vous aviez été entendus par la mission d'information le 16 septembre dernier, mais il nous a semblé utile de vous entendre à nouveau. En effet, nous disposons, par rapport aux événements, comme vous-mêmes, d'un peu plus de recul qu'au mois de septembre.

Par ailleurs, l'étude de l'INSERM, publiée à la fin du mois de septembre, montre que la majeure partie des décès ont eu lieu à domicile et en maisons de retraite.

En effet, 42 % des décès en excès sont survenus dans des hôpitaux, 35 % à domicile, 19 % dans des maisons de retraite et 3 % en cliniques privées. Encore doivent-ils être interprétés avec prudence car certaines personnes décédées dans les hôpitaux venaient des maisons de retraite.

Il nous faut donc parler à nouveau avec vous de la manière dont les maisons de retraite ont réagi face à la crise. Certains responsables ont mis en avant des problèmes structurels comme l'architecture des bâtiments, qui fait que la situation a été différente selon les régions.

Le manque de personnel a également été évoqué et, plus précisément, l'insuffisante médicalisation des établissements. Il est important de connaître votre appréciation sur cette question de la médicalisation.

Il nous faudra également débattre du rôle d'alerte que vous avez pu ou auriez pu jouer. Vous nous ferez part des difficultés auxquelles vous avez pu être confrontés. Il ne m'appartient pas de commenter une procédure de justice, mais je n'oublie pas, en évoquant ces difficultés, qu'un directeur d'établissement de Reims fait actuellement l'objet d'une procédure judiciaire à la suite de la plainte d'une famille. Certes, nous sommes dans un état de droit et personne ici ne saurait contester le droit des personnes à engager une procédure, mais il est vrai que l'on ne peut apprécier les responsabilités d'un directeur d'établissement qu'au regard d'une analyse de l'ensemble des moyens dont il dispose pour assumer ses responsabilités.

Je propose, pour ouvrir cette séance, que vous présentiez chacun vos groupes, en indiquant le nombre de maisons de retraite qui les composent, leur localisation géographique, leur type de relations avec la sécurité sociale et l'administration – conventionnement, etc. – et le nombre de personnes âgées qu'elles accueillent.

M. le Président leur rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête leur ont été communiquées. A l'invitation du Président, MM. Champvert, Riffard, Causse, Jarry, Lamarque, Amarantinis et Villez prêtent serment.

M. Pascal CHAMPVERT : L'ADEHPA représente 1 700 directeurs d'établissements publics, associatifs, commerciaux, répartis sur l'ensemble du territoire national. Moi-même, je dirige des établissements publics dans le Val-de-Marne.

Je reprendrai la réflexion dans l'ordre des questions soulevées.

Architecture et bâtiments : l'événement climatique naturel que nous avons vécu a-t-il été amplifié, dans ses conséquences, par telle ou telle architecture ? Probablement, oui. En Ile-de-France, quand on construit des établissements pour personnes âgées, on veut qu'ils soient lumineux, clairs, pourvus de grandes baies vitrées. Onze mois par an et probablement chaque année, c'est utile, indispensable et agréable. Pendant un mois dans l'histoire de notre pays, une telle architecture n'a pas été favorable pour la santé publique. Cela étant, dans les conclusions que notre pays aura à tirer de ce drame, il conviendra de ne pas penser le quotidien de l'avenir à partir de la crise. Je cite en cela Pierre Coste, président de MG France qui a fait de la médecine de catastrophe et qui rappelait cette idée lors d'une entrevue avec M. Fillon. Cela me semble important.

A nos yeux, l'élément majeur est le manque de personnel en établissement : il est cruel. Notre pays a 20, 25, 30 ans de retard, peu importe, un retard considérable. A la suite de la loi de 1975, un décret de 1978 créant les sections de cure médicale avait défini la participation de la Sécurité sociale dans le financement des établissements pour personnes âgées. Ce texte n'a malheureusement jamais été appliqué. Et, petit à petit, on a vu fleurir les places de sections de cure autorisées, non financées. Après avis des Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS), le préfet accordait des autorisations de créer des places de section de cure, concrètement des autorisations de recruter des médecins, des infirmières, des aides-soignantes dans les maisons de retraite. Il donnait l'autorisation, sans qu'elle soit suivie de réalisations en raison de l'absence de financements.

Nous nous sommes retrouvés avec un manque de personnel que l'ensemble de la société jugeait quasiment normal. Tout le monde pensait, dans notre pays, que davantage de personnel dans les maisons de retraite serait nécessaire, mais que les contraintes économiques ne le permettaient pas. La France s'est réveillée, un jour d'août 2003, avec une énorme « gueule de bois » en découvrant que le manque chronique de personnels en établissements pouvait entraîner des conséquences dramatiques.

Je ne développerai pas davantage. Juste une image que j'avais donnée à la mission d'information. Je siège au CROSS de la région Ile-de-France. Le matin, sont étudiés les dossiers pour les établissements accueillant des personnes handicapées de moins de 60 ans. Il m'arrive parfois d'y aller, de moins en moins, je vous l'avoue, car j'en sors souvent avec un sentiment de violente injustice. Et quand il m'arrive de m'y rendre, je vois des assemblées où l'on pose des questions sur le projet, où on demande aux promoteurs s'ils sont sûrs qu'il sera suffisamment bien suivi pour les personnes accueillies, compte tenu des effectifs prévus. On leur demande de développer tel ou tel aspect sur la qualité envisagée. L'après-midi, les mêmes personnes quasiment se retrouvent pour parler des personnes âgées de plus de 60 ans, celles que l'on nomme « *dépendantes* » depuis la loi sur la prestation spécifique dépendance. Là, on considère qu'un bon dossier est celui qui coûte le moins cher possible même si, de temps en temps, certains essaient de faire passer quelques éléments sur la qualité.

Telle est la situation de notre pays. A la différence d'autres, nous n'avons pas su mettre en place les solidarités nationales qui s'imposaient à nous, nous illusionnant sur l'idée que des solidarités familiales seraient à l'œuvre, alors qu'elles ne sont plus les mêmes. La France n'est pas le Portugal, ni la Grèce. D'ailleurs, le Portugal et la Grèce n'auront plus non plus, dans quelques années, les mêmes solidarités familiales. N'oublions pas, en outre, que celles-ci sont toujours le fait des femmes, des filles et, quand il n'y a pas de filles, de belles-filles, que la personne âgée soit en établissement ou à domicile. Il existe sur le sujet de très bonnes enquêtes réalisées par la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

En ce qui concerne le rôle d'alerte, j'ai souligné devant la mission d'information, que le directeur de cabinet de M. Falco, lors de la première réunion qu'il avait organisée, avait déclaré que personne n'avait appelé le secrétariat d'Etat, ni les DDASS, ni les établissements, pour l'informer d'un problème. Nous avons été quelques-uns à lui avoir répondu que s'il fallait l'appeler à chaque fois que nous manquons de personnel, à chaque fois que la nuit, on ne compte qu'une ou deux personnes pour 80 résidents, à chaque fois qu'il y a une aide-soignante un après-midi pour 60 résidents, son standard sauterait ! C'est dire que cette situation de sous-dotation chronique a fini par instaurer des situations un peu perverses dans les relations entre les autorités de tarification et les établissements. Devant la mission d'information, nous avions parlé de politique « *du dos rond* », « *du dos courbé* » de la part des établissements ; parfois, la logique de certaines autorités de tarification consiste à expliquer à un directeur qu'être responsable, c'est demander les budgets qu'il pourra obtenir. Ainsi nous sommes arrivés à un système pervers où un directeur responsable propose à son conseil d'administration de demander aux autorités de tarification des budgets de l'ordre de 1 % de plus que l'inflation. Ensuite, le débat tourne autour de la question : peut-on donner 0,5 %, 1 % ou 0,8 % de plus ? En fait, depuis longtemps, les établissements pour personnes âgées n'établissent plus des budgets fondés sur leurs besoins. Je parle de façon globale. Bien sûr, il existe des exceptions, des établissements qui font régulièrement des recours en tarification. La situation est différente suivant que l'établissement est public, associatif ou commercial – mes collègues pourront entrer plus dans le détail –, mais d'une façon générale, nous sommes majoritairement, globalement, dans cette situation. Elle doit inciter à se poser des questions sur l'ensemble des mécanismes de notre pays, comme elle doit inciter les établissements et les responsables des organisations professionnelles à s'interroger.

Je préside l'association depuis une quinzaine d'années. Nous devons tous nous poser des questions sur notre part de responsabilité. Peut-être n'avons-nous pas suffisamment – je ne parlerai que pour moi – tiré la sonnette d'alarme, alerté, informé, manifesté, fait savoir, peut-être avons-nous été trop bien élevés !

Je ne puis oublier la différence qui existe dans notre pays entre un secteur qui profite d'une politique nationale et européenne assise depuis longtemps et un secteur dépourvu de politique publique assise forte. Il suffit de comparer avec ce qui s'est passé dans le monde agricole : dès la fin août, l'Etat a débloqué 500 millions d'euros en sa faveur. Il ne m'appartient pas de déterminer si c'est bien ou mal. Les syndicats agricoles s'en sont satisfait. L'Etat a accordé des aides. C'est probablement qu'elles étaient utiles dans une démocratie comme la nôtre. Pour autant, je n'oublie pas que, dans le secteur de l'aide aux personnes très âgées, fragilisées, nous avons terminé l'année 2003 avec 103 millions d'euros en moins, même si un plan « Vieillissement et solidarité » a été mis en place, mais qui ne commencera à raisonnablement porter ses fruits qu'à partir de l'automne 2004. L'ADEHPA a expliqué qu'elle le trouvait notoirement insuffisant.

Dernier élément : il nous faut réfléchir aux notions de culpabilité et de responsabilité. Vous avez relevé, M. le Président, qu'une seule personne doit répondre de ce qui s'est passé cet été devant la justice et c'est un directeur d'établissement. Je ne me satisfais pas qu'il soit le seul, je suis très heureux qu'il n'y en ait pas d'autres. Nous avons toujours dit que nous n'entendions pas poser le problème de la culpabilité personnelle d'un directeur, d'un médecin, d'un ministre ; il faut poser les questions en termes d'institutions, de responsabilité collective ; broyer des individus est quelque chose que nous ne pouvons souhaiter. Je pense toutefois que si collectivement notre société, d'abord symboliquement, ensuite très concrètement, ne montre pas qu'elle tire des leçons fortes de ce drame, nous entrerons dans un jeu de culpabilité, de recherche de coupables, de « patates chaudes », dans lequel chacun essayera de culpabiliser le voisin.

Les discours du Président de la République et du Premier ministre en août ont été des discours forts, qui ne cherchaient pas des coupables. Ce ne fut pas le cas de tous les ministres du Gouvernement. Mais ces discours furent des discours forts qui constataient le drame et qui renvoyaient à la nécessité d'être responsables et solidaires. Vous imaginez bien que, compte tenu de ce que j'ai dit de la suite, c'est-à-dire des arbitrages budgétaires, je pense malheureusement que les actes n'ont pas suivi. Nous devons réfléchir collectivement à ces questions. Comment fait-on le deuil de 15 000 personnes, du drame le plus important sur notre sol depuis la fin de la seconde guerre mondiale ?

J'ai témoigné récemment au procès d'Eric Fréquelin, directeur de la maison de retraite de Livry-Gargan, mis en examen il y a 5 ans. A l'époque, il y avait eu 13 morts dans l'établissement qu'il dirigeait. Son procès se tenait au tribunal de Bobigny au mois de novembre. On lui reproche essentiellement, faute de n'avoir rien trouvé d'autre, que l'ensemble des personnels de son établissement n'était pas formé aux exercices d'évacuation quatre fois par an. J'ai indiqué qu'à ma connaissance, dans aucun établissement de France, on ne les faisait. La Procureure m'a répondu qu'elle entendait ce que je disais, mais qu'elle ne pouvait rappeler qu'une seule chose : la loi est loi et il convient de l'appliquer. Dans son rôle de procureure, elle ne peut rien dire d'autre. Elle a ajouté : « *Monsieur le directeur, vous dites manquer de moyens. Pour avancer cela, encore faut-il les avoir demandés.* »

Nous ne sommes pas ici pour commenter les décisions de justice, pas plus moi que vous. Le jugement sera rendu le 21 janvier. Eric Fréquelin sera sans doute condamné. Cela montre la difficulté de notre métier, mais peut-être est-ce aussi ce qui en fait l'intérêt.

Toutefois, sans se défausser sur qui que ce soit, nous devons apporter une réponse collective si nous voulons que ce soit notre pays qui réponde et non quelques hommes ou quelques femmes qui soient broyés.

M. le Président : Vous avez évoqué l'insuffisance de l'encadrement dans les maisons de retraite. On nous dit que le taux d'encadrement à Paris est de 0,8 contre une moyenne à 0,4. Si le taux d'encadrement est effectivement plus élevé à Paris, il serait intéressant de le mettre en relation avec le fait que nous avons connu dans la capitale une situation beaucoup plus dramatique que sur le plan national.

Même si je puis vous entendre, voire partager votre propos sur la faiblesse du taux d'encadrement, cet argument mérite d'être évoqué.

M. Georges RIFFARD : Les chiffres dont je dispose et qui portent sur 300 établissements donnent un ratio de personnels pour la France entière de 0,46 et, pour l'Ile-de-France, de 0,51. Si l'on compare le niveau de dépendance, le GMP moyen national, de 583, par rapport à celui d'Ile-de-France, de 607, on s'aperçoit que l'écart en matière d'encadrement est faible : 0,46 contre 0,51. En revanche, le niveau de dépendance est nettement plus élevé en Ile-de-France.

M. le Président : Il faut, bien sûr, toujours corréler le taux d'encadrement avec le niveau de dépendance. Le pourcentage de 0,8 % est celui de la mission d'information constituée par la mairie de Paris.

M. Pascal CHAMPVERT : Le ratio de 0,8 correspond au taux d'encadrement des établissements du Centre d'action sociale de la ville de Paris, c'est-à-dire, de mémoire, les 13 établissements que la ville de Paris gère en direct.

M. le Président : Cela pour préciser ce dont il s'agit et éviter de fausses polémiques. Dans la mesure où il s'agit du rapport de la mairie de Paris, il concerne effectivement les établissements qui relèvent du Centre d'action sociale de la mairie de Paris.

M. Georges RIFFARD : La FEHAP regroupe des établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux, soit 2 750 établissements, dont 1 000 dans le secteur des personnes âgées, 750 établissements d'hébergement pour personnes âgées et 250 services de soins à domicile pour personnes âgées qui rassemblent des organismes sans but lucratif.

Premier point : d'après notre enquête auprès de nos établissements, aucun n'est climatisé en totalité et un nombre extrêmement réduit d'établissements bénéficie d'une pièce assez grande climatisée. Sur ce point, la FEHAP est favorable à la généralisation d'une pièce climatisée dans tous les établissements.

Deuxième point : la médicalisation enregistre un niveau insuffisant. Le pourcentage que nous venons de livrer en termes de ratio concerne la totalité des personnels. Nous enregistrons un déficit extrêmement important en termes de besoins et les financements ne suivent pas. On pourrait parler « *du syndrome du mistigri* ». Si on regarde ce qui s'est passé depuis 25 ans, depuis janvier 1978, date de la première loi qui a créé le long séjour avec un système de tarification linéaire pour les personnes âgées – une partie soins, une partie hébergement –, on constate, 11 ans après, que le décret devant fixer ce qui relevait par nature des soins et ce qui relevait par nature de l'hébergement n'était toujours pas publié. C'est pourquoi, en 1989, la Cour de cassation a donné raison à une des

plaignantes qui disait avoir payé quatre ans de long séjour, ce qu'elle n'aurait pas dû faire, et demandait en conséquence à être remboursée. L'intéressée l'a été. Ce que, voyant, le Parlement a voté une loi de validation à la fin de l'année 1989, publiée au Journal Officiel du 4 janvier 1990, qui indiquait qu'il y avait lieu de prendre des mesures. Dans le même temps, on a créé les forfaits. A la fin des années 1970, dans le cadre des débats sur le financement de la médicalisation, il nous a été indiqué que les forfaits constituaient la meilleure formule, une sorte de « tout compris », qui tenait compte de différences éventuelles concernant les résidents. Nous avons décidé d'adopter ce système.

Quelques années après, nous nous sommes aperçus que le forfait était devenu un plafond, avec cette différence que le plafond se situe sous le forfait. Aujourd'hui, en moyenne, tant pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées que pour les services de soins à domicile, nous nous situons à 20 % en dessous du forfait, d'où le sentiment d'avoir été dupés. Pour en rajouter, les déficits intervenus sur les sections de cure médicale ont été imputés au niveau des établissements sur la partie « hébergement », c'est-à-dire qu'ils ont été payés par les résidents. Ce faisant, on les a privés en partie de leurs droits de sociétaires d'assurance maladie en fonction de leur âge, ce qui est inacceptable.

Après toutes ces récriminations qui naturellement devraient être présentées en complément de tout ce qui a été réalisé – et qui est important sur ce quart de siècle – on pourrait se demander : que faire ? J'ai failli vous apporter, mais je me suis repris pensant que ce ne serait pas convenable, les 12 rapports nationaux réalisés sur les personnes âgées depuis 1979. Le premier s'intitulait « *La prise en charge des personnes âgées dépendantes* ». J'ai participé modestement à la rédaction de ces 12 rapports. Il existe d'ailleurs également un rapport parlementaire d'excellente qualité. Beaucoup de points de convergence se retrouvent dans ces rapports, beaucoup d'idées auxquelles nous pouvons, les uns et les autres, adhérer. Mais une fois ces rapports connus, publiés, comment faire pour contribuer à leur mise en œuvre ? Modestement, le mini-rapport de la FEHAP, aujourd'hui, préconise un effort de médicalisation immédiate. Dans tous les établissements, hormis ceux qui auraient été remis à niveau dans le cadre de la contractualisation, la création de postes d'aides-soignants et d'infirmiers doit intervenir dès 2004. Comment faire ? Il faut compter le nombre d'agents de service qui font le travail d'aides-soignants dans les établissements. Tous ceux qui ont été devant les juridictions, ont été requalifiés « aides-soignants » et la Cour de cassation a toujours confirmé. C'est dire que nous avons aujourd'hui des agents de service hospitalier qualifiés, peu importe la dénomination, qui réalisent un travail, tout ou partie, d'aides-soignants. On a expliqué que la validation des acquis de l'expérience était très difficile dans le secteur de la santé. J'observe qu'au titre de la spécialisation du corps médical, la validation des acquis de l'expérience est utilisée et je me demande bien pourquoi on ne pourrait pas s'en servir pour les aides-soignants et les infirmiers. Avec une validation des acquis de l'expérience, des dizaines d'agents de service aujourd'hui sont capables d'accéder avec six ou huit semaines de formation à un emploi, à une qualification d'aide-soignant. Faisons-le.

Troisièmement : la création d'établissements et de services. Il arrive assez souvent à la FEHAP, comme j'imagine à d'autres fédérations, de recevoir un coup de fil de tel ou tel de nos correspondants au ministère pour trouver une solution et accueillir tel membre de leur famille proche ou moins proche : pour arriver à trouver des solutions rapides d'entrée dans un établissement, il faut se faire aider. C'est insupportable. C'est la marque d'un déficit considérable.

Dernier point : la solidarité nationale que nous appelons de nos vœux depuis longtemps. Il n'y aura pas de solution par une simple décentralisation au niveau des collectivités territoriales et des départements en l'occurrence. Il est nécessaire de promouvoir une solidarité nationale financière fondée sur l'assiette la plus large. Dans cette

hypothèse, nous souhaitons que le garant reste l'Etat et que nous bénéficiions de la proximité des départements dans le cadre de délégations de gestion. En dehors de ce système de solidarité nationale, on n'arrêtera pas le passage de « la patate chaude » auquel nous assistons dans notre pays, depuis 25 ans.

M. David CAUSSE : La Fédération hospitalière de France compte 2 200 établissements sanitaires et médico-sociaux, 1 000 hôpitaux, des grands CHU aux petits hôpitaux locaux, qui correspondent à une offre d'hébergement de 180 000 lits, soit 100 000 lits de maisons de retraite rattachées à des hôpitaux et 80 000 lits de long séjour. Il est important de le préciser, car l'on constatera sur des données factuelles, que la canicule ne s'y est pas présentée de la même manière que dans les 1 200 autres établissements publics autonomes qui sont nos adhérents, portant une offre supplémentaire de 100 000 lits, soit, au total, 280 000 lits.

Pour être concis, je centrerai mon intervention sur des éléments complémentaires par rapport à celle présentée devant la mission d'information du 16 septembre.

Tous les éléments que je vais citer font partie de documents que je remettrai à la commission. Nous avons pu accéder à des documents officiels concernant les départements des Hauts-de-Seine, du Val d'Oise, d'Indre-et-Loire, de la Côte d'Or, qui nous apportent des enseignements précis ainsi qu'à deux cartes, significatives de la dimension systémique et multifactorielle de la crise.

La crise a montré un problème d'organisation sanitaire : on a constaté une augmentation continue de la fréquentation des services d'urgence qu'il y a lieu de conforter, mais qui ne sont qu'un traitement symptomatique, non un traitement de fond, pour paraphraser un discours médical. Il convient de se préoccuper de prévenir en amont les indications d'hospitalisation aux urgences qui auraient pu être évitées et, en aval, de disposer de lits de médecine et de lits de soins de suite permettant de fluidifier le passage aux urgences. Cette question ne se pose pas qu'en été.

Au mois de février, avec le soutien de la Fédération hospitalière de France, le magazine Sciences et Avenir avait mené une enquête sur les problèmes de fonctionnement des services d'urgences pour les personnes âgées. Les délais d'attente pour une orientation appropriée, au mois de février qui n'est pas caractérisé par des températures extrêmes à la hausse, étaient de 8 à 10 heures. Le dysfonctionnement de la filière hospitalière est un phénomène chronique et la situation estivale à flux tendu a accru la difficulté. Cela pour l'aspect hospitalier.

Quant à l'aspect médico-social, plusieurs problèmes doivent être soulignés : d'une part, les problèmes d'adaptation du bâti. M. Champvert a été très éloquent sur la question ; je n'y reviendrai pas. D'autre part, la cartographie des températures maximales et minimales, qui n'a pas été identique sur l'ensemble du territoire, notamment sur l'Ile-de-France et le Centre, les deux régions les plus touchées. Il convient d'ajouter la médicalisation plus ou moins achevée des établissements accueillant des personnes, mais aussi l'importance des troubles Alzheimer, les troubles cognitifs. On sait aujourd'hui que près de 600 000 personnes en France souffrent de cette maladie et qu'on dénombre 100 000 cas nouveaux par an. Sur cet ensemble et selon les épidémiologistes, seulement la moitié est diagnostiquée et traitée. On estime à presque 80 000 les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer, qui non seulement ne sont pas traitées, mais vivent à leur domicile de manière isolée. Des experts gériatres estiment que cette population a été particulièrement affectée

par la canicule, car les intéressés pouvaient sortir à 13 heures pour faire des courses, couverts d'un manteau et d'un chapeau et risquaient ainsi d'être victimes d'un coup de chaleur. La question des troubles cognitifs en établissement est un élément d'ordre multifactoriel. Pour brosser un panorama de ces aspects à la fois multifactoriels et systémiques, notons que toutes les régions n'ont pas les mêmes habitudes de vie et donc de gestion de températures élevées ; au surplus, l'architecture est également différente.

Pour illustrer la question de la potentialisation des difficultés, j'évoquerai deux cartes publiées dans un numéro de la Revue hospitalière de France du mois d'octobre. Elles montrent que la région Ile-de-France et la région Centre sont les régions où la surmortalité est la plus élevée. La carte est la même que celle du déficit de places médicalisées en maisons d'hébergement. Cela ne signifie pas que l'on puisse établir un lien de cause à effet entre défaut de médicalisation et décès dans tel ou tel établissement. Cette causalité linéaire serait excessive, mais on peut dire qu'il y a eu un enchaînement de vulnérabilités. A l'évidence, avoir des températures, notamment nocturnes, extrêmement élevées, principalement dans des régions où, par ailleurs, le niveau de places médicalisées figurait parmi les plus faibles, a accru le risque que la canicule frappe lourdement les personnes hébergées.

Des éléments d'enquête plus précis montrent, apportant des points de confirmation, que les établissements d'hébergement rattachés à des hôpitaux, qu'il s'agisse de long séjour ou de maisons de retraite, ont été très significativement moins touchés que les établissements d'hébergement qui n'y étaient pas rattachés. Il n'y a dans mon propos de Fédération hospitalière de France aucune logique « hospitalo-centriste ». C'est un simple constat. Dans les établissements où il a été possible de détacher une infirmière, des aides-soignantes, des moyens, ce qui est le cas des établissements rattachés à des hôpitaux, on a pu prendre en compte la situation difficile estivale d'une toute autre manière que dans les établissements qui étaient isolés, avec souvent des moyens plus limités, et n'avaient pas la faculté de réagir de la même manière. Ce fait ressort aussi bien de l'enquête réalisée dans le Val d'Oise que de celles de l'Indre-et-Loire, d'Ile-de-France ou de Côte d'Or.

Selon le tableau établi par la DDASS et le Conseil général du Val d'Oise, les taux de mortalité sont beaucoup plus élevés dans les établissements non conventionnés qui n'ont pas accédé à la contractualisation selon les moyens évoqués par Georges Riffard et Pascal Champvert que dans les établissements conventionnés.

Il convient également de signaler qu'en Côte d'Or et dans les Hauts-de-Seine, la surmortalité a connu un effet retard, un « effet de traîne ». Entre les pics de chaleur et les pics de surmortalité, il y a un effet de décalage de deux à trois jours, y compris pour un certain nombre de résidents devenus patients. L'« effet de traîne » s'est traduit par des temps d'hospitalisation particulièrement marqués. Dans l'enquête sur la Côte d'Or, réalisée au cours de la première quinzaine d'octobre, une dizaine de personnes âgées est restée hospitalisée avec une aggravation de leur état au 15 octobre. C'est dire que l'aggravation des situations ne se traduit pas uniquement en termes de décès, mais aussi en termes de perte d'autonomie massive, qui ne pourra pas être récupérée. Cela nous amène au concept de vulnérabilité très connu, élaboré par les gériatres. Je pense à Claude Jeandel, gériatre à Montpellier. Au moment d'un stress, d'un événement traumatique, les personnes âgées n'ont pas la même capacité de récupération que les autres catégories d'âge. De ce fait, au-delà des décès, on enregistre des affaiblissements très marqués qui se traduisent par le fait que des personnes qui vivaient autonomes à domicile ont besoin désormais d'un accompagnement par un service de soins infirmiers à domicile ou d'une place d'hébergement. La surmortalité ne doit pas être le seul élément de l'analyse, même si c'est celui qui est le plus grave.

J'en viens à la question du personnel. Seules 10 % des unités de soins longue durée en France atteignent le ratio de 0,8. C'est le ratio des foyers d'accueil médicalisés, des structures pour personnes handicapées, et c'est le ratio vers lequel voudrait tendre l'ensemble des organisations pour personnes âgées. Le ratio de 0,8 est global et intègre des personnels financés par le résident lui-même à travers le tarif hébergement ou par le conseil général au titre de l'aide sociale lorsque la personne n'a pas les ressources suffisantes. En ce qui concerne les personnels financés par les finances collectives, la sécurité sociale et l'APA en établissement, le ratio est de 0,35 agent soignant par lit pour les unités de soins longue durée ; 0,22 agent soignant par lit pour les maisons de retraite médicalisées, 0,15 agent soignant par lit représentant le niveau moyen national. Nous sommes très loin du ratio de 0,8 que vous citiez, M. le Président.

La Fédération hospitalière de France a mené plusieurs analyses sur cette situation. Elle a notamment estimé qu'il conviendrait, dans les 5 ans à venir, non pas d'atteindre le ratio de 0,8, qui exigerait un étalement plus grand au regard des enjeux financiers et de la difficulté à recruter des effectifs aussi élevés, mais un ratio de sécurité de 0,3 agent soignant par lit dans l'ensemble des établissements. Le président de la FHF, Gérard Larcher, sénateur-maire de Rambouillet, a adressé une lettre à l'ensemble des présidents de conseils d'administration d'établissements hospitaliers et médico-sociaux pour leur proposer de tenir compte de cet objectif pour les demandes budgétaires de leur établissement.

En termes pratiques, cela signifie qu'au-delà du plan « Vieillissement et solidarité » annoncé par le Premier ministre, il faudrait que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM, qui s'intègre dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, accompagne le plan à hauteur de 1,7 milliard d'euros d'ici à 4 ans, ce qui représenterait un effort annuel, hors mesures d'actualisation salariale, de 400 millions d'euros par an.

Un dernier point sur les investissements, puisque les problèmes d'adaptation du bâti soulignés par Pascal Champvert font malheureusement partie des oubliés du plan. En effet, annoncé le 6 novembre par le Premier ministre, il ne comporte rien sur l'aide à la mise en sécurité des établissements, point qui a mis en difficulté notre collègue cité par M. Champvert. Il ne comporte rien sur la question de la climatisation qui, à défaut, sera payée par les résidents si on n'aide pas les établissements à installer ce type d'équipement, et ne comporte rien non plus sur les problèmes de rénovation. Or, l'accueil de personnes souffrant de troubles cognitifs appellera une restructuration en profondeur d'un grand nombre d'établissements. La proposition de la FHF sur ce versant est très factuelle. M. Falco a annoncé que la dévolution des moyens aux établissements sur le plan Vieillissement et Solidarité allait intervenir par tranche de 200 millions d'euros par an d'ici à 2008. Or nous avons constaté que l'ensemble des ressources liées au sacrifice des jours fériés et à la taxation des produits d'épargne à raison de 0,3 % allait dégager une somme disponible de 850 millions d'euros pour l'année 2005. Dès cette date, nous allons donc constater un niveau des ressources très nettement supérieur au niveau des emplois programmés, compte tenu de la logique de montée en charge progressive ; nous proposons, sous la forme de crédits non reconductibles, puisque les crédits sont engagés les années suivantes, que 810 millions d'euros – c'est possible dans le cadre du schéma de financement du plan – soient affectés à la remise en sécurité et à la rénovation des maisons de retraite.

M. Claudy JARRY : Je voudrais intervenir sur un point non encore évoqué, l'évolution des attentes des personnes âgées. Depuis quelques années, on pouvait anticiper l'évolution démographique. C'était assez simple, quoique, visiblement, cela n'a pu être réalisé. On a mesuré les choses en termes de besoins, notamment sous l'angle sanitaire. On s'est dit qu'ils allaient être vieux, peut-être aussi dépendants et qu'il faudrait les soigner.

Je suis directeur dans les Deux-Sèvres de deux établissements. Ce que je constate au quotidien, c'est une forte évolution des attentes, qui dépassent aujourd'hui les besoins. On note une forte demande de soins de type nursing, d'aide à la toilette, mais la demande de bains de confort a plus grandement évolué que l'état de santé ne le laissait imaginer. La personne âgée qui, hier, avait besoin qu'on lui donne une douche ou un bain était isolée. Le nombre de personnes qui le réclame aujourd'hui est plus élevé, parce que la dépendance a produit ses ravages.

Les personnes âgées, nouvelle génération, demandent aussi un bain, tout simplement parce qu'il est digne d'être propre. Cela paraît une évidence, mais c'est passé sous silence. Lorsque l'on parle de plan, de solidarité, de problèmes de société, il faut aborder la personne âgée, non comme un objet de soins, mais comme un être humain qui a des attentes. Elle peut être malade, elle est plus souvent malade que les autres ; elle peut avoir besoin de soins. Elle a surtout besoin d'être accompagnée dans la vie de tous les jours. Or, c'est une dimension que je ne perçois pas dans les politiques énoncées et qui fait cruellement défaut depuis quelques années. Le problème est émergent, mais sera exponentiel.

Par ailleurs, la crise a montré que nos établissements connaissaient un fonctionnement de base qui était un fonctionnement de crise. Finalement, la canicule n'a été qu'un révélateur d'une fragilité extrême. Nous le savions, parce que, avant la canicule, nous avons eu à faire face à des épidémies de grippe, à des gastro-entérites. Par chance, elles survenaient en dehors des périodes estivales, ce qui ne les empêchait pas d'ébranler une organisation extrêmement fragile. Régulièrement, le personnel s'est mobilisé, de même que les bénévoles, et les familles, pourtant parfois pointées du doigt, mais qui sont souvent bien là. Tout le monde a répondu présent, à chaque fois, autant que de besoin. Seulement, l'exercice devenait chaque année un peu plus compliqué, notamment cette année. Avec l'ensemble des organisations professionnelles, nous avions dénoncé la situation et crié haut et fort, sans être entendus, que la situation devenait extrêmement tendue. Nous l'avons indiqué avec une acuité toute particulière le 18 mars et le 18 juin, bien avant la canicule.

Nous ne craignions pas la canicule, mais nous savions que nous étions extrêmement fragiles face à des événements climatiques ou d'une autre nature. Nos établissements, dans leur fonctionnement de base, pratiquent des fonctionnements de crise. Tout événement, qu'il soit climatique ou autre, met en danger l'équilibre. A cela s'ajoute le nombre de professionnels, le ratio d'encadrement. Il ne s'agit pas d'un débat d'experts ; c'est en réalité la qualité au quotidien qui se joue et qui se traduit par le fait de disposer de vingt minutes pour aider à faire prendre une douche alors que l'on dispose de dix ou quinze minutes. C'est disposer de quelques minutes pour aider une personne à manger, alors que les choses doivent être menées promptement, car il faut garantir la température des aliments et prendre en compte d'autres facteurs.

La quantité de personnel est la condition de la qualité. Cela ne se mesure pas de manière très abstraite. Il ne s'agit pas d'une démarche qualité qui se traduirait par quelques verbiages dans un rapport. C'est une présence au quotidien, de l'écoute, de l'accompagnement.

Nous manquons de professionnels, d'infirmières, d'aides-soignantes. Pourquoi ? On a eu besoin de professionnels, mais on n'en a pas formé. Et puis il faut être fou pour choisir une profession peu attrayante à l'origine, plus encore pour aller travailler dans un secteur où les conditions de travail sont les plus compliquées, parce que le ratio en personnel est trop faible. Au surplus, lorsque l'on travaille dans le secteur « personnes âgées », il arrive trop fréquemment de devoir travailler en décalage par rapport à ses convictions professionnelles et aux valeurs qui animent un parcours professionnel. Nous disposons donc de professionnels insuffisamment nombreux, insuffisamment formés.

Où trouve-t-on le plus de contrats emploi-solidarité, le plus de contrats emplois consolidés et où trouve-t-on les contrats emplois-jeunes depuis quelques années ? Dans le secteur des personnes âgées, et ce, pour deux raisons essentielles. Parce qu'il y avait des besoins et que l'on ne savait comment y répondre, parce que l'on s'est transformé en « *Mac Gyver* » : on a trouvé des solutions avec tout ce qui pouvait être disponible pour faire au mieux avec la personne âgée. Ces personnels sont venus, et heureusement, car ils ont permis de maintenir l'équilibre. Au gré des politiques, le dispositif a été fragilisé à plusieurs reprises. Mais pourquoi les CES et les CEC sont-ils nombreux dans notre secteur ? Parce que la personne âgée est très largement mise à contribution financièrement. Nous faisons partie des secteurs où l'usager est aussi un client. Il le sait. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons tant d'emplois aidés dans nos établissements. Effectivement, au-delà des arbitrages au niveau national, on en prend au niveau interne. Quand un directeur établissait son budget il y a quelques années, il cherchait à maîtriser les coûts, lui aussi. C'est en cela qu'il était vraiment coresponsable de la situation. Il cherchait à maîtriser les coûts, parce que, en sortant du bureau avec son budget, il savait qu'il rencontrerait des personnes âgées qui lui diraient que tout cela était bel et bien, mais que leur retraite n'évoluait pas. On retrouvait ce discours dans les conseils d'établissement, dans les conseils de vie sociale. Là aussi, c'est du concret.

Je me souviens personnellement d'avoir proposé le dimanche de poser des nappes sur les tables et de procéder à quelques aménagements d'agrément. Chacun s'accordait à reconnaître que c'était réussi, mais l'on m'a demandé combien cela coûtait. C'est une préoccupation légitime.

Je rejoins certains de mes collègues. Si nous voulons que la qualité ne soit pas supportée par l'usager, il faut alors que la solidarité nationale s'exerce à plein, faute de quoi le client demandera à payer moins, l'établissement maîtrisera ses dépenses et la qualité ne sera pas recherchée.

Depuis quelques années, nous constatons dans nos établissements que des personnes âgées sont extrêmement déçues, parce qu'on leur a dit, après avoir beaucoup attendu, que la prestation spécifique dépendance (PSD) allait répondre à leurs besoins et qu'on créait une prestation spécifiquement pour elles. Finalement, premier grand souci, la PSD ne s'est pas montrée à la hauteur de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Et puis il y a eu l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), une évolution, pas uniquement sémantique, mais qui devait répondre à bon nombre d'objectifs, dont un clairement affiché de maîtrise des prix dans les établissements. Chacun le sait aujourd'hui, l'objectif n'a pas été atteint.

Pendant quelques mois, quelques années, les personnes âgées ont entendu qu'elles allaient payer moins cher et qu'elles allaient recevoir plus de soins. Elles n'en reçoivent pas plus et continuent de payer toujours plus. Leurs familles aussi se montrent de plus en plus exigeantes. On l'a vu au travers des attentes, car les familles en sont le relais. Elles sont aussi très déçues, car, de plus en plus, mises à contribution. Vous me direz

comment évoluent les ressources ; je vous dirai comment évoluent les besoins des personnes âgées, leurs attentes. Nous savons que la démence, la maladie d'Alzheimer frappent. Si la réponse est satisfaisante, elle est aussi en termes architecturaux et en termes de personnels. Les tarifs pratiqués dans les cantous sont nettement supérieurs à ceux pratiqués dans les établissements classiques. Si demain ces personnes deviennent notre clientèle, elles paieront très cher. D'où l'inquiétude des familles mises à contribution.

Et puis pour achever la trilogie, il faut considérer le personnel, qui, lui aussi, avait cru comprendre qu'il serait plus nombreux après la PSD et surtout l'APA, après la réforme de la tarification et la signature d'une convention. Là aussi, ce fut une déception. Nous aurions pu connaître une spirale ascendante en espérant une réflexion en termes de démarche qualité au travers la convention. C'est louable, on regarde d'où l'on vient, on regarde ce qui est mal fait et on se donne des objectifs et des moyens.

Où en est-on aujourd'hui ? Le personnel a pris conscience, avec tout le monde, y compris les familles, des dysfonctionnements. Au moment où devait s'ouvrir la phase de correction, l'étape qui suit naturellement, on lui a opposé, notamment en début d'année, l'absence de moyens. Et nous trouvons dans l'établissement un grand nombre de personnes déçues. Quand on veut une dynamique dans la démarche qualité, il faut des personnes motivées et une fois qu'on les a motivées, il faut maintenir leur motivation.

Aujourd'hui, je dis tout simplement que la canicule a révélé un certain nombre de dysfonctionnements, que la situation est un peu moins bonne qu'hier, parce que les personnes sont déçues. Le seul moteur est l'espoir qu'a pu faire naître le plan. Je crains que les experts l'aient bien lu et que les personnes âgées ne le voient pas passer dans les établissements.

On a aussi parlé d'architecture, de personnels, d'animateurs. Là aussi, comme en architecture, on a repéré les besoins. Mais qui paie ces personnels ? Si nous voulons de la qualité sans pour autant mettre à contribution les personnes âgées, les prestations doivent être couvertes par la solidarité nationale. L'architecture et la climatisation sont des dépenses onéreuses. Je dirige trois établissements ; l'un d'eux dispose d'une climatisation. Nous avons vu la différence en termes de confort cet été. Seulement, c'est la personne âgée qui paie.

Je parlais de la responsabilité des directeurs. Comme Pascal Champvert, j'en assume une part, car trop souvent les directeurs se sont tus face à l'insupportable. Trop souvent, on a transformé la citrouille en carrosse et on a parfois caché à la personne âgée, à la famille et à tous, y compris en conseil d'établissement, la réalité de la situation. Nous nous sommes montrés terriblement raisonnables et nous avons appelé chacun des personnels, des résidents, des familles à se montrer extrêmement raisonnables dans les attentes, puisqu'il fallait pouvoir les payer et que chaque démarche, chaque étape, se répercutait sur le prix de journée.

Dans nos budgets, régulièrement, nous avons demandé ce que nous pensions pouvoir nous être accordé. Voilà en quoi nous avons contribué à cette situation. Voilà en quoi d'ailleurs il faut changer. Comme le souligne David Causse, nous partageons la même démarche : il faut maintenant demander en termes de moyens ce dont a besoin la personne âgée. Libre aux pouvoirs publics ensuite de s'y opposer en le formulant : « *On ne peut pas* », « *On ne souhaite pas* ». Je m'étonne que l'on demande la protection face à l'amiante, la légionellose, la sécurité incendie, la sécurité alimentaire… Nous sommes père ou mère de famille. Que demande-t-on pour nos enfants ? La sécurité absolue ! Nous

aimerions tous avoir une voiture avec des airbags partout. Or, on ne peut toujours se l'offrir !

Nous sommes arrivés à une situation où les directeurs seront amenés à demander, non pas ce dont ils rêvent, mais ce qui est raisonnable pour les personnes âgées. Peut-être est-ce en cela que notre attitude doit changer et changera.

M. Guy LAMARQUE : Le SYNERPA est un syndicat de professionnels de l'hébergement du secteur privé. Il se compose à ce jour de 1 400 établissements représentant environ 80 000 lits. Il regroupe, d'une part, des chaînes institutionnelles, d'autre part, des opérateurs indépendants, dont votre serviteur, puisque je suis par ailleurs chef d'entreprise faisant fonctionner des établissements.

J'insiste sur ce point, parce que les opérateurs indépendants et les chaînes, au cours des deux dernières décennies, se sont caractérisés par un dynamisme extrêmement fort. Nous sommes partis de quelques dizaines de milliers de lits pour atteindre aujourd'hui 80 000 lits.

A ce stade, un commentaire : la loi du 2 janvier 2002 contient, ce qui pour nous constitue une entrave, c'est-à-dire le lien entre autorisation et financement qui freine notre développement. Nul doute que, lorsque vous poserez tout à l'heure des questions aux professionnels, vous serez conduit à leur demander où en est la prévision en matière de besoins, puisque, d'ici à 2010, nul n'ignore que plusieurs dizaines de milliers de lits supplémentaires seront nécessaires. Nous prenons actuellement du retard, car, entre l'idée de créer un établissement et sa mise en œuvre, plusieurs années sont nécessaires.

Le SYNERPA est placé au centre d'une contradiction : jusqu'à avril 1997, époque à laquelle on créait des sections de cures médicales, 93 % de nos établissements n'étaient pas du tout médicalisés et fonctionnaient par recours aux auxiliaires médicaux intervenant à l'acte. En contrepartie, lorsque la mission Marthe a sollicité de la CNAM une enquête intitulée « Ernest » et qui validait les taux de dépendance dans les établissements, il s'est avéré – c'est un constat, ce n'est pas un jugement de valeur – que nous avions le plus fort taux de GIR moyen pondéré, c'est-à-dire de personnes dépendantes. La conjonction de ces deux éléments explique la fragilité de ces institutions. Au moment où nous entrons dans les conventions tripartites, il est opportun de dire que nous sommes traités à l'aune, sans inégalité de traitement, de nos collègues des secteurs publics et associatifs. Il n'en demeure pas moins que notre taux de médicalisation est bas, puisqu'il porte les stigmates de l'antériorité.

Un dernier mot pour marquer un temps d'arrêt sur la situation de notre collègue de Reims, que M. Champvert a mentionnée. Je ne peux pas ne pas évoquer le cas de ce directeur salarié, car il est un de nos adhérents et un devoir de solidarité me conduit à m'y arrêter. Au surplus, vient s'ajouter une donnée technique sur l'établissement Hôtelia de Reims. Cet établissement d'environ 90 lits avait une dotation, et donc une contrainte, une obligation de moyens, qui le situait à hauteur de 10 agents qualifiés : médecins coordonnateurs, infirmières, aides-soignantes. Dans la réalité, les patrons du groupe Cérience, qui font fonctionner l'établissement, s'étaient dotés de 15 personnes qualifiées. C'est un constat, sans plus. Or, l'entrée dans la convention tripartite d'Hôtelia, qui était demandeur et qui avait déposé son dossier, le resituait à 20 personnes qualifiées. Je ne dis pas que nous aurions évité le drame qui s'est produit. Mon propos ne vise pas à juger la justice, c'est un constat : cet établissement a fait ce qu'il pouvait pour faire face. Nul n'ignore que notre secteur a été contraint d'appliquer la loi sur les 35 heures, qu'elle nous a

frappés de plein fouet à un moment où les moyens humains n'existaient pas et restent à ce jour limités. Certes, à moyen terme, nous disposerons de personnels qualifiés, mais l'effet conjugué de dotations faibles et du manque de personnels qualifiés, nous a brutalement, au moment où nous appliquions la réduction du temps de travail, placés devant des acrobaties de planning.

Lorsqu'on se rappelle le drame qui a motivé la constitution de votre commission, drame survenu en plein mois d'août, au pic des congés, il apparaît clairement que ce point n'aura pas été de nature à nous aider dans notre mission.

M. Théodore AMARANTINIS : Vous avez posé une question relative au niveau d'alerte et de prise de conscience de nos adhérents.

Il n'y a pas eu prise de conscience individualisée d'une situation de crise par les adhérents du SYNERPA et notre syndicat n'a pas non plus reçu d'appels significatifs en relation directe avec un phénomène climatique exceptionnel. Il n'y a pas eu davantage, semble-t-il, de prise de conscience de la part des services départementaux décentralisés ou des services déconcentrés. Cela explique que la prise de conscience est intervenue *a posteriori* et à la faveur des interventions des médias. Cela a également mis en exergue ce que l'on a qualifié « d'isolement », de « solitude » du gestionnaire de terrain, qui n'a pas pour habitude de se plaindre, qui fait le dos rond et qui a recours au système D pour faire face.

Ce gestionnaire de terrain a été alerté et inquiété par ce qui se passait dans son environnement local lorsqu'il a été chercher au supermarché du coin un ventilateur ou un climatiseur supplémentaires, et qu'il ne l'a pas trouvé.

Il a ensuite été alerté par ses prestataires de service habituels, l'ambulancier ou les pompes funèbres, qui lui ont fait savoir qu'ils avaient un problème et étaient bloqués.

Il a été alerté lorsqu'il a souhaité, parce qu'il ne pouvait le faire faute de moyens en personnels qualifiés, faire appel aux urgences de son hôpital, qui lui ont fait valoir des difficultés en lui renvoyant le pensionnaire âgé.

Pourquoi un tel isolement, une telle solitude ? Ces gestionnaires de terrain sont des responsables sans moyens. On ne répond pas à leurs demandes récurrentes depuis des années. Parallèlement au manque de moyens, la barre est portée de plus en plus haut en termes de qualité, de sécurité et d'hygiène. Si on continue ainsi, les petits et moyens établissements, qui forment la majorité de notre organisation, seront contraints de fermer.

Et puis ce manque de moyens, s'il nous permet tout juste de gérer le quotidien, ne nous permet pas de faire face à une situation de crise.

Le ratio de personnels a été évoqué. Je voudrais opérer une différence entre ce que l'on appelle « le ratio global d'encadrement », tous personnels confondus, et le « ratio soignants ».

Notre secteur est soumis à un paradoxe : il compte le plus grand nombre de personnes âgées dépendantes en GMP – même si le représentant de la FHF fait signe que non – et c'est celui qui a été, dans le temps, le moins médicalisé !

Que se passe-t-il dans le secteur privé, médicalisé à hauteur de 25 à 30 % ? Il comporte d'abord les établissements dits « médicalisés », en d'autres termes, les établissements qui ont recours à la section de cure médicale ou au forfait de soins courants avec les dotations que cela implique ; c'est l'ancien système. Pour donner une idée, le ratio moyen retenu à l'époque était celui d'une infirmière et demie pour 25 places ou 4 aides-soignantes pour 25 places. Si nous prenons comme référence un établissement de 80 lits, cela représente 5,5 personnes, soit un ratio « soignants » de 0,07, que l'on pourrait qualifier de « strict minimum de sécurité sanitaire ».

Passons maintenant aux établissements médicalisés ayant signé une convention tripartite. Le ratio moyen soignants-infirmières-aides-soignantes ou aides médico-psychologiques est de 0,18 à 0,22 suivant le niveau de dépendance moyen de l'établissement, le GMP, et la négociation qu'a pu mener l'établissement sur sa dotation « soins ». Toujours pour un établissement de 80 lits, cela revient à 4 infirmières, soit un équivalent temps plein pour 22 résidents et 12 à 14 aides-soignantes, c'est-à-dire un équivalent temps plein pour six à sept résidents, pour une dotation de soins négociée à 35 % maximum. Il s'agit pour nous d'un ratio minimum pour un fonctionnement en flux tendu, mais qui ne nous permet en aucun cas de gérer une situation de crise. On a évoqué un ratio idéal en personnels soignants de 0,3. Compte tenu de ce que nous venons d'exposer, nous pensons atteindre ce ratio dans quelques années et pas forcément grâce à ce que l'on vient de nous annoncer au titre du plan « Vieillesse et solidarité ».

Les établissements non médicalisés adhérents du SYNERPA constituent 70 % du champ, c'est-à-dire sont les plus nombreux. Ils fonctionnent avec un, deux ou trois personnels soignants salariés. Dans la mesure où, en ce cas, il existe un impact sur les tarifs « hébergement » payés par le résident, s'ils sont très nombreux, plus cher sera le prix de journée à payer par le résident. Les établissements non médicalisés ont recours aux intervenants libéraux, rémunérés à l'acte. Ce sont là des interventions ponctuelles et qui n'ont pas lieu tout au long de la journée.

Nous n'avons objectivement aucune base pour dire que la première catégorie, celle des établissements médicalisés, a mieux fonctionné que la deuxième, ou inversement, pendant la crise de la canicule, et de toute façon la gestion fut très différente selon les régions, selon le bâti, la structure du personnel, l'habitude des régions du sud à gérer les fortes chaleurs.

Nous souhaiterions :

– que les crédits de médicalisation soient dirigés principalement vers les établissements qui n'en bénéficiaient pas ou peu, ce qui n'a pas été le cas jusqu'à présent ;

– ensuite que l'on puisse faire cohabiter, tant que le financement et la pénurie de personnels soignants ne permettent pas une autre solution, des personnels salariés et des personnels libéraux intervenant à l'acte ;

– de même, nous souhaitons que le ratio cible, non pas idéal, mais nécessaire, pour fonctionner à peu près correctement dans un premier temps, celui que nous évoquions, c'est-à-dire 0,18 à 0,22 agent soignant, soit négocié le plus rapidement possible par les établissements, grâce à une simplification et une accélération de la réforme de la tarification. Cela signifie également une accélération des processus de qualification en alternance ou par l'intermédiaire de la validation des acquis.

M. Alain VILLEZ : L'UNIOPSS regroupe quelque 1 500 établissements accueillant environ entre 110 000 à 120 000 personnes, dont 70 % sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Dans l'éventail des établissements privés, nous représentons la composante à but non lucratif, à la différence du SYNERPA. Ce réseau d'établissements couvre l'ensemble du territoire. Par ailleurs, il est relié par le biais de 22 unions régionales qui sont des éléments de structuration assez forts.

La prise de conscience de cette catastrophe sanitaire s'est opérée *a posteriori*. La canicule n'a pas toujours débuté fin juillet ou début août. En effet, sur certains territoires, les fortes chaleurs et la canicule sévissaient depuis plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Elément important à souligner dans la prise de conscience, il a fallu l'image brutale renvoyée notamment par les médias. Les établissements n'étaient pas tous confrontés forcément à une surmortalité élevée. Des effets peuvent se confirmer à une échelle plus large, mais à l'échelle de l'établissement, cela se traduisait par un ou deux décès de plus que dans les périodes comparables les années précédentes. Vous me rétorquerez que, traduite en pourcentage, cela peut représenter une augmentation de 100 %, mais cela ne permet pas vraiment une prise de conscience de l'ampleur de la catastrophe.

Dans ce contexte, jouent la tradition, la culture, allais-je dire, de faire avec les moyens du bord, de ne compter sur personne, car les établissements ont derrière eux aussi une tradition d'autosuffisance. Il a fallu, par exemple, qu'ils se heurtent à des refus d'accueil dans les services d'urgences pour prendre conscience de l'ampleur du phénomène. Ceci explique que notre réseau ne se soit pas saisi de cette question collectivement avant le 17-18 août, date à laquelle les premières interpellations furent lancées par le biais d'un questionnaire, d'une enquête, dont l'exploitation statistique n'a pas permis de déterminer ni de conclure de façon probante sur l'état de la surmortalité effective dans notre réseau.

Cependant, dans de nombreux cas, il nous a été confirmé que la surmortalité, lorsqu'elle fut constatée – en effet, des territoires n'ont pas enregistré de surmortalité par rapport aux autres années, alors que d'autres étaient confrontés à des augmentations plus importantes – a retenu toute l'attention et a fait l'objet de la mise en place de protocoles dans les établissements dotés d'équipes soignantes, bien avant le 1er août. De notre enquête, il ressortait la pertinence, l'importance d'avoir, certes, du personnel soignant en nombre suffisant, mais surtout une équipe soignante structurée. C'est un élément sur lequel j'aimerais insister. Une chose est d'avoir des aides-soignantes qualifiées – les difficultés ont largement été soulevées pour que je n'y revienne pas –, une autre est d'avoir des infirmières en présence suffisante, surtout la nuit. A ce titre, toutes les études confirment que le pic le plus aigu de la crise se situe quand, plusieurs nuits de suite, la température n'est pas descendue en dessous de 30 degrés. C'est alors que la présence d'une équipe soignante structurée a pu se montrer déterminante et la qualité de cette prise en charge se révéler.

On ne peut que revenir sur les constats dressés par les précédents intervenants et souligner que, malheureusement, seule une minorité d'établissements de notre réseau bénéficie d'équipes structurées et que la question de la nuit dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées est à la fois un véritable scandale et une situation désastreuse. Quand une ou deux personnes sont présentes la nuit – je ne parle pas nécessairement de personnels soignants – il ne faut pas s'étonner des conséquences dans des périodes climatiques comme celles que nous avons traversées, mais qui peuvent se manifester à l'occasion d'autres types d'épidémie que personne ne souhaite. C'est la situation qu'il faut déplorer.

S'il y avait un moyen par lequel remédier prioritairement aux carences que nous avons maintes fois soulignées, ce serait sans doute d'intervenir sur les conditions la nuit, car, aussi bien sur le plan sanitaire que sur le plan de la sécurité incendie, le problème est évident.

Dans une certaine mesure, nous n'avons pas attendu la canicule pour alerter sur nos difficultés. M. Jarry l'a rappelé, nous avons eu un mouvement collectif, exceptionnel, le premier, il faut le souligner, qui a permis les 18 mars et 18 juin derniers de pousser un cri d'alarme, de faire savoir qu'à force de travailler en flux tendu et dans des situations extrêmes, nous pouvions nous attendre à des catastrophes. Nous n'avons pas été totalement des oiseaux de mauvais augure, en tout cas, nous avions mis ces risques en perspective. Quand on réduit de façon drastique un programme de médicalisation des établissements – entendez l'introduction de personnels soignants et leur rémunération par l'assurance maladie, c'est-à-dire par la protection sociale –, il est évident qu'il faut s'attendre à des catastrophes, surtout quand on sait que ce mouvement de réforme était déjà insuffisant en soi pour répondre aux besoins, faute d'avoir été mis en place suffisamment tôt.

Je n'évoquerai pas à nouveau les difficultés de mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD qui nous ont confrontés à une forme de gel des crédits affectés à nos établissements alors même que nous en criions le besoin depuis plusieurs décennies. Il est clair que c'est à ce niveau qu'il nous faut retravailler, sans attendre forcément des miracles d'une simple prolongation de ce que serait le plan de médicalisation antérieur. En effet, nous avons bien vu qu'il n'était pas de nature à faire progresser dans des proportions suffisantes les ratios de personnels soignants dont nous dénonçons l'insuffisance. J'en veux pour preuve que nous avions repéré, dans une petite étude que nous avions lancée avant la canicule auprès de nos établissements, que le personnel soignant des établissements qui avaient signé une convention tripartite réformant leurs tarifications et les médicalisant n'augmentait que de 13 %.

Quand on relève le ratio de personnel moyen qui est le nôtre aujourd'hui et que l'on constate des besoins entre 0,4 et 0,8 agent par lit, on voit bien qu'une augmentation de 10 % se situe loin de l'objectif. C'est avec ce regard que nous sommes tentés d'évaluer le plan « Vieillissement et Solidarité » proposé par le Gouvernement, tant il est vrai que la création de 13 000 postes de personnels ne suffira pas à répondre aux objectifs que je viens de résumer. Pour nous, c'est une inquiétude majeure.

Je voudrais également insister sur la question des statistiques des ratios de personnels. Moi-même je ne suis pas très satisfait de ma prestation quand je vous parle de ratio moyen, car il est vrai qu'il faudrait, *a minima*, parler de ratio médian, tant les

disparités sont importantes d'un établissement à un autre, d'un département à l'autre, d'une région à une autre. Derrière une apparente homogénéité, se cachent des disparités importantes. Des établissements sont encore aujourd'hui à un ratio de 0,3, voire en dessous pour certains logements-foyers, qui font également partie du paysage dans lequel il nous faut raisonner. A ce titre et au regard du nécessaire programme de réadaptation et de remise aux normes des établissements d'hébergement, il ne faut pas perdre de vue la disparité du parc dont nous nous occupons, composé de logements-foyers et de maisons de retraite. Nous les comptabilisons dans les établissements que nous évoquons, notamment au regard de la réforme de la tarification des EHPAD. Il faut les intégrer dans la mesure où, eux aussi, pour une part certes moins importante que les autres, reçoivent des personnes en perte d'autonomie.

La remise aux normes de ces établissements – hygiène, sécurité, accessibilité, etc. –, concerne près de 20 % des capacités d'accueil. Nous attendions beaucoup à la suite de la canicule. La question de la climatisation a été fortement médiatisée, mais les études ont révélé que la structure du cadre bâti posait question. On a notamment parlé des difficultés liées aux immeubles à plusieurs niveaux, surtout du dernier étage où beaucoup de problèmes se sont posés pendant la canicule. Il ne faut pas oublier d'intégrer ces éléments. Nous ne résoudrons pas la question par la simple programmation d'une salle climatisée par établissement. Nous ne serions pas à la hauteur des besoins.

Il est impératif que nous puissions prendre la mesure de l'urgence et surtout reprendre les efforts de création de postes de personnels soignants dans les établissements, par priorité avec un regard centré sur la constitution d'équipes soignantes efficientes, compétentes, qualifiées et opérationnelles toute l'année, 24 heures sur 24, dont il faudra aussi vérifier les aptitudes. Dans ce cadre, il nous faudra veiller à ce que l'assurance maladie ne se défausse pas, peut-être à l'occasion de la création d'une caisse nationale de solidarité autonomie, de la prise en charge des soins à la hauteur des besoins dans les établissements d'hébergement de personnes âgées. Les résidents, les personnes âgées accueillies dans nos établissements sont des assurés sociaux de droit commun ; ils ont droit à la même couverture de leurs besoins de soins que les autres catégories d'assurés sociaux.

M. Pierre LASBORDES : Vos syndicats ont-ils réalisé une analyse fine de la surmortalité qui tiendrait compte à la fois de l'adéquation des personnels qualifiés présents dans cette période un peu difficile et de la région ? Nous avons en effet relevé que deux régions étaient particulièrement touchées : la région Ile-de-France et la région Bourgogne.

J'ai personnellement bien entendu vos demandes qui sont anciennes. M. Riffard évoquait 12 rapports, qui, visiblement, ont peu servi. Je vais être un peu provocateur – n'y voyez pas malice de ma part : je n'ai pas relevé la démonstration dans vos explications, selon laquelle vous auriez été épargnés par la crise si vous aviez disposé du personnel demandé. Certes, on peut l'imaginer. Avez-vous donc fait cette analyse ? Encore une fois, je ne suis pas en train de me défausser à propos de vos demandes. Tel n'est pas l'objet, mais quand on annonce des chiffres – ils sont un peu compliqués pour des personnes non initiées –, on voit bien que l'uniformité n'est pas la marque de vos établissements. Peut-être serait-il intéressant que l'on se mette d'accord sur les ratios, sur la qualification. Etes-vous assurés que la nuit, vos établissements profitent de personnels qualifiés ? Je n'en suis pas sûr. J'ai procédé pour ma part à une petite enquête dans ma circonscription. Après avoir interrogé les intéressés, je me suis aperçu que « c'était limite », pour ne pas dire autre chose ! C'est un vrai sujet.

M. David CAUSSE : Vous avez évoqué la question du personnel de nuit. Nous avons réalisé un travail très précis, un planning type pour un établissement de 100 lits, qui n'est

pas si fictif, puisque la taille moyenne d'un établissement est d'environ 80. Le ratio cible de sécurité que nous évoquions de 0,3 représenterait un effort qui ne peut s'arrêter au plan « Vieillissement Solidarité » ; devrait lui être adjoint un effort significatif d'évolution de l'ONDAM, donc des financements d'assurance maladie, pour reprendre le propos de M. Alain Villez, dans les 4 ans qui viennent pour accompagner le mouvement. En dépit de cet effort, dans ce planning type, nous ne parviendrions qu'à une infirmière la nuit pour 100 résidents, mais ce serait déjà beaucoup comparé à l'existant.

Il n'est pas étonnant que vous ayez constaté dans vos établissements, M. le député, un niveau d'encadrement aussi modeste la nuit, car, en réalité, il serait nécessaire de doubler le taux d'encadrement soignant existant aujourd'hui en établissement pour obtenir la présence d'une infirmière la nuit, toutes les nuits, et cela en faisant en sorte qu'elle ne soit jamais malade.

M. le Rapporteur : Actuellement, les infirmières de nuit sont souvent d'astreinte. C'est dire qu'elles sont à l'extérieur et appelées à la demande. L'hypothèse que vous envisagez à hauteur de 0,3 équivaut à la présence d'une infirmière sur place dans l'établissement, ce qui est différent.

M. David CAUSSE : En effet. La question est posée pour ceux qui sont accoutumés à l'élaboration d'un planning, exercice redoutable, quand l'effectif est modeste et qu'il s'agit de couvrir des plages horaires complètes, 365 jours par an. Pour avoir un poste permanent auprès d'un lit, il faut 3,5 personnes rémunérées sur un planning des emplois. C'est pourquoi très peu d'établissements aujourd'hui, ont pu en affectation, voire en astreinte, consacrer des ressources à du temps infirmier la nuit. C'est un cas extrêmement rare. Mais nous avons bien vu l'importance que cela aurait revêtu en termes de pose de perfusions pour hydrater les personnes la nuit. En effet, les températures ne baissant pas la nuit, c'est à ce moment-là que l'effet délétère de la canicule fut le plus prononcé.

Le deuxième aspect portait sur les études. Chacun d'entre nous a pris soin – ce fut également mon cas – d'être circonspect, c'est-à-dire de ne pas se lancer dans des causalités un peu aventureuses, linéaires.

Je vous fais passer deux transparents qui vous permettent de superposer une carte de France de la surmortalité la plus élevée, d'une part, et du taux d'équipement le plus modeste en établissements médicalisés, d'autre part. Ce n'est pas parce que l'on peut superposer ces deux cartes que l'on peut en tirer une causalité linéaire. J'ai pris soin de parler de vulnérabilités qui se sont activées les unes les autres. C'était un effet de prudence, non un manque d'arguments.

En outre, nos établissements adhérents sont très peu pourvus en personnel soignant et très modestement dotés en termes de temps administratif et logistique. Nos différentes organisations – je ne peux parler que pour la FHF – ne pouvaient pas imposer des études à nos adhérents qui avaient déjà fort à faire au cours de cette période et de manière autrement plus importante que de remplir des papiers au-delà d'enquêtes par ailleurs diligentées par les autorités, qui ont une bien plus grande légitimité que nous-mêmes pour quérir des informations.

Je vous laisserai des documents qui montrent un lien entre le manque de moyens en personnels et la surmortalité. L'enquête que je vous ai livrée sur le Val-d'Oise est explicite. C'est un document signé par la DDASS et le conseil général ; ce n'est donc pas une signature corporatiste. En revanche, la difficulté qui se présente à nous, c'est que

toutes les DDASS et conseils généraux n'ont pas eu la même déontologie et n'ont pas restitué aux établissements qui avaient répondu aux enquêtes les résultats de celles-ci. Avec les moyens qui sont les vôtres, vous aurez la possibilité de disposer de l'enquête réalisée par l'IGAS sur plusieurs départements de l'Ile-de-France et sur la base desquelles des conseils généraux présentent des constats. Malheureusement, le principe de l'argumentation écrite et contradictoire, dans un certain nombre de départements, n'est pas encore respecté. Nous ne pouvons citer de manière factuelle, avec prudence et pondération, mais en même temps avec un souci de véracité, que des faits sur les départements dont les enquêtes nous ont été communiquées.

Dernier point, amical : mes collègues du SYNERPA ont toute légitimité pour dire que les établissements commerciaux reçoivent des personnes âgées aussi dépendantes que les autres établissements et sont très significativement moins médicalisés que les autres, ce qui est injuste. Pour autant, ils ne peuvent dire que les établissements commerciaux reçoivent des personnes âgées plus dépendantes que les autres, c'est inexact.

M. Pascal CHAMPVERT : M. le Président, vous regrettez de ne pas avoir entendu de démonstration. J'ai envie de vous demander si l'Assemblée nationale ou votre commission pourrait proposer au ministère d'effectuer un travail regroupant des financeurs – départements, sécurité sociale, autorité de tarification, Etat –, les représentants de la profession et des autorités extérieures d'évaluation. Le conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale va prochainement être mis en place. On sera amené à donner des agréments à des groupes, à des sociétés, à des associations, chargés de faire de l'évaluation. Dans le cadre de discussions à l'AFNOR, nous avons eu l'occasion de travailler avec les organisations de consommateurs et de retraités, des personnes âgées. J'imagine, par conséquent, assez bien une organisation quadripartite : autorité de tarification et financeurs ; professionnels ; représentants des retraités, des personnes âgées et des organisations de consommateurs ; enfin, des spécialistes de l'évaluation. Les cartes mises sur table, on évaluerait les besoins, on déterminerait les attentes et on noterait l'écart à la moyenne du nombre des personnels en établissement.

Voilà des années que nous disons que les pouvoirs publics, les différents ministres doivent mettre en place des ratios minima. Evidemment, nous avons réalisé des travaux, mais, au fond, votre question est la plus pertinente. En tout cas, l'ADEHPA est prête à travailler dans un cadre de ce type. Je pense que mes collègues le seront également. Une fois pour toutes, on pourra tirer des conclusions. Mais, moi, je ne connais aucun rapport du plus économe des fonctionnaires de Bercy qui ait réussi à montrer qu'il y aurait ici ou là trop de personnel dans un établissement pour personnes âgées ! Déterminer jusqu'où il faudrait aller en termes de besoins me semblerait un élément central. Après, s'ouvre évidemment un débat portant sur la façon de concilier besoins et capacités financières d'un pays à un moment donné. Déterminer s'il convient de doter tel secteur plutôt que tel autre me semble être l'honneur du choix politique, mais nous travaillons dans un secteur où l'on nous refuse même le débat, la réflexion et l'expertise des besoins. Nous pourrions les conduire ensemble.

M. le Rapporteur : Je rappelle que notre commission d'enquête porte sur le problème de la canicule. Des propositions très intéressantes de réformes générales sont avancées, mais je voudrais que l'on revienne au drame du cœur de l'été.

Sur la surmortalité, des diverses études publiées, souvent statistiques, il ressort un taux de mortalité exceptionnellement élevé dans un certain nombre d'établissements. Dans une quarantaine d'établissements, le taux de mortalité a été supérieur à 20 % des résidents. Il convient, dans le même temps, de connaître les éléments explicatifs. Bien

évidemment, sont avancées parmi ceux-ci les questions relatives au manque de personnel. Sur cette période qui court du 1er au 18 août, comment s'est organisée la présence du personnel dans les établissements ? Nous avons abordé le sujet avec la présence du personnel la nuit ; la question se pose également avec l'organisation des vacances, éventuellement l'incidence de la RTT. Je m'adresse plus particulièrement à ceux d'entre vous qui sont directeurs de maisons de retraite et qui l'ont peut-être vécu encore plus concrètement, MM. Champvert et Jarry. Comment, dans vos établissements, a été gérée la présence des personnels ? Qu'en a-t-il été de leur qualification ? Chacun sait que dans les hôpitaux comme dans les maisons de retraite, l'été, on embauche souvent des étudiants pour remplacer les personnels. C'est une réalité. Pensez-vous que le défaut de qualification, en ce qui concerne les soins notamment, a pu jouer un rôle dans la surmortalité ?

Dans la mesure où il n'existait pas de plan pour faire face à une situation de canicule, on a assisté à une improvisation positive, chacun se débrouillant comme il le pouvait avec grand dévouement. Cela a d'autant mieux fonctionné que les personnes étaient habituées à travailler dans une maison de retraite ou dans un hôpital. Par ailleurs, existait-il des protocoles médicaux, portant, par exemple, sur l'administration de médicaments, afin d'éviter les erreurs, notamment un risque plus grand en période de canicule pour les personnes âgées sous médication ?

Il est une idée générale selon laquelle il fallait perfuser. Certes oui, mais quel liquide, à quelle température ? Qui savait le faire, même si le personnel avait été en remplacement à effectifs normaux ? Y avait-il suffisamment de personnes qualifiées ?

M. Claudy JARRY : Sur les trois établissements que je dirige, deux ont été créés en décembre 2002. Les trois sont conventionnés et sur 45 aides-soignantes recherchées au sortir de l'été 2002, nous en avions trouvé 17 au début de la canicule.

Nous disposions de 3 infirmières sur 7 au total, ce qui met en évidence le manque de personnel qualifié.

Cela s'est bien passé dans ces établissements, en ce sens que nous n'avons pas connu de surmortalité, parce que le manque de personnel a été compensé par la présence des familles et des bénévoles. J'interviens dans les Deux-Sèvres, où joue une forte solidarité familiale. Si la situation a ébranlé quelques dispositifs, elle a également mis en valeur cette solidarité familiale, dont on a parfois dit qu'elle était défaillante, ce qui n'est pas forcément vrai.

En ce qui concerne l'organisation de la période estivale, nous réalisons le grand écart, cet été particulièrement. La période de vacances scolaires s'est réduite. Beaucoup de femmes, parmi notre personnel, aspirent à demander les congés en même temps que leurs enfants. Nous essayons de gérer le phénomène. Dans l'établissement que je dirige, le personnel prend 15 jours au lieu de 3 semaines consécutives de congés l'été. Voilà la solution que nous avons retenue.

Lorsque nous manquons de personnels qualifiés, évidemment, on le saupoudre, car le pire réside dans la rupture. C'est ainsi que nous avons géré la situation : en réduisant la durée octroyée aux personnels, en étalant et en veillant par conséquent à la présence d'un minimum d'aides-soignantes et d'une infirmière. Enfin, nous avons mis en place un système d'astreinte qui a bien fonctionné, mais qui repose sur le bénévolat et sur l'engagement de personnels, notamment les infirmières.

La question des perfusions met en lumière la surveillance et le cadre légal dans lequel doit être réalisé ce geste. Une perfusion doit être surveillée par une infirmière. En l'absence d'infirmières, la loi n'est pas respectée et, ainsi qu'on l'a vu il y a quelques mois avec une acuité toute particulière, on s'expose. De fait, on deviendrait presque attentistes. Dans des circonstances telles que la canicule, on transcende tout cela et on agit.

Sur les trois établissements que je dirige, l'un d'entre eux était climatisé. Cela ne fut pas significatif, puisque nous n'avons pas constaté de décès d'une manière générale. En revanche, en termes de confort, les personnes âgées ont beaucoup apprécié. Deux établissements étaient distants de quelques kilomètres. Il nous est arrivé d'organiser des activités dans l'établissement climatisé pour que les personnes âgées résidant dans l'autre en profitent.

C'est l'ancien établissement qui bénéficie de la climatisation et non les deux derniers construits, car c'était un luxe. La climatisation a coûté 280 000 francs hors taxes, car il s'agissait d'un gros volume. Faire passer la dépense en conseil d'administration face aux familles a nécessité d'argumenter. Avoir à la campagne une salle à manger climatisée n'est pas chose facile.

M. le Rapporteur : Climatisation totale ou d'une salle ?

M. Claudy JARRY : De la salle à manger.

M. Serge BLISKO : Je souhaiterais une précision sur les 45 aides-soignantes, les 17 infirmières et les 3 personnes dont vous disposiez. C'est un effectif théorique financé, mais vous n'avez pas trouvé le personnel. Il ne s'agit pas de vos besoins tels que vous les estimez. Il s'agit d'une dotation déjà faible, mais à laquelle s'est ajouté un problème de recrutement.

M. Claudy JARRY : Tout à fait.

M. le Rapporteur : Comment pallier l'absence des personnes qui auraient permis un effectif complet ?

M. Claudy JARRY : Face à un tel écart, il faut être inventif. Nous l'avons été avec le dispositif « emploi-jeunes ». Dans la mesure où nous avions signé une convention, nous avions obtenu des enveloppes pour financer une aide-soignante. Là où nous n'avions pas d'aides soignantes, nous avons pu recruter une personne qui ne l'était pas et qui était donc moins bien rémunérée. Avec la différence, nous avons engagé un programme de formation assez important, puisque nous formons six personnes simultanément. Nous nous heurtons toujours à la volonté de qualifier pour sécuriser. En même temps, ce n'est pas l'action de formation qui coûte cher, mais les absences en résultant qui sont difficiles à gérer.

Nous nous sommes engagés à des contrats à durée déterminée plus longs. Nous sommes dans la fonction publique. Avec le concours du préfet, dans des constats de carence, il faut faire des contrats longs. Beaucoup de postes non pourvus entraînent beaucoup de mouvements. Au-delà de la crise, au-delà de la canicule, cela signifie pour les

personnes âgées des pertes de repères alors qu'elles en ont précisément besoin. Il faut donc la qualité, mais aussi des repères.

Lorsque l'effectif est faible et que l'on compte beaucoup de remplaçants, il faut que ceux-ci aient lu les protocoles, les aient assimilés pour bien les appliquer. C'est ce qui a également fait défaut cet été, car nous avions des remplaçants.

Nous comptions des contractuels non qualifiés, que nous avons essayé d'encadrer au mieux. Nous avons essayé d'inscrire les embauches dans la durée et d'éviter les contrats courts qui auraient créé trop de mouvements. Et puis nous comptions sur les remplaçants traditionnels que sont les étudiants. Même ceux-là sont très sollicités, car tous les établissements manquent d'aides-soignantes. Par ricochet, proposer un mois et demi de remplacement l'été, c'est se condamner à recruter ce que l'on peut, tant nous manquons de personnel. C'est technique, mais comprenez combien cela nous impose de contraintes au quotidien.

J'expliquais cela il y a peu aux administrateurs. Nous voulons être plus nombreux le week-end. Pour compter une personne de plus le week-end et dans la mesure où le personnel assure un week-end sur deux, il faut donc deux personnes pour couvrir les deux week-ends. A effectifs constants, soit on diminue le temps de travail de chacun pour augmenter le nombre. Pour s'occuper de 60 résidents, il fallait –, ce n'est pas un luxe – 8 personnes pour couvrir la journée du matin au soir sans compter la nuit. Pour être huit, il faut être seize à l'entrée du tableau. Si l'on ne dispose pas de seize équivalents temps plein, on réduit le temps de travail de chacun. Mais quand on est confronté à une crise de personnel et que l'on propose un mi-temps, personne ne souhaite l'occuper. Soit on cède, on prend un temps plein, on a moins de personnel, notamment le week-end. On sait, dans ce cas, que les personnes âgées resteront dans leur lit, mais c'est une contrainte dure, incontournable. Soit on tient bon, on propose des postes à 80 %, ce que j'ai fait car, entre le mi-temps et le temps plein, il existe des voies médianes. On met alors beaucoup plus de temps à pourvoir les postes. Quand un secteur professionnel n'est pas attractif et que l'on y réduit le temps de travail, on a du mal à recruter même des femmes, qui pourraient sembler, *a priori*, intéressées par le temps partiel. Avoir des personnels de qualité au meilleur marché et des volumes de temps partiel et de surcroît contractuels : voyez l'exercice auquel nous sommes confrontés !

M. Théodore AMARANTINIS : Je ne suis pas directeur en exercice, mais j'ai géré un établissement une vingtaine d'années – certes pas en période de crise liée à une canicule.

Certains personnels ont plus ou moins l'habitude selon les régions de gérer les effets de la forte chaleur. Nous l'avons constaté dans le sud. Nous y avons une tradition orale, qui devrait être formalisée, ce qui permettrait de l'externaliser sur les autres régions.

Je voudrais faire une distinction. Les gestes simples et préventifs peuvent être pratiqués par des personnels d'accompagnement et de services : en période de forte canicule, ils procèdent à des occultations pour assombrir et rafraîchir les lieux de vie, offrent des rafraîchissements, créent des courants d'air. Au contraire, les gestes curatifs et techniques ne peuvent être effectués que par des personnels soignants qualifiés ; on se heurte alors aux problèmes de remplacement des personnels en formation, à la pénurie des personnels soignants. Nous avions exposé ces mêmes difficultés devant la mission d'information, à savoir la rigidité attachée à la gestion des contrats à durée déterminée, qui ne nous permet pas de procéder à des remplacements. Nous demandons la possibilité de recruter des personnels possédant des diplômes étrangers équivalents par exemple, ce qui

nous aiderait en période de crise. De même, si nous était ouverte la possibilité d'embaucher du personnel en contrat à durée déterminée dans l'attente de recrutement de personnels qualifiés, ce qui n'est pas possible actuellement, ou si nous pouvions embaucher sous contrat à durée déterminée des personnes auxquelles l'entreprise apporterait un complément de formation, cela nous aiderait également. Nous souhaiterions également avoir la possibilité de transformer temporairement les contrats de travail à temps partiel en contrats de travail à temps plein durant les périodes de crise. Tout cela, nous l'avons dit lors de la mission d'information ; nous le répétons aujourd'hui : il conviendrait d'assouplir la rigidité sociale en temps de crise, car elle nous pénalise.

M. Pierre HELLIER : En tant que médecin – je suis devenu médecin en 1969 – et en qualité d'élu, je suis sensibilisé au problème des maisons de retraite. Au fil du temps, j'ai constaté que les besoins grandissaient, que les cas devenaient de plus en plus complexes, les exigences des personnes âgées de plus en plus fortes, ce qui est normal et légitime, et parallèlement des exigences de sécurité de plus en plus importantes. Nous comprenons parfaitement votre problème et les besoins des maisons de retraite en personnels.

Lors de son audition, le Pr. Carli a déclaré que la mort était survenue par hyperthermie et pas toujours par déshydratation. Le diagnostic d'hyperthermie a-t-il été souvent posé ?

Je m'étonne quelque peu, car l'on perçoit dans vos propos une réticence à l'idée d'installer une pièce climatisée dans chaque établissement pour combattre l'augmentation de la température. Si en pleine chaleur, on emprunte un quart d'heure sa voiture climatisée, on se retrouve dans une situation de confort, mais pas seulement de confort, car l'augmentation progressive de la température est enrayée. Je m'étonne de vos réticences. Comment faire donc pour éviter la montée progressive en température ?

M. David CAUSSE : Selon l'enquête réalisée sur le département de la Côte d'Or, un tableau clinique sur l'analyse des décès fait ressortir que 48 % des personnes sont décédées suite à une déshydratation sévère ; dans 54 % des cas, elle est associée à une hyperthermie caractérisée et par ailleurs à des troubles cognitifs sévères dans 69 % d'entre eux, ce qui pose un problème de superposition des pourcentages qui ne sont pas exclusifs les uns des autres.

M. Pierre HELLIER : N'est-ce pas avant l'hospitalisation ?

M. David CAUSSE : J'imagine que les données rassemblées par l'IGAS apporteront des éléments complémentaires. Ces données ont souvent été élaborées *a posteriori*. Les établissements ont été amenés à répondre à une enquête et à déclarer ou non une situation d'hyperthermie alors que, très factuellement, le corps était déjà parti. L'enquête elle-même participe d'une reconstruction du réel. Pour un grand nombre d'établissements, elle a suscité quelque perplexité dans la manière d'y répondre.

La Fédération hospitalière de France n'est pas hostile au principe de la climatisation. Un certain nombre de médecins a clairement énoncé le service médical rendu élevé que peut représenter une période de rafraîchissement de deux ou trois heures, qui permet au corps de récupérer. Des professionnels ont mis en œuvre le système pragmatiquement pendant la période de crise, ne serait-ce qu'en déplaçant des personnes âgées au supermarché du coin qui était climatisé. Cela soulève toutefois question : ne pas prendre un train pour un autre. Une salle climatisée ne serait pas suffisante si elle ne

s'accompagnait pas d'autres mesures, ne serait-ce que des personnes pour accompagner les personnes âgées fragilisées dans la salle climatisée en question.

Dans notre argumentaire, nous avons pris le soin de parler de manière systémique, de pluralité des causes. La crainte que vous avez peut-être perçue ici ou là – en tout cas, je ne peux m'exprimer qu'au nom de ma fédération – c'est qu'à une causalité multiple, complexe, systémique, on ne veuille apporter qu'une réponse univoque, simpliste, qui finalement se traduirait par l'arbre qui n'arriverait sans doute pas à cacher la forêt.

L'ensemble de nos collègues éprouvent une autre préoccupation très vive, car ils ont été amenés à construire leur budget et à rencontrer leurs autorités tarifaires pour l'année 2004, alors que M. Mattei a annoncé l'obligation d'une salle climatisée, avant même son annonce par le Premier ministre dans le plan « Vieillissement et Solidarité ». Cette décision pose la question des financements en termes d'investissement et de maintenance. Une climatisation non entretenue peut se transformer en « *serial killer* » pour les personnes fragiles. Nous ne sommes pas loin des tours réfrigérantes qui ont provoqué le désastre que nous savons à l'hôpital européen Georges Pompidou. Une climatisation appelle une maintenance extrêmement étroite. Faute de financements organisés par la collectivité, nous sommes placés devant un arbitrage compliqué. Nous demanderions aux résidents, déjà en peine de payer le tarif hébergement, de financer le coût d'investissement de ladite salle climatisée et de financer sa maintenance. Cela pose une vraie question que je vous retourne : les parlementaires sont soucieux du contraste entre le montant de la retraite moyenne qui s'établit à 1 100 euros mensuels et le montant moyen de la facture d'une personne en maison de retraite, entre 1 100 et 1 300 euros, facture payée par 700 000 personnes en France. Le chiffre n'est pas si extraordinaire. Par comparaison, la facture serait assez semblable si vous logiez dans un *Formule 1* sans payer de repas et sans encadrement, pour un niveau hôtelier minimal. Malgré les difficultés de paiement des charges par les résidents et très souvent par leurs familles, ce chiffre montre que les établissements ont un bon niveau de performance économique puisqu'ils offrent pour un mois l'hébergement, la restauration et l'encadrement pour un montant de 1 100/1 300 euros. Va-t-on laisser les établissements et donc les résidents financer cette mesure nouvelle ?

M. Pierre HELLIER : C'est une autre question. Sur le plan médical, êtes-vous contre la mesure ?

M. Alain VILLEZ : Sur cette question, je voudrais vous faire part de notre crainte essentielle : la salle climatisée fera office d'alibi pour ne pas traiter le problème de fond. C'est ce que je veux essayer de démontrer.

M. Pierre HELLIER : Je voudrais une réponse sur le point précis soulevé. J'ai bien pris la précaution d'indiquer que j'avais suivi vos problèmes au fil des années, d'abord en tant que médecin, ensuite en qualité d'élu.

Le diagnostic d'hyperthermie a-t-il été établi avant l'hospitalisation ? Que pensez-vous de la possibilité de casser la montée de température ?

M. Alain VILLEZ : J'allais venir à la question de l'hyperthermie. Quant à la question de la salle climatisée, elle occasionne des problèmes fonctionnels, que nous avons

sommairement rappelés, pour que les personnes les plus fragiles, par définition la plupart du temps à mobilité réduite, puissent en bénéficier, y compris dans les périodes nocturnes. Cela pose à la fois des problèmes de gestion de vie quotidienne et d'accompagnement, des problèmes éthiques et fonctionnels.

Sur l'hyperthermie, au travers cette enquête, dont je ne veux pas faire état, car elle est statistiquement pleine de biais, il ressortait que très peu de décès avaient été diagnostiqués comme des hyperthermies. D'ailleurs, cela recoupe les informations publiées par l'INSERM.

M. le Rapporteur : Des personnes, qui vivaient en maisons de retraite, ont été transférées dans les hôpitaux, où elles sont décédées, pour la plupart, d'hyperthermie. Peut-être les personnes décédées en maisons de retraite n'ont-elles pas subi d'hyperthermie. En revanche, celles qui ont été transférées d'une maison de retraite à l'hôpital sont décédées d'hyperthermie. Ce n'est pas un faux problème.

Sur les remèdes à apporter, nombre d'experts nous disent que refroidir le corps par passage dans un lieu réfrigéré est plutôt une bonne solution. Les pratiques conduites aux Etats-Unis en période de canicule montrent que la climatisation est un moyen intéressant et important pour réduire la température du corps. Il ne s'agit pas uniquement d'un élément de confort.

M. Pascal CHAMPVERT : Pourquoi cette difficulté à s'entendre si l'on considère votre question et notre réponse ? Cela tient à l'analyse que l'on fait de la canicule. Est-elle un problème ponctuel à un moment donné, dont j'entends qu'il pourrait se renouveler, mais auquel il faut répondre ponctuellement ? Auquel cas, je comprends parfaitement votre question. Ou ce drame est-il un horrible coup de projecteur porté sur une réalité, que vous n'avez pas niée, mais qui devient d'autant plus scandaleuse et insupportable qu'aujourd'hui elle n'est plus connue de nous seuls, mais de l'ensemble du pays ? Notre analyse se situe sur ce second plan.

La question de la « climattéisation », ainsi nommée par quelques-uns, prend toute sa valeur, car la climatisation devrait intervenir dans un secteur dont nous dénonçons le manque total de moyens : 15 à 20 % d'établissements ont reçu des avis défavorables des commissions de sécurité.

Voilà quatre ou cinq ans, quelques-uns d'entre nous ont été réunis au sein d'un groupe d'experts par le ministère de l'intérieur, le ministère des affaires sociales, et le ministère du logement. Nous avons commencé les débats en indiquant que la réalité se traduisait par 15 % d'établissements ayant reçu des avis défavorables. Que nous a-t-on répondu ? Que tel n'était pas le sujet. Que nous étions rassemblés pour parler de normes qui concernaient les établissements nouveaux – pour les spécialistes, ce que l'on a appelé « type j ». Avec quel résultat ? Après environ deux ans de discussions, nous sommes confrontés à la même situation : 15 % des établissements reçoivent des avis défavorables.

Si nous sommes aussi « allergiques » à ce type de proposition, c'est parce que lorsque nous mettons en avant le manque d'adaptation des locaux, le manque de moyens et on nous demande s'il ne faudrait pas imposer encore davantage.

M. Pierre HELLIER : Ce n'est pas ce que j'ai dit !

M. Pascal CHAMPVERT : M. le député, je ne commente pas vos propos. J'explique d'une façon générale la façon dont nous ressentons les choses.

M. le ministre de la santé, je l'ai entendu, a déclaré qu'il faudra imposer – par la loi, a-t-il ajouté, pour rendre la chose plus contraignante – une salle climatisée dans tous les établissements. Lorsque le ministre de la santé indique cela – je ne parle pas pour vous, M. le député, je ne connais pas votre discours en dehors de ce que vous avez déclaré aujourd'hui –, cela revient à augmenter les obligations, c'est-à-dire que l'on demande aux établissements de répondre à une obligation supplémentaire, laquelle les empêchera de répondre à d'autres obligations. Je n'ai pas oublié ce directeur de maison de retraite interrogé par une chaîne de télévision sur la présence d'une climatisation dans son établissement. Il a répondu affirmativement, ajoutant qu'on lui avait demandé, deux ans auparavant, de la mettre hors service à la suite de problèmes de légionellose. Autrement dit, dans une situation où des experts – je ne suis pas médecin, j'entends leur expertise – mettent en avant la nécessité d'augmenter les obligations en maisons de retraite, dans la mesure où les pompiers tiennent le même discours, nous répondons que, nous aussi, nous sommes experts, car nous établissons des plannings, nous essayons de trouver des personnes pour venir travailler au quotidien dans les établissements dans les conditions de difficulté décrites. Or, cette expertise n'est jamais entendue, car il n'y a pas de normes sur le nombre de personnels et parce que, au fond, dans notre société, collectivement, il est peut-être plus simple d'émettre des règlements de sécurité incendie, d'imposer une climatisation, plutôt que de décréter combien de personnels sont nécessaires au quotidien pour s'occuper des personnes âgées !

Le problème majeur de la salle climatisée, c'est qu'il faut des personnels pour aider des hommes et des femmes à s'y rendre.

M. le Rapporteur : Autrement dit, vous estimez préférable de ne pas en retenir l'idée !

M. Pascal CHAMPVERT : J'accepte la mesure si elle est financée par d'autres que les résidents et si notre expertise est entendue. Des femmes et des hommes meurent aujourd'hui par absence de personnels et il faut savoir qu'il n'y aura personne pour accompagner les personnes âgées dans la salle climatisée !

M. le Rapporteur : Il existe d'autres moyens de financer que par les caisses ; beaucoup de communes, de municipalités financent les salles de climatisation de leurs maisons de retraite.

La question était simple et, précisément, nous nous adressions à vous en tant qu'experts pour savoir ce que vous pensiez, sur un plan médical, du confort, de la proposition de climatiser. Nous n'avons pas vraiment obtenu de réponse !

M. Guy LAMARQUE : Les faits nous ont révélé que dans les établissements possédant, soit une climatisation intégrale, soit une salle à manger ou des salons climatisés, la sensation de bien-être banale qui en a résulté pour les résidents leur a permis de mieux affronter un contexte général dont nous avons tous un souvenir exécrable. Lorsque nous, gens de la rue, réservons dans un restaurant, ne sommes-nous pas attentifs aux mois de

juillet-août à demander si la salle est ou non climatisée ? Conservons notre bon sens. Oui, je plaide pour la climatisation !

M. Edouard LANDRAIN : Je retiens qu'avec « *les moyens du bord* », selon votre expression, vous avez fait du bon travail et que sans les médias, vous ne vous seriez pas vraiment rendu compte du caractère exceptionnel de la situation.

Dans les établissements pour personnes âgées, c'était moins grave que chez les personnes vivant seules, en particulier dans les grandes villes et dans les banlieues.

La question des personnels ne date pas d'hier. D'ailleurs, vous permettrait-on d'embaucher que vous ne le pourriez pas, car le personnel n'est pas même encore formé ! La situation est celle-là depuis des décennies. Ne nous y arrêtons pas et revenons au problème de la canicule. Jusqu'à maintenant, avec un personnel réduit et sans la canicule, le nombre de morts spontanées n'a pas augmenté. En 2003, la surmortalité est liée à une température exceptionnelle.

La question que je veux vous poser est simple. Le Pr. Abenhaïm a indiqué que la réponse à l'hyperthermie était la climatisation. C'est un spécialiste. Il s'est fondé sur un certain nombre de pratiques, de statistiques, d'éléments statistiques, historiques, géographiques à travers ses expériences étrangères. Nonobstant le coût, ne pensez-vous pas que, dans toute structure à construire ou à réhabiliter, il devrait y avoir obligation de prévoir la climatisation, du moins une salle climatisée, pour y amener les personnes au moment des forts pics de chaleur ?

M. le Rapporteur l'a indiqué : le financement peut trouver des sources diverses. Le suivi, le fonctionnement ont également un coût. Par ailleurs, la légionellose est un élément important ; pour autant, elle ne fait pas son apparition avec l'installation de chaque appareil de climatisation. En outre, elle se traite. Cela dit, ne pensez-vous pas que l'architecture médicale, l'architecture des maisons de retraite, demain, devra nécessairement comporter l'obligation d'un système réfrigéré, au moins pour une salle ?

M. Alain CLAEYS : Pour respecter la feuille de route proposée par notre Rapporteur, laquelle consiste à essayer de comprendre ce qui s'est passé lors de cette catastrophe sanitaire et de savoir si nous aurions pu l'éviter, je dirai tout d'abord que nous sommes tous d'accord sur le constat : sous-médicalisation, sous-formation du personnel, restructuration insuffisante de beaucoup d'équipements. Sur la climatisation, nous sommes tous d'accord, si ce n'est qu'il s'agirait, si j'ai bien compris, d'un élément parmi d'autres. On ne peut présenter la climatisation comme solution unique.

Je veux revenir à l'objet de notre commission d'enquête en évoquant l'alerte. L'un d'entre vous a indiqué que si vous n'aviez pas eu un contact avec les urgences, avec les pompes funèbres, vous n'auriez jamais pris la mesure de la catastrophe. Cela pour des raisons simples. Dans tel ou tel établissement, l'augmentation des décès de 100 % a peut-être représenté deux décès supplémentaires comparés à l'année précédente.

Ma question est double. Vous avez tous, dans chacun des départements, un réseau. Est-il des départements où le système d'alerte a fonctionné pour mettre en garde les maisons de retraite ?

Depuis la catastrophe, des réunions ont-elles été organisées pour dresser le bilan de l'insuffisance des systèmes d'alerte dans tel ou tel département ?

M. Théodore AMARANTINIS : Vous évoquiez à l'instant la présence de réseaux. En effet, il existe les réseaux des prestataires de services, les réseaux locaux, ceux que nous nous sommes constitués ; il existe également des réseaux gérontologiques, que l'on appelle également « les filières gériatriques ».

Nous ne sommes pas tous intégrés à des réseaux gérontologiques, loin de là, même si ce serait souhaitable. La coordination et la complémentarité nécessaires pour organiser ce que l'on appelle la fluidité des filières gériatriques d'amont et d'aval, avaient été prévues par une circulaire du 18 mars 2002, qui a été complètement occultée et qui pourtant, contenait les germes d'une bonne organisation de mise en réseaux.

M. Alain CLAEYS : Pourriez-vous nous fournir des précisions sur cette circulaire ?

M. Théodore AMARANTINIS : Il s'agit de la circulaire du 18 mars 2002 sur les filières de soins gériatriques. Nous l'avons évoquée à l'occasion des concertations ministérielles. Une grande partie de la mise en réseau, de la fluidité des filières gériatriques découle du bon sens contenu dans cette circulaire, totalement occultée. Tout a été dit dans ce document.

S'agissant de l'alerte, l'échelon local est adapté, avec les centres de liaison et d'information coordonnés (CLIC), qui existent, mais qui sont insuffisamment développés et souffrent d'un manque de moyens. A partir de là, peut-être convient-il, au niveau communal, d'organiser une bonne coordination.

M. Alain CLAEYS : Telle n'était pas ma question. Peut-être ai-je utilisé à tort le mot « réseau » pour évoquer les informations qui ont pu vous parvenir. Ma question est celle-ci : comment appréciez-vous, département par département, l'alerte ou l'absence d'alerte au moment de la catastrophe sanitaire que nous avons connue ? Après coup, des réunions ont-elles été organisées, auxquelles vos mandants ont pu participer pour évaluer les dysfonctionnements ?

M. David CAUSSE : Tout d'abord, je voudrais dire l'accord de la Fédération hospitalière de France sur la synthèse faite par le Dr. Hellier et par M. Claeys sur la climatisation, car M. le Rapporteur semblait dire que nous n'avions pas pris position. Or, si ! nous avons pris position : la climatisation fait partie des mesures médicalement appropriées, à la condition que les solutions ne se résument pas à ce seul moyen.

Par ailleurs, vous avez raison, M. Claeys, d'indiquer que, dans la très grande majorité des établissements, ce sont de un à deux décès supplémentaires constatés. Dans la mesure où il existe 9 000 établissements accueillant des personnes âgées en France, la sommation ne pouvait être le fait de chacun des professionnels ; cela a été celui des urgentistes, d'une part, et des gestionnaires de funérariums, d'autre part.

Pour ce qui concerne la manière dont l'information a été diffusée de manière ascendante et descendante, je veux vous apporter des réponses précises, car c'est

manifestement ce à quoi vous nous invitez. Je m'appuierai pour ce faire sur des rapports publiés dans différents départements. Ils mentionnent une alerte sur le département d'Indre-et-Loire le 10 août, des contacts entre SAMU, DDASS et pompiers le 10 août ; dans les Hauts-de-Seine le 8 août ; en Côte d'Or le 10 août. L'alerte est un effet de signalement réciproque entre SAMU, DDASS, funérariums, établissements, informant qu'un événement extraordinaire était en train de se produire. Les DDASS ont d'ailleurs pris l'initiative de relancer des diffusions de bonnes pratiques, de réhydratation, de prévention qui ont été appliqués grâce à une disponibilité extraordinaire et sans égale des personnels qui, quoiqu'en nombre très modeste, ont fait preuve d'une inventivité et d'une créativité « *à la Mac Gyver* » pour reprendre l'expression de M. Claudy Jarry. Le rapport de la Côte d'Or le relate.

J'ajouterai, si vous le permettez, un élément d'ordre personnel. La grand-mère de mon épouse ne sera pas comptée dans les statistiques. Elle vivait à côté de chez nous, n'était pas isolée. Agée de 93 ans, grande cardiaque, elle était affaiblie. Nous étions à proximité de Sully-sur-Loire. Elle est tombée au cours de la nuit du 9 août. Nous étions tous présents. Le médecin a décidé de trouver un lit de médecine. Or, aucun lit de médecine à Gien, à Montargis ou à Sully n'étant libre, elle a été transférée au CHR d'Orléans, le 9 août. Le 8 août, La République du Centre, annonçait déjà : « *L'armée aide le CHR d'Orléans, débordé par les arrivées.* » J'ai pris personnellement l'attache du directeur de l'hôpital local de Sully-sur-Loire le 9 août et lui ai rendu visite le 12 août. Cet hôpital est situé à peine à 30 kilomètres à l'est d'Orléans et à l'épicentre du triangle morbide, des zones très affectées par des températures nocturnes exceptionnelles. C'est un point frappant : la canicule n'a pas opposé la ville et la campagne comme cela a pu être dit, malheureusement. Il n'y a pas la mauvaise ville et la bonne campagne. Le directeur de l'hôpital local de Sully-sur-Loire, auquel j'ai rendu visite, n'avait constaté aucune surmortalité ou disparition anormale. C'est dire à quel point, avec un ou deux décès supplémentaires ou aucun décès par établissement, il était compliqué de prendre la mesure de la situation.

Pour revenir à vos propos, Dr. Hellier, on pouvait décéder d'un coup de chaleur. C'est une définition médicale très précise. Cela concerne à peine un tiers des cas de l'enquête relative au département de la Côte d'Or. On peut aussi décéder de déshydratation marquée, un peu plus lentement. On peut encore décéder de réhydratation, car il s'agit d'un acte médical extrêmement délicat. Y compris en milieu hospitalier avec des soins intensifs, une réhydratation relève d'une gestion très complexe qui peut se traduire par un œdème aigu du poumon si la surveillance n'est pas appropriée. De même, la pose de perfusion dans un couloir d'urgences débordé sans surveillance infirmière est un acte de réhydratation manqué et c'est sans doute ce qui a emporté la grand-mère de mon épouse.

M. Claudy JARRY : Nous n'avons probablement pas eu le temps de nous organiser. Un professeur vous a parlé de coup de chaleur ; il a dû se documenter et se reporter à des connaissances livresques. Quant à moi, j'ignorais totalement ce qu'était un coup de chaleur. Ni le personnel, ni les infirmières, ni le médecin ne m'en ont parlé. On ne l'a compris qu'*a posteriori*. Les effets ont été concentrés sur quelques jours. Des personnes ont présenté une hyperthermie, puis d'autres défaillances, circulatoires notamment. Pour les cas les plus compliqués, les personnes âgées ont été amenées à l'hôpital, car nous n'avions pas la possibilité de poser une perfusion. Finalement, c'est après coup, par les médias, que nous avons su de quoi elles étaient décédées. De l'intérieur et pendant la période, quoique personnellement concerné en qualité de directeur, je n'ai pas compris de quoi il s'agissait. Nous étions confrontés à une situation extrêmement compliquée, même si nous n'avons pas eu à regretter de décès. Nous avions chaud, le personnel aussi. Je me souviens que tout le monde a peiné au cours de ces journées.

M. Alain CLAEYS : A votre connaissance, des directions départementales d'action sanitaires et sociales ont-elles pris des initiatives pour coordonner les actions ?

M. David CAUSSE : Dès le 8 août.

M. Gérard BAPT : Pourrions-nous avoir le détail ?

M. David CAUSSE : Je vous laisserai tous les documents.

M. le Rapporteur : Y compris en région parisienne, car je ne suis pas certain que le problème ait été traité de la même façon en région parisienne.

M. Gérard BAPT : Et dans les Hauts-de-Seine ?

M. David CAUSSE : Le document sur les Hauts-de-Seine indique, à la date du 8 août, un signalement du SAMU.

M. Gérard BAPT : L'essentiel de ma question portait sur l'alerte.

Cet été, j'ai mené ma propre mission d'information. J'ai visité quelques maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD) : l'une était climatisée, l'autre pas. On n'a constaté de surmortalité ni dans l'une ni dans l'autre. Mais la directrice de celle qui n'était pas climatisée, voyant qu'il allait faire chaud, a acheté de gros ventilateurs. Elle a précisé avoir bien fait, car, 15 jours plus tard, on n'en trouvait plus.

Aucune information n'était-elle donc parvenue de manière coordonnée aux directeurs d'établissement, dans la mesure où, après la première vague de chaleur du mois de juillet, certains avaient commencé à se prémunir ?

S'agissant de la climatisation, les maisons de retraite se sont heurtées à la réalité suivante : se rendre dans les salles climatisées pour celles qui l'étaient ou dans la salle ventilée et traversante – c'est très important d'un point de vue architectural, y compris pour les particuliers, les personnes ayant des appartements traversants ont beaucoup moins souffert que ceux qui ne l'étaient pas – a constitué un surcroît de travail pour le personnel qui devait assurer des rotations des personnes dans la salle ventilée, avec impossibilité absolue de trouver des remplaçants, infirmières ou aides-soignantes, pendant toute cette période.

Je reviens au problème des moyens après l'alerte. Vous avez déjà répondu, excepté à cette question particulière : existe-t-il des réseaux de directeurs, des messages ont-ils pu circuler ? La proposition de la FHF vise à porter un ratio général de 0,3. Cela correspond à 50 000 emplois sur 5 ans. Le plan Aubry-Guinchard-Kunstler ne représentait que 25 000 emplois sur 5 ans. Le plan gouvernemental actuel porte sur 13 200 emplois. Par conséquent, pour parvenir à votre objectif de 0,3 agent soignant par lit, il faudrait multiplier par trois les créations prévues dans le plan gouvernemental.

Un directeur de plusieurs cliniques m'a expliqué que le conventionnement avait permis de passer de 0,3 à 0,7 agent soignant par lit dans des MAPAD. Or, à aucun moment, vous n'avez cité le chiffre de 0,7 personne par lit pour les établissements conventionnés. Cela me semble élevé : je retournerai le voir pour savoir comment il a fait ! C'est un chiffre, me semble-t-il, que vous écartez.

M. David CAUSSE : La difficulté a été très bien exposée par Théodore Amarantinis. La communication de la FHF s'est adressée aux pouvoirs publics sur les sujets pour lesquels ils ont la capacité de décider, c'est-à-dire le niveau des financements collectifs des emplois soignants.

Les comparaisons de ratios posent le problème de ne pouvoir mettre sur un même plan un ratio global. On peut tout à fait imaginer qu'un établissement souhaite réaliser de très gros efforts pour améliorer la qualité d'hébergement, demande des tarifs très élevés et parvienne, en termes de personnels hôteliers, à des ratios extrêmement élevés, de deux ou trois, à la condition de trouver des résidents prêts à acquitter de pareils montants. Or, ce n'est pas spécifiquement le type de public que nous accueillons.

La FHF s'est exprimée sur un objectif cible à 5 ans avec une première étape à 0,3 agent soignant. On parle de « médicalisation » des établissements, c'est le terme consacré de longue date, mais c'est un bien grand mot. Quand on parle de temps médical, il s'agit de deux vacations de 3 heures par semaine dans des établissements moyens. Il s'agit plutôt de la paramédicalisation des établissements avec du temps infirmier, du temps d'aides-soignants, du temps d'aide médico-psychologique. C'est de cela que nous parlons. Effectivement, le ratio de 0,3 est, dans la position de la FHF, une première étape pour atteindre les ratios de sécurité qui n'ont rien d'extravagant. C'est déjà beaucoup, beaucoup mieux que l'existant. Mais cela ne revient pas à mieux que d'avoir une infirmière de permanence la nuit pour 100 résidents, en escomptant qu'elle ne tombe jamais malade !

Pour parvenir à cet objectif, le plan « Vieillissement et Solidarité » apporte une contribution notable, mais insuffisante. C'est le sens de mon intervention : en accompagnement, l'évolution des crédits d'assurance maladie que vous votez tous les ans dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurances maladie, la dotation affectée au secteur « personnes âgées » doit être amplifiée dans les 4 ans qui viennent à raison de 1,7 milliard d'euros, soit un effort annuel, hors actualisation salariale, de 390 millions d'euros, faute de quoi, nous nous trouverions dans une position assez paradoxale d'avoir une ligne d'évolution proposée par le Gouvernement pour la médicalisation des établissements qui ne soit pas meilleure que celle posée par Mme Veil il y a 25 ans avec la création de section de cure médicale avec un ratio de 0,25 agent soignant par lit.

La vraie difficulté du recrutement, qui rejoint le point de l'attractivité évoquée par Claudy Jarry, c'est qu'il faut bien, à un moment donné, sortir du cercle vicieux : pas de crédits, donc peu d'emplois. L'image du secteur est médiocre et l'on ne peut pas dire que la communication qui suit cet été soit très encourageante pour les jeunes élèves qui sortent des écoles d'infirmières. Les nouveaux quotas produiront leurs premiers effets fin novembre. Je ne sais si, parmi les élèves sortant des écoles d'infirmières, une seule choisira un établissement pour personnes âgées. Cela pose une vraie question d'intérêt public, sur la manière dont on pourrait valoriser le secteur. En tout cas, la FHF a pris position, en proposant que l'année 2004 soit l'année d'une campagne de valorisation des métiers hospitaliers et médico-sociaux, une grande cause nationale qui permettrait de délivrer des messages un peu moins mortifères, un peu moins morbides que ceux diffusés jusqu'à présent, faute de quoi nous allons laisser les professionnels, les résidents et leurs familles, avec un goût extrêmement amer dans la bouche. Il faut briser ce cercle vicieux. Pour

reprendre les propos très clairs, tenus par Théodore Amarantinis et Georges Riffard, il faut afficher publiquement la possibilité de créer des emplois, donc la nécessité de disposer de ressources apportées par la collectivité –, le plan Vieillissement d'une part et assurément l'ONDAM, d'autre part, en accompagnement dans les 4 ans qui viennent.

Parallèlement, parce que cela peut être fait dans l'immédiat et que c'est un enjeu de promotion sociale, nous pourrions qualifier 100 000 agents de service en aides-soignants. Les candidats sont là. Il suffit de mettre en place un dispositif de formation par alternance pour que l'ensemble des établissements que représentent mes collègues puisse engager une démarche de sortie de crise, de sortie par le haut avec une qualification sur le terrain. C'est à la fois un enjeu de valorisation du secteur, de réparation de ce qui s'est produit cet été en termes d'image et de perspectives d'avenir. C'est un enjeu considérable de promotion sociale pour des personnes qui ont aussi, en termes de formation et de qualification, droit à une seconde chance, ou à une chance qu'ils n'ont pas eue de bénéficier très tôt d'une formation scolaire et universitaire.

M. Guy LAMARQUE : Jusqu'à avril 1997, époque à laquelle on créait encore des sections de cure médicale, il me souvient – Pascal Champvert était mon collègue au CROSS Ile-de-France – que le Président de la commission sociale avait fait adopter par le CROSSIF la disposition suivante : 0,60, dont 0,30, c'est-à-dire que sur un effectif général, toutes catégories incluses, de 0,60, il incluait 0,30 personne qualifiée. Je reprends cette information, parce qu'elle est matérialisée. Elle n'est pas seulement d'origine parisienne, puisque le président du CROSSIF était par ailleurs le président de la conférence des présidents des CROSS au plan national. Cette indication, en amont des conventions tripartites, peut servir de base d'appréciation.

M. Théodore AMARANTINIS : 0,30 agent soignant équivaut à une infirmière pour 10 résidents, une aide-soignante pour 5 résidents. Pour un établissement de 80 lits, il s'agit de 8 infirmières et de 16 aides-soignantes. Il faut multiplier par deux ou trois pour avoir un équivalent temps plein.

M. Rapporteur : Dans les établissements où travaillent des religieuses, le taux est-il le même ?

M. Serge BLISKO : Dieu seul le sait !

M. David CAUSSE : La réduction du travail théologique a eu en ce domaine des conséquences dramatiques sur les finances collectives ! Le ratio de remplacement des religieuses était connu dans le secteur public, lequel a souvent hérité de ces transformations d'établissement : c'était un ratio de 3 pour 1. Le temps de religieuse est l'inverse du ratio que j'évoquais tout à l'heure. Pour remplacer une religieuse disponible en permanence et qui se dévoue à la cause dans des proportions qui ne sont plus requises aujourd'hui par les lois sociales de notre pays, pour transformer un poste de religieuse en un poste de salarié, il faut multiplier l'effectif par 3.

M. Edouard LANDRAIN : Les propos tenus sur la formation sont fort intéressants, en particulier sur cette possibilité qui pourrait s'offrir de mettre en place un système de formation par alternance, permettant à des personnes d'acquérir un statut élaboré, passant quasiment du statut d'aide-soignante à celui d'infirmière, en tout cas d'être apte à assurer

des gestes techniques nécessaires à la bonne marche de l'établissement. Je crois que c'est une idée à laquelle il faudra que nous réfléchissions. Nous sommes tous ici plus ou moins responsables de conseil d'administration, que ce soit d'hôpitaux ou de maisons de retraite pour personnes âgées. Nous remarquons que, ni la volonté, ni le bon sens ne manquent. Les religieuses ont été remplacées par des gens de cœur, mais ils sont souvent victimes du système lui-même qui leur interdit certaines pratiques qui engageraient leur responsabilité et qui se retourneraient contre eux si tant est qu'un ennui survienne. Sans doute convient-il de rechercher des praticiennes ou des praticiens au niveau que vous décriviez.

Mais vous m'étonnez en déclarant que les directeurs ont découvert la canicule cet été et qu'ils n'étaient nullement préparés à ce genre d'événements. Un directeur n'a-t-il jamais été informé, au cours de ses études, de cette possibilité qui, pourtant, peut avoir des effets désastreux ? Je suis catastrophé d'entendre un tel propos. J'ai demandé à plusieurs reprises à des personnes auditionnées si elles avaient un plan « *canicule* ». Toutes m'ont répondu avoir maints plans, mais aucun plan canicule. Pourtant, l'on sait, depuis les canicules de Chicago ou de Marseille, que ces phénomènes sont générateurs de morts. Je suis atterré d'apprendre que les directeurs ignoraient que la canicule pouvait exister et qu'il leur faudrait apprendre une science nouvelle pour faire face aux problèmes posés.

M. Gérard BAPT : La circulaire Falco décrit – un an avant – un certain nombre de phénomènes. Peut-être pas le diagnostic clinique de l'hyperthermie, car nombreux étaient les médecins eux-mêmes qui n'avaient jamais vu d'hyperthermie. Ils ont fait subir au premier cas survenu dans le Morbihan des hémocultures, pensant qu'il s'agissait d'une septicémie. Il serait intéressant d'inviter le Pr. San Marco, car, localement, un plan local a été mis en place à Marseille et réactivé tous les ans.

M. Serge BLISKO : Je me rallie à l'harmonieuse synthèse Hellier-Claeys sur la climatisation.

Je reviens à M. Jarry et au manque de personnels dans les Deux-Sèvres. Il a préconisé un plan de revalorisation du personnel, de ses conditions d'évolution de carrière, de formation pour sortir de ces situations. Car, en l'état actuel, même si l'on vous accordait davantage de crédits, les candidatures feraient toujours défaut, surtout dans une région peu dense démographiquement. Il faut donc promouvoir une évolution des carrières.

Je reste frappé par un grand absent de ce débat, à savoir votre tutelle. Quel que soit votre statut, c'est la DDASS, et au-delà la direction générale des affaires sociales (DGAS) au ministère des affaires sociales. Nous n'entendons jamais parler de cette direction, c'est la grande absente. Avez-vous reçu des appels téléphoniques, des circulaires ou des courriers de la DGAS ? On évoque largement la direction de l'hospitalisation et des soins (DHOS), la direction générale de la santé (DGS), jamais la DGAS. Des sessions médicales, de formation aux nouvelles techniques de nursing, sont-elles organisées par la DGAS ?

M. le Rapporteur : Nous auditionnerons le directeur de la direction générale de l'action sociale le 6 janvier.

M. Claude LETEURTRE : Je crois que les jeunes diplômées infirmières ou aides-soignantes ne choisissent pas spontanément de travailler dans les services de personnes âgées, mais, quand elles y sont, elles y restent. Il existe une certaine adhésion du personnel aux personnes âgées. Ce secteur ne sera jamais le premier retenu, mais il ne faut pas être trop pessimiste, d'où l'intérêt de votre idée de valoriser le métier et de le faire connaître.

Une des questions que nous nous posons souvent est de se demander si, finalement, la Faucheuse n'est pas passée un peu trop tôt. Les victimes avaient-elles une espérance de vie dépassant le court terme ? Des éléments de réponse sont connus. Beaucoup de gériatres m'ont déclaré que, dans les deux mois suivant la canicule qui éreinte les organismes, la mortalité reste très élevée. Avez-vous ce sentiment dans vos établissements ?

M. Pascal CHAMPVERT: Oui, j'éprouve ce sentiment et, pour en avoir parlé avec d'autres directeurs, je le sais partagé. Cela étant, il faudra examiner la question en janvier ou février. David Causse y faisait allusion : des personnes dont les organismes ont été extrêmement sollicités, ont passé l'été, mais connaissent aujourd'hui des difficultés qu'elles ne surmontent pas.

M. Claudy JARRY : A propos du coup de chaleur que je n'avais pas mesuré, je rappelle que les établissements manquent de personnes d'un point de vue quantitatif et qualitatif. Ils manquent de soignants, mais aussi d'agents administratifs ou de cadres. Nous sommes des généralistes. Il y a peu à Reims, un collègue a été inquiété pour des problèmes de déshydratation, plus récemment encore à Bobigny, un autre pour des problèmes de sécurité incendie. Au tribunal j'ai découvert une multitude de textes, de règles. Si, demain, un établissement était affecté par une intoxication alimentaire majeure, on se retournerait vers le directeur en lui reprochant de ne pas connaître la méthode « HACCP ». La légionellose, nous savons tous que cela existe, mais quel temps avons-nous pour expertiser ? Au conseil d'administration d'un de mes établissements, j'ai proposé une action contre la légionellose. Le président, plein de bon sens par ailleurs, m'a demandé si l'on ne pouvait reporter le traitement de ce sujet. J'ai rencontré l'un des élus les plus importants de notre pays qui précisait être aussi président du conseil d'administration d'un établissement où des travaux de sécurité étaient à réaliser. Il reconnaissait que, même en étant bien informé – et aux dires des mauvaises langues, bien placé pour obtenir des subventions – il n'a pas engagé ces travaux en raison de contraintes économiques.

Après coup, il est facile de nous reprocher de ne pas savoir, mais nous savons et c'est ce qui nous stresse. Comme tous ceux qui travaillent aujourd'hui auprès des personnes âgées, contrairement aux religieuses d'hier, nous sommes malheureusement conscients, beaucoup trop conscients, pour ne pas avoir peur. Je parle là de la sécurité incendie, de la sécurité alimentaire.

Quant à la maltraitance, j'avais une idée de ce que c'était. Il me semblait que plus nous étions nombreux, moins l'on maltraitait. Depuis le 18 juin nous parlons, on ne nous a pas encore beaucoup entendus, mais cela peut venir. Ce qui change, c'est que nous n'avions pas l'habitude de protester. Dire que dans nos établissements nous manquons de personnels c'est avouer que nous serions maltraitants, en tout cas pas bien traitants. Pour nous, c'est un crève-cœur. Il existe une relation quasi fusionnelle entre les personnes qui travaillent auprès des personnes âgées, ce qu'elles font et l'établissement. Dans un établissement où il y aurait de la maltraitance, où l'on mangerait mal, où existerait un problème de sécurité incendie, ce serait tout le personnel qui serait blessé.

Je rejoins le propos selon lequel les infirmières ne se précipitent pas dans nos établissements, mais s'y impliquent dès lors qu'elles y travaillent. Pour autant, ne tirons pas trop sur la corde !

M. Edouard LANDRAIN : Je suis d'accord avec vous sur la qualité des personnels, je leur ai rendu hommage tout à l'heure. Mais vous avez avoué avoir découvert le coup de chaleur et je me suis étonné.

M. David CAUSSE : La modestie commande de préciser ce que nous savions, ce que nous ne savions pas. Le directeur d'hôpital que je suis a fait un peu d'archéologie dans la littérature scientifique avant d'y trouver des énoncés marqués de certitudes. D'ailleurs est-ce le seul cas ? Dans notre pays, la pharmacovigilance est à l'œuvre. Ce système d'alerte plein de bon sens fonctionne par télécopie et peut conduire le pharmacien à alerter et mettre en œuvre des retraits de lots. Nous le devons à la triste aventure de médicaments qui ont alerté sur les problèmes nécessitant des retraits. De même, les problèmes de respirateurs dans les hôpitaux ont entraîné la mise en place d'un système de matério-vigilance. C'est bien à l'occasion de situations de crise que nous avons pris conscience des lacunes et des manques.

M. Edouard LANDRAIN : Il doit y avoir une cause à ce problème !

M. David CAUSSE : Claudy Jarry a été excellent en signalant la grande difficulté à se placer dans une vision de généraliste. Pour représenter la facette hospitalière de la question, je puis vous dire qu'un responsable d'établissement doit puiser l'information dans de nombreuses pages du Journal Officiel, afin de suivre la littérature législative et réglementaire. Lire les pages santé et affaires sociales ne suffit pas. Si l'on veut surveiller ce qu'il en est des ambulances, il faut se tourner du côté du ministère de l'équipement ; pour s'informer des nouvelles mesures en matière alimentaire, il faut suivre les textes du ministère de l'agriculture ; si l'on veut acheter conformément au droit, il faut connaître le code des marchés publics en se tournant vers le ministère des finances. La production de normes est une vraie question : aujourd'hui, donnez-vous aux établissements d'hébergement les moyens financiers d'être en mesure d'intégrer et d'appliquer toutes ces normes ?

La question sur la DGAS est extrêmement sensible. Elle a de très larges responsabilités. C'est à l'heure actuelle quasiment un million de lits et de places aujourd'hui, tous secteurs confondus : secteur du handicap, secteur personnes âgées, qui ne sont d'ailleurs pas si éloignés l'un de l'autre. Au-delà d'une première étape de mise à niveau de sécurité, nous avons pour objectif que la collectivité consacre autant de moyens aux personnes âgées qu'elle en consacre aux établissements pour personnes handicapées qui, elles, quoique vulnérables, n'ont pas été affectées par la canicule.

Pour en revenir à la DGAS, la grande difficulté réside dans ses moyens extrêmement limités, alors qu'elle est en charge d'un périmètre très large : enfance inadaptée, exclusion, personnes handicapées, personnes âgées. Elle réfère à 7 cabinets ministériels différents et parfois pour dire les choses plaisamment, mais respectueusement, on compte davantage de conseillers techniques au cabinet d'un secrétaire d'Etat que de fonctionnaires dans le bureau de la DGAS en charge de la question. Nous avons affaire à une DGAS qui, par ailleurs, est pauvre en mission d'études, en crédits d'études, en cadres, par rapport aux responsabilités éminentes qui sont les siennes et qui, dans le contexte, mériteraient sans doute d'être repensées.

M. Théodore AMARANTINIS : Précédemment, vous disiez que les services déconcentrés, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, étaient nos interlocuteurs. En tout cas, dans les régions du sud de la France que je connais bien, elles

ont alerté au mois de juin les établissements, quel que soit leur statut, sur les risques liés aux grosses chaleurs et à la déshydratation. Cela se pratique depuis des années.

L'épisode de canicule en 1983 et les études du Pr. San Marco ont fait école. La formation des directeurs des établissements des régions du sud a sans doute été effectuée avec plus d'acuité que celle des régions du nord.

M. Gérard BAPT : Il nous faudra entendre le Pr. San Marco.

M. Théodore AMARANTINIS : Je reviens sur deux problèmes en essayant de procéder à un petit exercice de synthèse.

On a évoqué l'attractivité des métiers et la nécessité de débloquer les quotas pour faire face à la pénurie. On a également évoqué la formation en alternance et la valorisation des acquis de l'expérience. Ensuite, on a mis en parallèle le financement. Rien ne nous sert de donner des financements si, parallèlement, cette dynamique de formation de la valorisation des acquis de l'expérience n'est pas engagée.

Nous n'arriverons pas à doter ni à médicaliser les établissements immédiatement. Dans le secteur privé, nous continuons à fonctionner avec des intervenants libéraux à l'acte. Un danger structurel se profile, à savoir le lien autorisation-financement, créé par la loi du 2 janvier 2002 : aujourd'hui, un établissement ne peut plus s'ouvrir s'il n'est pas assuré d'obtenir une assurance sur son financement. C'est dire que l'on est en train d'organiser si l'on y prend garde une pénurie de maisons de retraite à l'horizon 2008-2010. Si l'on déconnectait le lien autorisation-financement, si l'on confiait tout simplement, comme c'était le cas voilà encore quelques années, le soin aux présidents des conseils généraux d'autoriser l'établissement à ouvrir et à fonctionner avec des intervenants libéraux, tant que les dotations financement ne permettent pas de le médicaliser avec du personnel soignant salarié, une partie du problème serait résolue, en tout cas dans l'immédiat.

M. Pierre HELLIER : Les normes s'imposent à tous, pas simplement dans le secteur des personnes âgées, où, certes, elles prennent une acuité plus grande, dans la mesure où, en cas de catastrophe, elle est forcément collective et préoccupe beaucoup. Tous ceux qui ont des responsabilités, les maires, les élus, savent que les normes s'imposent à tous et qu'elles sont mises en place à la demande de la population qui veut la sécurité absolue. Malgré les difficultés et le manque de personnel que vous rencontrez, il faut absolument donner une image positive. Je vous remercie pour votre proposition de faire de 2004 l'année de la valorisation des métiers hospitaliers et médico-sociaux. Sans quoi, même avec des moyens, les personnes formées n'iront pas travailler chez vous. C'est un secteur où il est plaisant de travailler – peut-être pas, j'en conviens, dans les conditions actuelles. En tout cas, donnons une image positive, faute de quoi nous connaîtrons des problèmes de recrutement.

Audition conjointe de MM. Cédric GROUCHKA,
conseiller technique au cabinet du ministre de la santé,
de la famille et des personnes handicapées,
et Yves COQUIN, directeur adjoint de la DGS

(Extrait du procès-verbal de la séance du 17 décembre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

M. Cédric GROUCHKA et Yves COQUIN sont introduits.

M. le Président : Messieurs, je vous souhaite la bienvenue.

Nous avons déjà entendu M. Mattei, Mme Bolot-Gittler, directrice adjointe de cabinet du ministre, l'actuel directeur de la DGS, qui était, cet été, conseiller technique du ministre de la santé, et son prédécesseur.

Nous avons souhaité également vous recevoir car vous étiez tous les deux en poste dans les premières semaines du mois d'août, au cours desquelles la crise s'est nouée.

Les déclarations des uns et des autres devant notre commission n'ont pas été, jusqu'à présent, forcément totalement concordantes. Aussi, serait-il utile que nous refassions le point avec vous, sur les contacts qui ont eu lieu, jusqu'au 11 août, entre la DGS et le cabinet, et les actions que vous avez initiées à partir des informations que vous receviez.

Bien entendu, si nous pouvons avoir, aujourd'hui, une appréciation sur les décisions qui auraient pu être prises si la prise de conscience de la catastrophe avait eu lieu plus tôt, c'est bien l'absence d'alerte, qu'elle vienne d'en bas ou d'en haut, qui reste assez inexplicable et qui est l'un des éléments déterminants de la crise.

Nous avons pu constater combien les services se sont mobilisés sur le terrain, que ce soit dans les hôpitaux ou chez les pompiers, mais la remontée d'informations, leur identification et leur confrontation pour pouvoir éventuellement s'organiser, restent, pour nous, assez floues.

M. le Président leur rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête leur ont été communiquées. A l'invitation du Président, MM. Grouchka et Coquin prêtent serment.

M. le Président : M. Grouchka, je vais vous demander, pour commencer notre séance, de faire le point sur les initiatives que vous avez prises à partir du 4 août, mais aussi sur les informations que vous avez pu recevoir des autres parties prenantes à ces événements.

M. Cédric GROUCHKA : C'est un honneur pour moi de m'exprimer devant votre commission sur cette période dramatique, de pouvoir vous relater les faits tels que je les ai vécus, et de vous livrer des réflexions, maintenant que l'on connaît l'intensité et la gravité de ce drame humain.

Je vous présenterai donc un exposé liminaire en deux parties : d'abord, la relation des faits ; ensuite, quelques éléments de réflexion.

Permettez-moi, auparavant, de me présenter. Je suis médecin, praticien hospitalier spécialisé en économie de la santé, et j'occupe, au sein du cabinet du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, la fonction de conseiller technique chargé de l'hospitalisation : gouvernance, organisation interne, mode de financement, coordination des agences, planification et réforme de l'hôpital (plan « Hôpital 2007 »).

J'étais donc, effectivement, au ministère cet été, et j'ai vécu, du côté hospitalier, l'ensemble de ces événements.

Jusqu'au 7 août, aucune difficulté concernant les urgences ou les hôpitaux n'est signalée, ni par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), ni par les établissements, ni même par les professionnels hospitaliers directement. Cela correspond à la situation observée par la cellule de veille des urgences, mise en place par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, qui s'est réunie le mardi 5 août.

C'est le jeudi 7 août en fin d'après-midi que me sont signalées des difficultés dans certains services des urgences de l'AP-HP, liées à un nombre plus important de patients.

M. le Président : Qui vous signale ces difficultés ?

M. Cédric GROUCHKA : C'est la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins qui m'en informe. Elle-même a été informée par un appel d'un urgentiste de Saint-Antoine.

Il s'agit d'un signalement concernant l'encombrement de certaines urgences, limité géographiquement, à l'AP-HP, et de façon hétérogène, à certains services, et limité en intensité, puisque selon les urgentistes et les informations transmises par l'Assistance publique, cet encombrement n'apparaît pas massif.

Cela nous conduit, avec la DHOS, à considérer cet encombrement, bien évidemment comme anormal, mais pas comme une crise ou une catastrophe identifiée ou qualifiée, comme l'explosion de l'usine AZF à Toulouse, par exemple. Cependant, cet encombrement anormal devait être pris en compte immédiatement. C'est la raison pour laquelle j'ai demandé, dans l'instant, à la direction de l'hospitalisation, tout d'abord de vérifier l'information, et ensuite, si elle se vérifiait, de s'assurer que les mesures prises par les établissements concernés étaient adaptées, enfin, de suivre avec attention l'état de la situation et de m'informer de toute évolution.

C’est ainsi que j’ai suivi de près, avec la DHOS, la mobilisation de l’AP-HP le vendredi dans un plan de « *type plan blanc* », et sa montée en puissance le lundi, par un renforcement des mesures prises le vendredi.

Le week-end des 9 et 10 août, je suis de permanence téléphonique au cabinet. Comme la DHOS, je ne reçois aucun appel sur le sujet. Le lundi matin, quand un membre de la direction de l’hospitalisation se rend à une réunion de crise à l’AP-HP, je demande à cette même direction de faire le point de la situation sur l’ensemble du territoire français, pour la fin de matinée, de façon à pouvoir intégrer cette synthèse dans un communiqué de presse plus global qui paraîtra en début d’après-midi.

M. le Président : Vous parlez là du lundi 11 août.

M. Cédric GROUCHKA : Tout à fait.

Simultanément, je demande à la DHOS de mettre en alerte l’ensemble des agences régionales de l’hospitalisation, en mettant en place un dispositif de recueil d’informations au quotidien – à partir du jour même – pour tout problème survenant dans les urgences ou les établissements.

Pendant toute cette période, la réponse, apportée par l’AP-HP essentiellement, s’est montrée réactive, adaptée et proportionnée : réactive, car les premiers signalements ont été immédiatement suivis d’effets ; adaptée, parce qu’il s’agissait de mesures de libération de lits d’aval, notamment en médecine et en réanimation, par report d’hospitalisations non programmées et non urgentes, par réouverture de lits et facilitation de retours à domicile ou de transferts de patients ; proportionnée, car à un problème évoqué le vendredi, une réponse était donnée, et le lundi, au vu de la dégradation de la situation, une montée en puissance des mesures était mise en œuvre.

Cependant, à aucun moment les éléments dont nous disposions ne pouvaient nous laisser imaginer le drame qui se jouait.

Le lundi, en début de soirée et en début de nuit, les choses s’accélèrent. Premièrement, la deuxième remontée des agences régionales de l’hospitalisation fait état d’une extension des difficultés sur 11 villes de province ; certes, pas de façon massive, de façon hétérogène entre les régions et sans que le système hospitalier soit dépassé, mais sur une partie importante du territoire. Deuxièmement, l’intensité de l’encombrement et de l’afflux aux urgences, de l’AP-HP ainsi que de la petite couronne, s’est accentuée. C’est ce que me dit la directrice générale de l’AP-HP, qui m’appelle à 21 h 45 ; elle est en visite aux urgences de l’hôpital Avicenne à Bobigny, et, au vu des difficultés qu’elle constate, me demande de l’aider à dégager une dizaine de lits dans des hôpitaux militaires, ce qui sera fait dans les heures qui suivent.

Les choses s’accélèrent, et les journées des 12 et 13 août sont marquées par une augmentation très importante des difficultés. Néanmoins, le mardi 12 août, lors d’une réunion à laquelle je ne participe pas personnellement, mais où la DHOS est présente, l’AP-HP estime que son dispositif reste adapté à la demande, même accentuée. D’ailleurs, pour aider au fonctionnement de ce dispositif, et alerté par l’AP-HP *via* la DHOS, je permets la levée de l’entente préalable obligatoire du transfert des patients des services d’urgences vers les services de soins de suite.

Le mercredi 13 août, je suis amené à accompagner le ministre de la santé et le secrétaire d'Etat aux personnes âgées en visite aux urgences du CHU de Bordeaux, le matin, et de la Pitié-Salpêtrière, l'après-midi. En revenant de ces visites, en début de soirée, j'apprends l'annonce faite par le Premier ministre de ses instructions aux préfets de l'Ile-de-France de déclencher le plan blanc sur l'ensemble des départements.

Le 14 août marque une nette amélioration de la situation, liée, me semble-t-il, à trois effets convergents : premièrement, l'effet plan blanc et l'augmentation des capacités de lits d'aval ; deuxièmement, un effet de facilitation des transferts, lié à la levée temporaire de l'entente préalable, effectuée la veille ; troisièmement, une baisse importante des arrivées aux urgences.

Je reste au cabinet jusqu'au 16 août.

Je vous livrerai maintenant deux éléments de réflexion : l'un en forme de constats, l'autre tourné vers l'avenir.

Trois constats me sont venus à l'esprit. Tout d'abord, l'hôpital a été la partie la plus visible d'un phénomène dont il n'était pas la cause. Ensuite, l'hôpital a fait face. Enfin, il a fait face dans d'immenses difficultés.

Le fait que les signes les plus perceptibles du drame aient été hospitaliers met particulièrement en lumière la défaillance du système de veille et d'alerte sanitaire d'amont, puisqu'on sait maintenant que le drame s'est joué ailleurs, en amont de l'hôpital et donc avant l'arrivée aux urgences.

Les établissements concernés et les personnels ont réagi de façon remarquable, admirable : réactive, adaptée, proportionnée et efficace. Mais ils l'ont fait en rencontrant d'immenses difficultés. Et j'en viens là à ma réflexion pour l'avenir.

Dans certains services des urgences, l'encombrement a imposé aux patients d'être accueillis, d'être pris en charge, et aux personnels de travailler dans des conditions déplorables, proches parfois de la médecine de catastrophe. C'est la raison pour laquelle il me semble primordial d'en tirer immédiatement les enseignements. Je vous en citerai de quatre ordres et je dirai un mot sur chacun d'eux.

Premièrement, les déficits des systèmes d'information aux urgences : d'une part, le système de veille et d'alerte et, d'autre part, le système d'information plus complet sur l'activité et l'évaluation.

Le drame de cet été a, à l'évidence, révélé une absence totale de système de vigilance permettant de détecter de façon précoce les phénomènes anormaux dans l'activité des urgences et de disposer d'informations utiles pour une bonne gestion en situation de crise.

Aux dires des urgentistes, et par mon expérience de terrain, il est évident que ce système d'information doit être d'une réactivité absolue ; cela exige un circuit ultra court entre le service des urgences et le niveau national de collecte de cette information de veille et d'alerte, du type des vigilances sanitaires existantes.

Par-delà le système d'alerte, un système d'information complet et performant est vraiment considéré, par les urgentistes, comme un élément majeur de l'amélioration de la prise en charge des patients aux urgences. Un tel système d'information doit reposer sur des outils informatiques qui, au minimum, permettent la gestion d'un dossier médical, mais aussi la gestion des flux de patients, physiquement, à l'intérieur du service et au sein de l'établissement, et d'avoir une connaissance en temps réel des lits d'aval.

Deuxièmement, les difficultés de positionnement et d'organisation des urgences au sein du système hospitalier.

Le drame de cet été a vraiment remis en lumière le cloisonnement excessif entre les services et les établissements. Le décloisonnement est primordial : décloisonnement interne, avec la nécessité de protocoles, de contractualisation vraie entre le service d'urgences et les autres services de l'établissement ainsi qu'une mutualisation des équipes d'urgences, entre les SAMU, les SMUR et les services d'urgences ; décloisonnement externe, avec la mise en place de réseaux de santé, c'est-à-dire des réseaux d'aval impliquant l'ensemble des établissements ayant des capacités d'accueil sanitaires, médico-sociales.

On ne développera jamais assez les réseaux de santé, que ce soit à ce niveau ou dans l'ensemble du reste du système de santé.

Troisièmement, les lits d'aval, avec, d'une part, l'insuffisance vraie du nombre de lits de soins de suite médicalisés, et, d'autre part, l'absence de connaissance, en temps réel, de la disponibilité de ces lits d'aval.

Quatrièmement, le plan blanc et son absence de graduation. Il s'agit là d'un problème souvent évoqué par les urgentistes des SAMU.

Le vendredi 8 août, une réponse a été apportée au problème soulevé ; le lundi, on assiste à une montée en puissance et le mercredi à une super montée en puissance avec un plan blanc maximal. Il n'y a pas de graduation explicite.

Il convient donc d'inventer une graduation en intensité, une graduation territoriale – un établissement, plusieurs établissements, un département, une région –, et également une graduation en termes de nature de la ressource sanitaire mobilisée : non pas limitée aux établissements hospitaliers publics mais intégrant l'ensemble des établissements privés et les professionnels de santé libéraux. Il faut donc peut-être inventer une signalétique de niveaux ou de couleurs, du type Vigipirate, pour parfaire ce dispositif.

Cette absence de graduation vient également du fait que le plan blanc initial, depuis les circulaires de 1988 et 2002, a pour objet principal d'assurer l'afflux de victimes liées à une catastrophe et non pas de patients liés à une crise sanitaire. D'ailleurs, le terme de patients n'est inscrit nulle part dans ce plan blanc ; il a été conçu pour les catastrophes, pour lesquelles il est nécessaire de tout mettre œuvre le plus rapidement possible. Dans une crise sanitaire, une graduation est indispensable.

M. le Président : Vous êtes passé, dans votre intervention, rapidement de la journée du 7 août à celle du 11 août. Or, le 7 août, la DHOS vous alerte ; vous avez donc vraisemblablement des contacts avec l'AP-HP, du moins par l'intermédiaire de la DHOS. Parallèlement, M. William Dab, conseiller du ministre présent au cabinet, nous dit qu'il demande à M. Coquin, le 6 ou le 7 août, de commencer à rédiger un communiqué.

Je souhaiterais donc que vous nous disiez quels ont été les contacts vous avez eus au sein du cabinet, avec M. Dab, les 7 et 8 août, notamment autour du projet de communiqué.

Par ailleurs, il existe une tension importante dans les hôpitaux – information qui remonte *via* la DHOS –, la DGS est aussi sollicitée… Avez-vous sollicité ou pris la décision d'organiser une réunion le 11 août, au sein du cabinet, pour pouvoir apprécier la situation qui remontait des différentes administrations concernées ?

Enfin, quelles sont les informations précises que vous avez communiquées le 11 août au matin à Mme Bolot-Gittler qui rentrait de vacances ?

M. le Rapporteur : Le 11 août au matin, une réunion se tient à l'Assistance publique à 10 heures ; sont censées y participer les directions concernées du ministère de la santé. Des instructions ont-elles été données par le cabinet aux directeurs ou sous-directeurs, chefs de service du ministère pour assister à cette réunion ? La DGS participe-t-elle à cette réunion ?

Quel est le compte rendu qui est fait de cette réunion au cabinet par le directeur de l'hospitalisation, et éventuellement par la DGS ?

Enfin, étant donné la chaleur et l'encombrement des urgences – qui est un système d'alerte –, ne vous dites-vous pas qu'il pouvait y avoir des problèmes également dans les maisons de retraite et même chez les particuliers ?

Je vous poserai d'ailleurs la même question, M. Coquin : la DGS est-elle uniquement compétente pour la santé des personnes qui se trouvent à l'hôpital, ou l'est-elle aussi pour les personnes se trouvant à leur domicile ou en institutions ?

M. Cédric GROUCHKA : M. le Président, concernant votre première question, il convient de se remettre dans le contexte exact ; c'est ce que j'ai essayé de faire dans mon exposé, en faisant abstraction de ce que l'on sait aujourd'hui.

Le 7 août au soir et le vendredi 8 août, que j'ai effectivement globalisés, nous étions en face d'un signalement d'un encombrement limité géographiquement et en intensité, auquel nous avions su donner une réponse hospitalière adaptée, qui avait été vérifiée après de multiples contacts de la DHOS et moi-même avec l'AP-HP dans la journée. Nous n'étions pas du tout dans une situation faisant penser à une crise ou à une catastrophe ; certes la situation n'était pas normale, mais de multiples sujets anormaux sont traités régulièrement.

Cet encombrement était limité et une réponse adaptée avait été apportée. Aucun élément ne laissait imaginer qu'il pouvait y avoir une crise de santé publique.

M. le Président : Je suis désolé d'insister, mais concrètement, oui ou non parlez-vous, entre le 7 et le 8 août, avec M. William Dab ? Il a demandé à la DGS un communiqué pour dire qu'il risquait d'y avoir des problèmes liés à la chaleur, et vous, vous êtes mis au courant de l'encombrement des services d'urgences ; vous faites partie du même cabinet, échangez-vous vos informations ?

M. Cédric GROUCHKA : Du fait de l'absence évidente d'une crise de santé publique, à ce moment-là, il n'y avait aucune raison d'alerter ni même d'informer, le conseiller en charge de la santé publique, la DGS, et encore moins le ministre.

A posteriori, l'on peut reconstruire les choses, mais *a priori* – et Dieu sait si j'ai longuement réfléchi à tout pendant cette période –, il n'y avait aucune raison de le faire.

M. le Président : Concrètement, donc, vous n'avez pas eu d'échanges avec M. Dab portant sur ces deux anomalies dont vous étiez l'un et l'autre les témoins dans vos secteurs de compétences respectifs ?

M. Cédric GROUCHKA : Non.

M. le Rapporteur : N'y a-t-il pas des cloisonnements au sein du cabinet du ministre ?

M. le Président : M. le Rapporteur, je vous laisse la responsabilité de cette question. Je me serais bien gardé d'aller jusque là.

M. Cédric GROUCHKA : Il s'agit d'une question que nous nous sommes posé, évidemment. Et ma réponse est non. Il ne s'agit pas de cloisonnement ; simplement, nous n'avions pas de raison d'échanger sur ce sujet, sinon nous devrions faire de la diffusion d'informations en permanence. La fluidité et la transversalité sont totales !

En ce qui concerne la réunion du lundi matin, il s'agit d'une réunion de crise au sein de l'AP-HP qui a constaté une certaine dégradation de la situation, même si elle n'a alerté personne, ce qui, du reste, n'est pas forcément critiquable.

M. le Président : Mme la directrice générale de l'AP-HP vous a-t-elle informé de sa visite le dimanche soir, dans les services d'urgences ?

M. Cédric GROUCHKA : Non.

Le lundi matin, la DHOS nous informe que l'AP-HP verrait d'un bon œil qu'elle soit présente à cette réunion de crise. Nous lui demandons d'y envoyer un représentant – même s'il est inhabituel que la DHOS se rende à ce genre de réunion – , au vu de l'incertitude qui prévalait, et de transmettre à l'AP-HP notre souhait qu'un représentant de la DGS soit également présent.

Quant aux informations que j'ai données à Mme Bolot-Gittler, il s'agit exactement des mêmes que celles que je vous ai livrées, avec la même nécessité de faire

attention à la rétroactivité dans les informations : il y avait un sujet limité, avec une réponse adaptée. Du reste, les choses se sont faites en une demi-heure ou trois quarts d'heure avant l'appel de la DHOS. Le fait que l'AP-HP tienne sa réunion de crise a entraîné l'accélération que j'évoquais tout à l'heure.

M. Gérard BAPT : Vous êtes conseiller technique aux hôpitaux. M. Lucien Abenhaïm nous a dit ne pas vous connaître, vous ne vous occupez donc pas du secteur de la santé publique ; étiez-vous spécifiquement chargé, du 9 au 13 août, du dossier relatif à la santé publique ? Car votre nom n'apparaît jamais, ni dans les documents et rapports, ni dans les déclarations des personnes que nous avons auditionnées, avant le 13 août, lorsque vous provoquez une réunion interne au ministère.

M. Dab a indiqué à la commission qu'il avait saisi, dès le 6 août, la DGS et l'InVS sur les conséquences possibles de la vague de chaleur. Avez-vous pris le relais, lorsqu'il est parti en vacances, dans les relations du cabinet avec la DGS ? J'en serais étonné, puisque M. Abenhaïm, qui nous a dit être en rapport quotidiennement avec M. Coquin, nous a affirmé ne pas vous avoir rencontré.

Mme Bolot-Gittler déclare, quant à elle, que personne ne l'a alertée sur les conséquences sanitaires de la canicule, à l'exception de manière cursive, d'un coup de fil d'un médecin urgentiste. Or, le rapport de la mission d'information fait état du fait que le Dr. Pelloux, le 7 août, signale un encombrement des urgences et le manque de disponibilité de lits ; or personne – ARH ou DHOS – ne reprend véritablement cette alerte.

Cela confirme l'existence d'un problème d'alerte et de veille, y compris dans le système hospitalier, mais pourquoi ne pas avoir tenu compte des alertes suivantes : celle du Dr. Pelloux le 7 août, celle du Monde qui, le 8 août, indique que le Pr. Carli parle d'un changement de nature du phénomène, et celle du Parisien, qui, le 9 août, écrit : « *Canicule : les hôpitaux en état d'alerte maximale…* », « *Encore dix jours comme cela…* », « *On manque de lits…* », « *A l'hôpital de Nantes, on n'ouvre plus les fenêtres…* ». Enfin, le 11 août, dans une interview – dont on peut penser qu'elle a été réalisée le 9 ou le 10 août –, le Pr. San Marco dit : « *On peut encore sauver des vies. Nous sommes face à un drame humain, une hécatombe sans doute jamais vue en France.* ».

Or, vous nous dites que vous n'avez reçu aucune alerte ! S'il n'y a pas eu d'alerte administrative – hormis quelques DDASS ou l'AP-HP –, l'encombrement hospitalier du week-end était significatif, et tous ces éléments pouvaient laisser penser qu'en dehors d'un problème strictement hospitalier, il existait un problème lié à la canicule et donc un problème de santé publique général !

Je me demande donc si vous n'étiez pas, cet été, dans un cabinet déserté. Il est en effet impossible qu'une personne chargée de ce problème au cabinet du ministre ait pu laisser passer de tels éléments d'alerte, qu'ils viennent des hôpitaux ou de la presse.

M. Pierre HELLIER : On parle, au début de la crise, d'encombrement des urgences, du manque de lits, sans en donner la cause. Quand a-t-on parlé, pour la première fois, d'hyperthermie ?

M. Serge BLISKO : Le Dr. Dab nous a expliqué qu'il a eu un pressentiment qu'il allait se passer quelque chose, mais celui-ci ne s'est pas traduit en acte administratif ou en une mise en état d'alerte ; nous dirons donc qu'il était préoccupé, en tant qu'épidémiologiste, dès le 6 août, par la chaleur.

Il part en vacances le 8 août au soir. Mme Crémieux – l'autre spécialiste de santé publique – est également en vacances ; elle repassera le 11 août au ministère, entre deux séjours, mais Mme Bolot-Gittler l'autorise à ne pas interrompre ses vacances. Vous êtes donc, les 9 et 10 août, le seul médecin au cabinet, en charge des questions de santé publique et d'hospitalisation.

Le docteur Dab vous a-t-il parlé de ses préoccupations, le vendredi 8, avant de quitter le cabinet ? Vous a-t-il fait part de ses inquiétudes, qu'il nous a fort bien décrites ?

Quel était votre niveau d'information médicale – et pas seulement en termes de structures hospitalières débordées – le 11 août au matin ?

M. Edouard LANDRAIN : Je souhaiterais revenir sur le déficit des systèmes d'information. Vous nous avez parlé de l'absence totale d'un système de vigilance. Il n'existait pas de plan canicule. Cela veut dire qu'à aucun moment ce ministère n'a envisagé une catastrophe de ce type. Jamais, dans les pires simulations, cela n'avait été envisagé. Cela me paraît atterrant ! Car des exemples, il y en a eu : à Marseille et aux Etats-Unis, notamment.

Vous vous êtes donc trouvé, quelques mois après votre arrivée dans ce ministère, face à une situation épouvantable pour laquelle rien n'avait été prévu : aucun système informatique, aucun logiciel, aucun capteur. Pouvez-vous nous parler plus précisément de cette absence de vigilance qui est, me semble-t-il, le fond du problème ?

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Je souhaiterais avant tout une précision : vous avez en charge l'ensemble du dossier des hôpitaux ; à ce titre avez-vous également en charge les maisons de retraites rattachées aux hôpitaux publics ?

M. Cédric GROUCHKA : Non.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Malgré cela, pensez-vous, lorsque des informations sur la situation des hôpitaux vous sont communiquées, aux maisons de retraite ?

M. Cédric GROUCHKA : Je ferai tout d'abord un point sur ma fonction, afin de la clarifier : je suis conseiller technique sur l'hospitalisation, et je n'ai jamais été en charge, y compris pendant cette période, de la santé publique.

M. le Président : Qui assure, entre le départ de M. Dab, le vendredi soir, et le lundi matin, avec le passage de Mme Crémieux, le suivi des questions de santé publique et de sécurité sanitaire au cabinet ?

M. Cédric GROUCHKA : J'étais de permanence téléphonique le week-end, ce qui consiste à récupérer les appels et à les redistribuer, soit vers le directeur de cabinet ou le ministre, s'il s'agit de problèmes importants, soit sur les directions, soit sur les conseillers techniques en charge des dossiers.

S'il y avait eu un problème de santé publique, une aggravation de la légionellose, par exemple, j'aurais appelé M. William Dab, qui était joignable et qui assurait la continuité en cas de problème.

M. Hellier, le terme d'hyperthermie est employé pour la première fois le lundi, par le chef de service du SAMU de Paris, probablement en réunion de crise, et certainement à la conférence de presse organisée par l'AP-HP.

M. Blisko, il est vrai que je n'ai pas eu le même pressentiment que M. William Dab, mais je vous le redis, aucun élément réel ne pouvait laisser penser qu'il existait un problème – et encore moins une crise – de santé publique. J'ai de nombreux amis urgentistes – qui travaillaient à cette période –, et eux-mêmes m'ont dit qu'ils n'avaient pas pris conscience de ce problème de santé publique.

Je considère donc qu'il n'existait aucun élément qui devait nous inciter à informer ou à alerter le pôle de santé publique en la matière.

M. Gérard BAPT : Ce n'est pas ce que dit le Pr. San Marco dans Le Parisien.

M. Cédric GROUCHKA : Je vous parle de mon vécu ! J'ai vraiment essayé, et cela n'a pas été facile, de me remettre complètement en situation – avec l'environnement, la chaleur, les informations, etc. – et je puis vous dire tout cela avec une certitude absolue.

M. Alain CLAEYS : Selon vous, quels sont les systèmes d'alerte qui n'ont pas fonctionné pour que le cabinet ne prenne pas conscience du problème ? Car vous nous décrivez, de façon simple et honnête, que le cabinet n'était pas en mesure de prévoir la catastrophe.

M. Cédric GROUCHKA : Je l'ai évoqué tout à l'heure en parlant du problème des systèmes d'information, c'est d'abord le système de veille, en amont de l'hôpital ; ce n'est même pas le système de vigilance évoqué par M. Landrain, ou le fait que l'on aurait dû prendre conscience plus tôt de l'encombrement dans les hôpitaux. Ce qui a manqué, c'est l'amont de l'amont.

M. Serge BLISKO : Pouvez-vous préciser ce que vous entendez par amont de l'amont ?

M. Cédric GROUCHKA : Je veux parler de la prévention, de la prise de conscience – M. Coquin serait plus à même de répondre à cette question, qui sort de mon champ de compétences – lesquelles sont en amont de l'offre sanitaire et hospitalière. Il s'agit de savoir identifier le problème et de le prévenir – avec, peut-être l'aide du pré-hospitalier, les SAMU, les pompiers, etc. – en amont, bien avant les urgences.

Un système d'information, de vigilance est nécessaire aux urgences, mais là, en l'occurrence, les spécialistes d'Atlanta, du CDC, l'ont très bien dit : quand les patients arrivent aux urgences, c'est trop tard. Donc même si nous avions été dotés d'un système de vigilance performant aux urgences – qu'il nous faudra, de toute façon, mettre en œuvre –, c'était de toute façon trop tard.

En ce qui concerne les maisons de retraite, Mme la députée, elles sont totalement hors de notre champ de compétences, et du mien en particulier.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Il y a des lits de maisons de retraite dans les hôpitaux publics français !

M. Cédric GROUCHKA : Absolument, mais la DHOS est une direction qui est également mobilisable par le secrétaire d'Etat aux personnes âgées ; cette direction assure, en l'occurrence, la transversalité.

M. Jean-Marie ROLLAND : J'aimerais que vous répondiez à la question qui vous a été posée sur vos liens avec le Pr. Abenhaïm.

M. Cédric GROUCHKA : Nous nous connaissons. Certes, nous n'avons jamais eu de contacts réguliers, car je n'en ai pas avec la DGS, sauf exceptionnellement, ce qui a été le cas cet été avec M. Coquin, mais bien entendu, je connais le Pr. Abenhaïm.

M. le Président : M. Coquin, en tant que directeur adjoint de la direction générale de la santé, vous étiez, cet été, le responsable de permanence. Je vous propose que vous nous relatiez les faits tels que vous les avez vécus, puis nous vous poserons un certain nombre de questions. Certaines adressées à M. Grouchka vous concernaient aussi, peut-être pourrez-vous y répondre ?

M. Yves COQUIN : M. le Président, M. le Rapporteur, mesdames et messieurs les députés, je suis docteur en médecine, spécialiste de médecine interne et de santé publique. Je suis entré dans l'administration en janvier 1981, et je suis actuellement chef de service à la direction générale de la santé, et à ce titre, adjoint du directeur général de la santé ; par ailleurs, c'est effectivement moi qui étais responsable de la DGS entre le 4 et le 13 août.

Je vous décrirai les faits tels que nous les avons vécus à la DGS, puis je compléterai mon exposé en démentant un certain nombre de propos inexacts qui ont été rapportés de-ci de-là et largement répercutés, et enfin, je m'efforcerai de répondre à vos questions.

Au début de la semaine du 4 août, il faut comprendre que les informations qui nous remontent concernent la pollution atmosphérique à l'ozone qui est un phénomène que nous connaissons bien ; de ce fait, nous préparons une communication au public sur ce phénomène. Je suis extrêmement reconnaissant à M. William Dab de m'avoir incité, le mercredi 6 août après-midi, à communiquer sur la canicule. En effet, je dois reconnaître très franchement que je n'y aurais probablement pas pensé avant le vendredi 8 août au matin.

Les premiers signaux que nous avons reçus à ce sujet datent précisément du mercredi 6 août après-midi, avec l'appel de la DDASS du Morbihan qui nous signale trois décès présumés dus à la chaleur. Le lendemain après-midi, nous recevons un appel de la DDASS de Paris, qui nous signale également un décès d'une personne adulte, d'âge moyen, décédée d'un coup de chaleur à son retour du travail.

Interpréter ces signaux n'était, à ce moment-là, pas aussi évident qu'il y paraît actuellement. On compte 1 500 décès par jour en France, et nous recevons tous les jours une masse d'informations qui sont autant de crises potentielles. C'est la raison pour laquelle ces signaux ont été retransmis à l'Institut de veille sanitaire en fonction des procédures que nous avons mises en place avec lui et avec les services déconcentrés, comme nous le faisons systématiquement.

C'est le vendredi 8 août au matin que l'appel d'un médecin de la DDASS des Hauts-de-Seine m'a réellement alerté ; en effet, ce médecin m'a signalé des décès en institution, à savoir dans des endroits où les personnes âgées sont surveillées.

C'est alors que j'ai demandé au bureau des alertes de la direction générale de la santé de prendre plusieurs contacts : avec la brigade des sapeurs-pompiers, le SAMU 75 et l'AP-HP, afin d'obtenir des informations de terrain.

Le vendredi 8 août au matin, j'ai également pris l'initiative de saisir l'Institut de veille sanitaire, qui avait pourtant reçu les mêmes informations, les 6 et 7 août. Je lui ai demandé de mettre en place un dispositif permettant de mesurer ce phénomène, avant le début de la semaine qui suivait. Cela est écrit explicitement dans l'un des mails que vous avez à votre disposition.

J'ai adressé le communiqué de presse que nous comptions sortir dans la journée, à l'Institut de veille sanitaire, en lui demandant de le compléter le cas échéant. En fin de matinée, j'ai reçu un appel du Pr. Marc Verny – professeur de gérontologie à La Pitié-Salpêtrière – m'informant de plusieurs décès survenus à l'Assistance publique ; il m'a également envoyé un rapport concernant deux décès intervenus à La Pitié-Salpêtrière que j'ai transmis à l'Institut de veille sanitaire. J'ouvre une parenthèse pour vous préciser que ces deux personnes décédées avaient des pathologies extrêmement lourdes et que, de ce fait, il était très difficile d'en tirer un signal d'alerte à proprement parler. Mais on comprenait très bien que la chaleur n'avait rien arrangé à leur état.

Le communiqué de presse de la direction générale de la santé qui, me semble-t-il, est parfaitement explicite et donne des informations concrètes, a été diffusé en milieu d'après-midi, après d'ultimes mises au point avec le cabinet ; il a été adressé à l'ensemble de la presse, ainsi qu'aux administrations et aux services déconcentrés, directions départementales et directions régionales des affaires sanitaires et sociales.

J'ai été extrêmement décontenancé, le samedi matin, de voir que ce communiqué de presse n'avait pas été repris par la presse. C'est la raison pour laquelle j'ai longuement parlé, l'après-midi, avec le journaliste du Parisien, qui m'a d'ailleurs téléphoné à deux reprises pendant le week-end ; j'ai insisté auprès de lui sur le fait que la canicule entraînerait de nombreux décès.

Je vous suggère, M. le Président, de demander à ce journaliste – il s'agit de M. Charles de Saint-Sauveur –, qui a très objectivement rendu compte de mes propos dans Le Parisien du dimanche 10 août et dans les éditions ultérieures, l'impression qu'il a retirée de ces entretiens. Je doute qu'il vous dise que j'ai cherché à minimiser la situation. Par ailleurs, il apparaît que je suis le premier, et le seul à cette époque, à avoir annoncé, le samedi 9 août, que la vague de chaleur pouvait entraîner plusieurs centaines de décès. J'étais malheureusement loin du compte, et je vous expliquerai pourquoi à mon avis.

J'ai également appelé, à la suite du deuxième appel téléphonique de M. Charles de Saint-Sauveur, la personne de garde à la DHOS – en deuxième moitié d'après-midi du dimanche –, car le journaliste faisait état d'une montée très importante de la pression dans les services d'urgence hospitaliers. Cette personne de garde à la DHOS m'a répondu qu'elle n'avait pas d'indication particulière sur la situation dans les établissements de santé ; je lui ai dit que je souhaitais être informé de tout élément ultérieur.

Le lundi 11 août au matin, j'ai adressé, à 10 heures, un message électronique à la directrice adjointe du cabinet, afin de l'informer de ce que nous avions fait depuis le vendredi 8 août, et de confirmer mes propos parus dans la presse, dont elle pouvait avoir connaissance en lisant la presse du lundi.

J'ai ensuite, dans la matinée, fait le point avec l'Institut de veille sanitaire sur le dispositif ; j'ai déploré le fait que rien n'ait été entrepris pendant le week-end.

Je répondrai à la question posée par M. le Rapporteur : j'ai bien reçu par fax, un quart d'heure avant la réunion, l'invitation à participer à la réunion organisée à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Je n'y suis pas allé et je n'ai délégué personne de la direction générale de la santé, après m'être assuré que la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la direction régionale des affaires sanitaires et sociale d'Ile-de-France y seraient représentées.

Une réunion a été organisée dans le bureau de la directrice adjointe de cabinet, vers 13 heures, avec la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, qui a fait le compte rendu de la réunion qui avait eu lieu, au siège de l'AP-HP. Ce compte rendu, dont la teneur m'a été confirmée par un mail de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France, dans la soirée, n'était pas alarmant. Les recommandations établies par le SAMU 75 m'ont été remises par la DHOS, qui m'a indiqué qu'elles avaient été diffusées à l'ensemble des établissements de santé.

J'ai alors appris que le ministre ferait une intervention télévisée le soir même et j'ai reçu l'instruction d'organiser un numéro vert. Nous nous y sommes consacrés tout l'après-midi ; il a fallu mener des négociations extrêmement laborieuses avec le contrôleur financier, puisque vous n'ignorez pas que le ministère de la santé se trouvait dans une situation de quasi cessation de paiement. Par ailleurs, nous avions des dettes à l'égard de la société que nous pressentions et qui acceptait de faire les choses.

Nous avons également rédigé – ce qui n'a pas été simple, car nous avons dû rassembler une importante documentation afin d'en faire la synthèse – un référentiel pour les personnes répondant au numéro vert.

Il a été également décidé, à cette réunion de cabinet, que je représenterais le ministère de la santé, à la conférence de presse de la ministre de l'écologie et du développement durable qui était prévue le même jour à 17 heures. Avant de me rendre à cette réunion, je suis repassé au cabinet pour faire part à la directrice adjointe des informations que nous avions reçues concernant les chambres funéraires.

La directrice adjointe s'était rendue à une réunion à Matignon, et j'ai demandé qu'elle m'appelle sur mon portable, ce qu'elle a fait vers 18 heures. Je lui ai alors fait part de ces informations qui me paraissaient préoccupantes et je lui ai dit que nous préparions un communiqué à ce sujet, communiqué que je lui ai adressé en toute fin d'après-midi, de même que je lui rendais compte de ce qui avait été fait pour le numéro vert.

J'ai reçu, dans l'après-midi du 11 août, le communiqué de presse du cabinet qui reprenait l'essentiel du communiqué de la direction générale de la santé, et qui comportait une partie décrivant la situation hospitalière : les hôpitaux faisaient face.

Je reviendrai sur le décalage qui existait entre la situation hospitalière et ce qui se passait au domicile des personnes, ainsi que dans les établissements de santé pour personnes âgées.

Le mardi 12 août, nous avons assuré, dans la matinée, la formation des personnes répondant au numéro vert, qui ouvrait à 12 h 45. Nous avons également été sollicités à propos des dérogations concernant les rejets des centrales EDF dans les cours d'eau, ces dérogations pouvant entraîner une élévation de la température des cours d'eau susceptible de retentir sur les prises d'eau d'aval.

Nous avons réglé définitivement, avec le ministère de l'intérieur, le communiqué de presse sur les chambres funéraires, qui a été diffusé en fin d'après-midi. Par ailleurs, je suis intervenu auprès du cabinet du ministre délégué aux libertés locales, M. Devedjian. Je connais le directeur adjoint de son cabinet, je me suis donc permis de l'appeler directement, afin que l'Institut de veille sanitaire puisse avoir connaissance des interventions de la brigade des sapeurs-pompiers que nous n'avions toujours pas. Je parle des informations de la semaine du 4 au 8 août et nous étions le 12 août !

Nous avons été alertés, en fin d'après-midi, par EDF, des risques de délestage pendant le week-end et j'ai participé, à la demande du cabinet du ministre, à l'émission « *Le Téléphone Sonne* », en toute fin d'après-midi.

C'est également au cours de cette journée, en début d'après-midi, que le directeur général de la santé, avec lequel j'étais régulièrement en communication téléphonique et à qui je faisais part des difficultés extrêmes que nous avions à obtenir des informations et à répondre aux multiples demandes légitimes des journalistes, m'a annoncé qu'il avait pris la décision de revenir à Paris.

Je passerai rapidement sur tout ce qui s'est fait, le mercredi 13 août, à propos des délestages, de la mise en route de la procédure concernant les patients à haut risque, de la prévention des ruptures d'approvisionnement pour les solutés injectables avec l'AFSSAPS et la DHOS. Je vous dirai simplement qu'en fin de matinée, j'ai ressenti une impression d'impuissance absolument intolérable ! Et qu'en début d'après-midi, j'ai quasiment arraché à la DHOS, qui m'a demandé de les tenir confidentielles, les données concernant les décès de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

Avec certains de nos collaborateurs, nous avons téléphoné, excédés de ne pas obtenir d'informations épidémiologiques, à différentes entreprises de pompes funèbres pour rassembler un certain nombre de données. Le problème, c'est que ces entreprises ont des succursales quasiment indépendantes et qui ne font remonter les données au siège central qu'en fin de semaine, si ce n'est en fin de mois.

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

Lucien Abenhaïm a obtenu qu'une cellule de crise se tienne au cabinet en fin d'après-midi, qui rassemblait l'AP-HP, l'Institut de veille sanitaire, la DGS, la DHOS, la DGAS et le cabinet. Or les données qui avaient été analysées par l'Institut de veille sanitaire permettaient de mettre le curseur à environ 3 000 décès, données dont on pouvait penser, compte tenu des sources et des biais de récolte, qu'elles étaient *a minima*.

Cette cellule de crise a permis de faire le point sur ces données et, surtout, de communiquer et d'informer sur la situation. Vous savez que ces données ont été réévaluées le dimanche 17 août, date à laquelle on pensait qu'elles pourraient éventuellement dépasser 5 000 morts, puis à la fin du mois d'août, à plus de 11 000 décès ; or elles se sont stabilisées à ce chiffre effrayant de 15 000 morts dans le rapport de MM. Denis Hémon et Eric Jougla.

Avant de répondre à vos questions, je voudrais démentir avec énormément de vigueur un certain nombre de propos qui ont été répandus et qui sont pour le moins inexacts.

Tout d'abord, je voudrais dire de la manière la plus formelle que la direction générale de la santé n'a reçu aucun appel du président des urgentistes, durant toute la durée de la crise, ni du professeur de santé publique marseillais qui est président de l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé. Il est évident que si ce dernier m'avait appelé, je ne l'aurais pas, comme l'a dit Le Canard Enchaîné « *envoyé paître* ». D'abord, parce que ce n'est pas dans mes habitudes…

M. le Rapporteur : Excusez-moi de vous interrompre, mais le directeur de l'INPES vous a-t-il appelé ?

M. Yves COQUIN : Non, M. le Rapporteur.

M. le Rapporteur : Il a dit exactement le contraire devant la mission d'information !

M. Yves COQUIN : Je n'ai aucun souvenir d'un appel de sa part et il ne m'a pas écrit. Une de ses collaboratrices – je ne l'ai appris qu'après – a appelé la personne de la cellule communication de la DGS, Laurence Danand, le vendredi 8 août après-midi, pour savoir si nous avions besoin d'aide. Laurence Danand lui a répondu que nous étions en train de préparer un communiqué de presse que nous allions leur envoyer, car il allait être diffusé. Il s'agit du seul contact que nous avons eu avec l'INPES.

La direction générale de la santé – et j'insiste sur ce point – n'a pas été destinataire du communiqué de Météo France du 7 août, dont j'ai découvert l'existence *a posteriori*, et nous n'avons pas reçu d'appel de ce service.

Il est exact, et cela m'a été rapporté après son audition devant votre commission, qu'un scientifique de Météo France a joint, par téléphone et par messagerie, une de mes collaboratrices qu'il connaissait, dans l'après-midi du lundi 11 août. Je vous ai apporté le message, qui ne figure pas dans les documents que j'ai remis à la mission d'information, parce que je n'en avais pas connaissance alors. Vous lirez ce message, il est question d'une organisation à mettre en place à l'avenir. Il est impossible de croire que l'auteur de ce message ait eu ne serait-ce que l'intuition de l'ampleur de la catastrophe en cours.

Je répète que c'est à mon initiative que nous avons contacté les sapeurs-pompiers, le SAMU 75 et l'AP-HP le vendredi 8 août. Effectivement, dans le rapport de la commission Lalande, le médecin des sapeurs-pompiers a dit qu'il n'avait pas reçu d'appel de la DGS ; ma collaboratrice du bureau des alertes, qui est capitaine des sapeurs-pompiers, l'avait appelé et elle l'a contacté ensuite pour lui rappeler qu'elle l'avait bien eu au téléphone, et j'ai envoyé un mail à Mme Françoise Lalande à ce sujet, de même que pour le Pr. Carli. Je n'ai pas rejoint moi-même le Pr. Carli au téléphone, mais il a bien été contacté par ma collaboratrice du bureau des alertes.

Je ne crois avoir jamais dit à la presse – qui ne m'a d'ailleurs pas attribué ces propos – que les décès étaient naturels. Sans doute ai-je dû parler de « *phénomène naturel* » à propos de la canicule, mais il est clair qu'un tremblement de terre est un phénomène naturel et que les personnes que l'on trouve sous les décombres ne sont pas mortes de mort naturelle !

J'ai lu avec surprise dans un journal, récemment, que le message adressé par mes soins le lundi 11 août à 10 heures à la directrice adjointe du cabinet l'avait été à la demande du cabinet ; je n'ai aucun souvenir de cette demande. En revanche, vous comprendrez que je n'en ai pas eu besoin, ne serait-ce que parce que la directrice adjointe du cabinet du ministre revenait de vacances et que les événements de la fin de la semaine précédente m'apparaissaient alarmants, comme en attestent mes propos à la presse évoquant « *plusieurs centaines de morts*. ».

Enfin, je m'élève une nouvelle fois contre l'interprétation parfaitement injustifiée, que l'on a tenté de faire, après coup, de ce message de 10 heures. Ce message, que j'ai sous les yeux, comporte quatre paragraphes qui correspondent chacun à quatre types d'interventions différentes, qui se sont succédées dans l'ordre des paragraphes au cours du week-end, et ils ne laissent, à une personne de bonne foi et qui maîtrise la langue française, absolument aucune équivoque sur le sens de mon message. Ce que je dis sur la situation se rapporte, non pas au lundi 11 août mais au vendredi 8 août en milieu de matinée.

Néanmoins, si je lis le communiqué de presse du lundi 11 août et le compte rendu qui m'a été fait de la réunion qui s'est tenue à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, également le lundi 11 août à 13 heures, je me rends compte qu'il n'y pas une grosse différence.

M. le Président, je vous remercie de m'avoir permis de m'exprimer, je suis maintenant à votre disposition pour répondre à vos questions. Il y a cependant une question à laquelle je souhaiterais répondre préalablement, car elle m'a été posée tout à l'heure.

Il est évident – et je pense à la manière dont une certaine forme d'alerte a été donnée – que nous nous sommes tous focalisés sur les urgences hospitalières. Nous avons pensé que les urgences étaient le bon signe des problèmes qui se posaient : de nombreuses personnes âgées étaient amenées aux urgences. En réalité, nous avons pris conscience ultérieurement que le problème des urgences était une toute petite partie émergée d'un immense iceberg qui correspondait à des décès qui survenaient à domicile et en institutions.

Cela explique que nous nous soyons focalisés sur le problème des urgences ; nous n'avions aucune information sur le rythme des décès. Nous avons pensé qu'il y en aurait plusieurs centaines, mais à aucun moment nous n'avons senti l'incendie effroyable qui se propageait à côté.

M. le Président : Nous découvrons, au fil de nos auditions, des informations contradictoires, ce qui n'est pas anormal dans ce type de situation. Mais cela peut être frustrant, puisque nous ne pouvons qu'enregistrer les déclarations, sans pouvoir reconfronter les différents acteurs. Je vous fais donc part de l'insatisfaction que cette procédure nous inspire, mais il est nécessaire que les uns et les autres s'expriment sur la manière dont ils ont vécu les événements, même si nous avons entendu des versions contradictoires, que nous tenterons d'analyser et de comprendre.

M. le Rapporteur : Je vous remercie, M. Coquin, des précisions que vous nous avez apportées et je souhaiterais revenir sur deux ou trois points.

Tout d'abord, sur le communiqué du 8 août, que je viens de relire puisqu'il a été publié dans le rapport de la mission d'information. Vous nous dites qu'il s'agit d'un communiqué d'alerte alors qu'il ne contient aucun élément qui renvoie à un risque mortel. Pourquoi ce communiqué est-il aussi mou, aussi banal ? Car il s'agit d'un communiqué que vous pourriez publier dès la mi-mai lorsqu'il fait chaud, et ce tous les ans ! Il ne fait pas état d'un phénomène particulier, d'une chaleur exceptionnelle.

Les recommandations sont, elles aussi, d'une grande banalité. Je ne dis pas que, pour émouvoir la presse, il convient de sortir du « *train–train* » quotidien – encore que – mais si vous vouliez vraiment alerter, ce communiqué aurait dû être plus musclé. Pourquoi donc avoir adopté un ton aussi laconique ?

Ensuite, comment a-t-il été élaboré ? Il s'est écoulé deux jours entre la volonté de M. Dab de publier un communiqué et sa réalisation ; cela me paraît beaucoup. Quelle était votre idée stratégique : rassurer la population en lui disant que tout allait bien mais qu'il convenait de prendre quelques précautions, ou sonner le branle-bas de combat ? On a l'impression que vous avez opté pour la première option de l'alternative alors qu'il aurait certainement fallu adopter une communication plus énergique.

M. Yves COQUIN : M. le Président, sachez je suis tout à fait disposé à une confrontation avec tout contradicteur !

M. le Rapporteur, je ne pense pas que l'on puisse dire que ce communiqué est mou. Tout d'abord, il commence par cette phrase : «… *sont susceptibles d'entraîner des répercussions graves sur la santé des personnes.* ». Néanmoins, je me suis fait la même remarque que vous, en le relisant le samedi matin, après avoir vu que la presse ne l'avait pas repris. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, le samedi après-midi, j'ai bien insisté sur le risque de « *centaines de décès* ». Par conséquent, je considère quand même que la direction générale de la santé a donné l'alerte, en particulier sur l'ampleur du nombre de décès potentiels.

Par ailleurs, on ne peut pas lire ce communiqué en se disant « *tout va bien, passez tous de bonnes vacances ; pensez simplement à vous asperger de temps en temps* » ! Il donne tout de même un certain nombre de conseils, et avertit la population que les nourrissons et les personnes âgées sont susceptibles d'être exposés au risque de déshydratation et de coup de chaleur ! C'est effectivement un communiqué de prévention.

Cependant, il ne s'agit pas d'un communiqué qui sonne le tocsin ; je le reconnais volontiers !

M. le Rapporteur : M. le directeur adjoint, je lis : « *Evitez les expositions au soleil entre 12 et 16 heures*… ». S'il n'avait pas fait chaud avant 12 heures et après 16 heures, cela aurait peut-être été différent, mais quand même… !

M. le Président : M. Coquin, je vous prie de bien vouloir continuer. Il y a manifestement une différence d'analyse, avec M. le Rapporteur, sur le contenu de ce communiqué.

M. Yves COQUIN : Quant à son temps d'élaboration, il est – c'est vrai – assez long ; plusieurs personnes sont obligées de le revoir, des discussions sont possibles. Nous en avons d'ailleurs eu une avec M. William Dab pour savoir si nous devions faire des recommandations concernant les traitements ; or il se trouve que celles-ci étaient contradictoires dans les cas de la pollution atmosphérique et de la chaleur. Nous sommes donc convenus, le vendredi en fin de matinée, que nous ne les inscririons pas. Mais il s'agit, je pense, rétrospectivement, d'un point qui a peut-être manqué dans ce communiqué.

M. le Rapporteur : Le 11 août au matin, une réunion s'est tenue à l'AP-HP. Vous mesuriez la gravité de la situation, mais vous avez estimé que votre présence n'était pas indispensable. Le fait qu'un représentant de la DRASS soit présent était, selon vous, suffisant.

N'existe-t-il pas une certaine contradiction entre le fait d'estimer que la situation est grave et déléguer votre présence à cette réunion au directeur régional de la DRASS ?

Par ailleurs, vous alertez le ministre, par l'intermédiaire de son cabinet. Quel message faites-vous passer le lundi matin ? Vous nous dites avoir annoncé que « *tout était maîtrisé* » le 8 août, à savoir, trois jours avant. Nous ne sommes donc pas là en temps réel. N'aurait-il pas été nécessaire d'alerter le cabinet en temps réel, et de faire le point de la situation, non pas du vendredi 8 août, mais du lundi 11 août au matin ?

M. Yves COQUIN : Je me suis effectivement demandé si ma présence à la réunion de l'AP-HP, le lundi matin, était nécessaire. J'ai hésité et estimé que cette réunion concernait l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, et non pas l'ensemble des hôpitaux de la région d'Ile-de-France ; par ailleurs, je souhaitais faire le point avec l'Institut de veille sanitaire, car ce qui m'intéressait le plus était de connaître la situation sur l'ensemble de la France. En effet, le lundi, ayant pris connaissance de la température, je n'avais pas de raison de penser que ce qui se passait dans les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris ne se passait pas ailleurs. Je ne suis donc pas allé à cette réunion, sachant que j'en aurais un compte rendu dans le courant de la journée.

M. le Rapporteur, je récuse formellement vos reproches de ne pas avoir informé le cabinet en temps réel. Certes, le message du 10 août au matin à 10 heures faisait état de la situation du 8 août mais il se terminait en mentionnant mon entretien avec un journaliste du Parisien et en soulignant que mes propos repris par l'AFP – retransmis par plusieurs radios – avaient été correctement relatés. Autrement dit, ce communiqué comportait des données qui figuraient dans la presse, à savoir que le problème était grave et qu'il fallait s'attendre à plusieurs centaines de décès.

Par ailleurs, dans le courant de la journée, dès que j'ai eu les informations concernant les chambres funéraires, j'en ai fait part à la directrice adjointe de cabinet, à la fois oralement et par le biais du communiqué de presse que nous préparions.

On ne peut donc pas dire que la direction générale de la santé n'a pas transmis, aussitôt, les informations dont elle disposait au cabinet.

M. Claude LETEURTRE : Je souhaiterais revenir sur le système d'alerte. Je sais bien que pour le Pr. San Marco, tant que l'on n'a pas connu ce type de crise, on ne peut savoir comment la gérer, mais je continue à m'interroger sur un point : dès le 4 août, Météo France annonçait que la canicule allait sévir pendant sept à dix jours. Cet établissement public a même diffusé un message d'alerte sur son site Internet, qu'il a répété le 7 août, de manière plus développée.

Pour ce qui concerne la prise en compte du phénomène caniculaire, M. Coquin, je ne comprends pas comment ce problème de santé publique n'a pas été abordé auparavant ; on connaissait les précédents aux Etats-Unis, en Grèce ! Pourquoi l'alerte n'a-t-elle pas fonctionné, et pourquoi le scénario de la canicule n'a-t-il pas pu être envisagé par l'InVS ? C'est important pour déterminer pourquoi on n'a pas pu anticiper.

M. Pierre HELLIER : M. Coquin, à partir de quand le diagnostic de morts par hyperthermie a-t-il été fait ? On a parlé de canicule, d'encombrement des urgences, mais pas de morts par hyperthermie à l'exception de la DDASS du Morbihan, qui vous informe, le 6 août, de trois décès ; vous avez vous-même rajouté : « *dus à la canicule* ». Et vous avez prévenu le ministère, le 11 août, de la possibilité de morts « *par hyperthermie* ».

M. Serge BLISKO : Ma question, qui s'adresse aussi bien à M. Coquin qu'à M. Grouchka, concerne les systèmes d'alerte et d'information.

Cela a déjà été dit, mais le système d'alerte n'a pas fonctionné. Toutefois, il faut se l'avouer, il n'était pas prévu : je n'ai vu nulle part de procédure selon laquelle les services d'urgences hospitalières – ou les sapeurs-pompiers ou d'autres services d'urgence – doivent prévenir je ne sais qui quand quelque chose leur paraît anormal.

Avez-vous établi, depuis vos prises de fonction, une procédure qui oblige les SAMU, les services d'urgences des hôpitaux, les SMUR à alerter quelqu'un ?

Je rappelle que le Dr. Pelloux n'a jamais dit qu'il avait contacté la DGS. Parce qu'il est président d'une intersyndicale et qu'il « *a ses entrées* », il a prévenu la DHOS, ce qui est tout à fait différent.

Par ailleurs, il convient de savoir que, dans toutes les crises, les signaux d'alerte n'arrivent jamais par le canal habituel. M. Grouchka, comment peut-on imaginer qu'il puisse y avoir un système d'alerte si l'on ne donne pas, aux services intéressés, une feuille de route ou des consignes précises ?

Je suis très content que vous soyez là, messieurs, vous qui représentez respectivement le cabinet du ministre et la direction générale de la santé. Si j'ai bien compris le fonctionnement du ministère de la santé, aucun communiqué ne doit sortir d'un service – même au niveau du directeur ou de son intérim – s'il n'est pas validé par le cabinet. Ce fonctionnement est-il réellement efficace en cas d'urgence ?

M. Georges COLOMBIER : Ma question s'adresse à M. Coquin. M. Abenhaïm, qui souligne vos qualités professionnelles et affirme qu'il n'aurait pas fait mieux à votre place, pointe les difficultés de communication qui existent au cabinet du ministre. Pensez-vous vraiment que le blocage vienne de là, car vous n'en avez pas fait état, vous avez simplement remercié M. Dab de vous avoir incité à communiquer sur la canicule ?

M. Dominique PAILLE : Je souhaiterais manifester mon étonnement. M. Coquin a expliqué qu'avant le week-end du 10 août, il n'avait pas pu obtenir, et notamment de la personne de garde à la DHOS, les éléments d'information qu'il souhaitait. Je me demande comment, au sein d'un même ministère, on ne peut à ce point communiquer. Je souhaiterais donc savoir, M. Coquin, si vous avez fait tout ce qui était en votre pouvoir pour obtenir malgré tout un résultat, car cette imperméabilité me consterne et m'inquiète. D'autres membres de cette administration que nous avons auditionnés n'ont pas fait état de l'étanchéité décrite par M. Coquin.

En second lieu, à vous entendre, M. Coquin, il semble bien que le 11 août, nous ayons eu des chiffres significatifs et alarmants. Qu'avez-vous fait remonter au cabinet du ministre et au ministre lui-même, alors même que M. Mattei, le 11 août au soir, est apparu plutôt apaisant dans ses propos à la télévision ? L'administration a-t-elle véritablement rempli son rôle d'informateur ?

M. Pierre LASBORDES : En vous écoutant tous les deux, j'ai le sentiment que vous n'avez pas la même perception des événements qui se sont déroulés le dimanche 10 août.

M. Coquin, vous nous dites avoir donné une interview au Parisien, que peu de personnes semblent avoir lue, y compris, apparemment, le directeur adjoint du cabinet du ministre ; n'avez-vous pas le sentiment qu'il existe une certaine incompréhension entre le cabinet du ministre et vous ?

Mme Bolot-Gittler nous a dit vous avoir téléphoné le 11 août au matin, que vous lui avez indiqué qu'il n'y avait rien d'anormal et que vous aviez la situation bien en main. Or aujourd'hui, vous nous dites que votre appréciation se voulait alarmiste, puisque vous pressentiez plusieurs centaines de morts. Il y a là quelque chose qui m'échappe et j'aimerais que vous nous éclairiez sur ce point.

M. Gérard BAPT : Le ministre fait une déclaration le 11 août au soir et il nous a dit, ici même, qu'il n'avait pas eu connaissance du mail concernant les difficultés que rencontraient les chambres funéraires. Or vous nous dites que ce mail a bien été envoyé, vers 19 h 30, et que vous avez fait état – M. Abenhaïm le reprend dans son livre – de ce problème à la directrice adjointe de cabinet.

Or, Mme Bolot-Gittler nous a déclaré que « *ni le 10 août, ni le 11 août, ni le 12 août, une quelconque prise en compte du risque de décès massifs attaché à la vague de chaleur n'a été évoquée* ». Je tiens également à vous dire que je n'ai pas eu le communiqué de l'AFP dont vous parliez. Que s'est-il réellement passé ? Car entre la canicule et les difficultés rencontrées par les chambres funéraires, le lien de causalité me paraît évident !

La DGS était dans l'impossibilité de correspondre avec les hôpitaux, puisque tout devait passer automatiquement par la DHOS. J'ai donc également l'impression qu'il existe, au sein du ministère, un cloisonnement effrayant !

Les 12 et 13 août sont les journées où le plus grand nombre de décès a été enregistré. Le déclenchement du plan blanc, à la place du plan « *chaleur extrême* », à quatre jours d'intervalle, n'aurait-il pas permis d'éviter, comme l'indique le Pr. San Marco, dans Le Parisien du 11 août, de nombreux décès ?

Par ailleurs, M. Abenhaïm nous a affirmé que, s'il y avait bien eu une vague de chaleur en France en 1976, la surmortalité qu'elle avait entraînée n'a été évaluée que très récemment.

Or j'ai retrouvé, dans la presse de l'époque, du mois d'octobre 1976, des titres tels que : « *Augmentation de 22 % de la mortalité (…) : un effet de la vague de chaleur ?* » dans le Quotidien du médecin, ou : « *La mortalité et la morbidité ont augmenté* » dans Le Monde. Par ailleurs, la carte de la surmortalité de l'époque est pratiquement identique à celles de la région parisienne et de la région Centre, où il y a eu le plus grand nombre de décès cet été.

N'existe-t-il pas, au sein des administrations sanitaires et du système de santé publique – hors hôpitaux – un dysfonctionnement tel que les données épidémiologiques de l'époque se soient perdues ? Car aucune étude sérieuse n'a été réalisée sur la surmortalité de 1976 à la suite des articles de presse que je viens de citer.

M. Edouard LANDRAIN : Mon collègue, Gérard Bapt a repris la question que je vous ai posée tout à l'heure : la canicule avait déjà sévi en 1976, or rien n'a été fait pour parer à cette éventualité.

On aurait pourtant pu croiser le premier signal provenant du Morbihan, le 6 août, avec les informations de Météo France, sur le risque de canicule, au même moment. Si les capteurs dont nous parlions tout à l'heure avaient existé, très probablement, l'alerte maximale aurait pu être donnée.

M. Yves COQUIN : En ce qui concerne l'épisode de 1976, il est vrai que la mémoire des données épidémiologiques avait complètement disparu. De la même façon, j'ai le regret d'admettre que je ne connaissais pas l'épisode de 1983. La canicule de 1976 est restée, pour moi, un épisode de sécheresse exceptionnelle, avant d'être un épisode de mortalité exceptionnelle. Nous n'avons donc tiré aucun enseignement de la sécheresse de 1976, car nous ne disposions d'aucune information à ce sujet.

Vous me demandez pourquoi nous n'étions pas préparés à cette éventualité. La DGS a fait d'énormes efforts pour être plus réactive à l'égard des phénomènes de risques et pour accompagner le développement de la sécurité sanitaire qui est un concept né des discussions parlementaires de 1992, avant la loi du 3 janvier 1993, et qui, au départ, était étroitement limité au domaine des soins. Ce concept a progressivement été élargi à tout ce qui touchait aux facteurs de risques, non seulement environnementaux, mais également anthropiques. Et il vrai que nous ne nous sommes pas préoccupés des phénomènes naturels, géologiques et météorologiques.

De ce fait, nous ne disposions pas de plans d'action. La DGS était-elle la mieux placée pour organiser ce type de plan ? Je n'en suis pas certain. Je note qu'en 2002, c'est la direction générale de l'action sociale qui avait pris l'initiative de faire une communication auprès des préfets sur les conséquences humaines de la chaleur dans les établissements.

Nous n'étions donc pas préparés à ce type de crise sanitaire, mais vous devez savoir que le programme de travail de la direction générale de la santé est élaboré, non seulement avec un cabinet ministériel, mais surtout avec des experts ; or aucun expert consulté – qu'il s'agisse des experts du conseil supérieur d'hygiène publique de France, des experts du haut comité de santé publique, ou des experts que nous avons réunis dans le cadre du groupe de travail pour la définition des objectifs du rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique qui est en ce moment en discussion au Parlement – ne nous a avertis et conseillé de tenir compte des événements de 1976 pour l'avenir !

Nous possédons un plan pour les personnes âgées, mais personne ne nous a conseillé de développer un volet « *prise en charge des conséquences d'une canicule* ». Bien évidemment, cela ne nous exonère pas de la responsabilité d'y penser, mais nous n'avons pas été les seuls à ne pas y penser !

M. Gérard BAPT : M. Coquin, ce qui est extraordinaire, c'est qu'un représentant de Météo France nous a parlé d'un colloque en 2001 où le Pr. Besancenot était intervenu !

M. Yves COQUIN : Je suis conscient de cela et j'ai pris connaissance de l'article de M. Besancenot dans la revue Environnement, risques et santé le 12 ou le 13 août.

Le Pr. Besancenot a participé à une conférence régionale de santé. Or il n'y a pas eu un mot sur la canicule dans le programme régional de santé qui en est sorti ! J'ai relu les programmes régionaux de santé, j'ai relu les synthèses des conférences régionales de santé à la lumière des événements de cet été ! Nous n'avons eu aucun signal clair !

Il est vrai que les inondations ont été prises en compte – notamment en ce qui concerne l'approvisionnement en eau potable –, étant donné les responsabilités que nous avons dans ce domaine et les expériences que nous avons vécues. Il est vrai également que, pour les périodes de grand froid, la direction générale de l'action sociale a élaboré un plan « *grand froid* » suite aux hivers rigoureux de ces dernières années. Mais pour la canicule, je suis obligé de dire que, malgré l'épisode de 1976 – qui n'avait pas laissé de trace dans les mémoires –, nous n'étions absolument pas préparés.

En ce qui concerne l'organisation du système d'alerte, là encore, nous avons, avec la création notamment du réseau national de santé publique, puis de l'Institut de veille sanitaire, considérablement développé les réseaux et les systèmes d'alerte.

L'Institut de veille sanitaire a commencé à prendre des contacts avec les urgentistes, y compris avec les urgentistes libéraux, tels que SOS Médecins, de façon à pouvoir disposer, en temps réel, d'informations concernant des phénomènes inhabituels ou particulièrement importants et graves.

Nous avons, avec l'Institut de veille sanitaire, des relations quotidiennes, voire pluriquotidiennes, et je dois dire que ni ses membres, ni nous-mêmes n'avions pensé à investir dans la préparation de ces épisodes de chaleurs extrêmes, phénomènes que nous n'avons pas connus récemment.

M. Hellier, on a parlé de morts par hyperthermie à partir du mercredi 6 août après-midi ; cependant, il faut bien comprendre qu'en été, et notamment si la chaleur est plus élevée que d'habitude, les décès par coup de chaleur, à savoir par hyperthermie, ne sont pas exceptionnels.

Et lorsque j'ai évoqué la possibilité de plusieurs centaines de morts le samedi 9 août avec le journaliste du Parisien, je voulais parler de décès, peut-être pas forcément par coup de chaleur, mais directement liés à la chaleur, soit par un dérèglement thermique, soit par déshydratation. Il n'y avait donc aucune ambiguïté de ma part.

Pourquoi la DGS n'a-t-elle pas de rapport direct avec les hôpitaux ? Il est évident que la direction générale de la santé ne peut avoir de rapports directs avec tous les services déconcentrés, les hôpitaux, etc. Il existe des domaines structurés, il y a des relais régionaux que sont les agences régionales d'hospitalisation, un relais national qui est la DHOS ; il est clair que les informations relatives au fonctionnement hospitalier – je ne parle pas des liens qui peuvent être noués avec les associations d'urgentistes et les urgentistes des hôpitaux publics – remontent par le biais de la DHOS. Il ne nous appartient pas d'appeler directement tel ou tel hôpital.

Lorsque j'ai appelé la personne de garde à la DHOS, le dimanche soir, c'était bien pour savoir si des informations préoccupantes lui étaient remontées.

Enfin, en ce qui concerne nos relations avec le cabinet, je vous confirme, effectivement, que les communiqués doivent être validés par le cabinet. Je ne porterai pas d'appréciation sur ce point.

Vous me demandez si je disposais de chiffres significatifs dans la journée du 11 août, je vous réponds très clairement non.

M. le Rapporteur : Vous dites tout de même au journaliste du Parisien, le samedi, qu'il risque d'y avoir des centaines de morts ! Et vous nous expliquez qu'il ne se passe rien de grave le lundi matin ! C'est tout de même curieux ! Comme il était curieux de parler à un journaliste avant de faire remonter l'information au cabinet !

M. Yves COQUIN : M. le Rapporteur, je ne voudrais pas entamer une querelle ! J'ai parlé aux journalistes, d'une part, pour qu'ils relayent le communiqué de presse – c'était mon devoir – et, d'autre part, pour durcir le ton, le communiqué n'évoquant pas suffisamment les conséquences fatales potentielles !

Je répète quand même que, dans mon mail du lundi matin, j'évoque explicitement les propos que j'ai tenus dans la presse et qui ont été repris par plusieurs radios. Personne ne peut affirmer que, le lundi matin, la direction générale de la santé n'a pas dit qu'il risquait d'y avoir plusieurs centaines de morts.

Pour autant, il s'agissait d'une projection, puisque nous n'avions aucune donnée spécifique et chiffrée qui nous aurait permis de dire qu'il y avait déjà tant de morts ! Cinquante morts, pour l'Ile-de-France, avaient été annoncées par Patrick Pelloux la veille au soir ; et ce chiffre n'a guère évolué entre le 11 et le 13 août, puisque le 12 août, on parlait toujours de 100 à 150 morts !

Les seuls chiffres éventuellement préoccupants, parce que plus concrets sur la situation immédiate, étaient ceux qui nous remontaient des chambres funéraires le lundi après-midi ; je les ai transmis immédiatement au cabinet, non pas seulement par le mail de 19 h 36 auquel vous faites allusion, M. Bapt, mais précisément par mon passage avant 17 heures et par un appel téléphonique à 18 heures.

Or, ces chiffres pouvaient être interprétés de différentes façons. J'ai perdu mes deux parents, il y a quelques années, pendant la période précédant le 15 août ; je puis donc vous affirmer que les entreprises de pompes funèbres – tout comme les cimetières – n'ont pas assez de personnels pour faire face au flux de décès durant cette période. De fait, mécaniquement, il y a un encombrement des chambres funéraires…

M. Alain CLAEYS : Je crois que le ministre a dit une chose juste, qui se vérifie au fil des auditions : il y a eu un dysfonctionnement total. Ce soir, à travers vos propos, M. Coquin, je constate que ce dysfonctionnement se situait entre le cabinet et les directions !

M. le Président : Mes chers collègues, je vous propose de laisser terminer M. Coquin, M. Grouchka devant également répondre à certaines questions.

Evidemment la parole est libre, mes chers collègues, mais en tant que Président, je me dois d'organiser correctement nos travaux. Nous débattrons de l'appréciation que nous souhaiterons porter lorsque nous conclurons le rapport.

M. Yves COQUIN : J'en terminerai là, M. le Président. Je n'ai absolument pas perçu, ni le lundi, ni le mardi, ni le mercredi, un quelconque défaut de compréhension entre la direction générale de la santé et le cabinet du ministre de la santé. Et je ne pense pas que pour la journée du lundi, puisque vous focalisez sur celle-là, on puisse parler de dysfonctionnement. Toutes les informations que j'ai eues ont été portées en temps réel à la connaissance du cabinet.

M. Cédric GROUCHKA : M. Blisko a posé une question sur les systèmes d'information. M. Coquin y a répondu en partie. Dans l'attente d'un système d'information de veille et d'alerte sur les urgences, qui est en train de se mettre en place dans un groupe de travail composé de l'InVS, la direction de l'hospitalisation et la direction générale de la santé, l'Institut de veille sanitaire a mis en place, depuis quelques semaines, un dispositif – un numéro de téléphone, un numéro de fax et un mail –, afin que les urgentistes hospitaliers et libéraux puissent signaler en temps réel le moindre élément anormal. Ce dispositif fonctionne dans l'attente d'un système plus performant.

M. Lasbordes, concernant l'appréciation du week-end, je vous l'ai dit tout à l'heure, comme pour la direction de l'hospitalisation, c'est très clair, pour moi le week-end est blanc ; je n'ai aucune information. Vous évoquiez une divergence d'appréciation entre Yves Coquin et moi-même, mais nous n'avons eu aucune relation, donc aucune information transmise d'un côté ou de l'autre. Par ailleurs, aucune information n'est remontée du secteur hospitalier ; de nulle part. A la direction de l'hospitalisation non plus.

M. Gérard BAPT : Vous étiez seul au cabinet ?

M. Cédric GROUCHKA : Oui, la personne de permanence est toujours seule.

M. Pierre LASBORDES : Et Le Parisien du dimanche ?

M. Cédric GROUCHKA : Dans Le Parisien, je lis un article du chef de service du SAMU de Paris qui me rassure : il évoque les problèmes de lits rencontrés le vendredi, mais se félicite du dispositif de « *type plan blanc* », mis en place par l'Assistance publique. Encore une fois : à un problème donné, une réponse est apportée.

Le lundi, il y a un problème supplémentaire, mais une réponse adaptée est immédiatement donnée.

M. Bapt, non le plan blanc n'avait pas à être déclenché plus tôt. En réalité, et j'ai évoqué tout à l'heure la nécessité d'une graduation dans le plan blanc, ce qui s'est passé a correspondu à un niveau 1 le vendredi, un niveau 2 le lundi, et un niveau 3 le mercredi soir. Il y a eu une adaptation en temps réel à une crise sanitaire et les hôpitaux ont réagi de façon adaptée et proportionnée.

Audition de M. Nicolas SARKOZY,
ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure
et des libertés locales

(Extrait du procès-verbal de la séance du 17 décembre 2003)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

M. Nicolas SARKOZY est introduit.

M. le Président : Monsieur le ministre, je vous souhaite la bienvenue.

La mission d'information qui a précédé notre commission d'enquête a achevé ses travaux sans que vous puissiez être entendu, au regret de plusieurs de ses membres. Cette lacune est maintenant comblée. Votre venue aujourd'hui est d'autant plus intéressante qu'elle va nous permettre, d'une part, de préciser les actions menées par les services du ministère de l'intérieur pendant la crise de cet été, ainsi que les relations ou peut-être l'absence de relations entre ces mêmes services et les ministères de la santé et des affaires sociales, d'autre part, de réfléchir aux réformes qui pourraient rendre plus efficace le système de veille et d'alerte en matière sanitaire.

Sur le premier point, j'aimerais rappeler que l'audition, le 5 novembre dernier, des responsables de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, nous a permis d'aborder la question de la communication mise en œuvre par les services du ministère de l'intérieur. Il nous sera utile d'avoir votre point de vue sur la consigne donnée par le cabinet du préfet de police aux sapeurs-pompiers de Paris de ne pas divulguer de chiffres de décès, le 8 août. On peut penser que si la préfecture de police de Paris avait autorisé la brigade à indiquer le nombre – même approximatif – de morts qu'elle recensait en réponse aux interrogations de la presse, la prise de conscience de la gravité de la situation en aurait été facilitée.

En outre, si la canicule s'apparente davantage à une catastrophe naturelle qu'à une crise sanitaire, je rappellerai que, traditionnellement, ce sont les services de la sécurité civile qui gèrent les catastrophes naturelles. De ce point de vue aussi, il sera intéressant que vous nous éclairiez sur la réactivité de ces services et notamment sur l'action du centre opérationnel de gestion interministérielle des crises, dont les responsables avaient indiqué aux membres de la mission d'information n'avoir été alertés que le 10 août, suite à l'interview d'un médecin urgentiste.

Sur le second point, nous avons appris que la préfecture de police mettait en place une structure de veille permanente qu'elle a appelée « centre opérationnel zonal ». Des initiatives se font également jour du côté de l'InVS ; des groupes de réflexion travaillent au sein du ministère de la santé. Notre souci est que ces différentes réformes aboutissent bien à décloisonner le travail au sein même des ministères et entre eux.

Vous nous donnerez votre sentiment aussi, j'imagine, sur cette question.

M. le Président lui rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête lui ont été communiquées. A l'invitation du Président, M. Sarkozy prête serment.

M. Nicolas SARKOZY : M. le Président, M. le Rapporteur, mesdames et messieurs les députés, vous avez souhaité m'entendre sur l'action du ministère de l'intérieur au cours de la canicule de cet été. C'est bien volontiers que je réponds à votre souhait comme je l'ai fait hier au Sénat.

Après les conclusions du rapport d'information sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule, présentées le 24 septembre dernier, la réflexion doit se poursuivre dans le but de préparer une action plus efficace pour que les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets. Je souhaite vous aider à faire toute la lumière sur ces événements et vous proposer des orientations afin qu'un aléa climatique ne se traduise plus par un drame sanitaire.

Beaucoup de polémiques ont éclaté autour de cette crise. Je crois que nous avons tous – et vous-même, M. le Président, qui avez été ministre de la santé – un devoir d'humilité pour hier, d'humanité pour aujourd'hui et d'efficacité pour demain. Ce qui s'est passé ne doit plus jamais se reproduire. Les polémiques font état de statistiques, de querelles administratives, parfois de querelles politiques – dans une démocratie, elles sont naturelles –, mais n'oublions pas que nous parlons d'êtres humains, d'un drame sanitaire qui a touché des familles, des hommes et des femmes qui sont morts, parfois seuls dans le silence et l'indifférence de tous.

A mes yeux, la réalité est simple autant que douloureuse. La France, et tout particulièrement l'Ile-de-France, a connu en août 2003 une période de chaleur sans précédent depuis 1873, date des premiers relevés météorologiques. Depuis lors, jamais nous n'avions connu pareille situation. Je ne sais si c'est une crise sanitaire ou naturelle, je ne suis pas scientifique ; je sais, en revanche, que nous n'avions jamais connu avec cette force de tels événements. Cela n'est pas une raison pour considérer qu'il n'y avait rien à faire, mais c'est un fait, une donnée. Ensuite, nous qualifierons ce fait ou cette donnée comme nous voulons, mais cela reste une donnée, qui s'est traduite par une surmortalité sans précédent.

Je crois que lorsque la mission d'information précise que « *cette catastrophe n'a été ni anticipée ni perçue rapidement comme telle* », elle a raison. Nous avons, devant la gravité des conséquences, un devoir d'honnêteté et de vérité. C'est le moins que l'on puisse faire à l'endroit des morts et des familles qui ont perdu des proches. La catastrophe n'a été ni anticipée, ni perçue comme telle.

L'anticipation ne concerne pas seulement les quelques jours précédent le drame ; aucun de nous n'a jamais imaginé qu'une catastrophe de cette nature pouvait se produire dans notre pays. D'ailleurs, si cela avait été imaginé, il existerait depuis bien longtemps un plan canicule comme il existe un plan « *grands froids* ». Je m'adresse à tous ceux qui ont exercé des responsabilités : personne n'a anticipé cette catastrophe. C'est une réalité et nul ne peut dire qu'il l'aurait anticipée mieux que les autres.

Ni anticipée, ni perçue. La dégradation du climat et l'absence de prévisions de ses conséquences possibles ne remontent pas à 19 mois. Disant cela, je crois tenir un propos honnête et de bon sens. Dans la mesure où nous sommes entre gens honnêtes, le propos devrait recueillir un consensus.

Il n'est pas reproché à l'Etat son impuissance – inévitable – face à ce phénomène que je qualifie de naturel, mais bien son incapacité à en prévenir les conséquences sanitaires.

Pour moi, cela revêt une grande importance. Nous ne pouvons promettre aux Français que nous les mettrons à l'abri de toutes les catastrophes. Nous passons de la sécheresse à l'inondation, des incendies à la canicule. Il n'est pas possible, ni même souhaitable, de leur promettre l'absence de toute catastrophe. En revanche, l'Etat s'est retrouvé incapable d'en maîtriser les conséquences sanitaires. Nous devons, sur ce point aussi, différencier le fait naturel de ses conséquences.

Face à ces événements, je souhaiterais revenir dans un premier temps sur le rôle des services relevant du ministère de l'intérieur.

M. le Président : Comme vous êtes ministre de l'intérieur, ce serait effectivement intéressant de vous entendre sur la manière dont vos services ont géré cette période. Quelles sont les informations qu'ils ont eues ? Quelles sont les consignes qu'ils ont données ? Qu'est-ce qui a remonté des préfets ?

M. Nicolas SARKOZY : Pour être précis, il faut rappeler ici le rôle du ministère de l'intérieur : il est responsable de la gestion des crises de sécurité civile et de la réglementation funéraire. De fait, on peut distinguer, du point de vue de mon ministère, deux périodes : celle du début du mois d'août jusqu'au 12, durant laquelle la crise sanitaire n'a pas été mesurée, puis, à compter du 12 août, une période durant laquelle les difficultés funéraires ont permis de prendre conscience de l'ampleur de la crise sanitaire.

Puisque les crises de sécurité civile sont gérées par le ministère de l'intérieur, quel a été son rôle ? Le ministère dispose d'un centre opérationnel de gestion interministérielle des crises, le COGIC. Puissant, bien rodé, il a démontré son efficacité à de multiples reprises, d'abord pour alerter, puis pour coordonner les moyens d'intervention lorsque des renforts sont nécessaires. Chaque année, plusieurs fois dans l'année, la France est frappée par des catastrophes : tempête de 1999, inondations, pollutions de l'*Erika* et du *Prestige*. A chaque fois, le COGIC intervient, soit dans le champ propre du ministère de l'intérieur, soit à la demande d'autres ministères, car il a vocation à se mettre au service de tout ministère qui en a besoin.

Au cours de cet été 2003, le COGIC était en formation renforcée pour faire face aux feux de forêts que nous avons connus du 15 juin au 30 septembre. Situation, là aussi, sans précédent depuis 30 ans : 60 000 hectares partis en fumée, 9 morts, 1 500 sapeurs-pompiers mobilisés en plus. Nous avons dû faire descendre des colonnes de renfort des départements du nord de la Loire vers le sud, car les renforts du sud ne suffisaient pas. Le COGIC, était donc mobilisé sur les feux de forêts, mais il aurait pu intervenir pour mesurer et gérer avec les ministères concernés les conséquences de la canicule.

Le COGIC est plus prompt à se saisir d'une crise qu'à l'ignorer. Mais pour s'en saisir, encore eût-il fallu qu'il en eût connaissance ou qu'il en fût saisi comme il l'a été dernièrement pour l'épidémie de bronchiolite. Pendant quinze jours, le COGIC a organisé une collecte d'informations spécifiques à la demande du ministère de la santé pour mesurer l'ampleur de l'épidémie et cela afin de permettre aux services hospitaliers de faire face.

S'agissant de la canicule, nous n'avions aucun élément pour percevoir l'existence même de la crise. Je suis ministre de l'intérieur et des collectivités locales, je n'ai pas reçu d'information des mairies qui se seraient tournées vers les préfets. Pourtant, les maires sont proches du terrain, disponibles, à l'écoute ; beaucoup d'entre eux président même les conseils d'administration des maisons de retraite.

J'ai repris l'ensemble des rapports des préfets. La première plainte d'un maire – je crois du Val-de-Marne –, le 13 août, portait sur les problèmes de funérariums. Mais, aucun maire, dans vos départements, ne s'est tourné vers le préfet pour signaler les difficultés des maisons de retraite ou des hôpitaux. Ce n'est pas leur faire injure ou reproche. Les maires non plus n'ont pas été saisis de cette situation bien particulière.

Le COGIC n'a pas été saisi par les ministères concernés, mais il ne disposait d'aucun système spécifique de collecte d'informations pour ce type de crise. C'est un point sur lequel je reviendrai sans esprit polémique. Chaque réforme restant attachée à celui qui l'a faite, son auteur est immédiatement suspecté. Mais, compte tenu des problèmes rencontrés par notre pays, on doit pouvoir évoquer certaines choses. L'indépendance du secteur sanitaire vis-à-vis des préfectures est un problème considérable depuis 7 ans. J'essaye d'être scrupuleux dans cette affaire pour comprendre pourquoi personne, dans les préfectures et les mairies, n'a perçu le problème avant l'afflux des cadavres.

On a évoqué la préfecture de police de Paris, mais pas davantage les mairies d'arrondissement que la mairie de Paris, celles de Lyon, de Bordeaux ou de Toulouse n'ont été, à ce début du mois d'août, ni conscientes ni saisies de problèmes sanitaires graves.

Dans le cadre de ses responsabilités, le COGIC, n'a ni été saisi, ni n'a reçu d'informations complémentaires sur cette question sanitaire. Vous m'avez demandé de vous dire toute la vérité, je vous dis toute la vérité telle que je l'ai vécue et d'ailleurs telle que l'aurait vécue tout ministre de l'intérieur avant moi et, si l'on ne change rien, M. le Président, telle que la vivra tout ministre, de gauche ou de droite, qui viendra après moi !

Le ministère exerce aussi la responsabilité opérationnelle des sapeurs-pompiers. Tous les élus savent que les sapeurs-pompiers relèvent de la responsabilité des SDIS, mais face à un problème, une insuffisance de moyens…

M. Jean-Paul BACQUET : Ils savent demander !

M. Nicolas SARKOZY : Merci. Je crois que ce que vous venez de dire est honnête.

Pas un élu de gauche ou de droite dans cette salle ne peut dire le contraire. Ce point est important : pas un président de SDIS ne m'a dit avoir été alerté par les cadres du SDIS dans cette période du début du mois d'août pour le prévenir que les sapeurs-pompiers n'arrivaient pas à faire face, faute de moyens.

Début août, j'ai été accablé de demandes sur des colonnes de feu. Je n'en ai reçu aucune qui ait été motivée sur ce point-là. Même à Paris, où, comme à Marseille, le statut est militaire, la BSPP – riche d'éminentes qualités, dont l'indépendance n'est pas la moindre – n'a alors demandé des renforts parce qu'elle n'aurait pas été capable de faire face à la situation.

M. le Président : Sur cette question des moyens, il nous a été rapporté que des policiers d'un arrondissement de Paris – je crois que c'est le XIIème – avaient, dès le 5 ou le 6 août, manifesté auprès des services d'urgences leur difficulté d'être approvisionnés en gants pour faire face au nombre de cadavres. Cette information vous est-elle remontée ? La question n'est pas qu'anecdotique, elle est significative de la situation à laquelle ils étaient confrontés.

M. Nicolas SARKOZY : Je ne peux témoigner que de ce que j'ai vécu. Je ne peux prêter serment que pour ce que j'ai connu. Cette information, non seulement ne m'est pas remontée directement, mais je considère que ce qui remonte à mon cabinet – tout cabinet est dépourvu d'existence juridique, le cabinet n'existe que par l'existence du ministre – parvient jusqu'à moi. Si le directeur adjoint de cabinet, qui me représentait, avait été informé sans en avoir tiré les conclusions, j'en serais responsable. Ma conception des choses est que mon directeur de cabinet m'engage.

Je ne peux témoigner que de ce que j'ai connu ; je témoigne de la façon dont le ministère de l'intérieur a vécu la crise. Nous recevons chaque jour un relevé d'activité de la BSPP parmi des centaines d'informations. C'est intéressant, parce que cela me permet d'avancer que les pompiers de Paris ont bien travaillé ; la mission d'information l'a d'ailleurs reconnu. Ils ont assuré un travail délicat dans des conditions difficiles. Mais, à aucun moment, ils n'ont signalé de difficultés. J'ai apporté à la commission le relevé d'activité du 11 août avec la mention « *Rien de particulier à signaler* ». Voilà comment fut averti le cabinet du ministre de l'intérieur en ce 11 août. Ce n'est pas un document fabriqué pour la circonstance. J'ai apporté les rapports entre le 6 août et…

M. le Président : Nous en disposons et ces documents figurent déjà dans les annexes du rapport de la mission d'information. Nous avons interrogé le général Debarnot sur ce sujet et sur cette mention qui revient à plusieurs reprises « *Rien à signaler* ». Nous avons donc obtenu des éléments de réponse sur ce point.

M. Nicolas SARKOZY : Je cherche simplement à faire comprendre comment un ministre de l'intérieur, face à une telle situation, est informé des événements.

Le directeur adjoint qui me représente alors, j'y reviendrai, car nous étions très chargés en affaires à ce moment-là, reçoit ce message de la BSPP. Or nous ne gérons pas la BSPP au quotidien. Ce n'est pas pour nous défiler et d'ailleurs personne ne le dit. Au surplus, le rôle des sapeurs pompiers est, à la demande du SAMU, de ramasser les gens, de les conduire en vie à l'hôpital, éventuellement – pas toujours – de les médicaliser sur le chemin vers l'hôpital. Ils les déposent et repartent. Si le patient meurt 5 minutes après son arrivée à l'hôpital, on ne rappelle pas les pompiers pour les en informer ! La BSPP, comme les pompiers de tous vos départements, ne dressent ni le diagnostic, ni le bilan des morts ; ils transportent les gens en danger et les confient aux hôpitaux.

Si vous examinez en détail ces documents – et notamment les chiffres des interventions avec le nombre d'appel reçus, le nombre d'appels traités – tout cela est précis comme les militaires savent l'être –, le nombre des interventions s'élève en moyenne à 800 par jour ; le 8 août, on a recensé 1 000 cas. J'ai demandé à mes collaborateurs si une augmentation de plus 20 % n'était pas de nature à les alerter. Pour me faire une idée, j'ai demandé les chiffres de la semaine dernière, semaine identique aux autres, et je peux vous indiquer que la BSPP a dénombré 950 sorties quotidiennes !

Les mouvements sont erratiques puisque l'on constate des fluctuations chaque jour, y compris lors de la canicule. Néanmoins, de 800 à 1 000, l'augmentation n'est pas significative, puisque la semaine dernière où il n'était pas question de canicule, la moyenne est ressortie à 950 sorties par jour.

J'étais moi-même en vacances en famille dans le département de la Gironde et en liaison avec mon cabinet cinq à dix fois par jour. J'étais sur le pont, puisque le 8 août, j'ai passé ma matinée dans une brigade de gendarmerie et, le 13 août j'étais à Toulouse pour le fameux Technival du 15 août dont tout le monde se moque quand il se passe bien et dont chacun s'inquiète quand il se passe mal, comme ce fut le cas à l'été 2002 au col de Larche. J'étais en contact quotidien avec mes collaborateurs. J'ajoute que, par tempérament – et il est même arrivé à plusieurs d'entre vous de le penser et de le dire –, j'ai plutôt tendance à sur-réagir.

M. le Président : Vous croyez ? (*Sourires*)

M. Nicolas SARKOZY : Je vais vous en donner une preuve. Au cours de l'hiver 2002-2003, lors des grands froids, lors d'une réunion avec le préfet de police, je lui ai indiqué qu'il convenait absolument de ramasser les malheureux SDF qui étaient dans la rue pour que l'on ne se retrouve pas, le lendemain matin, avec une presse – hantise de tout ministre de l'intérieur, de tout maire de Paris, de tout le monde – titrant : « *Dix morts dans les rues de la capitale* ». D'où une grande polémique à l'hiver 2002-2003 sur le fait que nous en avions trop fait, en ne demandant pas toujours – c'est vrai – l'avis des personnes que l'on avait conduites dans les centres de secours. C'est M. Emmanuelli, pas le vôtre…

M. le Président : Le vôtre donc.

M. Nicolas SARKOZY : Oh, non, pas le mien !

M. le Président : Vous avez été ministres ensemble.

M. Nicolas SARKOZY : Non. Moi, j'ai été ministre dans le Gouvernement de M. Edouard Balladur.

Le ministère de l'intérieur est concerné par le COGIC, les pompiers, les pompes funèbres. Les services locaux, sur ce dernier point, ont signalé les premières difficultés le 12 août. Dès que nous en avons eu connaissance, mon directeur adjoint de cabinet, M. Daniel Canepa, a signé deux circulaires le 13 août – il est vrai pour les seuls préfets de la région Ile-de-France – : la première pour les informer très précisément des disponibilités funéraires ; la seconde pour déclencher le plan blanc et pour réquisitionner ambulances et entrepôts frigorifiques. Le 14 août, une nouvelle circulaire est partie à destination de tous les préfets de France.

J'ajoute que le 13 août, à la demande du directeur adjoint de l'Institut de veille sanitaire et après accord du ministère de la santé, mon directeur adjoint de cabinet a saisi tous les préfets pour recenser auprès des instances compétentes, c'est-à-dire les services d'état-civil des mairies, le nombre de décès survenus depuis le 25 juillet. Car, effectivement, – et je l'ai découvert à cette occasion – les seuls endroits où l'on pouvait vérifier sérieusement le nombre de décès étaient les services d'état-civil. Les pompes funèbres n'étaient pas fiables, car si elles voient arriver les cercueils, elles ne tiennent pas de statistiques assurées. Pour preuve de cette insuffisance, l'Institut national de veille sanitaire a pu rédiger un premier communiqué – l'imprécision venait de nos services – évoquant un surplus de décès de l'ordre de 3 000 personnes, chiffre qui sera – hélas ! – dramatiquement en dessous de la réalité. Il nous a fallu pas moins d'un mois pour disposer de chiffres approchant la réalité.

Le 12 août, l'Institut médico-légal nous précise qu'il n'en peut plus. On essaie alors de recenser le nombre de décès par les préfets en prenant contact avec les services d'état-civil ; il se trouve qu'il faut un mois pour en trouver le nombre.

Pourquoi le COGIC n'est-il pas entré en formation renforcée avant le 12 août ? Avant le 12 août, le COGIC, pas davantage que d'autres, n'avait conscience d'un drame. Il aurait pu entrer en formation renforcée le 12 août, mais deux raisons expliquent pourquoi il n'en fut pas ainsi : l'Institut de veille sanitaire avait alors entrepris ses propres recensements et la compétence sanitaire en la matière est incontestablement la sienne ; pour ce qui est de la prise en charge sanitaire, les services compétents se sont trouvés en état de faire face – c'est ce que l'on nous indiquait alors et ce qui ne fut pas démenti par la suite –, sans que soient évoqués des besoins de renforts exceptionnels.

Les services relevant du ministère de l'intérieur ont répondu à la mission qui était la leur, une mission qui ne comporte pas le suivi statistique de la mortalité, ni celui du bon fonctionnement des services de santé ou même de la délivrance des consignes sanitaires. Alors, bien sûr, on peut, on doit se poser la question de savoir s'il est normal que les missions des services du ministère de l'intérieur n'incluent pas de façon systématique ce risque sanitaire.

Il y a là un problème que je veux rappeler devant vous : les préfets n'ont plus la tutelle hospitalière confiée aux ARH. Ce sont ces agences qui ont la responsabilité de l'organisation hospitalière, de la planification, de l'allocation des ressources. Le corps préfectoral ne participe plus aux conseils d'administration des centres hospitaliers, n'occupe aucune place dans les ARH et se trouve ainsi dépourvu de toute source d'information. Quel est le problème, M. le Président ? Il consiste à priver les acteurs de la gestion de crise d'une connaissance directe de leurs interlocuteurs, faute de rendez-vous statutaires réguliers.

Parlons clair. J'ai présidé durant 19 ans un conseil d'administration d'établissement hospitalier ; je ne suis pas le seul ici. J'étais à vos côtés, M. le Président, à l'hôpital de Saint-Nazaire, lors d'un drame récent. Il n'y a pas un élu qui ne vous dirait la difficulté de maîtriser le directeur de l'hôpital. Nous sommes là quand il faut nous battre pour des subventions et empêcher la fermeture d'un lit, mais enfin, quel est le président de conseil d'administration qui prétend gérer son hôpital ? Il faut y siéger avec les compétences d'un ancien ministre de la santé pour y avoir autorité !

M. le Président : Ce qui signifie donc que si le préfet y siégeait, cela ne changerait pas non plus. Je vous rappelle sur ce point que les DDASS sont placées sous l'autorité des préfets.

M. Nicolas SARKOZY : Je ne partage pas votre déduction, M. le Président, et je vais y venir. Il existe un autre phénomène connu de tous les élus : à partir du moment où le préfet n'exerce plus de compétences sanitaires, pourquoi voulez-vous que le directeur d'hôpital se rapporte à lui ? J'ai été maire pendant 19 ans, je me souviens très bien de l'époque où nous allions demander au préfet un scanner, une ouverture de lits ou une dotation supplémentaire. Lequel, parmi vous, se rend encore à la préfecture pour obtenir ces moyens ? Aucun, car chacun sait pertinemment que ce n'est pas là où les dossiers se gèrent. Il n'y a donc plus dans vos départements de contacts réguliers entre les autorités préfectorales et les autorités sanitaires.

Le Président m'interroge avec raison au sujet des DDASS. Attention, les DDASS, comme les DRASS, travaillent avec les préfets, mais pas sur les questions hospitalières ou sanitaires. Ils travaillent ensemble sur les questions sociales. J'ajoute qu'il existe une volonté d'indépendance du secteur social et sanitaire à l'endroit des élus et de l'autorité préfectorale qui marque une évolution continue dans tous les départements, ce que les élus ont pu constater pour le regretter. La réforme de la sécurité sociale en 1996 a bien des qualités, je ne le conteste pas. Mais elle a eu des conséquences en provoquant la fin des réunions, des relations entre les directeurs des hôpitaux et les autorités préfectorales.

Vous pourriez me demander autre chose : les préfets ont-ils besoin d'un plan pour réagir en cas de crise ? Après tout, pour la tempête de 1999, il n'y avait pas de plan tempête. Pourtant, les préfets, comme les mairies, ont alors accompli un formidable travail. Mais pour réagir en 1999, nous n'avons pas eu besoin d'être informés d'une catastrophe ; je m'en souviens très bien puisque j'étais alors maire d'une ville de la région parisienne. Nous avons entendu le vent souffler terriblement et quand nous nous sommes levés le matin, des arbres étaient couchés en travers des rues de nos villes. Il fallait se retrousser les manches ; la crise était là. La grande différence avec la crise sanitaire de 2003 réside dans l'inadaptation des clignotants pour révéler une crise qui se déroulait dans les hôpitaux, les maisons de retraite et la solitude des appartements et où il n'y avait ni anticipation ni coordination.

Les élus comme l'Etat sont passés à côté du drame. Dire cela revient à regarder la situation sans complaisance et d'une façon raisonnable. Ce n'est pas seulement le plan qui a manqué, mais la connaissance même d'une crise épouvantable qui était pour nous, jusqu'au 11 août, souterraine. C'est là la grande différence avec la crise de 1999 qui s'est immédiatement révélée dans son ampleur.

Ma conviction est que l'ensemble des pouvoirs publics a été défaillant pour identifier cette crise et donc, faute de l'identifier, pour essayer de la juguler.

A propos de la divulgation des chiffres et de la BSPP, et toujours sous serment, je souhaite préciser que j'ai découvert cette question tardivement. Je suis ministre de l'intérieur. Mon directeur adjoint de cabinet gère les événements sur place ; le 8 août, je suis sur le terrain, le 13 août aussi ; entre-temps, j'ai mon directeur adjoint au téléphone.

Sur cette affaire, nous sommes à un autre niveau : le préfet de police, M. Jean-Paul Proust, nommé avant mon arrivée et qui a toute ma confiance – c'est l'ancien directeur de cabinet de M. Jean-Pierre Chevènement que j'ai maintenu en fonction –, n'est pas là lui-même, il est en vacances. Un membre de son cabinet est en liaison avec la BSPP. Je vous répète ce que m'a confié le préfet de police lui-même. Je ne puis vous en dire davantage, ce n'est pas moi qui gère le cabinet du préfet de police ni ses rapports avec la BSPP.

Que se passe-t-il donc ? J'ai essayé de reconstituer les événements. Le Parisien publie des chiffres. Les chiffres de la BSPP sont-ils sortis ou non ? Je le pense, car si le Parisien en fait un article, c'est parce que quelqu'un les lui a donnés. Ce n'est faire de procès à personne que de considérer que c'est vraisemblablement la BSPP. Ces chiffres ont dû être livrés officieusement. Le chiffre de 7 morts n'a pas été masqué, puisqu'il a été repris par la presse.

M. le Président : La « *une* » du Parisien ou un communiqué officiel n'ont pas la même force de communication. Admettez qu'un communiqué d'alerte de la préfecture de police ou de la BSPP, en termes de communication, a une toute autre valeur.

M. Nicolas SARKOZY : Il faut revenir à des idées précises. Le chiffre a-t-il été dissimulé par les sapeurs pompiers de Paris ? Je ne puis le croire puisqu'il s'est retrouvé dans la presse.

M. Gérard BAPT : Quel jour ?

M. Nicolas SARKOZY : Nous devons être le 7 ou le 8 août.

M. le Président : Le chiffre de quatorze décès a été publié le 9 août.

M. Nicolas SARKOZY : Le chiffre de quatorze a été publié et il couvrait deux jours. Peu importe, le chiffre a été publié.

M. Maxime GREMETZ : Allez-y, M. le ministre, sinon on ne pourra poser nos questions.

M. Nicolas SARKOZY : Merci, M. Gremetz ! Je reconnais là l'homme de dialogue.

M. le Président souligne qu'un communiqué de la préfecture de police de Paris annonçant 7 décès dus à la canicule aurait eu un impact supérieur. C'est là une vraie question que je me suis posée. Mais une loi de toute gestion de crise impose de ne jamais publier une information sans être assuré de son contenu. Ni la préfecture de police ni les sapeurs pompiers ne sont absolument certains, ce jour-là, que ces 7 décès sont liés à la canicule. Les sapeurs pompiers avancent qu'une présomption assez forte pesait en ce sens. Mais quand on reprend les choses avec le recul, ce qui est plus facile, on découvre qu'il s'agissait de 109 morts. Imaginez le ridicule de la préfecture de police qui dresse un bilan et déclare 7 décès ce jour-là alors qu'en vérité on en comptait 109 sur Paris et 525 sur l'Ile-de-France, à rapprocher de 6 millions d'habitants concernés !

En outre, la préfecture de police décompte habituellement – pardon de cette comptabilité sordide – 95 morts par jour. L'explication que m'a donnée le préfet de police, et j'ai tendance à le croire, c'est que son collaborateur n'a eu aucune volonté de minimiser – eût-elle existé, cette volonté aurait été contrariée dès le lendemain par la « *une* » des journaux –, mais un scrupule de livrer un nombre de morts liés à la canicule alors qu'il n'en savait rien.

Dernier point, M. le Président. J'ai essayé, avec honnêteté et recul, de juger la décision de ce collaborateur ; cette décision nous pouvons sans doute la regretter, mais y a-t-il matière à la condamner compte tenu de ce que nous savons maintenant ? Je ne le crois pas. Je comprends l'interrogation, la réflexion. A titre personnel, mon tempérament m'aurait plutôt porté à livrer ces chiffres tout de suite, quitte à les assortir de multiples précautions. C'est, par exemple, ce que j'ai fait pour Arles : on est ainsi passé de 3 à 4 puis 5 morts. Toutefois, je ne pense pas que ce collaborateur, dans son rapport avec la BSPP, ait été animé par une volonté de dissimulation.

Naturellement, personne n'a jamais dit, mais je le confirme, qu'il y aurait eu la moindre consigne de mon cabinet à l'endroit du cabinet du préfet de police, à l'endroit ensuite de la BSPP. Je veux le dire, sous serment. De toute manière, telle n'est pas ma façon de raisonner. Je le précise, car vous pourriez me demander pourquoi je n'ai pas pris de sanctions. Dans le contexte, si on peut regretter cette décision, on ne peut en condamner son auteur.

M. le Président : Le 8 août, cette information qui remonte au cabinet du préfet de police remonte-t-elle à votre cabinet ? A quel moment avez-vous – vous ou votre cabinet – été informé d'une situation anormale, vécue par la BSPP ou par d'autres capteurs d'information, ne serait-ce que les commissariats de quartier qui pouvaient aussi se trouver confrontés, notamment sur Paris, à des situations particulières ?

M. Nicolas SARKOZY : Mon cabinet a géré, non seulement le problème de Paris, mais ceux de toute la France. Le 8 août, la BSPP nous informe d'un feu d'appartement avec mort d'homme et d'un feu de cabanon. Le 9 août, elle signale un feu de pavillon et un feu d'appartement. A aucun moment, ni le 8 ni le 9 août, le directeur adjoint de permanence à mon cabinet ne reçoit d'autres indications. C'est un homme de totale confiance et de grande expérience puisqu'il s'agit de M. Daniel Canepa, ancien préfet du Var et ancien directeur de la sécurité civile. Il a une sensibilité particulière sur ces questions.

Le général des sapeurs pompiers considère qu'il a deux tutelles : une tutelle militaire sous l'égide du ministère de la défense et une tutelle de la préfecture de police. Je suis ministre de l'intérieur depuis 20 mois. Nous en avons connu des crises ! Jamais la BSPP ne communique directement avec le cabinet du ministre de l'intérieur ; la communication s'opère par l'intermédiaire naturel de l'autorité hiérarchique. Il n'en va pas ainsi seulement pour moi ; tous les ministres de l'intérieur vous le diront.

Nous ne sommes pas informés de ce débat à ce moment-là : faut-il officialiser le chiffre de 7 morts, chiffre dont j'ai par ailleurs la conviction qu'il a été donné ? La presse ne l'a pas inventé, il a bien fallu que les pompiers le transmettent à un moment ou à un autre. Pour revenir à cette question bien précise qui vous a préoccupé, je rappelle que ce chiffre est sorti officieusement dans la presse. Il n'a pas été officialisé, mais je n'en ai pas fait grief *a posteriori* pour la raison déjà expliquée.

Vous disant cela, je livre le cœur de ma conviction après avoir vu le préfet de police et le général commandant la BSPP et après avoir essayé d'être le plus juste possible. J'ai voulu aller au fond des choses, car cette question fait débat. J'ai même entendu M. François d'Aubert porter un jugement assez fort sur le sujet. J'ai voulu m'expliquer longtemps, mais je crois que c'était nécessaire.

M. le Rapporteur : Merci, M. le ministre. L'intervention à laquelle vous faites allusion avait trait au contenu des communiqués diffusés à ce moment-là, notamment le contenu du communiqué de la DGS : l'information me paraissait un peu laconique par rapport à la chaleur et à ses conséquences sanitaires évidentes pour les gens.

M. Nicolas SARKOZY : Sur la DGS, je ne peux pas porter de jugement.

M. le Rapporteur : Elle n'est pas encore sous la responsabilité du ministère de l'intérieur. (*Sourires*)

M. Nicolas SARKOZY : Je sens comme une provocation ! (*Sourires*)

M. le Rapporteur : Le COGIC reçoit des informations de la brigade des sapeurs pompiers tous les jours. Le « *Rien à signaler* » est assez étonnant, d'autant que le nombre des secours à victimes augmente. Le 3 août, il s'établit à 597 ; le jeudi 7 août, on atteint 917. Certes, ils augmenteront ensuite bien davantage. Mais, déjà, quand on regarde le décalage sur ces 5 jours, on note un saut important. Or, le commentaire des sapeurs pompiers est « *Rien à signaler* ». D'où la question, pourquoi les sapeurs pompiers et la préfecture de police ne regardent-ils que la photographie de la journée même et non le film incluant les jours précédents afin de déceler une éventuelle anomalie sur ces données chiffrées ? C'est cela qui nous étonne et laisse à penser à un certain dysfonctionnement dans la transmission et surtout dans l'analyse de l'information.

La deuxième question porte sur la différence entre le comportement des sapeurs pompiers et l'organisation préfectorale entre la région parisienne et la province. Cette différence entraîne-t-elle une incidence sur l'efficacité de la collecte de l'information et la difficulté d'avoir un système d'alarme qui fonctionne correctement ? Il faut relever le caractère militaire des sapeurs pompiers à Paris et à Marseille, dont les corps sont soumis à des fonctionnements hiérarchiques spécifiques. Notons également le rôle singulier d'une préfecture de police et le dualisme de Paris, à la fois ville et département. Dans la gestion de la crise, de telles différences structurelles ont-elles pu jouer un rôle éventuellement négatif ?

M. Nicolas SARKOZY : Je ne peux porter de témoignage que sur ce que j'ai vécu. Je dois, témoignant sous serment, rester au niveau d'intervention du ministre de l'intérieur. Je ne peux pas porter de jugement sur la façon dont, tous les jours, la BSPP rédige ses bulletins à la préfecture de police qui les analyse ou pas. A ce titre, je ne suis pas le bon interlocuteur.

On peut me demander pourquoi je ne demande pas des analyses plus détaillées pour moi-même. Si telle était la question, je précise que nous sommes accablés de centaines de documents par jour. Je reçois le dossier du soir aux alentours de 22 heures ou 22 heures 30. Il comprend toutes les notes que je dois lire théoriquement et qui émanent de la Police judiciaire, des Renseignements généraux, de la DST, de la Gendarmerie nationale, de la direction générale de la Police nationale et des sapeurs pompiers. C'est une pile

volumineuse de documents. Tous les jours, je prie mon directeur de cabinet de les trier. Nous avons des nouvelles sur le terrorisme, sur tout ce que le public ne sait pas des menaces que nous recevons et qui s'avèrent – fort heureusement – neuf fois et demie sur dix sans suite, sur l'ensemble des opérations engagées et qu'il faut suivre.

Dans ces conditions je ne me polarise pas sur les chiffres du jour de la BSPP, car j'ai oublié ceux de la veille. Je regarde les éléments particuliers. Je suis un certain nombre d'enquêtes, dont certaines me tiennent à cœur comme celles d'Estelle Mouzin ou de la jeune Audrey. Il est utile que les gendarmes, sur le terrain, sachent que, tous les jours, j'étudie l'évolution de leur travail. Mais je n'entre pas dans le détail statistique. Nous ne l'analysons pas, car nous pensons que la BSPP étant composée de professionnels remarquables, c'est plutôt à ces derniers, avec la préfecture de police, de nous dire si des faits saillants méritent examen.

La différence d'organisation préfecture de police-province a-t-elle joué ? Je ne le pense pas. Les capteurs sanitaires n'ont rien à voir avec l'autorité hiérarchique BSPP-préfecture de police. Il ne serait pas honnête de ma part de prétendre qu'il s'agit d'un problème institutionnel. La meilleure preuve en est que depuis que j'ai réuni les préfets, pas un ne m'a dit que sa DDASS lui aurait indiqué un problème dans la première semaine d'août.

Pas une DDASS n'est venue témoigner ou n'a indiqué dans la presse avoir averti son préfet sur un drame sanitaire.

M. le Président : Vous avez sans doute raison. Ils ont d'ailleurs, pour certains d'entre eux, directement alerté le ministère de la santé.

M. Gérard BAPT : Pas un seul directeur d'action sanitaire et sociale n'a averti qui que ce soit. Cela a-t-il été vérifié ?

M. Nicolas SARKOZY : Je n'ai pu le vérifier précisément pour une raison simple : je ne suis pas le ministre en charge des DDASS. Je ne voudrais pas prêter à la critique, bien injuste, de m'occuper de ce qui se passe chez mes collègues. Comment pouvez-vous penser, M. le député, que le ministre de l'intérieur – je parle sous le contrôle de ceux qui ont été ministres – puisse hiérarchiquement prendre son téléphone ou envoyer un de ses collaborateurs pour interroger les DDASS ou même un directeur d'hôpital ?

Je réunis tous les deux mois les préfets. Ce sont des responsables d'une grande rigueur. S'ils avaient été interpellés par les DDASS, ils me l'auraient indiqué, même s'ils avaient mal réagi.

Sur le COGIC, je veux préciser qu'il gère les moyens, assure les renforts, mais ne fait pas d'analyses statistiques. Il compte 40 personnes de permanence. Il ne possède pas d'outils statistiques. Il gère une crise au moment où elle se déclenche, mais il ne l'analyse pas. Face au problème du SRAS, le ministère de l'intérieur est intervenu, par exemple, pour donner des gants aux agents de la police de l'air et des frontières, mais nous n'avons aucun moyen pour déterminer le virus et savoir comment le traiter. Nous n'avons pas d'administration sanitaire pour préciser ce qui se passe. Nous n'avons même pas de médecins à l'exception de ceux des sapeurs-pompiers. Le COGIC gère la communication, alloue les moyens, mais ne procède pas à un travail d'analyse. Il se retire dès la crise terminée.

M. le Président : Nous reviendrons sur ce dernier point au regard des propositions du préfet de police relatives à l'organisation en zone de défense. Si le préfet de police assume ce type de responsabilité demain, comme il nous l'a indiqué, un problème de coordination se posera sans doute.

M. Pierre HELLIER : M. le ministre, vous êtes habitué à gérer des crises et à anticiper. Vous avez précisé que la crise n'a été ni anticipée, ni perçue, et pourtant il existait des précédents : Chicago, Marseille avec l'analyse du Pr. San Marco. Les messages n'ont pas été reçus, ni perçus, ni transmis. Je ne parle pas spécifiquement de votre ministère, mais quel est votre sentiment sur ce point ?

D'autre part, les ARH n'ont pas informé. Comme beaucoup d'entre nous, j'ai toujours été réservé sur les ARH, car ces structures n'ont de compte à rendre à personne.

M. Jean-Paul BACQUET : C'est le moins que l'on puisse dire.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Vos explications sur l'absence de liens entre les ARH et les préfets m'ont semblé insuffisantes pour analyser les carences du système de remontée des informations. Depuis le début de nos travaux, tout le monde insiste sur ce problème de l'alerte.

Je ne peux m'empêcher de demander ce qui se serait produit s'il s'était agi de morts d'enfants. Si nous avions été confrontés à 50 morts d'enfants, la perception de la crise aurait-elle été différente ? Quand on pose cette question aux personnes des urgences ou à celles chargées des mises en bières, elles indiquent avoir eu l'attention nécessaire comme elles le font naturellement ; néanmoins, je ne peux m'empêcher de penser que, du fait qu'il s'agissait de personnes âgées qui avaient atteint « l'heure de partir », cela rendait chacun moins vigilant. D'où cette question directe : l'annonce, dès le début, de 14 voire de 50 morts d'enfants n'aurait-elle pas provoqué une réaction complètement différente dans l'ensemble de la chaîne des responsabilité publiques, du Président de la République au ministre de l'intérieur ou à celui des affaires sociales ?

Par ailleurs, j'aimerais savoir ce que vous avez demandé aux préfets et aux services déconcentrés de l'Etat pour dresser un retour d'expérience et comprendre ce qui s'est passé sur le terrain. A quel moment cette demande a-t-elle eu lieu ?

Enfin, avez-vous regardé l'émission « *Envoyé spécial* » qui a diffusé un film des Pompes funèbres sur la gestion des décès en région parisienne ? Le directeur des pompes funèbres a pris la décision de faire filmer ce qui s'était passé cet été afin que l'histoire en conserve la trace. Il craignait qu'on ne le croie pas. Le document met en exergue un certain nombre d'éléments sous un angle différent et impose humilité de la part de tous.

M. Gérard BAPT : Je veux aborder trois points qui vous concernent directement, M. le ministre.

Vous avez précisé qu'aucun préfet ne vous avait alerté de quoi que ce soit. J'ai ici un remarquable rapport de la DDASS d'Indre-et-Loire qui débute ainsi : « *Chronologie*

des faits au plan départemental. Dimanche 10 août : première alerte par : sous-préfet de Loche : surmortalité constatée en maisons de retraite ». C'est la première fois que je vois figurer une alerte sur la surmortalité en maisons de retraite dès le 10 août. Le lendemain a été mise en place une cellule de crise à la DDASS. Il serait intéressant de rechercher si, au sein même de votre ministère, il n'y aurait pas eu d'autres interventions similaires. Peut-être est-ce l'exception absolue, mais je ne sais pas pourquoi de telles informations ne vous sont pas parvenues.

La commission d'enquête a interrogé le commandant Kerdoncuff qui a clairement affirmé avoir reçu l'ordre du cabinet du préfet de ne pas donner le nombre de morts, ni de diffuser de messages alarmistes. Ce n'était donc pas simplement être taisant sur le nombre de morts dont on ignorait s'ils étaient décédés par hyperthermie ou non ; il s'agissait également de ne pas diffuser de messages alarmistes. Si l'on considère l'ensemble des administrations et la mauvaise qualité de la communication durant toute cette phase, on peut estimer que cette consigne a participé de cette mauvaise communication.

Un autre épisode a été relaté par M. Abenhaïm et M. Coquin. Ils indiquent que le 12 août, cherchant des chiffres pour le ministre de la santé et le Premier ministre, ils se voient opposer un refus des sapeurs pompiers. Il a fallu que M. Coquin fasse intervenir le cabinet du ministre de la santé auprès de votre cabinet, dit-on, pour que les chiffres soient donnés à l'InVS et à la DGS. Cela laisse penser que les rigidités et les consignes de non-dit ont bien prévalu ici ou là.

Dans une phase comme celle-là, il est étrange qu'à aucun moment il n'y ait eu d'échanges entre le cabinet du préfet de police ou la BSPP, chargés de gérer la crise au plan concret, et les autorités sanitaires, y compris la cellule de médecins des sapeurs pompiers de Paris. Au sein même de l'organisation des secours et de la protection civile, des cloisonnements internes expliquent que les interrogations – Faut-il alarmer ou non ? Faut-il donner des conseils ? – n'ont pu être traitées par des spécialistes de santé publique.

M. Maxime GREMETZ : Plus cette commission d'enquête parlementaire avance, moins je comprends. Entendre répéter « *on ne savait pas* », « *on n'avait pas de bilan* », s'avère insupportable. Que faudra-t-il demain comme crise – 15 000 décès, une canicule sans précédent – pour que l'on mette au point une cellule de crise ? Cela signifie que nous sommes voués à subir n'importe quelle crise.

Dans cette affaire, chacun se demande s'il s'agit de 7 ou 14 morts, alors que la Météo avait prévenu et alors que l'on veut médiatiquement assassiner M. Pelloux, coupable de lancer le cri d'alarme. M. Carli ou la directrice générale des hôpitaux de Paris, qui remonte de week-end, prennent des dispositions et, au niveau national, aucun ministre ne décide de revenir et de réunir une cellule de crise ! Au lieu de cela, on entend que les préfets et les DDASS n'alertaient pas ! Pourtant, les préfets ont joué leur rôle. Celui de la Somme appelait les maires tous les jours pour suivre l'évolution de la situation, même si le phénomène était moins accentué qu'ailleurs.

Du point de vue des informations, on peut nous dire ce que l'on veut. Le COGIC, je ne savais même pas qu'un tel organisme existait, regroupe 40 personnes chargées de la prévention et de la gestion des crises ! Que font-ils ? Ils sont venus devant la mission d'information expliquer benoîtement que nul ne les a alertés et qu'ils n'ont donc pas bougé ! Ils estiment ne pas avoir à aller au-devant des informations ! Ils relèvent de votre ministère, ils sont chargés de la prévention et de la gestion des crises. Mais, pour la

canicule, personne ne leur a dit qu'il s'agissait d'une crise avant le 14 août, date où tout était joué ! A quoi sont-ils payés, à jouer aux cartes ? Je ne mets personne en cause, mais de telles attitudes s'avèrent insupportables.

J'ai quitté l'hémicycle où l'on débat d'un grand projet de loi pour venir vous dire en face ce que je pense à votre endroit. Je considère que vous êtes très rapide à dégainer. Je pensais qu'au moins un ministre aurait dégainé tout de suite pour faire le point, réunir les responsables – M. Pelloux, M. Carli, l'AP-HP, la Météo – et synthétiser les informations.

On a volontairement minimisé les chiffres et le ministre de la santé a précisé que c'est son cabinet qui lui avait donné ces chiffres. Je trouve que le Premier ministre a commencé à faire preuve de franchise hier dans son interview au Parisien dans laquelle il reconnaît, sur ce problème, un défaut de gouvernance collective. Dans un tel cadre, je vous dis clairement que j'estime que le ministère de l'intérieur est le mieux informé, celui qui dispose du plus grand nombre d'antennes. Or, personne n'est rentré de vacances.

Des dévouements extraordinaires d'acteurs du terrain se sont manifestés dans le cadre d'initiatives personnelles et régionales. L'opinion publique n'a pas été mise en garde contre la canicule et toutes les forces n'ont pas été mobilisées. Voilà ce que je pense et ce que je dis, car j'ai l'habitude de dire ce que je pense.

M. Jean-Marie ROLLAND : M. le ministre, vous avez en charge la réglementation funéraire. M. Yves Coquin, directeur adjoint de la DGS, a utilisé tout à l'heure deux expressions. Il a indiqué que l'encombrement des urgences était la face émergée de l'iceberg, puisque, pour le reste, nombre de décès avaient eu lieu à domicile. Il a ajouté que chaque année, en août, il pouvait y avoir des difficultés à enterrer les morts. Avez-vous connaissance de cette difficulté ? Cela aurait-il pu avoir un rôle aggravant dans les difficultés de la gestion funéraire de cet été ?

M. Edouard LANDRAIN : Le vrai problème tient dans le cloisonnement des différentes parties. Malheureusement, on devrait le retrouver dans tous les cataclysmes qui atteignent notre pays : les feux, les séismes éventuels, les pollutions marines, les tempêtes, la canicule. En arrivant Place Beauvau, avez-vous trouvé matière à réflexion sur ce risque de superposition, d'incompréhension ? Des documents prévoyaient-ils que l'on procède de manière beaucoup plus ordonnée ? Bref, existait-il un « *plan canicule* » comme il pouvait exister d'autres plans ?

M. Jean-Paul BACQUET : M. le ministre, je vais déborder de votre domaine de compétences, mais tant pis ! Vous avez indiqué qu'il convenait d'aborder ce sujet avec humilité et même modestie, je partage cette opinion.

L'événement n'avait jamais été vécu et l'on ne peut mettre à l'abri chacun de toutes catastrophes potentielles. Cela étant, le général Debarnot précisait ici avoir noté le 4 août une augmentation des interventions, le 7 août, une très forte augmentation, les 9 et 10 août une baisse, et une reprise très importante les 11 et 12 août. Dès le 8 août, il prend des mesures en augmentant le nombre d'ambulances de réanimation et il demande des secours à la Croix rouge et des bénévoles de la protection civile pour venir renforcer les effectifs. Dès les 7-8 août, les pompiers essaient, avec la commission médicale, d'analyser les événements et trouvent des rapports sur des malaises ou des pertes de connaissance, mais rien sur la canicule, dans la mesure où le logiciel d'enregistrement de leur activité ne comprend pas les mots « *coup de chaleur* ». En revanche, le 8 août, le comité médical

considère dans son analyse être confronté à un problème directement lié à la chaleur. Il prend alors la décision de mettre de la glace dans les véhicules et d'établir des protocoles de réanimation. Je conçois que, lors de ces réunions, la commission médicale ne transmette pas systématiquement un bulletin au ministère de l'intérieur. Vos services ont-ils eu connaissance de cette réflexion qui sortait du logiciel habituel des sapeurs-pompiers ?

Votre collègue, ministre de la santé, nous a précisé n'avoir reçu aucune alerte, ni en amont ni en aval. Vous, vous déclarez avec sincérité et en substance : « *Les clignotants n'ont pas été adaptés et l'ensemble des pouvoirs publics a été défaillant* ». C'est la première fois que j'entends ces propos dans cette commission.

M. Nicolas SARKOZY : Hélas, les résultats sont là pour le démontrer !

M. Jean-Paul BACQUET : Je ne vous en veux pas, je vous en remercie. Vous avez même précisé, toujours en substance : « *Compte tenu de ce que l'on sait, on ne peut condamner le collaborateur de permanence de la préfecture de police* ». D'où ma question : compte tenu de ce que l'on sait, peut-on considérer que tout a bien fonctionné comme nous l'a indiqué M. Grouchka ? Peut-on considérer qu'il n'y a pas eu de dysfonctionnement comme l'a dit M. Coquin ? Peut-on considérer que, face à cela, nous sommes sans remord, sans regret ? Pensez-vous que si nous avions su, nous aurions pu modifier l'évolution des événements ?

M. Serge BLISKO : Sans doute pourrait-on améliorer le niveau d'alerte de la BSPP, car les pompiers sont au contact du terrain. Je suis étonné que l'on ne découvre la disparition de 15 000 personnes dans ce pays qu'après l'alerte des pompes funèbres. Ce n'est pas une attaque contre le ministre ou le ministère de l'intérieur, mais il y a là un élément qui ne cesse de m'étonner depuis le début des auditions. Je voudrais donc vous interroger sur le dispositif à mettre en place.

Je ne réclame pas pour le ministère de l'intérieur la tutelle de l'InVS et de la DGS. Ne peut-on tout de même pas considérer que crises sanitaires et crises de sécurité civile évoluent dans une grande proximité et qu'il faut parvenir à regrouper des procédures ? Je crois que le préfet de police y réfléchit dans le cadre de la zone de défense. Je crois qu'il nous faut quand même un organisme d'alerte régional très réactif.

Je rejoins les propos de mes collègues : j'apprécie l'humilité avec laquelle vous nous avez livré votre sentiment alors que certaines personnes, trois mois après, répètent encore qu'elles n'ont rien su ou que si elles avaient su, elles n'auraient pas fait mieux, et que d'ailleurs tout à bien fonctionné. Que 15 000 personnes disparaissent silencieusement dans ce pays reste tout de même effarant !

Je me souviens que, jeune maire de Neuilly, vous aviez été confronté à l'affaire *Human bomb* dans une école maternelle. Il existait à ce moment-là des dispositifs aussi rapides que précis. Ils vous ont permis d'épargner la totalité des vies des enfants retenus en otage par un déséquilibré. Je m'interroge encore sur cette maladie administrative de notre pays qui consiste, entre cloisonnements vertical et horizontal, à considérer que chacun a fait ce qu'il devait quand le boulot n'a pas été fait.

M. Nicolas SARKOZY : En propos liminaire, je précise que j'ai beaucoup apprécié la façon dont vous avez posé les questions.

Je ne viens pas dire que les pouvoirs publics ont bien fonctionné ; je ne le dis pas, car ce n'est pas vrai. Il y a eu beaucoup de morts, c'est un drame sanitaire, mais je pense, à tort ou à raison, que, compte tenu de ce que sont les processus de décisions, tout Gouvernement se serait retrouvé devant cette difficulté majeure. Pour le moins, on doit avancer la nécessité de changer les dispositifs. Le minimum, c'est de convenir de l'inadaptation de l'organisation actuelle.

J'ai essayé de réfléchir de façon scrupuleuse à l'endroit de fonctionnaires, car je tiens à éviter de tomber sur ce malheureux du cabinet de la préfecture de police, que je ne connais pas par ailleurs ; j'ai essayé de comprendre ce qui s'était passé.

L'affaire *Human bomb*, n'avait rien à voir avec la crise de la canicule. Les 28 enfants étaient pris en otage ; la crise était là. Je ne vous souhaite pas de connaître pareilles circonstances, car elles m'ont valu d'être auditionné par un juge d'instruction dans une affaire de complicité d'assassinat, puisque la famille du preneur d'otage a déposé plainte pensant à une volonté délibérée de notre part de tuer cet homme ! Mais peu importe.

M. Blisko, maire du XIIIème arrondissement, vous êtes connu pour être un homme de terrain, proche des préoccupations des gens, mais comprenez : bien que multiples, les capteurs n'ont pas fonctionné.

M. Bapt, vous évoquez l'expérience de Chicago. Je ne veux pas me retrancher derrière tel ou tel collègue, ce ne serait pas très digne ; mais comment voulez-vous que le ministre de l'intérieur demande une étude sur ce qui s'est passé à Chicago dans le cadre d'une crise sanitaire ? Je veux bien que cela devienne mon travail pour l'avenir, mais, honnêtement, je n'avais pas pensé qu'il convenait que j'étudie cette crise. D'ailleurs, je me demande si quelqu'un, dans mes services, est capable d'en donner une lecture scientifique, faute d'exercer la tutelle sur aucun des organismes compétents en la matière.

Mme Guinchard-Kunstler, j'avoue ne pas avoir pensé à votre remarque sur les enfants et les personnes âgées. Je trouve cette réflexion pleine d'humanité et de bon sens. Non pas comme vous le suggériez – je ne pense pas qu'un ministre ou qu'un directeur d'administration centrale réagisse différemment devant la mort d'un enfant ou d'une personne âgée –, mais effectivement si notre société, tout entière dévorée par les images, avait vu un enfant mourir, elle aurait réagi différemment. Il n'est que de voir dans une région frappée par un cas de méningite la panique qui s'empare de toutes les familles de peur que l'enfant qui a une migraine n'éprouve les premiers symptômes de ce mal et le fatalisme par rapport aux maladies qui atteignent des personnes de grand âge, notre société ayant peut-être trop tendance à penser, trop vite et sans beaucoup d'humanité, que leur heure est venue.

Votre remarque, Mme Guinchard-Kunstler, est pleine de bon sens et doit nous conduire à nous poser la question suivante : nous sommes fascinés par le jeunisme et avons tendance à cacher la vieillesse. Ce n'est pas un problème simple. Nous autres, élus, nous le savons très bien : une ville heureuse, c'est une ville où les cheveux blancs côtoient les jeunes. Or, toute l'organisation moderne conduit à mettre les uns dans un coin, les autres dans un autre. Le cloisonnement n'est pas qu'administratif. Ayons le courage de le reconnaître : notre société, dans son ensemble, a donné le sentiment que la vieillesse gênait. Nous avons promu les valeurs de la jeunesse de façon souvent déraisonnable. Il n'est que de voir les campagnes publicitaires tout entières tournées vers le vrai prescripteur de la famille qu'est l'enfant ou le jeune.

Après avoir reconnu des dysfonctionnements, il faut ramener les choses à leur véritable durée. Le problème réside dans trois ou quatre jours de retard. Certes, M. Gremetz, cela peut provoquer des conséquences incalculables ; mais ce sont trois jours, dont un dimanche. Je ne suis pas sûr que le parti communiste soit très volontaire pour que les gens travaillent le dimanche. Vous nous avez assez empoisonné la vie avec les ouvertures de magasins ou d'administrations le dimanche pour ne pas venir protester du fait que personne ne travaillait le dimanche ! Quant à votre préfet, j'en ai un souvenir. Il est très bon, mais il était en vacances au mois d'août. Il téléphonait peut-être mais, comme moi, de son lieu de villégiature !

M. le Président, vous portez attention à des faits qui se sont déroulés sur trois jours, dont un est un dimanche en plein mois d'août. Je fais remarquer à ceux qui portent un jugement sur les fonctionnaires et les responsables que, dans le secteur privé, nul ne rappelle aux gens qu'ils doivent être au travail le week-end du 10 août ! Ce week-end là, il y avait moins de vigilance, c'est vrai.

Quand, M. Blisko, vous indiquez que 15 000 personnes meurent et que nul ne s'en rend compte, c'est exact. Il est vrai que nous ne sommes pas adaptés à une crise sanitaire qui n'était pas épidémiologique, qui n'était pas un virus, qui n'était pas un élément qui parlait à la psychologie de la société. Elle a frappé des malheureux qui devaient mourir peut-être six mois voire un an après. C'est vrai que nous n'y étions pas adaptés.

M. Coquin n'a jamais appelé le cabinet du ministre de l'intérieur pour avoir des chiffres…

M. le Président : Effectivement, vous avez noté mes chers collègues, que M. Coquin a précisé tout à l'heure qu'il a contacté le directeur adjoint du cabinet du ministre délégué aux collectivités locales. Il est important de préciser ce point.

M. Nicolas SARKOZY : Merci de ces précisions. S'il y avait eu un appel téléphonique à mon cabinet, je vous le dirais. Je vous dirais qu'il y a eu une erreur ou que nous nous sommes trompés.

Non, M. Rolland, il n'y a pas eu de difficultés l'an dernier pour enterrer des personnes. Je suis ministre de l'intérieur depuis 20 mois, je n'ai jamais connu de telles difficultés avant que nous ayons à réquisitionner des hangars complets cet été alors que les journalistes voulaient se battre pour faire des photos des cercueils entassés. Nous avons essayé de maintenir des conditions dignes aux pompes funèbres, mais forcément, le côté collectif ne facilitait pas les choses.

Je n'ai pas trouvé, en arrivant, de plan canicule ; je n'en fais d'ailleurs le procès à personne, car la canicule n'était pas conçue comme une crise par le ministère de la santé. Elle n'était pas un risque répertorié et n'était pas conçue comme une crise sanitaire. Dès lors, et naturellement, aucun des services n'était organisé pour y faire face. D'une part, nous nous sommes trompés en pensant qu'il n'y aurait pas de crise caniculaire ; d'autre part, nous nous sommes à ce point préparés aux dangers répertoriés que quand survient un danger non répertorié, nous ne sommes pas du tout préparés.

M. le Président : Voilà le fond du problème, comment faire face à un phénomène auquel nous ne sommes pas préparés ?

M. Nicolas SARKOZY : Exactement !

La BSPP, M. Bacquet, n'a jamais informé mon cabinet d'éléments alarmants. Elle n'a d'ailleurs jamais dit le contraire. Ce sont des personnes d'une rigueur et d'une intégrité totales.

M. Bapt, il me semble que M. le préfet de police s'est expliqué – les explications sont satisfaisantes ou pas, c'est un autre problème –, mais je ne puis aller plus loin. Je n'étais pas témoin et ce que je sais, je le tiens de lui. Je peux toutefois rendre compte du fait que je n'ai pas tiré conséquences de cela, puisque je l'ai maintenu en fonctions. Je ne répète pas ce que je pense de son action. Quant à moi, je n'ai jamais interdit aux sapeurs pompiers de livrer des chiffres. Jamais ! Une telle interdiction est aux antipodes de ma culture et de mon tempérament. Je vous le dis de la façon la plus ferme : il n'y a eu aucune volonté politique de minimiser quoi que ce soit.

S'agissant de l'absence d'échanges entre le sanitaire et la préfecture de police évoquée par M. Bapt, elle se situe au cœur du problème. Mes propositions sont donc les suivantes.

Tout d'abord, je ne crois pas à l'utilité d'un COGIC santé. Je ne veux pas vous placer au cœur d'un débat interministériel, mais je pense que ce serait un remède pire que le mal, car ce serait l'institutionnalisation du cloisonnement, principal problème décrit. Un COGIC santé et un COGIC « pour le reste » institutionnaliseraient au plus haut niveau le cloisonnement. C'est exactement le contraire de ce qu'il convient de faire.

Cela signifie qu'il faut élargir les compétences du COGIC à des crises sanitaires, ce qui veut dire qu'en cas de crise sanitaire – et l'on sait maintenant, M. Blisko, que la canicule en est une – les organismes de santé – InVS, etc. – puissent être intégrés au COGIC élargi. Prenons l'exemple d'Arles : nous avons élargi le COGIC aux ministères de l'environnement, de l'équipement et de l'agriculture. Il faut l'élargir bien sûr au ministère de la santé, ce n'est pas là une nouveauté, mais aussi aux organismes, agences et autres structures dépendant de lui. La première chose que nous devons faire consiste donc à élargir les compétences du COGIC aux questions sanitaires.

Deuxièmement, la seule personne qui a la légitimité et l'expérience pour gérer une crise et pour mobiliser tous les moyens dans les départements est le préfet ; il n'y en a pas d'autres. Que cela plaise ou non aux directeurs d'ARH, aux patrons d'agences ou aux DDASS, peu importe. Le préfet a l'autorité. J'ajoute qu'il n'est pas le représentant du seul ministre de l'intérieur, mais celui de tous les ministres. Il n'y a pas d'autres personnes pour coordonner et gérer une crise. C'est pour cette raison que je demande qu'en cas de crise, seul le préfet soit en situation de coordonner l'ensemble des services, y compris les ARH. Comprenez mon propos, cela ne signifie pas que le préfet doive remettre la main sur des enveloppes de crédits...

M. le Président : Il est effectivement intéressant que vous le précisiez.

M. Nicolas SARKOZY : Si je vous le demandais, nous ne pourrions mener à bien cette réforme, ou, en tout cas, nous n'aurions pas la réponse rapide que les Français sont en droit d'attendre à la suite de cette crise.

Troisièmement, face à une crise de cette nature, je pense qu'il faut faire comme pour le plan Vigipirate : créer les conditions chaque jour d'une réunion des directeurs de cabinet à Matignon car il faut un pilotage politique. On ne peut rester dans le cadre d'une gestion administrative.

A l'instar du plan Vigipirate, on institue une réunion quotidienne des directeurs de cabinet ; dans vos départements, les préfets, en cas de crise sanitaire, prennent autorité sur les organismes sanitaires quels qu'ils soient ; enfin, le COGIC se met en formation renforcée avec l'ensemble des organismes sanitaires, y compris les organismes sanitaires indépendants.

Disons les choses comme elles sont : la volonté d'indépendance de toutes ces agences et de tous ces organismes, acceptée par nous les parlementaires – quand je l'étais en tout cas –, a conduit à un cloisonnement. Le mot « *indépendant* » est répété à toutes les phrases et, en cas de crise, plus personne n'est là pour coordonner. Ceux-là même qui ont demandé à être indépendants l'oublient et déplorent l'absence de coordinateur. Si l'indépendance est une très bonne chose, je demande qu'elle soit mise entre parenthèses en cas de crise. Tel est le seul moyen de coordonner les secours.

M. Gremetz, je respecte votre avis, ne croyez pas du tout que ce serait par mépris que je n'y ai pas répondu dans le détail, mais j'ai pensé que votre position était plus l'expression d'une conviction, que je respecte, qu'une argumentation qui appellerait une réponse. Je précise simplement un point. Vous pensez que nous avons considéré M. Pelloux comme un fou, ce n'est pas le cas. Voilà deux ou trois ans, j'ai passé une nuit avec lui en service d'urgences et j'ai pu apprécier – indépendamment de ses engagements – ses qualités humaines. Il a même eu la faiblesse de déclarer dans une interview que nous avions pu avoir des rapports intéressants.

Enfin, vous reprochez au ministre de la santé de s'être ridiculisé en livrant des chiffres minimisés. C'est précisément tout le débat sur la BSPP et le chiffre de 7 morts. Si la BSPP l'avait donné, vous auriez dit que c'était ridicule et que l'on minimisait ! Et comme la BSPP ne l'a pas fait, vous qualifiez cette prudence de dissimulation ! Je ne doute pas que lorsque vous serez en situation de gérer des crises de cette nature, nous serons tous très rassurés, car ce n'est pas de votre côté que l'on peut craindre la moindre défaillance ! Telle est la conclusion que je tire de votre intervention dynamique !

**Audition conjointe des responsables
des associations d'aide et de soins à domicile :
Mme Danièle DUMAS, présidente,
et M. Jean VERNET, délégué général
de l'Union pour l'aide à domicile en milieu rural (ADMR),
et de M. Emmanuel VERNY, directeur général,
et Mme Frédérique DECHERF,
directrice de communication et des ressources humaines
de l'Union nationale des associations
de soins et services à domicile (UNASSAD)**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 6 janvier 2004)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

Mme Danièle DUMAS, MM. Jean VERNET et Emmanuel VERNY, et Mme Frédérique DECHERF sont introduits.

M. le Président : Mesdames, messieurs, je vous souhaite la bienvenue. Vous aviez, pour certains d'entre vous, été déjà auditionnés par la mission d'information le 15 septembre dernier, mais il nous a semblé intéressant de vous entendre à nouveau. Les statistiques qu'a publiées l'INSERM montrent en effet, pour cet été, un fort accroissement du nombre de personnes âgées décédées à domicile.

Par ailleurs, les réponses que nous recevons aux questionnaires que nous avons envoyés, notamment aux villes de plus de 30 000 habitants, font clairement apparaître le rôle essentiel qu'ont pu jouer, pendant la période de canicule, les services de maintien à domicile.

Il nous faut approfondir avec vous la question de votre place dans la gestion de la crise, mais aussi, plus généralement, celle du « maillage » de la population âgée.

Comment faire pour repérer celles et ceux qui, ne bénéficiant pas d'une assistance en bonne et due forme, se trouvent encore plus isolés l'été ? En outre, s'agissant de votre organisation en propre, nous souhaiterions des précisions sur les remplacements pendant la période des congés, quantitativement, mais aussi qualitativement.

Je vous propose, pour lancer le débat, que vous présentiez les organismes que vous représentez, en indiquant vos effectifs, leur statut, vos localisations géographiques, vos modes de financement et le nombre de personnes âgées dont vous avez la charge.

M. le Président leur rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête leur ont été communiquées. A l'invitation du Président, Mme Dumas, MM. Vernet et Verny et Mme Decherf prêtent serment.

Mme Danièle DUMAS : En premier lieu, je souhaiterais vous présenter l'ADMR dont le réseau couvre l'ensemble du territoire national. L'ADMR est présente dans les zones rurales, urbaines et périurbaines grâce à ses 3 200 associations. Ce maillage du territoire est important grâce à la présence de nos bénévoles et de nos salariés d'intervention, dans nos associations et pour le service rendu auprès des personnes âgées.

Notre secteur d'activités couvre tous les âges, de la naissance à la fin de vie. Certains de nos services interviennent pour la vie quotidienne, avec l'aide aux personnes âgées et aux familles. D'autres services spécialisés s'occupent plus particulièrement des familles, c'est ce que nous appelons le socio-éducatif. Dans ce cadre, ce sont des techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF) qui interviennent auprès des familles en grande difficulté, avec des objectifs très précis. Mais ces TISF peuvent également intervenir en prévention au niveau de familles qui ont besoin d'une aide passagère.

Nous avons aussi des services de soins à domicile avec des aides-soignantes, ainsi que des centres de soins plus importants, dans certaines régions. Nous gérons également quelques petites unités de vie à dimension humaine. Au-delà de cette palette d'activités, nous offrons différents types de services qui peuvent répondre aux besoins de la population, tels que le portage de repas, les gardes à domicile, les gardes de nuit et de jour.

M. Jean VERNET : Notre activité se situe essentiellement au niveau des personnes âgées, puisque nous en prenons en charge 250 000 avec les différents services qui viennent d'être évoqués. Dans ce champ de la vie quotidienne, nous prenons également en charge les personnes handicapées.

Dans le domaine socio-éducatif, notre intervention est plus limitée, en raison du nombre moins important de TISF. Nous avons également un certain nombre de services d'accueil de la petite enfance (haltes-garderies, crèches parentales, cantines, etc.). Parmi les formules innovantes que nous avons beaucoup développées, nous avons ce que nous appelons des domiciles collectifs, c'est-à-dire des domiciles protégés à la fois pour des publics atteints de maladie d'Alzheimer et des résidences d'hébergement temporaire. Aujourd'hui, nous gérons environ une cinquantaine de ces domiciles collectifs sur l'ensemble du territoire national.

Dans le champ santé, nous représentons environ 10 % de l'ensemble des services infirmiers à domicile français. Leur présence sur le territoire national est relativement inégale, notamment dans les zones rurales.

Nous sommes majoritairement présents en zone rurale, mais nous le sommes également dans certaines grandes villes comme Rouen, Marseille, ou dans certaines régions, comme le sud-est. Historiquement, nos sites se trouvaient principalement implantés dans le grand Ouest et le grand Est, puisque nous sommes issus de la JAC, dont les grands bastions étaient dans l'est et dans l'ouest. Toutefois, nous avons une couverture nationale et nous sommes maintenant également présents dans les îles, comme la Corse, le Nord Caraïbes.

M. le Président : Mme Dumas, pourriez-vous maintenant exposer la façon dont l'ADMR a vécu cette période de canicule, à travers ses services à domicile, et votre perception de la situation sanitaire à laquelle les personnes âgées ont été confrontées ?

Mme Danièle DUMAS : Depuis de nombreuses années, l'organisation du service, pendant les vacances, est prévue de longue date par nos associations. De fait, la période de canicule de cet été a été, certes difficile, mais il y a eu une mobilisation plus importante de la part des bénévoles de terrain. En effet, de par le maillage du territoire et de par la présence de bénévoles de proximité ayant une connaissance pertinente du territoire et des personnes pouvant être isolées ou en difficulté, nous avons pu répondre globalement au surcroît de travail, aidés en cela par nos aides à domicile. Nous avons donc été très réactifs pour analyser et revoir les plannings.

Il apparaît maintenant qu'il y aurait eu plus de décès à domicile, mais sur l'ensemble de nos associations, cette situation n’est pas apparue clairement. En effet, nous avons été en mesure de répondre à la demande des personnes âgées qui étaient isolées ou en grande difficulté.

Notre plus grande difficulté est peut-être venue de nos services de soins pour lesquels nous avons des places délivrées au compte-gouttes. En conséquence, il nous a été plus difficile d'avoir un maintien à domicile global. Cela étant, l'ensemble des services s'étant soutenu, nous avons pu répondre de façon correcte à la grande difficulté des personnes âgées, y compris en mobilisant les familles ou en interpellant les uns et les autres. Le fait d'œuvrer dans le milieu rural nous a certainement permis d'être beaucoup plus réactifs, car nous nous connaissons beaucoup mieux entre nous. Au niveau des associations locales, nous considérons avoir géré correctement cette crise.

M. Emmanuel VERNY : L'UNASSAD regroupe 1 200 structures parmi lesquelles 200 CCAS et une trentaine d'organismes mutualistes, le reste étant des associations. L'UNASSAD représente un volume d'activité annuel de 72 millions d'heures pour 80 000 salariés pour une population d'environ 500 000 personnes âgées aidées.

Notre palette d'activités est assez semblable à celle de l'ADMR. Nous intervenons à peu près sur les mêmes champs d'intervention.

M. le Président : Intervenez-vous plus dans les milieux urbains ou dans les milieux ruraux ?

M. Emmanuel VERNY : Nous avons plutôt une intervention urbaine, mais nous sommes néanmoins présents dans des départements très ruraux comme la Dordogne ou l'Ariège, où les villes sont de moyenne importance. En résumé, nous sommes plutôt urbains, mais avec des présences rurales en certains endroits, tout à fait significatives.

M. le Président : Comment vos services ont-ils vécu cette période sur le terrain ? Par ailleurs, avez-vous perçu des différences selon que les équipes intervenaient en milieu urbain ou rural ?

M. Emmanuel VERNY : Entre les interventions en milieu rural et urbain, nous n'avons pas noté de clivage significatif.

Sur la façon dont nous avons vécu la crise, je développerai trois points :

– une forte mobilisation,

– une mobilisation qui a néanmoins rencontré des limites réelles,

– l'absence d'une culture professionnelle autour de systèmes d'alerte.

La quasi-totalité des services d'aide et de soins à domicile, quel que soit le réseau auquel ces services appartiennent – ADESSA, FNAID, FNAAFP-CSF, UNACSS – se sont mobilisés par eux-mêmes. Ce n'est pas la première fois que nous avons des périodes de chaleur intense, même si le phénomène a été particulièrement important cet été. Par conséquent, les consignes en cas de forte chaleur et les phénomènes de déshydratation qui en découlent, sont, en général, connus de nos intervenants. Les gestionnaires des services savent alors réorganiser les plannings, augmenter le nombre de visites à une personne pour la suivre de plus près, voire rappeler des salariés en vacances pour leur demander de renforcer les équipes.

Cette capacité des services à se mobiliser par eux-mêmes, avant même de se préoccuper des problèmes de financement et de prise en charge de l'intervention, fait partie de ce que Philippe d'Iribarne a appelé la logique de l'honneur. Je pense que la plupart des services d'aide à domicile, tant professionnels que bénévoles, ont réellement mis leur point d'honneur à faire face à cette situation particulière. D'ailleurs, à l'issue de cette période d'activité intense, vers la fin août, nous avons pu constater des phénomènes de grande fatigue et d'épuisement.

Cela étant, cette mobilisation a connu un certain nombre de limites dont la première est la période concernée, c'est-à-dire le mois d'août, période durant laquelle un certain nombre de salariés étaient en vacances. Les prestations étaient donc assurées par des personnes qui effectuaient des remplacements et qui n'étaient pas forcément préparées à cela. Ces remplacements ont pu être, à un moment donné, problématiques.

Quant à la seconde limite, c'est que nous nous sommes trouvés, non pas dans une situation de forte chaleur, mais de chaleur caniculaire. Au-delà des phénomènes de déshydratation connus, il y a eu des phénomènes d'hyperthermie maligne qui sont beaucoup plus difficiles à repérer. A cet égard, il a pu y avoir une limite objective aux connaissances de nos personnels et sur la réaction à avoir en cas d'hyperthermie. Dans un tel cas, c'est la rapidité de l'intervention qui compte. L'état d'une personne peut se dégrader très rapidement sans que la professionnelle, qui est intervenue, ait réellement pris conscience de la gravité de la situation. Il y a eu, de fait, dans le cas de très fortes chaleurs continues, une limite objective aux compétences des personnels que nous avons employés durant cette période.

Toutefois, la principale limite que nous avons rencontrée, c'est que nous sommes intervenus auprès de personnes qui bénéficiaient déjà d'une prise en charge, au titre de l'APA, de l'aide ménagère à domicile, des services de soins infirmiers à domicile. Mais la déshydratation et l'hyperthermie ont pu frapper toute la population âgée, indépendamment du niveau de dépendance. Ainsi, des personnes âgées bien portantes, avant la canicule, ont pu en subir de plein fouet les conséquences sanitaires, sans pour autant qu'aucun de nos services ne s'en soit rendu compte, du fait que nos intervenants ne passaient pas chez ces personnes.

Dans le cas où les personnes étaient prises en charge, selon les remontées que nous avons eues, il n'y a pas eu, de manière significative, plus de décès qu'ailleurs. Dans certaines grandes villes, comme par exemple à Paris où il y a eu des problèmes de remplacement de personnel, nous avons été confrontés à une plus grande difficulté pour suivre les personnes. En effet, Paris compte une population de 2 millions d'habitants, relativement âgés, avec de très gros services d'aide à domicile. Cela suppose des besoins de remplacement importants plus difficiles à satisfaire.

Par ailleurs, au niveau national, nous avons été peu sollicités par les services d'aide à domicile et les directions départementales de l'action sociale et sanitaire (DDASS). Nous avons pu constater, à ce moment-là que, si les services d'aide à domicile savaient comment réagir par rapport aux personnes, il n'y avait pas du tout chez eux le réflexe d'alerter. Cela se limitait à des contacts de proximité, c'est-à-dire prévenir la famille, le médecin, mais l'alerte ne dépassait pas ce niveau. Par conséquent, nous n'avons pas contribué à l'alerte institutionnelle, car cela ne fait pas partie de notre culture professionnelle. Je crois qu'il y a là une des pistes d'évolution importante dans notre secteur.

M. le Président : Pour répondre à votre dernière intervention, je peux vous indiquer que, suite aux questionnaires adressés aux villes, il nous est revenu de la ville du Vésinet le fait que ce sont les services d'aide à domicile qui, dès le 5 août, ont donné l'alerte.

M. le Rapporteur : Je voudrais revenir sur les points que vous avez évoqués. Il est vrai qu'il y a une grande diversité de situations, selon les villes, selon que l'on soit en milieu urbain ou rural.

Il semble que le maillage reste quelque peu inégal. Y a-t-il des endroits plus spécifiques où vous estimez qu'il y a des creux ? On peut avoir l'impression que, dans les grandes villes, en particulier sur la région parisienne et sur Paris, ce maillage est difficile à organiser. Pensez-vous que cela ait pu jouer un rôle sur la surmortalité ?

Par ailleurs, on constate que la mortalité dans les maisons de retraite, pendant le mois d'août, a été assez nettement supérieure à ce qu'elle a été pour les personnes à domicile, prises en charge par les associations ou les CCAS à travers des soins infirmiers. Avez-vous une explication sur cette inégalité ?

Ma troisième question concerne cette conjonction terrible entre la canicule et une période de vacances très structurelle. Vous avez évoqué la question du remplacement et indiqué que, même si très souvent, on a affaire à des intervenantes très dévouées, la remplaçante et la personne visitée ne se connaissent pas. La remplaçante peut avoir une certaine méconnaissance des maux dont souffre la personne. Quelles propositions auriez-vous à faire en matière de remplacement ? En effet, cette question se posera de nouveau à noël ou cet été, avec ou sans canicule.

Le risque est important d'avoir des remplaçantes dévouées, mais qui n'ont pas tout à fait la compétence ou la connaissance de la situation des personnes âgées, en particulier lorsqu'elles sont très dépendantes.

Mme Danièle DUMAS : Pour les personnes très dépendantes, nous avons pour habitude de fonctionner avec plusieurs professionnelles que nous avons formées de façon spécifique. Lors des périodes de vacances, nous procédons à des roulements.

Pour ces personnes, nos professionnelles travaillent en équipe de deux ou trois, et nous avons donc toujours une ancienne qui reste. Nous attribuons la prise en charge des personnes les moins dépendantes aux recrutements ponctuels de vacances.

D'autre part, de plus en plus, nous prenons des stagiaires en cours d'année, qui sont de formation BEP sanitaire et social, ou des infirmières en première année. C'est un créneau sur lequel nous essayons aussi de recruter pour les vacances. Ce n'est pas toujours possible, mais nous faisons un effort particulier. En effet, depuis que le maintien à domicile a évolué, nous aidons de plus en plus de grands dépendants, et nous avons donc le souci de rendre le meilleur service possible pour eux.

Nous agissons également en coordination avec les soins à domicile. Il y a donc un complément d'aide, de soutien et d'analyse du problème qui est fait par nos professionnelles et nos bénévoles d'associations pour mettre en place le meilleur service possible.

M. Jean VERNET : Je peux compléter ce tableau en évoquant une grande question qui est celle de l'attractivité de notre secteur. C'est le problème de l'emploi, en fonction des zones géographiques que nous allons desservir. Si nous sommes en zone frontalière ou dans des bassins d'emplois touristiques, il est évident que l'attractivité de notre secteur n'est pas bonne ou n'est pas suffisante. C'est tout l'effort qui est fait sur le renforcement de la structuration de notre offre.

Le deuxième aspect, en matière de maillage, c'est aussi la visibilité de notre offre. Nous avons créé un concept à l'ADMR « des maisons des services » que nous essayons d'implanter dans chaque canton, c'est-à-dire à proximité des populations, pour que celles-ci sachent que des associations d'aide à domicile interviennent sur leur secteur.

Dans la desserte du monde rural, il y a également l'aspect du coût. Nous sommes habitués à nous rendre dans les plus petits hameaux. Pour ma part, étant originaire de l'Aveyron, je sais à quel point la desserte de ce département est excessivement délicate et difficile, et il a fallu un grand nombre d'associations locales pour pouvoir desservir ces zones. La difficulté est, bien entendu, celle de la prise en compte des kilomètres.

Cependant, les problèmes qui concernent le maillage ne sont pas uniquement financiers, il y a aussi le soutien au bénévolat. En effet, on a pu constater que le bénévolat, dans cette situation, était non seulement une ressource, mais aussi un acteur de la société civile qui pouvait conduire des alertes.

M. le Rapporteur : Combien de bénévoles sont-ils impliqués dans l'ADMR ?

M. Jean VERNET : Nous avons 100 000 actifs.

M. le Président : Qu'en est-il de l'UNASSAD ?

M. Emmanuel VERNY : Je ne saurais vous dire. De ce point de vue, nous ne donnons pas le même rôle au bénévolat. Les bénévoles sont, chez nous, membres des conseils d'administration. Si vous multipliez par 15 ou 20 les 1 200 structures, cela vous donne leur nombre. Mais nous estimons qu'un certain nombre d'opérations faites relève plutôt d'une logique professionnelle. Par conséquent, nous n'avons pas la même approche sur ce point précis.

M. Jean VERNET : A l'ADMR, les bénévoles ont un rôle de lien social. Ils vont rendre visite aux personnes, voir si tout se passe bien, mais ils ne font pas d'actes professionnels. Nous tenons à avoir, dans les communes, des représentants bénévoles qui assurent cette mission, qui est une mission d'alerte.

C'est ce qui explique que nous pouvons détecter plus facilement les personnes qui se trouvent en situation d'isolement ou de grande fragilité. C'est également lié à une tradition rurale que nous avons pu conserver dans ces zones où tout le monde se connaît et où il y a un contrôle social assez important. C'est peut-être ce qui nous a permis de secourir davantage les personnes qui se trouvaient en grande fragilité. Néanmoins, nous constatons que dans les villes, car nous y sommes également présents, nous pouvons créer des réseaux de bénévoles.

Le problème est que le bénévolat n'a pas suffisamment de reconnaissance dans ce pays, et nous le disons aujourd'hui de manière assez forte. Dans les pays anglo-saxons, il y a une reconnaissance du rôle de ces bénévoles. Certes, les élus nous soutiennent, les municipalités nous aident et participent à nos actions, mais l'Etat devrait reconnaître davantage le rôle de nos bénévoles, en particulier sur ce sujet.

A l'ADMR, nous avons un dispositif de télégestion, gérée par une entreprise qui s'appelle Fillien. Lorsque nous avons été alertés de cette situation difficile, l'ensemble de nos abonnés a été contacté. L'originalité de ce système d'écoute que nous avons mis en place, c'est que la personne âgée peut appeler et dialoguer. Si ce service a obtenu un prix qualité important et, aujourd'hui, le prix de l'innovation au salon des maires, c'est en raison de cette convivialité, qui permet aux personnes d'appeler, ne serait-ce que parce qu'elles ont un moment d'angoisse ou une grande difficulté.

Le maillage mérite un soutien. Sur le territoire national, le bénévolat arrive à aller partout. Mais la difficulté que nous rencontrons aujourd'hui se situe plus au niveau des moyens. Les services n'ont pas toujours les moyens de recruter du personnel ou de financer le personnel nécessaire pour pouvoir assumer leur mission.

Enfin, je reviens sur votre hypothèse selon laquelle la mortalité aurait été plus importante dans les établissements qu'à domicile. On ne peut pas invoquer l'hypothèse de l'accompagnement, car les personnes sont également accompagnées dans les maisons de retraite. Nous avons pensé que cette surmortalité était peut-être liée à une plus grande fragilité ou à l'isolement. Peut-être est-elle due aussi au climat social dans lequel se trouvent les personnes.

Lorsqu'une personne est prise en charge à son domicile, même si elle est isolée, elle a un environnement, des contacts avec ses voisins ou sa famille. Dans la grille AGIR dont on parle tant, il n'est tenu compte ni de l'environnement social, ni de l'isolement, ni du

contexte social des personnes. A mon sens, une des explications serait que le contexte social à domicile est peut-être plus bénéfique pour les personnes que celui des établissements. Mais c'est une hypothèse qui n'a rien de scientifique.

M. Emmanuel VERNY : Le maillage, c'est la combinaison d'une couverture géographique et d'un nombre de places. Il y a quelques années, la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) avait étudié la couverture géographique du territoire, car les entreprises privées commerciales se plaignaient que les associations les empêchaient de venir sur le marché. La CNAV avait indiqué que l'on accorderait à ces entreprises le territoire non couvert par les associations. Le résultat de l'étude de la CNAV a montré que, sur les 36 000 communes de France, seules 182 n'étaient couvertes par aucun service. Par conséquent, la quasi-totalité du territoire est accessible à un service d'aide à domicile. Le problème reste le nombre de places, le cas le plus criant étant celui des services de soins infirmiers à domicile.

Une étude a été menée, il y a deux ans, en région parisienne, et a d'ailleurs donné lieu à un colloque. Selon cette étude, seule une demande de prise en charge sur trois, pour des soins infirmiers à domicile, peut être prise en compte. Les deux tiers des demandes ne peuvent pas être pris en charge en raison du manque de places. Nous avons beaucoup insisté sur ce point. Nous estimons qu'il faut aller à au moins 150 000 places de SSIAD au niveau national, et non 100 000.

M. le Président : Le gouvernement, dans son plan « Vieillesse et solidarité », a annoncé 17 000 places d'ici 2007 pour atteindre 100 000 places. De votre côté, vous estimez qu'il faudrait 50 000 places en plus.

M. Emmanuel VERNY : Oui, rien que pour les personnes âgées. Par ailleurs, il faut des places en plus pour les personnes handicapées et pour les personnes souffrant d'une maladie chronique invalidante. Sinon, on prendra les places des SSIAD des personnes âgées pour les donner aux personnes handicapées. Cela vous donne une idée du marchandage sordide auquel les SSIAD vont être confrontés dans les semaines à venir. Il y a de vrais choix à faire. 17 000 places de SSIAD, c'est bien, mais nous sommes loin des besoins, sans compter les listes d'attente qui existent.

Concernant l'APA, c'est plutôt un problème de diversité des modes de gestion, selon des départements, qui est en cause. Concernant l'aide ménagère à domicile financée par la CNAV ou par le FNASPA, c'est un dispositif qui relève d'un quota d'heures limitatif, avec tous les problèmes de gestion du quota d'heures en cours d'année et avec, à un moment donné, des variations extrêmement compliquées à gérer. Ainsi, pour ne pas dépasser le quota d'heures, il faut en faire un peu plus ou un peu moins, selon les périodes. Cela entraîne des difficultés de gestion du volume d'activité.

Cela étant, dès le début du mois de septembre, nous avons alerté la CNAV sur le fait qu'il y aurait probablement des dépassements de quota d'heures au mois d'août. Nous espérons une attitude conciliante des CRAM et de la CNAV sur cette question. *A priori*, le directeur général et la présidente de la CNAV nous ont indiqué que la CNAV devrait examiner ce problème avec bienveillance.

Toutefois, le problème du nombre de places reste entier. Les services continuent à jongler pour savoir s'ils peuvent ou non prendre en charge telle personne, intervenir pour aider telle autre, si les financeurs accepteront telle prise en charge, etc. Des progrès importants doivent être faits pour l'avenir pour gérer la prise en charge.

Pour répondre à votre question sur la mortalité, il me semble que les personnes qui entrent en établissement sont souvent dans des situations de dépendance et de perte d'autonomie plus importantes. Les personnes classées en GIR 1 sont majoritairement en établissement. Ce sont souvent des personnes atteintes de polypathologies. On peut supposer déjà que cet aspect est un élément significatif dans la surmortalité. Les personnes qui entrent en maison de retraite sont généralement plus âgées et plus atteintes par la maladie, voire plusieurs maladies à la fois.

Pour ce qui est de la gestion des situations de crise et de stress professionnel, elle est probablement moins difficile à supporter par les professionnelles à domicile, du fait que leurs interventions sont éclatées sur plusieurs endroits. Les personnels des maisons de retraite sont, eux, confrontés à des événements très forts qui concernent une collectivité. Cela étant, il convient de relativiser cette idée car l'aide à domicile qui, le lundi matin, découvre la personne qu'elle a en charge décédée, vit une expérience dont elle se souviendra toute sa vie.

Mme Frédérique DECHERF : Pour ma part, je vais vous donner quelques éléments d'éclairage par rapport à la situation des remplacements d'été et de l'ensemble des périodes creuses d'activité économique.

Les périodes de remplacement sont gérées de façon professionnelle par nos services. Comme Mme Dumas l'a expliqué, nous avons des temps d'organisation de ce recrutement dès le printemps, pour ce qui concerne les périodes d'été. Pour ce faire, nous suivons des procédures claires et appliquons des pratiques professionnelles écrites, s'appuyant sur des éléments précis de normes en accord avec l'AFNOR.

Nous effectuons également un grand nombre de recrutements de stagiaires provenant d'écoles d'aides-soignantes et d'infirmières. Ce sont des intervenantes à domicile d'un niveau tout à fait intéressant pour cette période d'activité. Dans un premier temps, ces personnels, en début de période d'été, travaillent en doublon avec nos intervenantes à domicile plus aguerries. Un travail d'accompagnement important est réalisé pour que les situations vécues à domicile soient connues et pour mettre à jour le mieux possible les connaissances de ces nouveaux intervenants.

Par ailleurs, la logique concernant la qualification de nos personnels est en train d'évoluer. Nous sommes dans un secteur d'activité où nous partons de très loin. Globalement, le taux de qualification générale de nos personnels d'intervention se situe actuellement autour de 10 %, ce qui est très faible.

M. le Rapporteur : Qu'entendez-vous par taux de qualification ?

Mme Frédérique DECHERF : Il s'agit de l'ensemble des intervenants à domicile de niveau 5, ayant des qualifications professionnelles reconnues, parmi lesquelles le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). Ce sont des formations certifiantes, ayant donné lieu à certificat ou titre professionnel.

Au regard de ce taux de qualification très faible de nos personnels intervenants, nous avons enclenché, depuis quelques années, notamment depuis la réforme du DEAVS qui a constitué une étape décisive pour notre secteur d'activité, un processus de modernisation et de qualification de ce champ d'activité.

Nous sommes donc extrêmement vigilants sur les qualifications qui doivent être en adéquation avec les publics que nous aidons.

Mme Dumas en a fait état tout à l'heure, lorsque nous intervenons auprès de personnes âgées et dépendantes, nous n'envoyons pas les mêmes catégories de personnel que lorsque nous intervenons auprès d'un ménage sans problème particulier et qui souhaite simplement externaliser son repassage. Nous sommes dans des situations où nous travaillons beaucoup sur les compétences de nos intervenants à domicile.

Nous avons une politique ambitieuse de recrutement par rapport à ces intervenants, mais la difficulté majeure reste l'attractivité du métier. Comment attirer des jeunes femmes, titulaires d'un BEP sanitaire et social, dans un secteur d'activité où, pendant 15 ans, elles seront payées au SMIC ? Notre secteur avait un problème majeur de rémunération et de représentation de ce métier.

Majoritairement, les jeunes femmes choisissaient plutôt d'aller travailler dans les maisons de retraite parce qu'elles avaient une structure organisée, plutôt que d'intervenir auprès de personnes fragiles, âgées et dépendantes.

Ce sont des situations professionnelles qui, aujourd'hui, ne sont absolument pas valorisées par notre société. Globalement, notre secteur d'activité présente un gros déficit d'image et de représentation.

M. le Rapporteur : Je voudrais revenir sur le problème des remplacements. Certes, le niveau général de qualification demande à être augmenté, mais il n'empêche que, l'été, il y aura toujours des difficultés pour recruter les personnes ayant les diplômes nécessaires.

M. Jean VERNET : C'est l'association employeur qui organise l'ordre des départs en congés. Par conséquent, le roulement est assuré en fonction des publics dont nous avons la charge. La difficulté que nous rencontrons parfois dans le recrutement est d'ordre prévisionnel. Le problème soulevé était l'attractivité de notre secteur et, dans certains endroits, une pénurie de professionnelles qui refusaient de travailler au SMIC horaire et préféraient travailler au noir ou au gré à gré. Notre concurrent le plus important est le gré à gré. La difficulté est là.

Aujourd'hui, pour ce qui est de la planification des roulements, nous avons des systèmes informatiques qui nous permettent de la gérer. Toutes nos structures disposent de modèles informatiques leur permettant d'établir ces plannings.

M. Jean-Paul BACQUET : Je vous ai écouté avec attention, d'autant plus que vous intervenez dans le département où je suis élu, le Puy-de-Dôme. S'agissant du maillage dont vous avez fait état, ma vision n'est pas la même que la vôtre car il me semble qu’il dépend essentiellement de la qualité des bénévoles et des relations que les associations entretiennent avec les communes ou les syndicats de communes qui peuvent vous prendre comme intervenants.

Ceci étant, vous indiquez que vous n'êtes pas un système d'alerte. C'est tout à fait normal, vous êtes des exécutants et non pas des prescripteurs. Mais il est possible d'être à la fois un exécutant et un bon observateur de la situation sur le terrain, et de pouvoir rapporter différents éléments observés sur le terrain.

A un moment donné, avez-vous eu besoin de recruter des salariés pour combler un besoin supplémentaire ? Auquel cas, sur quels critères se sont effectués ces recrutements ? Cette demande de personnels supplémentaires est-elle venue d'intervenants sur le terrain, du fait que leur charge de travail était devenue trop lourde, ou est-ce en raison d'une demande nouvelle ? Comment avez-vous pu financer des intervenants supplémentaires puisqu'ils n'étaient pas prévus dans le financement initial ?

Par ailleurs, lorsqu'ils ont rencontré des difficultés, ont-ils pu prendre contact avec les prescripteurs, c'est-à-dire les médecins traitants, ou ces derniers étaient-ils absents ? Comment s'est effectuée la prise en charge des personnes dans le besoin ? S'est-elle fréquemment terminée par une hospitalisation, demandée par le médecin traitant, la famille, voire l'intervenant lui-même ?

Enfin, au cours de l'été, les services publics, en particulier la DDASS, se sont-ils manifestés auprès de vous pour vous interroger sur la situation que vos intervenants vivaient sur le terrain, ou les anomalies que vous y aviez notées ? Vous a-t-il été demandé un quelconque témoignage par rapport à votre activité ?

M. Gérard BAPT : Je commencerai par une remarque. Je trouve dommage que vos différentes fédérations n'aient pas essayé d'étudier les problèmes de surmortalité dans les publics que vous suiviez, par rapport à la population générale du même âge et dans les mêmes conditions.

J'ai été quelque peu étonné quand vous avez signalé que vous n'aviez pas observé de surmortalité particulière au moment des pics de canicule. Pour ma part, j'ai interrogé à Toulouse une association importante et bien constituée dont les chiffres, même s'ils sont restreints, ont montré, en matière d'hospitalisation et de décès, un pic durant la première quinzaine du mois d'août. Je vous cite leurs chiffres : première quinzaine de juillet, 3, deuxième quinzaine de juillet, 6 ; première quinzaine d'août, 21, deuxième quinzaine d'août, 27.

Par ailleurs, je trouve dommage que les deux associations, qui interviennent sur mon secteur territorial, ne soient, ni l'une ni l'autre, affiliées à une fédération. Le secteur du maintien à domicile serait peut-être mieux en mesure de se défendre s'il était confédéré.

Il serait donc important de faire une comparaison entre les chiffres de la mortalité en cas de maintien à domicile et la population générale à domicile.

Ma seconde question concerne les propos de M. Vernet sur le contexte social à domicile, à savoir qu'il serait plus favorable qu'en établissement. C'est un point qui peut être abordé sous un angle différent. En effet, dans le même temps, on entend des gériatres s'élever contre cette conception, qui ressort systématiquement lors de réunions et colloques de retraités ou dans les CODERPA, selon laquelle il convient de faire des efforts pour le maintien à domicile. Cette conception fait passer au second plan les établissements qui, eux, se plaignent d'être négligés.

Ma troisième question concerne les problèmes de recrutement et les besoins. Je constate que les deux associations que je connais, sur Toulouse et sur ma circonscription, rencontrent toutes deux d'énormes problèmes de recrutement. Elles sont en permanence à la recherche de personnels, en raison du manque d'attractivité évident pour les raisons que vous avez énoncées, c'est-à-dire le SMIC horaire, le temps partiel, un travail difficile et aucune perspective de carrière.

J'avais été saisi, en rencontrant ces associations, de l'annulation, fin juillet-début août, par le ministère des affaires sociales, d'un décret d'extension d'un accord de branche concernant le secteur du maintien à domicile. Ce décret permettait une augmentation de salaire sur 4 ans, une revalorisation de statut et un effort en matière de formation professionnelle. Si la CNAV a accepté, pour l'ensemble des associations, ces perspectives de revalorisation, en revanche, beaucoup d'autres caisses de retraite ont pu ne pas suivre. Qu'en est-il exactement ?

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : J'aimerais savoir si vous avez lancé un travail d'analyse sur les événements de cet été. Auquel cas, de quelle façon l'avez-vous conduit et où en est-il ?

Par ailleurs, le gouvernement a lancé un plan reconnaissant l'effort qui avait été fait, tant en domicile qu'en hébergement, et avait sollicité les DDASS pour qu'elles vous demandent quels étaient vos besoins. J'aimerais savoir si vous avez fait un bilan d'application de ce plan exceptionnel pour l'été.

M. Claude LETEURTRE : Le travail des associations à domicile a été reconnu, et nous l'avons déjà exprimé de manière très forte.

Tout comme mon collègue Jean-Paul Bacquet, je souhaitais savoir si vous avez rencontré, cet été, des problèmes avec les professionnels. J'ai le souvenir que, lors de la mission d'information, vous aviez indiqué ne pas en avoir eus.

J'en viens à mes questions. Tout d'abord, n'avez-vous pas le sentiment que le bénévolat, l'aide et la souplesse de réactivité dont vous avez bénéficié, ont permis de sauver des vies ? Votre réactivité a-t-elle sensibilisé les familles ?

Par ailleurs, par rapport au dévouement dont a fait preuve votre personnel durant cette période, estimez-vous qu'il a conscience de la reconnaissance du public et de l'utilité du travail qu'il a accompli ? Il me semble que, dans la voie du recrutement, c'est un élément de prospective peut-être important. Car il y a certes nécessité d'une revalorisation des salaires, mais également une reconnaissance publique de ce travail.

M. Pascal TERRASSE : Je me joins au concert de félicitations concernant les associations, quelles qu'elles soient, qui interviennent au domicile des personnes âgées.

Cela étant, l'analyse des événements survenus durant cette canicule nous montre que l'essentiel des décès n'a pas eu lieu à domicile, mais dans les institutions et en établissements, maisons de retraite et hôpitaux confondus. Toutefois, il convient de tenir compte d'un élément essentiel, à savoir que lorsqu'une personne se trouve en grande difficulté sanitaire, elle est envoyée à l'hôpital, même lorsqu'il y a un entourage familial.

Aujourd'hui, en France, on ne meurt plus chez soi. Selon les informations dont je disposais il y a 2 ans, lorsque j'ai été Rapporteur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), moins de 18 % des personnes décèdent à leur domicile, pour diverses raisons, essentiellement culturelles et sociologiques.

Ma question concerne les services que vous rendez. Aujourd'hui, la tendance est de développer de plus en plus des services d'autonomie auprès des personnes âgées, à leur domicile, car c'est une demande forte des familles.

Nous savons les difficultés de recrutement du personnel, des conditions de travail, de l'absence d'évolution des rémunérations que rencontrent la plupart des associations qui interviennent dans ce secteur du maintien du domicile. Toutefois, il est difficile de comprendre pourquoi elles ont du mal à intervenir pendant les périodes d'inactivité traditionnelles – week-ends –, et à développer les services la nuit, alors même que les difficultés se trouvent posées de la même manière lors de ces périodes. Comment envisagez-vous l'avenir, à terme, s'agissant des services rendus, non pas dans la journée, mais sur les autres périodes, vacances comprises ?

M. Pierre HELLIER : M. Emmanuel Verny a évoqué deux causes de décès : la déshydratation et l'hyperthermie. A partir de quel moment avez-vous entendu parler, par le corps médical, d'hyperthermie ?

M. Jean-Marc ROUBAUD : Il a été fait allusion par l'ADMR, me semble-t-il, à la mobilisation des familles. A-t-elle été forte ?

Par ailleurs, vous avez évoqué le fait que vous n'aviez pas la culture de l'alerte. Dans la mesure où vous faites appel à des personnels infirmiers, soit diplômés, soit étudiants, vous faites partie intégrante du système de santé. A ce titre, avez-vous réfléchi, depuis ces événements de l'été dernier, à votre implication éventuelle dans le système d'alerte dans lequel – me semble-t-il – vous avez un rôle à jouer ?

M. Georges COLOMBIER : Lors de vos exposés respectifs, vous avez évoqué le manque de reconnaissance à l'égard des bénévoles.

Considérez-vous que certains de ces bénévoles « baissent » parfois les bras en raison d'une charge de travail trop importante, alors même qu'ils ne sont que bénévoles ? Quelle reconnaissance souhaiteriez-vous voir mise en place à leur égard, de façon à créer une autre dynamique ?

Dans le manque de valorisation de ces professions, il y a certes des problèmes de rémunération, de formation et de frais de déplacement. Toutefois, on pourrait ajouter un autre élément, celui de la précarité de l'emploi. Ces intervenants à domicile travaillent souvent sur des temps partiels et, quand une personne âgée part en établissement ou décède, ils n'ont plus d'employeur. Quelles autres formes de valorisation de la profession pourriez-vous envisager de mettre en place, lorsqu'il n'y a plus d'employeur, afin de prolonger le contrat ? Actuellement, l'intervenante qui se retrouve sans employeur, se retrouve, par définition, sans salaire. Cette précarité peut être aussi une incitation à se diriger vers un autre secteur d'activité.

M. Edouard LANDRAIN : Il a été dit que ces événements de l'été dernier ont été, pour beaucoup, le drame de la solitude. Quelles sont donc les relations qu'entretiennent vos organisations avec les familles, notamment pendant les périodes de vacances d'été ? Comment les joignez-vous ? Disposez-vous de fichiers qui vous permettent de contacter rapidement l'un des membres de la famille d'une personne dont vous avez la charge ?

M. Jean VERNET : Un des premiers thèmes abordés dans vos questions est celui de la professionnalisation du secteur.

Concernant les salariés mensualisés, nous avons lutté, depuis des années et avec les gouvernements successifs, contre le travail précaire. Nous sommes contre le gré à gré et contre le travail mandataire. Nous avons opté pour des logiques d'emploi plutôt que pour des logiques sociales. Nous avons solvabilisé la demande alors que nous préférions une meilleure structuration de l'offre. Tout a été fait en vue de créer des emplois, mais les emplois créés sont des emplois précaires.

Nous avons toujours considéré que, pour constituer un véritable secteur d'activité, il fallait le professionnaliser. A ce titre, il conviendrait de consolider la réponse aujourd'hui amorcée. Il a été question tout à l'heure d'expansion d'agrément. Nous avons obtenu un accord sur les rémunérations et les nouvelles grilles de salaires dans le cadre de la branche de l'aide à domicile, malheureusement cela n'a pas été étendu. C'est ce qui explique qu'à Toulouse, les associations non fédérées continuent de ne pas appliquer de convention et que les salariés ont des statuts précaires.

Aujourd'hui, l'extension de cet accord, que nous réclamons, ne se fait pas du fait que deux organisations s'y sont opposées. Nous avons rencontré les responsables du ministère et la DGS à ce sujet. Notre objectif est d'obtenir à tout prix son extension afin de créer une véritable branche de l'aide à domicile pleine et entière, avec toute sa légitimité, et renforcer d'autant son identité. Cette mesure nous paraît indispensable. Par conséquent, mieux vaut, pour les associations, se fédérer que pas du tout. Même si les fédérations ne sont pas parfaites, nous essayons néanmoins de structurer ce secteur.

Concernant le travail de nuit que nous souhaitons développer, nous sommes actuellement dans l'incapacité de proposer ce type d’offre de service, car aucun syndicat ou fédération, avec lesquels nous sommes associés, n'a voulu signer les accords. Il faudra leur demander l'explication de ce refus. Nous avons interpellé les confédérations, mais il y a sans doute des enjeux stratégiques qui dépassent les fédérations avec lesquelles nous travaillons habituellement. De ce fait, pour le travail de nuit, nous sommes aujourd'hui obligés de passer par la convention collective des employés de maison. C'est ce qui explique les difficultés que nous avons pour le travail de nuit.

Pour ce qui est du travail le week-end, c'est un problème d'attractivité de la rémunération. Si les week-ends étaient mieux rémunérés, sans aucun doute, les personnels accepteraient de travailler. Ce sont là deux points essentiels pour renforcer notre secteur d'activité et développer son attractivité.

Le contexte européen nous permettra peut-être d'obtenir un jour une signature sur le travail de nuit au-delà duquel se pose aussi le problème du travail de nuit, pour les femmes.

M. le Rapporteur : La convention collective des employés de maison semble inadaptée. Mais quelle est la différence par rapport à un accord de branche ? Est-ce une question de coût ?

M. Jean VERNET : En premier lieu, la convention est différente de fait, mais en même temps, elle est plus solvable, puisqu'il s'agit d'un seul employeur. Or, pour ce qui nous concerne, il s'agit d'une « entreprise » associative. A ce titre, la loi impose des contraintes que le particulier, employeur, n'a pas.

Au-delà du problème de la solvabilisation et du fait que la rémunération est moins élevée, les employeurs ont toute liberté de donner la rémunération qu'ils veulent à leurs salariés. Nous avons parfois des employeurs aisés qui sont prêts à offrir des salaires beaucoup plus élevés.

Dans le même temps, nous avons des organismes de sécurité sociale qui veulent nous conventionner sur le gré à gré, sur la convention collective des employés de maison. Vous voyez dans quel système nous nous trouvons. Je ne vous citerai pas ces organismes, mais je pense que vous les reconnaîtrez.

M. le Président : Cela signifie qu'en permanence, on tire les prix vers le bas.

M. Jean VERNET : Tout à fait. Mais à la longue, avec ce « *dumping* », on finit par avoir des structures qui ont des difficultés à fonctionner. C'est l'aspect professionnalisation de notre secteur.

Je ne reprendrai pas la question sur les financements et les problèmes de prévention liés à l'aspect financier qui ont déjà été évoqués par M. Verny.

En ce qui concerne l'alerte, nous considérons qu'elle est d'abord préventive. Il ne s'agit pas d'alerter quand la crise est installée, mais au contraire d'alerter pour prévenir les crises. Pour ce faire, la grille AGIR doit nous permettre de détecter les publics à risques.

Une des questions portait sur l'analyse que nous avions tirée des questionnaires pour déterminer les bilans gérontologiques que nous pourrions faire. Au sein de notre organisation, nous sommes divisés par rapport à ces bilans gérontologiques ; certains les veulent systématiques, d'autres pas. Mais il y a là, certainement, un moyen de pouvoir répondre à la situation exceptionnelle que nous avons connue cet été.

J'en viens aux questions portant plus directement sur le bénévolat. Nous sommes issus du mouvement social. Qui dit mouvement social, dit militants qui se sont mobilisés pour combler de grandes lacunes ou des déficits qui existaient sur le territoire. Ce mouvement social a été très important après la guerre, dans les années cinquante et soixante, puis s'est essoufflé avec l'individualisme naissant. A la question de savoir si les Français sont devenus plus individualistes, nous émettons l'hypothèse que oui.

Dans le même temps, ce militantisme social est demeuré vivace en zone rurale, où il y a encore une tradition militante qui fait que le voisin compte. Quels sont les moyens de reconnaissance des bénévoles ? En premier lieu, nous demandons une forme de financement pour la formation des bénévoles, car nous ne recevons aucune aide pour le moment. La reconnaissance passe donc déjà par des plans de formation.

Le bénévolat est une source de richesse, car il est créateur de lien social. Dans les pays européens, en particulier anglo-saxons, nous constatons à quel point il est reconnu et cultivé. Nous nous interrogeons sur les raisons pour lesquelles il ne l'est pas suffisamment en France par l'Etat. Certes, le plan du gouvernement comportait une note sur le bénévolat, ce qui nous a satisfaits, mais il nous semble qu'une action d'envergure serait à envisager en la matière.

Quant au problème de la compétence du bénévole, il renvoie au problème de la compétence du citoyen. Dans nos conseils d'administration, nous avons des citoyens. Dès lors que la société civile s'implique, elle a aussi les compétences. Pour gérer nos 58 000 salariés, nous avons recruté des cadres administratifs. Ce ne sont pas des bénévoles qui sont en charge de ce travail. Nous aimerions avoir un nombre de cadres administratifs plus élevé, mais un des critères que le financeur nous a imposés, est celui d'un cadre pour 40 000 heures d'intervention. Nous considérons que c’est insuffisant.

S'agissant des difficultés de maillage, je vous rappelle que nous sommes des associations issues de la société civile avec pour objectif de travailler avec les élus, et non pas sans les élus ou contre eux. Néanmoins, en raison de difficultés qui peuvent survenir avec certaines collectivités locales, le maillage peut être assuré de manière différente sur le territoire national.

En ce qui concerne les relations extérieures, nous avons l'habitude de travailler notamment avec les médecins traitants. Toutefois, en zone rurale, cela devient une véritable difficulté.

M. le Président : Pouvez-vous préciser la nature de ces difficultés ? Sont-elles apparues au moment de la canicule ?

M. Jean VERNET : Ce sont essentiellement des problèmes de remplacement, de déplacements des médecins pendant la nuit ou de permanences durant les week-ends. Ils sont dus au fait que le nombre de médecins pratiquant en zone rurale est de moins en moins élevé, sans compter les difficultés de desserte du monde rural. Mais nous les avions constatées bien avant la canicule.

Cette situation difficile peut également s'expliquer par une mauvaise desserte des services de soins infirmiers à domicile, ce dont le monde rural manque. Certes, les zones urbaines ne sont peut-être pas mieux loties, mais certaines zones rurales ne sont absolument pas couvertes, en libéral.

En ce qui concerne les heures de travail supplémentaires en période de surcroît de travail, nous essayons de recruter plus de personnels, mais compte tenu de ce que je vous ai indiqué sur les problèmes que nous rencontrons en matière de recrutement, nous n'avons pas de solutions miracles.

Mme Danièle DUMAS : Pour ma part, j'interviendrai sur la mobilisation des familles. Nous constatons, depuis de nombreuses années, qu'en l'absence de mobilisation des familles, nous ne pouvons pas faire du maintien à domicile.

Il est vrai qu'à certaines périodes de l'été, la famille est moins présente. Mais pour ce qui est d'assurer un bon maintien à domicile pour les grands dépendants, je suis convaincue que les familles sont relativement présentes.

S'agissant des personnes à prévenir en cas de problèmes, nous avons mis en place, depuis quelques mois, un système de fiches qui restent au domicile des personnes aidées. Sur ces fiches, sont indiquées les coordonnées des membres de la famille, des intervenants à domicile, des voisins. Elles permettent de repérer qui doit être contacté lors d'une situation difficile à gérer, quand la famille n'est pas proche, et constituent également un recours contre la solitude pour les personnes âgées.

M. Edouard LANDRAIN : Vous avez indiqué que vous n'aviez commencé à constituer ces fichiers que depuis quelques mois. Cela n'existait-il pas précédemment ?

Mme Danièle DUMAS : Ce système existait déjà, mais nous l'avons mis en place de façon beaucoup plus visible, à la disposition de nos intervenantes à domicile.

M. Edouard LANDRAIN : Cela a-t-il été mis en place depuis la canicule ou avant ?

Mme Danièle DUMAS : C'est un sujet sur lequel nous réfléchissions depuis quelques mois déjà, avant même la canicule, au moment de la mise en place de la PSD et de l'APA. Comme nous travaillons en coordination avec les services de soins, il était nécessaire que nous puissions repérer les personnes intervenant dans la famille.

M. Emmanuel VERNY : Il nous a semblé préférable de ne pas mener nous-mêmes d'études sur la surmortalité de cet été. En effet, nous estimons qu'il existe des structures officielles spécialisées ayant les compétences en la matière.

Nous pouvons faire certaines constatations, mais je me méfie de la valeur des extrapolations que l'on peut faire à partir de chiffres partiels et qui, sur le plan statistique, n'ont pas forcément une grande signification. L'INSERM, l'IGAS, l'Institut de veille sanitaire et d'autres organismes ayant travaillé sur ce sujet, il a semblé préférable d'attendre la publication de leurs résultats pour les analyser.

De plus, il ne faut pas être juge et partie dans cette affaire. Or en tant qu'opérateurs, nous sommes aussi un peu partie prenante. Il est préférable que ceux qui analysent la situation soient complètement indépendants.

Certes, certains d'entre nous ont constaté plus de décès, mais d'autres en ont observé moins que les autres années. Pour avoir une vision globale, il convient d'avancer les chiffres avec une grande prudence. En tout état de cause, à l'UNASSAD, nous nous sommes refusés à donner des chiffres.

En ce qui concerne le rappel des salariés, les relations avec les médecins et la DDASS, il me semble que les structures d'aide à domicile ont géré cela au jour au jour. Au début, les différents intervenants n'ont pas eu conscience de l'ampleur du phénomène, ils ont adapté leurs réactions au jour le jour. Ce n'est qu'à partir du 15 août que l'on a commencé à prendre conscience de l'ampleur de la situation.

Si vous observez les chiffres publiés, le pic des décès se situe entre le 6 et le 14 août, puis commence à décliner. Les services ont géré la situation au quotidien, leur préoccupation première ayant été d'y faire face, en augmentant le nombre de passages auprès des personnes pour les faire boire. Dans un premier temps, l'action des intervenants en est restée à ce stade.

Une des leçons à tirer de cette période de canicule est que nous devons élaborer des plans d'alerte et des plans d'urgence plus complets. Les actions entreprises par les services sur le terrain ont, certes, permis de sauver des vies humaines, mais nous aurions dû communiquer notamment avec les services publics, les CCAS, la DDASS. Certains l'ont fait, d'autres pas. Cela doit devenir un réflexe professionnel systématique.

M. le Président : Sur ce point précis, nous avons déjà entendu un certain nombre de propositions sur cette meilleure coordination sur le terrain, même si certaines choses existent déjà. Par exemple, lorsque les CLIC existaient, on peut supposer que cela s'est parfois mieux passé – vous semblez dubitatif sur ce point.

Avez-vous des propositions à formuler sur la coordination avec les administrations, les CCAS et les DDASS ?

M. Emmanuel VERNY : Oui. Pour répondre à Mme Guinchard-Kunstler qui a demandé si nous avions commencé un travail d'analyse, nous avons immédiatement été partie prenante des six groupes de concertation ministériels. L'UNASSAD, au sein de ces groupes, a élaboré un grand nombre de propositions.

En ce qui concerne le plan d'alerte, nous avons rédigé quatre pages de propositions dont certaines ont été reprises. Il nous semble qu'en termes d'alerte, le maillage le plus intéressant est celui que l'on retrouve au niveau de la municipalité, des CCAS. Notre idée est d'avoir un système convergent. La première consigne, qui doit être claire pour tous, est d'alerter en cas de situation problématique, avec des précisions sur le lieu et les méthodes d'intervention à appliquer. Ensuite, viennent tous les problèmes de traitement de cette situation.

A cet égard, l'UNASSAD a soumis un grand nombre de propositions, avec une conception de l'alerte et de la sécurité qui allait relativement loin. En effet, l’une d’elles, qui n'a pas été reprise, était que l'éducation nationale mette en place un brevet de sécurité civile, comme il existe des actions de sécurité routière. Dès l'école primaire et le collège, nous considérons qu'il faut donner aux enfants une culture de la sécurité civile dans laquelle serait incluse la situation des personnes âgées, mais aussi des personnes malades, fragilisées. Cela devrait faire partie des enseignements à l'école et au collège.

Nous sommes conscients que les effets ne se verront qu'à long terme, mais si nous voulons que tous les citoyens aient le bon réflexe au bon moment, cela doit s'acquérir par des mesures de cette nature.

A la question de savoir si nous avons été contactés par les services publics, je répondrai : assez peu. Cela a pu arriver dans quelques départements, pour s'informer sur ce qui se passait. Mais cette prise de contact s'est faite après coup, et non pas au moment de l'événement.

M. le Rapporteur : Une circulaire du secrétaire d'Etat aux personnes âgées du 27 mai 2003, adressée aux préfets et aux DDASS, rappellerait des consignes de vigilance. Ont-elles été répercutées à vos associations ou dans les CCAS ?

M. Emmanuel VERNY : Oui, cette circulaire rappelait des circulaires existantes qui indiquaient une marche à suivre déjà connue, en cas de forte chaleur et de déshydratation. En revanche, le phénomène qui n'était pas connu est celui de l'hyperthermie. En fait, lorsque, pour la première fois, j'ai entendu parler d'hyperthermie, c'était par des médecins qui intervenaient à la radio et à la télévision. Ils alertaient sur la situation dans les hôpitaux et sur le fait que l'hyperthermie était un phénomène d'une gravité beaucoup importante que la déshydratation.

Mais il faut bien garder à l'esprit que nous avons découvert cela au fur et à mesure des informations qui pouvaient parfois être contradictoires. Nous avons constaté la situation beaucoup plus que nous ne l'avons anticipée. Nous avons géré les situations au jour le jour. Notre priorité était de se mobiliser pour aider le plus possible les personnes que nous prenions en charge, durant cette période.

En ce qui concerne les relations avec les familles, nous savons depuis longtemps que notre intérêt est d'entretenir de bonnes relations avec elles. Quand la famille voit arriver une aide à domicile, elle s'interroge souvent sur l'emprise de cette intervenante extérieure sur la personne aidée. Il faut alors un temps d'explication, de pédagogie pour lui faire comprendre que nous n'allons pas la remplacer, mais au contraire aider son parent.

Le problème que nous avons rencontré au mois d'août, c'est que certaines familles étaient en vacances. Nous considérons qu'il ne faut surtout pas les culpabiliser. Pour mémoire, je vous rappelle que 38 % des personnes âgées dépendantes ne sont aidées que par leur famille. Globalement, dans notre société, les familles assument leur rôle. Mais il est vrai que, dans le cas présent, il y a eu une forte chaleur à un moment où les familles étaient absentes, en vacances. *Idem* pour les médecins. Cela explique que, dans certains cas, le contact a été rapide et facile, dans d'autres, plus compliqué. Mais nous n'en tirons aucune conclusion particulière.

M. Pierre HELLIER : Je voulais vous remercier de votre réponse sur l'hyperthermie. En effet, il convenait de protéger les personnes fragiles, non seulement de la déshydratation, mais également de la chaleur, car sa hausse dans la pièce augmentait d'autant leur température corporelle. En ce qui concerne les CLIC, mon sentiment est que, sur le terrain, ce système ne fonctionne pas très bien. Qu'en pensez-vous ?

M. Emmanuel VERNY : Il me semble que tout se passe bien avec les CLIC, dont un certain nombre ont même été créés par nos adhérents. Toutefois, le rayon d'action d'un CLIC est relativement large. Actuellement, il existe 350 CLIC, ce qui n'est pas suffisant pour un maillage fin. C'est la raison pour laquelle la plupart des CLIC n'ont pas pu jouer un rôle déterminant. En tout état de cause, si le nombre des CLIC était plus important et leur rayon d'action plus fin, ils auraient pu jouer un rôle plus important.

M. Pierre HELLIER : Quelles dispositions faudrait-il prendre pour que les CLIC fonctionnent mieux ?

M. Emmanuel VERNY : En premier lieu, il faudrait déjà les rassurer sur leur avenir, de manière politique et non pas administrative. Selon des textes sur les responsabilités locales, les CLIC seraient désormais à la charge des conseils généraux. Il me semble que cela va constituer un poids supplémentaire pour ces derniers qui ont déjà réagi fortement par rapport à l'APA. Comment les CLIC vont-ils être pris en charge ? Les conseils généraux vont-ils s'inscrire dans la logique qui a prévalu jusqu'ici ? Vont-ils plutôt devenir des services administratifs ? Ce sont toutes les questions qui se posent.

Dans notre secteur, nous rencontrons d'énormes problèmes de cohérence des dispositifs. En effet, vous avez l'équipe médico-sociale du conseil général qui peut venir faire une évaluation ; le service d'aide à domicile pour l'aide ménagère à domicile qui dépend du régime de retraite et qui vient faire de l'évaluation. Vous pouvez avoir le SSIAD qui intervient aussi sur prescription médicale, ou une infirmière libérale qui intervient dans le cadre de la démarche de soins infirmiers. Puis, on va ailleurs créer des maisons pour les familles, des maisons pour les personnes handicapées, les CLIC, etc.

C'est un secteur qui souffre d'une dispersion des dispositifs, en termes d'information du grand public. Peut-être faudrait-il moins de dispositifs originaux et plus de présence sur le terrain.

Au lieu de créer des dispositifs pour les personnes âgées, les malades, les familles, les personnes handicapées, etc., il serait préférable de faire un maillage très fin du territoire, avec une présence qui mette, facilement et directement, l'information à la portée de tous les publics, plutôt que de segmenter les différentes populations concernées avec des systèmes compliqués.

Sans compter qu'une personne peut correspondre à plusieurs critères. Elle peut être à la fois âgée, malade, handicapée et dans une famille, voire en bonne santé.

M. Gérard BAPT : Les responsables des établissements pour personnes âgées que nous avons auditionnés nous ont indiqué, comme vous, avoir été alertés le jour de l'interview télévisée du médecin urgentiste, le Dr Pelloux.

Concernant l'hyperthermie, c'est un phénomène qui était peu connu. Il nous a été rapporté que les médecins militaires étaient quasiment les seuls à le connaître.

Pour revenir au secteur du maintien à domicile, je tire mon chapeau à ces associations qui, dès le mois de juillet, pour prévenir les hospitalisations pour déshydratation, ont su se mobiliser pour donner trois litres d'eau quotidiens aux personnes âgées, compenser leurs pertes en eau et en sel. Vous ne connaissiez pas l'hyperthermie, mais vous avez su très bien gérer les problèmes de déshydratation chez les personnes âgées. C'est un point très important à souligner.

Audition conjointe de MM. Jean-Jacques TREGOAT,
directeur général de la DGAS,
et Jean-Marie PALACH,
ancien responsable de la mission Marthe sur la réforme des EPHAD
au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

(Extrait du procès-verbal de la séance du 6 janvier 2004)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

MM. Jean-Jacques TREGOAT et Jean-Marie PALACH sont introduits.

M. le Président : M. Trégoat, vous aviez été entendu par la mission d'information qui a précédé notre commission, le 17 septembre dernier, et vous aviez eu l'occasion de révéler certains dysfonctionnements et cloisonnements au sein de l'administration. Il semble en effet que vous n'ayez pas reçu le communiqué de la DGS, en date du 8 août – ou en tout cas que vous l'ayez eu très tard. D'une manière générale, la communication a été déficiente au sein du ministère de la santé, mais aussi entre ministères. Que faire pour améliorer la situation ? Les réformes envisagées ou en cours traitent-elles ce problème ?

Vous avez également évoqué l'absence de systèmes modernes de communication avec les maisons de retraite. Les DDASS n'ont, semble-t-il, pas de lien direct avec elles, ce qui, dans une période où il faut donner l'alerte, avec des consignes de prévention par exemple, est inadmissible. Avez-vous envisagé des solutions en la matière ?

Nous avons à nous interroger également sur la raison du grand nombre de décès dans certaines maisons de retraite – puisque nous commençons à recevoir des réponses aux questionnaires que nous avions adressés aux DDASS à ce sujet.

Nous avons entendu, fin décembre, les responsables des fédérations d'établissements pour personnes âgées et plusieurs facteurs explicatifs ont été mentionnés : l'architecture inadéquate des bâtiments, notamment dans le nord de la France, le manque de personnel, la sous-médicalisation des établissements...

M. Palach, vous nous donnerez bien évidemment votre point de vue sur le sujet et ferez le point sur la réforme des EPHAD.

M. le Président leur rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête leur ont été communiquées. A l'invitation du Président, MM. Trégoat et Palach prêtent serment.

M. Jean-Jacques TREGOAT : Je tiens d'emblée à vous dire combien j'ai été affecté par ce drame de la canicule qui a causé la mort d'environ 15 000 personnes.

Je souhaiterais d'abord vous rappeler la différence essentielle qui existe entre le monde du médico-social et le monde hospitalier. En effet, nous avons en charge une masse absolument considérable – environ 10 000 établissements pour personnes âgées – qui sont gérés par différentes structures.

Le problème de la communication, au regard de ces 10 000 établissements, est un élément sur lequel nous devons travailler avec les DDASS et les structures locales, afin d'améliorer la circulation de l'information, et ce dans les deux sens. Nous devons être en mesure tout autant de faire descendre les informations que de les faire remonter.

Lors de l'enquête que nous avons lancée à la mi-août pour faire une évaluation du nombre de décès, j'ai été très surpris du peu de lien direct, y compris au plan local, entre nos structures départementales et les maisons de retraite. Certes, leur éparpillement et leur nombre sont un élément qui doit être pris en compte, mais il nous faut réfléchir, avec les moyens modernes de communication qui existent, pour que nous puissions faire passer des informations et avoir des remontées d'information le plus rapidement possible.

Concernant l'historique de la crise, le 8 août 2003, un communiqué, émis par la DGS, est mis sur le site du ministère, site sur lequel on ne se connecte pas en continu sauf à être constamment sur son ordinateur. Mes collègues et moi-même avons demandé depuis que ce type de communiqué nous soit adressé directement sur notre messagerie électronique, sans qu'il soit nécessaire d'aller consulter le site Intranet du ministère. C'est la première disposition que nous avons prise.

Ainsi, quand, il y a quelques semaines, il y a eu un refroidissement important des températures, la DGS a fait un communiqué qui m'est parvenu instantanément par la messagerie. Nous avons donc amélioré notre mode de fonctionnement afin que ces communiqués nous parviennent en temps réel sur la messagerie. Toutefois, on peut s'interroger pour savoir si le fait de recevoir ce communiqué en temps réel, un vendredi soir, aurait suffi pour nous alerter. C'est pourquoi il est également nécessaire d'établir une communication physique entre nous. Pour ce faire, nous avons décidé, avec le directeur de l'hospitalisation et des soins et le directeur général de la santé, de nous réunir.

M. le Président : Cela veut-il dire que vous ne vous réunissiez pas avant ?

M. Jean-Jacques TREGOAT : Ma nomination, à la tête de la direction générale de l'action sanitaire, est intervenue le 9 juillet 2003, et j'ai pris mes fonctions le 10 juillet. Depuis, je n'ai pas quitté mon bureau une seule journée. J'ai été présent tous les jours, et je suis resté de permanence le week-end du 14 août. Je n'ai pas pris une journée.

Nous avons organisé un groupe de travail tripartite qui intervient sur tous les plans, que ce soit la canicule ou les grands froids, visant des populations âgées, handicapées, exclues. Nous travaillons en étroite coopération sur ces sujets qui sont à la frontière de nos compétences.

Vu de l'extérieur, on n'imagine pas la complexité du monde administratif constitué des différents partenaires que sont les communes, les centres d'action sociale, les départements, les groupements interrégionaux ou interdépartementaux, l'Etat dans ses différentes composantes. Des événements comme la canicule ou d'autres à venir, nous obligent à modifier nos méthodes de travail et à transgresser nos frontières administratives pour nous réunir, lorsque nous devons mettre en place des dispositifs importants.

Pour en revenir à l'historique, le 10 août, la fonctionnaire de permanence de la DGAS reçoit, dans un premier temps, un message d'une maison de retraite « Les jardins d'Arcadie » pour un problème de chambres mortuaires. Puis un journaliste du Parisien l'informe de l'existence probable de nombreux décès.

M. le Président : Au niveau de l'administration centrale, votre direction est celle qui assure la « tutelle » des maisons de retraite dans lesquelles il se passe un certain nombre d'événements depuis quelques jours. Or ce n'est que le 10 août, c'est-à-dire le dimanche, que vous êtes alerté sur un problème au niveau d'un funérarium.

M. Jean-Jacques TREGOAT : Tout à fait. Sur toute cette période pendant laquelle je suis physiquement présent à mon bureau, je n'ai reçu aucun coup de téléphone d'une fédération professionnelle, d'une association de maintien à domicile, ou d'une DDASS. Ceci n'est pas forcément anormal puisque, lorsque se pose un problème de nature sanitaire, ce sont plutôt d'autres circuits qui sont actionnés que la DGAS.

La DGAS a certes une tutelle sur les maisons de retraite, mais elle est partielle. Lorsque le 19 août, nous avons organisé une réunion avec l'ensemble des maisons de retraite et des associations de soins à domicile au cabinet du secrétaire d'Etat, ces différents interlocuteurs nous ont indiqué avoir pris les dispositions nécessaires pour parer au mieux à la situation des populations qu'ils avaient en charge. Mais les informations ne sont pas remontées jusqu'à la DGAS.

Dans un message que j'ai adressé le 16 octobre aux DDASS, j'ai demandé que tout incident, même mineur, soit remonté jusqu'à la DGAS. De cette manière, je peux être en mesure d'apprécier si une situation de crise se profile.

En effet, plusieurs points pris individuellement peuvent attirer, lorsqu'ils sont regroupés, l'attention sur un événement en cours. J'ai donc demandé que me soit communiquée, par messagerie électronique, toute information sur des problèmes apparaissant dans une maison de retraite, un établissement pour handicapés, une structure CHRS. Toutefois, au-delà de cette information qui peut nous parvenir, il reste tout un travail qui doit être effectué en amont.

Suite à cette canicule, nous travaillons actuellement à la constitution en interne d'une structure capable de se mettre en état de cellule de crise afin de regrouper les informations, interroger nos partenaires, mais surtout en amont, d'obtenir des indicateurs d'alerte en travaillant notamment avec Météo France. Nous avons élaboré un plan pour l'hiver pour les personnes sans domicile fixe.

L'objectif est de conclure des conventions avec Météo France afin d'être alertés très en amont, de phénomènes de fortes chaleurs ou de froid intense. Le fait d'être alerté, quelques jours au préalable, de la survenue de tels phénomènes, nous permettra de mettre en place des dispositifs appropriés.

C'est cette procédure d'alerte qui nous a manqué. Actuellement, nous essayons de tirer les conséquences en amont, avec nos partenaires, mais également avec les DDASS pour qu'ils nous signalent tout incident, même mineur, le plus rapidement possible.

M. le Président : Pour cette alerte, quelle est l'articulation avec le travail de l'InVS ?

M. Jean-Jacques TREGOAT : Nous ne disposons ni des compétences humaines ni des outils d'alerte. Chacun doit être un élément dans une chaîne d'information. Il revient à l'InVS et à la DGS de nous alerter de tout élément climatique anormal – froid, chaud et inondations. Par exemple, nous savons qu'en Ile-de-France, il y a un risque d'inondations compte tenu des crues que l'on annonce centenaires. Tous ces éléments en amont doivent nous être communiqués pour que nous puissions agir sur nos relais que sont les DDASS.

Mais nous devons également nous appuyer, peut-être beaucoup plus directement, sur les fédérations professionnelles, que ce soit les associations de maintien à domicile qui maillent le territoire ou les fédérations d'établissements, qui sont implantées au plus près du terrain. Sans leur appui, il nous sera impossible, de la direction générale à Paris, de faire descendre des informations aux 10 854 établissements – maisons de retraite, foyers logements et structures dépendant des hôpitaux. Ces structures, éparpillées sur le territoire national, sont, en termes d'encadrement, toutes différentes. Dans les foyers-logements, il y a très peu de personnel. Quant aux maisons de retraite, elles sont de toute taille.

L'alerte est un point essentiel sur lequel nous travaillons. Un projet de loi sera examiné début janvier par le conseil d'Etat, puis soumis au Parlement dans les prochaines semaines. Son premier objectif est la mise en place d'un dispositif d'alerte. Le deuxième, plus difficile à mettre en œuvre, est le repérage des personnes âgées. Si, pendant la crise, beaucoup de personnes étaient restées chez elles, isolées, sans relations avec les services sociaux ou les services de soins à domicile, c'est parce qu'elles n'avaient pas de problèmes particuliers requérant leur intervention.

Nous travaillons sur un dispositif qui présente des problèmes éthiques de deux natures : soit demander aux personnes de se déclarer spontanément, soit rentrer dans un mécanisme obligatoire. Il reviendra au Parlement d'en débattre.

Le projet de loi adopte plutôt l'option d'une démarche spontanée des personnes âgées, pour des raisons déontologiques et d'éthique, mais cela peut se discuter avec les communes et les structures qui signaleront.

En ce qui concerne les dysfonctionnements entre directions, il me semble que mes collègues ne disposaient pas de beaucoup plus d'informations que moi. C'est la raison pour laquelle, dès que nous sentons l'amorce d'un problème, nous devons nous mettre en état de rassembler nos informations.

M. le Président : C'est manifestement ce qui ne s'est pas fait.

M. Jean-Jacques TREGOAT : Certes, mais je n'avais aucune raison de me mettre en relation avec mes collègues, puisque aucune information ne m'était remontée des DDASS, des fédérations professionnelles ou des associations de soins à domicile. Ce n'est que le 10 août que je reçois ma seule information sur un sujet important mais connexe. Cela montre que l'alerte doit être beaucoup plus en amont pour que la DGAS puisse réagir.

Nous travaillons sur cette alerte sanitaire avec des structures compétentes et de travail avec nos DDASS pour très vite pouvoir à la fois recevoir et envoyer des informations.

M. le Rapporteur : J'espère que ces questions d'organisation sont en cours de règlement. Toutefois, on constate, selon les informations qui nous reviennent des DDASS, des départements, etc., d'énormes variations de la mortalité au mois d'août selon les maisons de retraite.

En avez-vous tiré des enseignements au niveau de chaque maison de retraite ? A titre d'exemple, dans la Seine-Saint-Denis, il y a eu une surmortalité qui varie de 25 à 400 %. Dans certains établissements, qui sont au nombre d'une petite dizaine, plus de 50 % des personnes sont décédées au mois d'août, voire 54 % pour une maison de retraite. Il peut y avoir des explications : la nature du statut de l'établissement, les GIR,... Dans les USLD, la mortalité est certainement plus forte.

Néanmoins, il y a d'autres explications sur lesquelles nous pouvons nous interroger et tirer des conséquences sur la gestion de tel ou tel établissement. C'est bien de dire que vous allez maintenant mieux les connaître, il serait temps, mais il faut néanmoins tirer des conclusions de ce qui s'est passé.

M. Jean-Jacques TREGOAT : Le 10 août, nous prenons conscience de la situation, nous avertissons le cabinet du secrétaire d'Etat. Dès les 11 et 12, nous diffusons des communiqués. Le 14 août, je diligente une enquête auprès des DDASS en leur demandant une remontée d'information très rapide de la mortalité dans les différents établissements.

Nous constatons de très fortes disparités sur le territoire national, dans les régions, voire à l'intérieur des départements. Dans la Creuse, on enregistre beaucoup plus de décès que dans d'autres départements voisins. Nous avons quelques difficultés à nous expliquer ce phénomène, car on peut supposer que la sociologie, les revenus, l'âge sont relativement proches.

Je resterai donc très prudent, compte tenu des compétences que nécessite une analyse de ce type, sur les distorsions entre établissements dans une même région, voire un même département. Dans les travaux en cours, commandés à un certain nombre d'organisations compétentes, il conviendra d'examiner de près les corrélations, avant de prendre des décisions. Il conviendra d'établir s'il faut renforcer les moyens dans tel établissement plutôt que dans tel autre, s'il y a une corrélation entre le taux d'encadrement et le nombre de décès, si le bâtiment comporte plus de baies vitrées. Nous avons besoin d'une analyse fine, maison de retraite par maison de retraite et département par département, laquelle est en cours sur le terrain.

Pour ma part, je ne peux pas, aujourd'hui, au vu des informations dont je dispose, apprécier ces différences de situations.

M. le Président : Ce travail d'analyse est-il fait par les DDASS, administrations de l'Etat, maison de retraite par maison de retraite ? En effet, hormis elles, je ne vois pas quel organisme pourrait effectuer ce travail.

M. Jean-Jacques TREGOAT : J'avais déjà demandé aux DDASS de nous faire remonter, de la façon la plus exhaustive possible, des informations couvrant la période du 14 au 20 août. Toutefois, compte tenu des délais, l'exhaustivité ne pouvait être totale.

Je sais que vous avez demandé, au titre de la commission, à disposer d'un travail plus complet. Notre objectif a été d'obtenir le maximum de renseignements à partir du 14 août. Ensuite, nous sommes passés dans la phase du plan vieillissement et la recherche de solutions pour que ce drame ne se reproduise pas. Dans le dossier que je vais vous remettre, vous trouverez toutes les remontées des conseils généraux et des DDASS, que je dois maintenant analyser.

Au-delà de ce travail d'analyse, il conviendra également d'examiner les dispositions prises dans tel et tel département. Nous allons devoir, dans les semaines qui viennent, dépouiller une quantité impressionnante de réponses, car elles concernent un nombre considérable d'établissements. C'est un travail de collecte et de dépouillement que nous avons demandé aux DDASS. Mais il va s'agir maintenant d'exploiter ce travail et de comprendre les raisons de ces distorsions considérables relevées entre établissements.

M. Gérard BAPT : Vos propos montrent que, par rapport à ces disparités, on recherche encore les situations de plus grande vulnérabilité. A domicile, il y a les personnes qui bénéficiaient de soins, d'autres pas. En matière d'établissement, il y a les établissements conventionnés et ceux qui ne le sont pas. Dans les hôpitaux, il convient de distinguer les longs séjours des autres services. Il est important que cette étude soit faite.

Cela étant, les DDASS et les DRASS sont, au moins pour partie, sous votre compétence. Dès le 8 août, j'avais lu, dans un rapport de la fédération hospitalière, qu'une cellule de crise avait été mise en place à l'initiative du sous-préfet de Cholet, avec la DDASS et le préfet. Le 8 août, cette DDASS met donc en place une cellule de crise, alors que vous-même, le 10 août, n'êtes pas encore informé par une seule DDASS. Cela pose un gros problème de transmission.

J’ai fait une proposition à la DGS qui m'était venue du terrain. Il existe un réseau d'alerte pour la grippe. Avec les gériatres et les services hospitaliers, serait-il possible d'étendre ce réseau à toutes les pathologies qui pourraient correspondre aux personnes âgées, en prenant en compte à la fois les établissements et les services de soins à domicile ?

Ma troisième remarque a trait au recensement pour lequel il convient de s'appuyer sur les collectivités locales. Je ne vois pas quel problème d'éthique pourrait se poser. On recense bien, pour l'inscription automatique, les jeunes de moins de 18 ans sur les listes électorales lorsqu'ils arrivent à l'âge requis. Je crois que cela pourrait se faire en relation avec les collectivités locales.

Nous avons entendu les responsables d'établissement, les responsables de soins à domicile. Maintenant, c'est vous qui nous dites avoir été alerté par un journaliste du Parisien. C'est quand même extraordinaire que, dans tous les secteurs, ce soit les journalistes qui aient donné l’alerte.

M. Serge BLISKO : Tout d'abord, je m'étonne de cette absence de fluidité dans l'information qui est tout à fait navrante.

Mes questions sont les suivantes. A ce travail sur les 10 854 établissements pour personnes âgées, pouvez-vous ajouter les établissements qui accueillent les personnes handicapées, comme les MAS ? En effet, on a pu constater, dans ces établissements, des décès de personnes jeunes, mais en très mauvaise santé ou sous traitement médical. Ces établissements sont-ils sous votre tutelle ?

Deuxième point, M. Trégoat, je connais votre sens du service public depuis des années. On entend dire que la DGAS n'est pas très bien dotée, que ce soit en personnels ou en moyens. C'est une des directions qui a le plus d'établissements sous sa tutelle, mais qui reste un peu le parent pauvre du ministère de la santé ou des affaires sociales selon son rattachement.

Nous savons que votre direction a en charge l'ensemble des établissements pour personnes âgées. C'est un secteur complexe en raison de la diversité des statuts administratifs – départemental, communal, hospitalier, associatif, privé. Cette crise vous a-t-elle permis de demander des moyens supplémentaires et d'alerter sur le fait qu'une des raisons à l'origine de ce drame, est aussi la faiblesse de l'encadrement administratif ? Je vous rassure, ces problèmes sont bien antérieurs à votre arrivée, le 10 juillet 2003.

Pourriez-vous nous donner des informations plus précises sur le questionnaire que vous allez faire circuler dans les quelque 10 000 établissements, par l'intermédiaire des DDASS ?

M. le Président : En effet, il serait utile de préciser de nouveau ce point. Au vu des remontées des questionnaires que nous avons adressés aux DDASS, nous ne pensons pas que nous aurons un compte rendu complet de ce qui s'est passé dans les établissements.

M. Serge BLISKO : Il faut corréler les informations sur l'architecture des maisons de retraite – surfaces vitrées, etc. – avec le taux d'encadrement, médical ou pas, et de personnel soignant. Ce sont des questions très importantes, que ce soit sur le bâti ou sur l'encadrement humain, dont les réponses seront des guides pour l'avenir.

M. Jean-Paul BACQUET : Depuis le début de cette commission d'enquête, nous avons entendu un certain nombre d'intervenants qui, tous, ont donné quelques éléments sur leur vécu de la crise, considérant d'une façon unanime qu'il y a eu une incapacité d'anticipation et en même temps, une incapacité de coordination.

Je suis extrêmement surpris des propos que je viens d'entendre. Cette espèce de logorrhée technico-administrative ne nous apprend strictement rien, notamment lorsque vous concluez en disant qu'avec une alerte plus en amont, on pourrait avoir un travail plus réactif, que l'on va conclure la question par un projet de loi.

Etes-vous sûr qu'une nouvelle loi va régler le problème, lorsqu'il s'agit de dénoncer l'incapacité d'anticiper et le manque de coordination ? Etes-vous sûr que les dysfonctionnements de cet été seront réglés par une loi ? Très franchement, je dois dire que c'est la première fois, depuis le début de cette commission d'enquête, que j'ai l'impression d'entendre un « zombie », totalement à côté de la réalité.

Je viens de vivre une situation d'inondation dans mon département. Tous les intervenants, qu'ils soient pompiers, gendarmes, élus, ont fait ce qu'ils pouvaient. La cellule de crise de l'eau n'a jamais été capable de savoir quel était le niveau de l'eau et jusqu'où elle allait monter. Même dysfonctionnement ! Est-ce une loi qui va régler cela ? Je dois vous dire que je ne comprends plus.

M. le Président : La parole des parlementaires est libre. Cela étant, en ma qualité de Président de la commission, je ne peux accepter que de tels qualificatifs soient portés à l'encontre d'un responsable d'administration.

Sur le projet de loi en question, je suis moi-même dubitatif, d'autant que, dans la loi de santé publique, nous avions déjà l'annonce et des amendements déposés pour, paraît-il, répondre aux dysfonctionnements que nous avions constatés lors de la canicule, notamment sur l'alerte. Et on nous annonce maintenant un nouveau projet de loi…

Cela étant, c'est le ministre qui le présentera. En tant que responsable d'administration, vous nous avez fait part d'un travail que vous menez actuellement avec les autres administrations.

On peut porter toutes les appréciations que l'on souhaite sur le fond des interventions, mais je tenais à dire qu'en tant que Président de commission, je tiens au respect des personnes entendues. D'autant que M. Trégoat n'était pas, parmi les responsables d'administration centrale, celui qui était le plus en ligne directe et celui qui était le plus ancien en responsabilité, puisqu'il n'a pris ses fonctions qu'un mois à peine avant le début de ces événements.

M. Edouard LANDRAIN : A travers vos propos, nous constatons deux choses. La première, c'est qu'il n'y avait rien en matière de système d'alerte quand vous avez pris vos fonctions. La deuxième, c'est qu'il y a nécessité de mettre en place un système d'alerte fiable – loi ou pas loi – conforté par un repérage des personnes âgées, obligatoire ou non.

Nous sommes en janvier 2004, les jours s'allongent, l'été va bientôt arriver. Pensez-vous qu'en mai ou juin prochain, vous aurez mis en place le système que nous attendons tous, car nous avons toujours dénoncé l'absence de plan. Quand le ministre a pris ses fonctions, il n'y avait aucun système. Cela suppose que, depuis des années, parmi les différents gouvernements et ministres successifs, personne n'avait imaginé qu'un tel drame puisse se produire. Pensez-vous pouvoir mettre en place, en l'espace de quelques mois, un dispositif fiable qui nous permette de passer sereinement l'été prochain ?

M. le Président : La question de fond est de savoir gérer une situation de crise, que ce soit la canicule ou tout autre événement.

M. Pascal TERRASSE : Certains interlocuteurs que nous avons entendus ici, au cours des différentes auditions, nous ont indiqué qu'un des moyens de régler les problèmes d'hyperthermie, dans les institutions sociales et médico-sociales, résidait dans la mise en place de climatiseurs. Sur ce point en particulier, j'ai souvenir dans une vie antérieure, en tant que chef d'établissement, que la DDASS avait refusé, en 1995, que l'établissement que je dirigeais soit doté de ces appareils de climatiseurs en raison de risques. Malgré tout, cela a été fait et cela a permis à cet établissement, que j'ai visité cet été, de ne connaître aucun problème. Aujourd'hui, on assiste à un retournement des esprits favorable à la climatisation.

En tant membre de la commission des finances, j'ai constaté que les crédits affectés au titre VI de votre ministère et de la direction dont vous avez la charge, avaient été amputés de près de 60 % durant l'année 2003. Le titre VI concerne les investissements au titre du secteur social et médico-social, humanisation inscrite essentiellement dans le cadre des compléments au contrat de Plan. J'aimerais avoir votre opinion sur ce gel des crédits. Pensez-vous que le budget 2004, s'agissant toujours du titre VI, correspond aux attentes des professionnels ?

Une autre question s'adresse plus particulièrement à M. Jean-Marie Palach, même s'il a quitté ses fonctions en tant que responsable de la mission Marthe et concerne les problématiques liées à la réforme de la tarification. Sur la nomenclature comptable des établissements et s'agissant de la réforme de la tarification, on constate qu'un certain nombre de problématiques peuvent être prises en charge par l'assurance maladie. Les climatiseurs feraient-ils partie de ces possibilités ?

Par ailleurs, il n'y a pas d'obligation aujourd'hui, pour les établissements médico-sociaux, de disposer de groupes électrogènes. C'est là encore une question importante. On peut mettre des climatiseurs, mais en cas de coupure, comment faire ? En allant plus loin, les établissements pour personnes âgées ont des besoins énormes : le climatiseur en est un, de même que le groupe électrogène.

Je suis soucieux sur le déroulement des années à venir, sachant qu'il y a un manque d'équipement dans ces établissements médico-sociaux. Je souhaiterais donc avoir de votre part une analyse fine et prospective.

M. Pierre HELLIER : On a parlé de notion de crise et d'alerte. Certes, les crises sont imprévisibles par définition ; en revanche, on peut prévoir des systèmes d'alerte qui permettraient d'informer sur toutes les situations de crise.

Il conviendra également de mener une réflexion sur l'architecture des maisons de retraite et la façon dont elles doivent être construites. On sait que la température et l'hyperthermie ont été les causes des nombreux décès. Faut-il climatiser l'ensemble du bâtiment ou simplement avoir une pièce climatisée ? Faut-il autant de baies vitrées ? Par exemple, dans la maison de retraite de mon canton, le personnel a occulté les fenêtres avec des cartons pour protéger les pensionnaires du soleil.

M. le Président : Deux types de questions ont été posées. Il serait utile que M. Trégoat revienne sur les questions d'alerte, d'organisation de la réponse et de la gestion de l'ensemble de ce secteur social et médico-social. D'autre part, un certain nombre de questions concernent les moyens qui pouvaient exister, les problèmes de tarification sur lesquels M. Palach pourrait nous apporter des éclairages.

Nous avons le sentiment aujourd'hui que nous aurons du mal à obtenir des informations sur la manière dont les choses se sont passées dans chacune des maisons de retraite, notamment lorsqu’il s’agira d’identifier ce qui peut expliquer les distorsions entre les maisons de retraite. Il nous revient d'ailleurs, de la part des DDASS, que les maisons de retraite estiment avoir déjà répondu à de nombreux questionnaires. C'est peut-être vrai, et il n'est pas question de multiplier les sollicitations en la matière.

Ceci étant, quand on constate des différences très importantes d'une maison à une autre, il est tout de même intéressant d'aller vérifier les raisons de ces différences. Certes, diverses causes ont été évoquées. Mais quand, dans une maison de retraite, plus de la moitié des personnes hébergées sont décédées, cela nécessite de s'interroger.

M. le Rapporteur : Il est tout à fait exact qu'il est très difficile d'obtenir l'information sur ce qui s'est réellement passé. A titre d'exemple, l'InVS estime que 63 % des personnes âgées, décédées à l'hôpital, venaient d'institutions. Dans le questionnaire aux maisons de retraite, nous avons posé la question sur le nombre de résidents décédés dans l'établissement même et le nombre de résidents décédés à l'hôpital. Mais nous ne sommes pas sûrs que ces personnes n'aient pas été comptabilisées deux fois.

Néanmoins, ce genre d'information est indispensable. Une telle affaire est très liée à la médicalisation et à l'état de santé des personnes lorsqu'elles ont été transférées à l'hôpital. Pourquoi les retrouve-t-on au dernier moment aux urgences ? Ce sont des questions sur la chaîne de soins qui sont importantes pour tirer des leçons pour l'avenir.

M. Serge BLISKO : J'appuie ce que dit le Rapporteur. Si on applique un calcul simpliste au chiffre global, ce serait une personne par maison de retraite qui serait décédée en plus, mais ce n'est pas le cas. Nous sommes là au cœur d'un problème de prévention, indépendamment de l'organisation de l'administration ou des pouvoirs publics.

Mais il y a quand même un guide pour l'action. Pourquoi se lancer dans la climatisation s'il apparaît que c'est autre chose qu'il faut ? Cela peut être le fait que la nuit, il y a moins de personnels et qu'il faut donc renforcer les équipes de nuit. L'analyse statistique peut nous donner ces informations.

J'ai été médecin militaire. Quand nous étions confrontés à un problème, nous étions accablés de documents à remplir, pour connaître les circonstances de l'incident ou de l'accident. Je devais le faire, malgré les incertitudes qui demeuraient. Je me permets d'insister, une commission d'enquête parlementaire a des pouvoirs relativement étendus. Je ne pense pas qu'on puisse nous opposer la complexité ou le fait que les directeurs de maison de retraite ont déjà répondu à de nombreux questionnaires.

M. Jean-Jacques TREGOAT : Je n'ai pas dit qu'il n'y avait pas eu de dysfonctionnements. Je l'ai dit et je l'assume, même si je suis arrivé récemment. Mon objectif est que nous puissions mieux travailler entre directions d'administration centrale sur des sujets souvent à cheval entre plusieurs directions. La nécessité de travailler ensemble est indispensable, puisque nous aurons toujours des frontières administratives.

Je n'ai pas eu d'information selon laquelle une réunion avait eu lieu avec la DDASS dans le département que vous avez cité. Mais de façon générale, les DDASS, quand elles disposaient des informations, les faisaient plutôt remonter vers la DGS. C'est la raison pour laquelle j'expliquais tout à l'heure que je souhaitais que l'on fasse également remonter ces informations, dans les autres directions proches du secteur de compétence. Sinon, nous serons toujours en rupture d'informations entre telle et telle direction.

J'insiste bien sur le fait que nous allons progresser, car ce drame montre que l'administration, dont celle que j'ai reprise, doit, sur ce point, s'améliorer. J'en ai parfaitement conscience et je m'y efforce plus que le temps nécessaire, car nous travaillons sur des populations très fragiles et c'est notre devoir d'améliorer notre fonctionnement.

Vous avez ensuite évoqué un réseau Sentinelle qui pourrait faire remonter un certain nombre d'informations. Si j'ai parlé d'un texte législatif, ce n'est pas pour avoir une loi de plus. Pour ma part, je suis plutôt un fonctionnaire de terrain, mais il faut, à un moment donné, que nous disposions d'outils nous permettant de demander aux communes de procéder au recensement que vous avez évoqué. Sans loi, nous n'avons aucune possibilité de le faire juridiquement. Je suis désolé d'avoir laissé à penser que la solution était dans la loi, elle est dans les hommes, mais aussi dans les outils juridiques dont on essaie de se doter.

Je regrette le manque de fluidité de l'information, comme vous. C'est pourquoi nous nous employons à mettre en place un dispositif beaucoup plus fluide. Toutefois, il faut tenir compte du fait que nous avons 10 000 établissements qui relèvent, mais partiellement, de la DGAS puisque, par exemple, nous n'avons pas de tutelle sur des unités de soins de longue durée. Il y a une dispersion des tutelles, en termes de responsabilités. Nous participons à la gestion de cette tutelle, mais avec d'autres. Je ne dis pas cela pour me dédouaner de mes responsabilités. Mais avec les différentes tutelles, nous devons rassembler nos informations pour pouvoir mieux les traiter.

Il existe environ 25 000 structures sociales et médico-sociales qui représentent un million de places. Mais là encore, la DGAS n'a pas la responsabilité de tous les établissements médico-sociaux. Certains dépendent de l'assurance maladie, d'autres en partie des départements et de l'assurance maladie, d'autres des départements seuls, ou des CCAS. Certains établissements ont des structures juridiques très différentes ; il y a des maisons de retraite publiques autonomes, etc. Nous sommes là dans une complexité sur laquelle nous devons nous interroger.

Nous devons aussi parvenir à simplifier cette circulation de l'information. Dans un monde complexe, pour faire remonter l'information, cela suppose aller à plusieurs sources. J'en profite pour répondre à votre question, nous n'avons pas mené d'enquête exhaustive auprès des DDASS. Ce que nous leur avons demandé, le 14 août, c'est de nous faire remonter, le plus rapidement possible, le nombre de décès enregistrés dans la période du 1er juillet au 15 août 2003 et ceux de la période identique en 2000, 2001 et 2002, pour pouvoir comparer la surmortalité.

Nous avons constaté, au vu de ce premier bilan, un taux de surmortalité de 43 %, avec des dispersions extrêmement importantes, sur lesquelles il y a un problème de méthode. Nous allons devoir sérier les résultats pour aller vers les dispersions les plus importantes et qui paraissent les plus aberrantes.

Il est intéressant de déterminer les raisons pour lesquelles, dans tel et tel département, telle et telle région, il y a des dispersions en termes de décès. C'est un travail que nous devons mener avec des médecins et des professionnels, car il faut connaître la pathologie, les GIR, l'âge moyen des personnes, les pathologies associées…

Nous devons aussi utiliser les expériences très positives, comme celle d'occulter les fenêtres. Peut-être faut-il trouver d'autres solutions comme avoir en stock de la glace, des vessies, des ventilateurs. Nous devons être pragmatiques pour pouvoir répondre à des situations inattendues.

S’agissant des moyens humains, nous avons 220 agents en moyenne sur le tableau des emplois de la DGAS et une partie des DDASS qui travaillent, non seulement pour la DGAS, mais aussi pour d'autres directions.

Le bureau des personnes âgées compte environ une douzaine de personnes, mais nous n'avons pas la compétence sur l'ensemble du secteur des personnes âgées. Nous avons des compétences sur les tarifications, etc., mais qui sont partagées avec d'autres. Nous devons nous interroger sur la bonne affectation des ressources humaines sur les secteurs des affaires sociales, et je demanderai d'avoir le meilleur budget possible en fonctionnement et en investissement.

Concernant l'investissement, je vous ferai parvenir une fiche très complète sur les contrats de Plan Etat/région pour lesquels vous avez signalé des gels. Nous nous sommes battus pour avoir un dégel de ces crédits en investissement, nous l'avons obtenu fin 2003 et nous espérons avoir le complément en 2004.

Sur la climatisation, nos deux ministres nous ont demandé, à Edouard Couty et à moi-même, par une note toute récente, une évaluation des avantages et inconvénients d'une climatisation, partielle ou totale, dans les maisons de retraite, pour la fin février. En collaboration avec la DHOS, nous allons étudier, avec des architectes et des médecins, cette question.

Déjà au mois d'août dernier, j'esquissais un certain nombre de pistes parmi lesquelles je citais la pièce climatisée, piste qui m'avait été donnée par des gens de terrain. Nous devons étudier la partie technique et nous assurer qu'il n'y a pas plus de risque à prendre tel dispositif par rapport à tel autre.

M. le Président : Je crois pourtant me souvenir que le ministre avait indiqué, lors de son annonce du plan « Vieillesse solidarité », que chaque établissement disposerait d'une pièce climatisée. Etes-vous de nouveau en train de vous poser la question ?

M. Jean-Jacques TREGOAT : Nous travaillons sur la manière dont nous pourrions climatiser.

M. le Rapporteur : Des experts, voire des gens de bon sens – ce qui n'est pas incompatible –, estiment que la climatisation, d'une pièce au moins, est un minimum. Même si elle présente des inconvénients, ses avantages paraissent nettement plus importants. Je comprends mal que l'on soit encore à se demander, au début du mois de janvier, six mois après la canicule, s'il sera intéressant ou non d'installer la climatisation dans les maisons de retraite.

Sans vouloir critiquer la manière de fonctionner de l'administration, je trouve cela curieux. Je peux vous signaler qu'a été ouverte, avant-hier, une maison de retraite à Laval pour laquelle les travaux de climatisation ont été ajoutés dès le mois de novembre.

M. Jean-Jacques TREGOAT : Le consensus penche pour qu'il y ait au moins une pièce climatisée. Toutefois, nous devons vérifier que cela ne génère pas d'autres problèmes, mais nous allons le faire très vite. Nous sommes sur cette voie de la climatisation. C'est d'ailleurs une piste que j'avais intégrée dans mon propre rapport suite à la canicule, car cela me paraissait relever du bon sens.

M. Pierre HELLIER : Il n'est pas interdit aux experts de réfléchir, voire de revenir sur ce qu'ils ont décidé précédemment. Si le risque de légionellose devient extrêmement important dans ce pays – et personne ne peut prévoir le contraire –, je ne serai pas choqué, bien qu'ayant été partisan de la pièce climatisée dans chaque établissement, que l'on revienne sur ce point. Par exemple, on a découvert, vingt ans après, que l'amiante était dangereuse. C'est un excellent produit, hormis le fait qu'il a des conséquences dramatiques en matière de cancer.

M. le Président : Tout cela montre bien la difficulté de traiter des problèmes sanitaires.

M. Jean-Marie PALACH : Je me propose de vous donner quelques éléments de repère sur la réforme de la tarification qui, de fait, est la politique publique en direction de ces établissements qui reçoivent des personnes âgées dépendantes.

M. le Président : Pouvez-vous aborder les problèmes de la médicalisation, les problèmes d'encadrement, puisque cela fait partie de la réforme des EPHAD ? Un des problèmes auxquels nous avons été confrontés durant cette période est la sous-médicalisation des maisons de retraite.

M. Jean-Marie PALACH : Je reprendrai par le champ d'application en rappelant que le nombre des établissements se situe entre 10 000 et 11 000. Quand on parle de réforme de la tarification, on prend en compte non seulement le médico-social, mais également les établissements sanitaires. L'enjeu est donc bien d'appliquer un ensemble de dispositions juridiques à tous les établissements qui reçoivent des personnes dont le degré de dépendance est supérieur à un certain seuil.

La justification de cette réforme, qui demande beaucoup d'efforts aux gestionnaires d'établissement, à nos services déconcentrés et aux services des départements, est que, dans les années 90, il y a eu un consensus pour constater qu'il existait un grand nombre d'imperfections dans la situation de ces établissements recevant des personnes âgées dépendantes.

Je citerai les trois imperfections les plus importantes. La première, c'est que nous savions pertinemment qu'un certain nombre de ces 11 000 établissements avaient fait de gros efforts de qualité pour accueillir dignement ces personnes qui, pour la plupart, vont passer le reste de leur existence dans ces établissements. Mais dans le même temps, nous savions que beaucoup d'autres n'avaient pas fait cet effort de qualité et restaient mal connus de nos propres services déconcentrés. Cela rejoint une question qui a été posée. Nous n’avions pas, par nos propres services déconcentrés, une bonne connaissance d'une partie de ces établissements. C'était parfois au détour de crises qu'on les découvrait et que l'on prenait une décision de fermeture.

Le deuxième biais, c'est que nous n'avions pas de critères objectifs sur l'allocation des moyens publics, notamment des moyens d'assurance maladie. Différents mécanismes coexistaient qui étaient apparus successivement : des sections de cure médicale dans certains établissements, des forfaits long séjour pour les établissements sanitaires, des forfaits soins courants et, dans d'autres établissements, des interventions à l'acte remboursées par l'assurance maladie des professionnels.

De plus, il pouvait éventuellement y avoir la coexistence de deux de ces mécanismes dans les mêmes établissements, section cure médicale pour partie de l'établissement, intervention à l'acte pour une autre partie. Ces moyens d'assurance maladie, dans tous les cas, ne reposaient pas sur l'analyse de l'état de santé ou de la dépendance des personnes qui résidaient en hébergement.

Enfin, nous entendions déjà, à l'époque, cette remarque de l'ensemble des professionnels du secteur sur l'insuffisance des taux d'encadrement.

La réaction des gouvernements successifs a été de dire qu'il fallait mettre en place une réforme qui permettrait à la fois d'améliorer la qualité et de s'assurer que, dans l'ensemble des établissements, il y aurait un niveau minimum de qualité offert aux personnes hébergées.

Le deuxième moyen était que l'on aurait une méthode d'allocation des moyens publics qui reposerait sur des critères objectifs, avec une composition de population comparable.

Enfin, l'augmentation des moyens publics était indispensable si on voulait, dans le même temps, améliorer le nombre de professionnels compétents qui s'occupent des personnes âgées.

Tout cela a débouché sur ce que l'on appelle la réforme de la tarification. Je rappelle qu'il faut entendre ces mots au sens large, c'est-à-dire l'ensemble des textes de 1999, la loi du 20 juillet 2001 et les textes d'application qui ont débouché sur le cadre juridique actuel.

Cette réforme entre progressivement en vigueur. Sur le champ d'application de 11 000 établissements, nous estimons en avoir entre 6 000 et 7 000 qui sont dans le champ d'application obligatoire, dont le degré des personnes accueillies est supérieur au seuil de 300. L'entrée dans ce nouveau dispositif juridique se traduit par la signature d'une convention tripartite entre l'établissement, les représentants de l'Etat et le département. A la fin du mois de novembre 2003, nous avions 2 144 conventions signées, à comparer avec les 6 000 et 7 000 établissements qui ont vocation à entrer dans cette réforme. En d'autres termes, le tiers des établissements était entré dans cette réforme.

Ces 2 144 signatures de conventions tripartites se sont accompagnées d'un engagement de crédit de l'assurance maladie de 477 millions d'euros. Ces éléments financiers sont établis par le ministère sur les signatures de convention.

M. Pascal TERRASSE : Nous avons là un réel problème. En effet, les chiffres de l'assurance maladie sont de 265 millions d'euros, corroborés par la fédération hospitalière de France. Ils ont été communiqués récemment au ministre, par un courrier du président de ladite fédération.

M. Jean-Marie PALACH : Je vous donne une précision très importante. Les 477 millions d'euros correspondent à des crédits bruts, c'est-à-dire l'enveloppe identifiée pour cette réforme de la tarification au sein de l'ONDAM. Mais pour partie, elle correspond à des transferts de crédits d'assurance maladie qui proviennent d'autres enveloppes. L'effet de cette réforme est de substituer des crédits forfaitisés par établissement à une partie de crédits d'assurance maladie qui étaient dépensés en soins de ville.

M. le Président : Ce que vous voulez dire, c'est que cela n'a pas apporté autant de crédits supplémentaires que l'affichage le laisserait penser.

M. Jean-Marie PALACH : Tout à fait. Ces 477 millions d'euros ne sont pas des crédits supplémentaires.

M. Pascal TERRASSE : Je suis heureux de vous l'entendre dire ! En fait, les crédits supplémentaires sont de 265 millions d'euros.

M. Jean-Marie PALACH : La deuxième précision importante, qui apporte une réponse à votre question, c'est que les 2 144 signatures de convention se sont accompagnées de 10 135 créations d'emploi, financées par ces crédits. Il s'agit d'emplois d'infirmiers, d'aides-soignants, d'ANP et de médecins éventuellement salariés.

En ce qui concerne les taux d'encadrement, malheureusement, notre système ne nous permet pas d'avoir des informations complètes et détaillées que je pourrai vous communiquer uniquement via l'enquête EHPA qui est renouvelée cette année. Mais les derniers éléments que nous avions sont ceux de l'enquête EHPA de 1996. Depuis, il n'y a pas eu d'enquête lourde et exhaustive EHPA, pour des raisons essentiellement économiques.

Cette enquête vient récemment d'être renouvelée. Lorsque nous recevrons les résultats, nous pourrons déterminer l'augmentation, notamment des taux d'encadrement, pour toutes les catégories de personnel par rapport à 1996, mais ce ne sera fait qu'à la fin de l'année. Ce dont nous disposons actuellement, ce sont des modifications intervenues pour les établissements signataires de convention.

M. le Président : En d'autres termes, quand le taux de 0,4 est évoqué, notamment par les gestionnaires d'établissement, c'est un taux apprécié en 1996 ?

M. Jean-Marie PALACH : Ce sont, soit des éléments exhaustifs de 1996, soit de quelques autres études, mais faites par échantillon sur la France entière. Le taux de 0,4 doit donc dater de 1996.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : J'aimerais savoir quel est l'état des dépenses réelles affectées à la réforme de la tarification en 2002 et en 2003. Les chiffres des suppressions de crédits, d'abord de gel puis de crédits, nous ont amené à penser qu'environ 270 millions d'euros avaient été supprimés entre 2002 et 2003. J'aimerais obtenir des chiffres exacts sur ce point.

Ma deuxième question concerne également les moyens de financement. Quel est l'état du stock de demandes de signatures de convention tripartite ? Nous avons entendu clairement, dans le cadre de la plupart des DDASS, une demande de la situation des conventions prêtes à signer et qui, en fait, étaient bloquées parce que les crédits n'existaient pas.

Ma troisième question concerne un travail plus général. J'aimerais savoir comment, dans le cadre soit de la DGAS, soit de la mission Marthe, a été entamé un travail d'analyse sur ce qui s'est passé cet été, avec l'ensemble des structures concernées, que ce soit les DDASS, les préfectures, les conseils généraux et les maisons de retraite.

Je suis impressionnée par le fait que les dispositifs de compréhension du phénomène ne sont pas maîtrisés. Tout se passe comme si l'on tirait des conclusions rapides. Je n'ose imaginer ce qu'ont pu être ces réunions de travail au ministère des affaires sociales et au secrétariat d'Etat, juste après la canicule. On constate l'absence totale de méthodologie pour mener à bien ce travail d'analyse.

Mon sentiment profond est que la gravité de la situation de cet été découle de deux éléments. D'une part, il y avait une véritable absence de connaissance sur le risque de mort pour les personnes âgées face à la canicule, notamment l'hyperthermie. Les dangers de la déshydratation étaient connus, mais les dangers de l'hyperthermie ne l'étaient pas. D'ailleurs, s'ils avaient été connus, peut-être que, dans le cadre de la réforme de la tarification, l'hyperthermie serait clairement apparue dans la liste très importante des dangers identifiés.

D'autre part, les besoins dans les maisons de retraite, en termes de formation et de personnel, sont très peu connus. Le monde politique et des décideurs n'est absolument pas sensibilisé à cette question. Comme il n'existe pas de lobby à part les professionnels, cela arrange tout le monde.

M. Serge BLISKO : Depuis 2001, on navigue entre deux notions : s'agit-il d'une aide à la personne ou à l'établissement ?

M. Pascal TERRASSE : Concernant la réforme de la tarification, l'animateur de la mission Marthe nous a indiqué que près de 30 % des établissements étaient entrés dans le dispositif, les deux tiers restants devant y entrer dans les années à venir, sur le plan qui court jusqu'en 2006.

La mission Marthe a été intéressante à plusieurs égards. Tout d'abord, elle a été l'ingénierie de la mise en place du dispositif. Par ailleurs, pour de nombreux chefs d'établissement, elle a été un moyen de pouvoir disposer d’une information continue permanente. Lorsque j'ai reçu plusieurs demandes, je me suis adressé à vos services où j'ai obtenu toutes les réponses que je souhaitais. Des mesures expérimentales ont même été mises en place sur des médecins coordonnateurs. Nous avons fait des choses assez extraordinaires avec vous-même et votre prédécesseur.

A la lecture d'une revue spécialisée ce matin, j'ai appris que cette mission devait disparaître. Je tenais à vous dire que cela est regrettable. Si on veut continuer dans la voie permettant aux établissements d’entrer dans le cadre de la réforme de la tarification, c'est maintenant que les vraies difficultés apparaissent. En effet, les établissements qui sont entrés dans la réforme jusqu'à aujourd'hui étaient ceux qui étaient sous-médicalisés.

Désormais, vont être concernés les établissements type hôpitaux locaux, dans lesquels les dispositifs en place font que nous savons pertinemment que la réforme de la tarification ne sera pas à leur avantage. C'est maintenant que les difficultés commencent. Sans une *Task Force* en mesure de mobiliser les acteurs sur le terrain et de répondre régulièrement, le plan médicalisation 2002/2007 risque fort de se heurter, à la fois à l'incompréhension des professionnels et à un dysfonctionnement très fort.

Je vous mets en garde dès maintenant. Je profite de la présence de nos deux interlocuteurs pour dire que le travail de M. Palach a été excellent.

M. Jean-Marie PALACH : Je n'ai pas de chiffre à vous livrer sur les demandes de signature de convention qui seraient déposées car nous n'en faisons pas le recensement. Si nous le faisions, nous serions obligés d'être très prudents.

En effet, nous savons que pour partie, ces projets de convention, lorsqu'on les instruit, s'avèrent insuffisants, en raison de la lourdeur de la démarche d'élaboration d'un cahier des charges, dans chaque établissement, d'un projet de vie et d'un projet de soins.

Mais il est clair, dans presque tous les départements, que des établissements ont déposé des projets de convention et souhaiteraient que celles-ci soient signées. Sur les 4 000 à 4 500 conventions qu'il reste à signer, je ne suis pas en mesure de dire si cela représente 500 ou 3 000 conventions. Pour l'année 2004, nous aurons des crédits pour signer environ 2 000 conventions. Nous avons de bonnes chances de pouvoir répondre favorablement à une grande partie des établissements qui auront déposé des projets de convention.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Je souhaiterais avoir une réponse concernant les gels et les suppressions de crédits concernant les établissements fin 2002 et 2003. Je profite de reprendre la parole pour m'associer aux inquiétudes quant à la suppression de la mission Marthe. Je suis intimement persuadée que nous sommes seulement à l'aube du travail qui est à faire dans les établissements, pour le changement de la prise en charge. Enfin, il y avait un dispositif conjoint pour l'ensemble des directions. La suppression de cette mission est un véritable danger. Il nous faudra très rapidement interroger les ministres concernés sur cette décision.

M. Jean-Marie PALACH : Je terminerai sur les crédits d'assurance maladie qui ont été consacrés à cette réforme. Le plus parlant sera de vous transmettre le tableau dont je reprendrai les éléments qui ont été enregistrés sur les crédits d'assurance maladie et consacrés sur cette réforme, que ce soit sur l'enveloppe EHPAD ou l'enregistrement des transferts. En effet, sur ce tableau, apparaissent à la fois les montants bruts consacrés à cette réforme et la réalité des montants supplémentaires.

La mission Marthe est essentiellement une structure de coordination qui s'est révélée très efficace. Dès lors que ce dossier concerne quatre directions d'administration centrale – DGAS, DHOS, DSS, et DGS –, qu'il est également important d'avoir un effort d'animation de tous nos services déconcentrés et qu'il y a une forte demande de la part des professionnels d'informations sur ce qui se passe, il était tout à fait pertinent de créer cette structure de concertation avec ces trois directions de coordination –administration centrale, services déconcentrés, et professionnels extérieurs au ministère.

La décision n'a pas été de supprimer la mission Marthe. C'est simplement son responsable qui quitte ses fonctions. Mais il est clair que les personnes des directions d'administration centrale vont continuer ce travail notamment d'animation, qui se traduit par des réunions régulières des services déconcentrés, ainsi que l'affinement de la doctrine.

En effet, nous avons conscience que, pour une réforme de cette ampleur, beaucoup de questions techniques se posent pour lesquelles il faut donner la doctrine du ministère pour ne pas avoir des interprétations divergentes dans chaque département de

France, sans compter qu'il faut également satisfaire la demande légitime des professionnels sur la mise en œuvre de cette réforme. Tout ce travail va continuer. L'important n'est pas le nom qu'on lui donnera, mission Marthe ou autre, mais qu'il y ait des réponses à toutes ces demandes.

M. Jean-Jacques TREGOAT : Nous pouvons rassembler, pour la commission, les travaux d'analyse qui sont en en cours et qui dépassent très largement la DGAS. En effet, l'IGAS, en plus de l'INSERM et de l'InVS, mène une mission sur ce sujet et ira même constater sur le terrain le fonctionnement des établissements où des distorsions de décès auront été relevées dans un même département.

Vous avez évoqué le rôle des médecins coordonnateurs. Sans être un fanatique des lois et décrets, des supports juridiques nous sont nécessaires. L'un des décrets qui rencontre des difficultés pour sortir est justement celui sur les médecins coordonnateurs. Je m'efforce de rencontrer toutes les parties concernées pour que le texte paraisse, car je pense que le rôle du médecin coordonnateur dans les EPHAD est tout à fait fondamental. Il était d'ailleurs prévu dans les textes et les conventions.

Il n'existe pas de solution unique, mais si nous établissons une bonne relation avec des médecins coordonnateurs dans les établissements, qui travailleront en réseau avec les hôpitaux par des conventions, et avec les services de soins à domicile (SSIAD), il est certain qu'il y aura une meilleure prise en charge des personnes âgées.

En ce qui concerne les CLIC, même si le Parlement décide de les transférer aux départements, nous avons budgété 22 millions d'euros en 2004 pour continuer à en créer.

De par mon expérience du secteur sanitaire, il me semble que nous devons faire en sorte que les CLIC, qui sont des structures principalement médico-sociales, puissent travailler avec des réseaux gérontologiques prenant en charge des personnes âgées. Il est préférable d'arrêter de créer de nouvelles structures et de mieux faire travailler ensemble toutes celles qui existent.

Un autre handicap est qu'il existe, d'une part des CLIC, de l'autre, des sites à la vie autonome. On pourrait imaginer, en maillant mieux le territoire, avoir des structures communes qui répondent à des besoins généraux, sachant qu'il existe des structures pour des besoins particuliers. C'est une réflexion que nous devons mener à la DGAS, mais aussi avec d'autres directions, pour mieux mailler le territoire avec des structures plus polyvalentes.

C'est en travaillant sur le terrain que j'ai découvert cette extrême hétérogénéité et complexité des dispositifs. Nous devons chercher à rapprocher des dispositifs qui ont la même finalité, notamment les dispositifs d'information. Demain, si la maison du handicap est créée, elle pourrait aussi devenir un lieu d'information sur les personnes âgées et handicapées.

Pour qu'un tel drame ne se reproduise pas, nous devons établir, avec les médecins et les professionnels, des protocoles qui rappellent les modalités en matière de prise en charge des personnes âgées dans des périodes de canicule, mais aussi de grands froids. Ces protocoles doivent être directement utilisables par les professionnels. Il est

nécessaire de pouvoir se référer à des documents qui permettent de gérer immédiatement les situations de crise.

Nous travaillons à la fois sur des outils pour recenser les personnes âgées en situation de précarité, et sur des protocoles au plus près des maisons de retraite. Toutes les maisons de retraite, en particulier celles qui sont peu médicalisées, doivent avoir des outils à leur disposition. Ce sera le rôle du médecin coordonnateur, mais tant que tous les établissements peu médicalisés ne bénéficieront pas de tels services, ils doivent avoir des outils de référence.

Le premier outil de référence concernera la canicule, mais nous devrons faire ce travail pour les périodes d'hiver, car les personnes âgées à domicile peuvent aussi avoir, en fonction de leur pathologie et de leur âge, des besoins particuliers.

Nous travaillons également sur un plan Vermeil. Je suis désolé, ce ne sont que des mots, mais sans outil, nous ne pouvons pas lancer des actions. Ce plan Vermeil sera décliné au niveau départemental, car c'est à ce niveau que la mise en œuvre de ces plans sera le plus efficace, l'Etat devant donner les grandes orientations. Les départements, en lien avec les communes, devront localement mettre en place ces plans et, en cas de crise, activer l'ensemble des réseaux.

Nous devons nous appuyer sur les CLIC qui sont des outils très intéressants. Actuellement, ils ne maillent pas suffisamment le territoire et nous déterminerons s'il faut en créer plus. Néanmoins, le CLIC peut constituer un lieu d'information et de transmission d'éléments d'information d’une structure à une autre. Cela peut être un lieu de recueil, dans un bassin de vie, d'un certain nombre d'éléments sur les personnes âgées.

Nous travaillons sur des dispositifs qui permettront demain de mieux prendre en charge les personnes âgées et d'éviter le drame que l'on a connu et qui m'a touché personnellement. Je ne voudrais pas donner l'impression d'être un fonctionnaire sans âme. J'ai longtemps été un homme de terrain et j'essaie maintenant d'apporter à la DGAS mon expertise pour essayer de travailler au plus près avec nos services déconcentrés, les fédérations et les associations que je reçois régulièrement.

M. Jean-Marie PALACH : Pour ce qui est de la coexistence d'aide à la personne et à l'établissement dans les EHPAD, c'est tout à fait le cas. Nous avons des aides à la personne avec l'APA, et nous avons des sommes, par exemple d'assurance maladie, qui sont versées à l'établissement.

Une réflexion est en cours sur ce sujet, notamment parce que nous avons pu constater que beaucoup de départements et d'établissements avaient choisi la possibilité offerte de globalisation de l'APA dans les établissements. En effet, ils y voient une grande simplification, puisqu'ils n'ont plus à faire l'instruction, notamment des conditions de ressources.

C'est pourquoi il est envisagé, dans l'avenir, de généraliser le mécanisme de la dotation globale. Pour l'instant, les décisions ne sont pas prises, nous en sommes encore à la phase de l'instruction. Il semblerait que l'on s'oriente beaucoup plus vers une aide à l'établissement, sans cette juxtaposition aide à la personne/aide à l'établissement.

Audition de M. Bertrand DELANOË
Maire de Paris

(Extrait du procès-verbal de la séance du 13 janvier 2004)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

M. Bertrand DELANOË est introduit.

M. le Président : Paris a été durement touchée par l'épisode de la canicule de cet été, puisqu'on a dénombré 1 154 décès supplémentaires par rapport au mois d'août précédent, dont 80 % survenus entre le 11 et le 14 août. Les personnes de plus de 75 ans représentent plus des deux tiers des victimes.

Nous avons tous été frappés par les images des funérariums encombrés ; le fait que de nombreuses personnes aient été inhumées sans la présence de proches a également fortement marqué l'opinion.

La question du repérage des personnes âgées isolées dans une grande ville s'est trouvée posée. Cette situation n'a pas manqué de vous interpeller pendant la période de canicule, puisque, avec la préfecture de police et les pompiers, vous avez pris des dispositions pour les répertorier. La question se pose avec une acuité particulière à Paris. Cela tient sans doute à des raisons spécifiques, du moins des facteurs aggravants qui expliquent un taux de mortalité élevé sur Paris et l'Ile-de-France. Nous souhaiterions que vous nous fassiez part de votre appréciation et de votre analyse.

Nous souhaitons revenir avec vous sur le déroulé des événements, et notamment sur la manière dont vos services ont collaboré avec la préfecture de police, le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur.

Le rapport, rendu fin novembre, de la mission d'information et d'évaluation sur les conséquences de la canicule à Paris, que vous avez présenté au conseil municipal, est intéressant. Il évoque plusieurs pistes de réforme à partir de l'analyse que vous avez tirée des difficultés rencontrées, voire des carences que vous avez identifiées, dont vraisemblablement un certain nombre rejoindront celles que nous identifions. A ce titre, il est important pour nous de connaître les réformes que vous allez mettre en œuvre.

M. le Président lui rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête lui ont été communiquées. A l'invitation du Président, M. Delanoë prête serment.

M. Bertrand DELANOË : Le mois d'août 2003 restera comme l'un des plus meurtriers que nous ayons connu : le drame de la canicule a frappé les plus vulnérables de nos concitoyens, à commencer par les personnes âgées ou handicapées. Ainsi que vous l'avez mentionné, 1 154 décès supplémentaires ont été enregistrés à Paris, soit une hausse de 127 % du taux de mortalité, par rapport au mois d'août 2002. Ce chiffre, je le précise,

prend évidemment en compte des personnes qui ne résident pas dans la capitale, mais qui y sont décédées. Les deux tiers des victimes avaient 75 ans ou plus.

D'autres départements ont connu des niveaux de surmortalité, là aussi dramatiques, ce qui confirme le caractère exceptionnel de cette crise : + 160 % en Seine-Saint-Denis, + 161 % dans les Hauts-de-Seine et + 171 % dans le Val-de-Marne.

En tant que maire de Paris, je vous rends compte aujourd'hui de l'action de la collectivité parisienne, confrontée comme d'autres collectivités françaises, à cette crise sans précédent.

Permettez-moi d'évoquer d'abord des éléments propres au contexte parisien.

Dans la capitale, la canicule s'est traduite par des records historiques de chaleur et tout particulièrement des températures nocturnes extrêmement élevées – notamment lors des pics de mortalité des 11 et 12 août.

A ces faits, s'ajoute le phénomène de la pollution : ainsi, la durée de dépassement du seuil de pollution à l'ozone a été de 10 jours, ce qui représente un record historique.

Cumulés avec d'autres facteurs caractéristiques de l'agglomération parisienne, tels que la densité ou certains aspects du bâti – peu de volets, nombreux toits en zinc –, ces paramètres ont eu des effets très lourds sur le plan sanitaire.

Ce contexte global s'est imposé à une population parisienne qui a également ses spécificités, notamment quant à la proportion des personnes âgées qui la composent. En effet, 170 000 personnes de plus de 75 ans vivent dans notre cité, soit 8 % de la population globale, contre 6 % seulement sur l'ensemble de l'Ile-de-France.

Soixante mille d'entre elles ont plus de 85 ans. Et 95 % des habitants ayant plus de 80 ans vivent à domicile.

Rappelons également les spécificités du contexte institutionnel parisien : d'une part, Paris est à la fois commune et département ; d'autre part, des prérogatives, détenues ailleurs par le maire ou le président du conseil général, sont ici assumées par le Préfet de police – je pense notamment à une partie du secteur funéraire ou à certains pouvoirs de police. Dans la configuration que je viens de décrire, quels ont été les actes posés par notre collectivité ?

Dès les premières chaleurs de juin, les mesures classiques de lutte contre la déshydratation sont prises dans les résidences santé, allant jusqu'à la mise sous perfusion de certaines personnes.

Tout début août, alors que la hausse des températures s'accentue, des mesures préventives sont mises en œuvre pour un public plus large : diffusion, dès le 6 août, de messages d'information pratique au public à travers ses panneaux lumineux ; à partir du 8 août, diffusion de consignes de prévention dans les PMI, crèches, haltes garderies et centres de loisirs et distribution de bouteilles d'eau dans les centres d'hébergement d'urgence, gérés par le centre d'action sociale de la Ville de Paris (CAS-VP).

Toutefois, personne n'anticipe une crise sanitaire majeure. Le basculement se produira durant le week-end du 9-10 août : l'alerte lancée par les urgentistes et le Pr. Carli, responsable du SAMU 75, s'avère décisive dans la prise de conscience collective.

Le lundi 11 août, Paris entre dans la gestion de crise, même si nul n'est vraiment conscient de l'ampleur de la catastrophe en cours. Dès lors, à ma demande, ce matin-là, le secrétaire général de la ville pilote cette situation de crise, en lien étroit et permanent avec mon cabinet, qu'anime alors ma directrice adjointe. Nous prenons donc les mesures concrètes suivantes. D'abord, en direction des maisons de retraite du CAS-VP où se trouvent les personnes fragiles : 35 recrutements, en place dès le 13 août, dans les 13 résidences santé pour renforcer l'action de nos équipes et mobilisation générale dans les résidences pour lutter contre l'hyperthermie.

Nous avons également cherché à agir auprès des personnes âgées à domicile, en intervenant en direction de celles que connaissent nos services : visite systématique deux fois par jour des gardiens aux 4 000 occupants des résidences appartements du CAS-VP et contact établi par les sections décentralisées du CAS-VP auprès de plus de 8 500 personnes âgées vivant à domicile. Celles-ci avaient pu être identifiées grâce aux fichiers concernant la téléalarme, le port de repas à domicile ou l'aide ménagère. Je tiens d'ailleurs à souligner le rôle et l'implication remarquables du CAS-VP qui, sous l'impulsion de sa directrice, a été un acteur majeur de cette terrible période.

Je précise enfin que les travailleurs sociaux de l'équipe départementale « Allocation personnalisée d'autonomie » ont également contribué à la diffusion de messages d'information au domicile de leurs interlocuteurs.

Parallèlement à la mise en œuvre de toutes ces mesures, nous avons été très vite confrontés – avec la Préfecture de police – à la gestion d'une crise funéraire sans précédent. Précisément, sous l'autorité efficace de son directeur, la SEM des pompes funèbres de la ville de Paris a mené une activité particulièrement intense, assurant un nombre considérable d'enlèvements et de transports de corps. En matière sanitaire et de catastrophe, je rappelle que cette SEM agit sous l'autorité opérationnelle du Préfet de police.

Face à l'ampleur de la crise, des renforts en personnel se sont avérés nécessaires. C'est pourquoi des agents d'autres secteurs de la ville, des personnels de SEM funéraires de Béziers, Brest et Grenoble, mais aussi ceux d'une société de sécurité, sous marché avec la ville, ont été mobilisés. Des retraités ont également apporté leur soutien. Je tenais à le souligner.

Ainsi, entre le 11 et le 14 août, les effectifs opérationnels sont passés de 24 à 60, travaillant de jour comme de nuit. Dans le même temps, en collaboration avec la Préfecture de police, des mesures exceptionnelles sont prises pour conserver les corps, dans un contexte de saturation des lieux d'accueil habituels, à commencer par l'Institut médico-légal : ouverture, le 14 août, d'un site à Ivry, pour installer des véhicules réfrigérés ; réquisition, le 16 août, de 5 gros véhicules réfrigérés en froid négatif ; à ma demande, ouverture exceptionnelle des cimetières, les 15,16 et 17 août.

Je veux insister sur l'attention portée par les services funéraires à la dignité des personnes et au respect des familles : ouverture d'un site d'accueil des familles à Thiais, intégrant notamment une cellule de soutien psychologique ; dispositif de recherche des familles des défunts et blocage, pendant 2 jours, des inhumations administratives, ce qui

correspondait à une demande expresse que j'avais adressée au Préfet de police. Un numéro Vert est mis en place le 27 août. Je rappelle ici que les inhumations administratives concernent des défunts dont les proches ne se sont pas manifestés : il y en a eu 86 pendant cette période, mais sans les investigations des services municipaux pour rechercher le maximum de familles, ce chiffre aurait sans doute été multiplié par trois. Au total, 1 441 inhumations ont été réalisées par la direction des cimetières, soit le double de l'été précédent.

Cet épisode tragique nous inspire la plus grande humilité. Il révèle des insuffisances et des dysfonctionnements : d'évidence, la canicule n'était identifiée par personne comme un risque sanitaire majeur ; le trop grand cloisonnement des acteurs a nui à la mise en commun des signaux d'alerte – même si la synergie avec la Préfecture de police a été active. Je mentionnerai également l'absence de tout dispositif de gestion de crise préexistant et une difficulté extrême à atteindre les personnes âgées à domicile.

Depuis, notre collectivité a tenté de tirer des enseignements concrets de cette période : dès la rentrée de septembre, une commission d'information et d'évaluation pluraliste, composée des représentants de tous les groupes politiques, a été créée au Conseil de Paris pour analyser la crise et formuler des propositions. Ainsi, au printemps prochain, une plaquette d'information préventive intégrant les adresses utiles sera-t-elle adressée aux personnes âgées ; nous élaborons en outre des protocoles d'action à destination des agents des résidences santé du CAS-VP et nous installerons, avant l'été 2004, des dispositifs de rafraîchissement dans les pièces de vie de nos 13 résidences santé ainsi que dans un club Emeraude par arrondissement.

En outre, sous l'impulsion de la ville, un plan de gestion de crise pour les situations de chaleur extrême est en cours d'élaboration, sous le pilotage de la Préfecture de police et en synergie avec les acteurs concernés. J'ajoute que pour développer la diffusion de la téléassistance du CAS, son tarif diminue de 30 % dès 2004.

Cette crise sanitaire nous a également confortés dans les orientations déjà prises au cours des deux dernières années. Par exemple, l'effort d'humanisation des résidences santé sur la base d'un budget pluriannuel de 50 millions d'euros – voté avant la crise – ou le renforcement du réseau de Points Paris Emeraude. De même, dès 2004, une subvention de 15 millions d'euros au CAS-VP autorisera l'augmentation du nombre de places d'accueil.

A l'issue d'un tel drame, je veux, une fois encore, saluer la mobilisation et la compétence de tous les personnels impliqués. J'y associe bien entendu ceux de l'AP-HP, dont l'action s'inscrit, chacun le sait, dans un contexte structurel de manque d'effectifs et de tension ancienne pour les urgences. La collectivité parisienne a agi. Des décisions ont été prises et mises en œuvre. La transparence a prévalu et dès que possible, nous avons veillé à rendre publiques, au fur et à mesure, les déclarations de décès enregistrées dans les mairies d'arrondissement.

Des interrogations demeurent pourtant. Elles sont posées à notre société tout entière : elles concernent la place, la visibilité, la citoyenneté des personnes âgées et handicapées. Cette dimension est majeure et nous y travaillons.

Au-delà, cette crise a servi de révélateur aux difficultés structurelles de prise en charge des personnes âgées : manque de personnels soignants et moyens financiers

largement insuffisants. Sur ce point essentiel, des réformes nationales sont évidemment nécessaires.

De même, hors crise, il faut sans doute assumer une réflexion sur la façon de fonctionner en synergie avec les médias, pour garantir la diffusion efficace de messages de prévention et d'information à destination du public en cas de nécessité.

Mesdames et messieurs les députés, par ces quelques propos liminaires, j'ai tenté de vous éclairer sur notre rôle et nos décisions. Je suis à votre disposition pour répondre aux questions complémentaires que vous voudrez bien me poser.

M. le Rapporteur : Merci, monsieur le maire, des données fournies, que l'on retrouve également dans le rapport de la mission d'information.

Sur la pointe de la crise du mois d'août, par quelle autorité avez-vous été informé, en votre qualité de maire, à quelle date et à quel moment ? Sur le plan administratif, quelle fut la tête de pont administrative à la mairie qui s'occupait de la question sanitaire ? Enfin, quelles sont les relations avec les administrations d'Etat, en dehors de la Préfecture de police, avec l'administration du ministère de la santé, avec l'AP-HP ? Comment l'information a-t-elle été collectée et quelles défaillances avez-vous relevées, car, comme dans beaucoup de cas, personne n'a informé personne, du moins les systèmes d'information ont très mal fonctionné ?

M. Bertrand DELANOË : En mon absence, je fais en sorte qu'il y ait une permanence, soit du secrétaire général de la ville, soit de l'un de ses adjoints, soit de mon directeur de cabinet, soit de l'un de ses adjoints. A ce moment-là, étaient présents à Paris le secrétaire général de la ville et la directrice adjointe de mon cabinet qui, par chance, s'occupe des questions sociales.

J'ai reçu une première alerte les 8 et 9 août, mais pas du tout à propos d'une question sanitaire : les branches des arbres commençaient à tomber sous l'effet de la chaleur. J'ai dû prendre la décision de fermer des centres de loisirs, d'installer les enfants ailleurs et de fermer des parcs parisiens.

Le lundi 11 août au matin, la directrice adjointe de mon cabinet, Geneviève Gueydan, m'a appelé pour m'informer des interventions de M. Carli, de M. Pelloux et d'autres au cours du week-end. Elle m'a dit qu'il se passait quelque chose de grave et m'a tout de suite présenté des propositions. Le lundi 11 août au matin, elle m'a proposé l'embauche de 35 vacataires pour les résidences santé, ce qui, deux jours après, était fait. Je me suis entretenu avec le secrétaire général de la ville, Pierre Guinot-Delery, la directrice adjointe de mon cabinet et la directrice du CAS-VP, Mme Bernadette Coulon-Kiang. Pour les questions funéraires, ce fut ensuite avec le directeur de la SEM. Nous avons été immédiatement opérationnels. A partir du 11 août, je me suis entretenu téléphoniquement plusieurs heures par jour, quotidiennement avec ces personnes. Le 13 août, je leur ai demandé s'ils ne se posaient pas la question de mon retour. J'avais très envie de rentrer. Je devais prendre l'avion le 15 août de Tunis pour Toulouse pour me rendre à une réunion familiale dans l'Aveyron. J'ai pensé être là à Paris le 13 août. Mais, honnêtement, je n'aurais rien fait de plus, si ce n'est communiquer. Cela dit, j'aurais préféré être présent aux côtés du secrétaire général de la ville, de la directrice adjointe de mon cabinet et de la directrice du CAS-VP.

A partir du 11 août, ils en sont témoins, nous en étions au stade de l'élaboration des décisions. Je pourrais d'ailleurs, si vous le souhaitez, établir une chronologie de toutes les décisions que nous avons prises à partir de cette date.

J'illustrerai notre façon de faire par la mise en place de quelques dispositifs : dimanche soir, à la suite de l'avis de tempête, j'ai appelé le secrétaire général pour lui demander ce qu'il prévoyait pour la nuit. Hier, en fin d'après-midi, il m'a été rendu compte d'un blessé dans le bois de Boulogne, une branche étant tombée sur une voiture. C'est une petite crise.

Sur un autre plan, la ville de Paris, avec l'Etat, s'est préparée à la gestion des inondations. Quand je suis arrivé à la mairie de Paris, j'ai eu peur. Je me suis tourné vers le Préfet de Région. Depuis, le Préfet de Région, le Préfet de police, la ville de Paris et les communes avoisinantes, tous ensemble, ont mis en œuvre un vrai dispositif de crise de gestion des inondations – ce qui n'exclut pas quelques ratés.

Il n'y avait pas de plan chaleur extrême comme il existe un plan grands froids. C'est pourquoi j'ai demandé à l'Etat de s'y attacher. Un plan a été élaboré sous l'autorité du Préfet de police, qui coordonnera également l'action des associations.

Quelles ont été mes relations avec les administrations ? Le 12 août, la préfecture de police nous a fait signe. Le 8 août, le secrétaire général de l'assistance publique s'est entretenu avec mon adjoint santé, M. Alain Lhostis, et la directrice de l'AP-HP appelée, le 11 août au matin, par la directrice adjointe de mon cabinet lui a soumis des suggestions de mesures de prévention, notamment la diffusion de messages sur les panneaux lumineux de la ville. Cela avait été mis en place le 6 et le 8 août.

Une cellule de crise a été mise en place à l'AP-HP à partir du 11 août. M. Alain Losthis, adjoint à la santé, y a participé à compter du 14 août. A ce moment-là, nous avions des habitudes de contact, mais la Préfecture de police ne nous a appelés que le 12 août, la directrice de l'AP-HP le 11 août. Ma directrice adjointe de cabinet m'avait appelé le 11 août au matin pour me prévenir.

M. le Rapporteur : Le 11 août au matin, se tient à l'AP-HP une réunion de crise qui regroupait les responsables de l'AP-HP et du ministère de la santé. L'administration de la ville de Paris n'était pas conviée à cette réunion.

M. Bertrand DELANOË : C'est à l'issue de cette réunion, je pense, que la directrice de l'AP-HP a appelé la directrice adjointe de mon cabinet pour lui demander de mettre en œuvre des mesures que, de fait, nous appliquions depuis le 6 août.

M. le Rapporteur : Quelle vision d'ensemble et détaillée avez-vous du fonctionnement des maisons de retraite ? Elles ont connu une mortalité forte, directe et indirecte ; en effet, des personnes en maison de retraite ont été transférées dans des établissements de l'AP-HP au moment où elles allaient mal. Quel système préside aux relations entre la ville de Paris et les maisons de retraite, dans la mesure où Paris détient plusieurs catégories de maisons de retraite sur le territoire et, curiosité historique, hors territoire de la ville ?

M. Bertrand DELANOË : La ville de Paris compte trois types de maisons de retraite : celles accueillant les personnes âgées dépendantes, celles avec un service médical plus léger et des logements sociaux destinés aux personnes âgées : ce sont des studios avec gardiens, sans assistance médicale. Nous en comptons aussi en dehors de la ville de Paris. Bien entendu, nous avons traité de la même manière celles situées *intra* ou *extra-muros*.

Depuis deux ans et demi, nous rénovons ces maisons de retraite et augmentons les capacités d'accueil. Par exemple, il n'y avait que 75 places pour les malades d'Alzheimer en 2001, ce qui est très peu. D'ici 2007, l'objectif est de 500 places, sachant que nous en avons déjà créé 200.

Beaucoup de personnes âgées à Paris choisissent de vivre à domicile : 95 % des plus de 80 ans, d'où l'APA, d'où la convention signée entre la ville de Paris, le ministère alors dirigé avec Mme Paulette Guinchard-Kunstler et les associations. Nous avons surtout développé l'assistance à domicile. En 2003, le département de Paris a dépensé 92 millions d'euros pour l'allocation personnalisée d'autonomie, qui est pour nous un instrument de lien.

Nous avons décidé sur 2004 de baisser de 30 % le tarif de la téléalarme du CAS-VP, parce que nous voulons développer tous les moyens à notre disposition pour éviter que quiconque reste isolé. Les mesures que nous avons prises pour faire face ne touchent cependant pas les 175 000 personnes de plus de 75 ans que compte la capitale.

M. le Rapporteur : Les degrés de médicalisation varient selon le statut des établissements. Il y a probablement eu corrélation entre le niveau de médicalisation et, dans une certaine mesure, la surmortalité. S'agit-il d'un constat que vous notez sur Paris ?

L'été, en période de vacances, l'assistance à domicile fonctionne-t-elle de la même manière qu'en d'autres saisons hors vacances ? C'est un point important pour la collecte de l'information. Si des personnes se trouvent mal chez elles, l'assistance à domicile peut être un premier élément pour donner l'alarme.

M. Bertrand DELANOË : Que le degré de médicalisation des personnes ait joué un rôle sur le nombre de décès est une évidence, notamment si l'on prend en considération le type de traitements médicamenteux des personnes. Sur ce sujet, des études scientifiques sont en cours. A cela vient s'ajouter une autre particularité, qui ne concerne pas les seules personnes âgées : les maladies d'ordre psychologique ou psychiatrique, dont les conséquences sont évidentes.

Des personnes en maisons de retraite, dont nous avons envisagé l'hospitalisation, ne l'ont pas été, du fait de la saturation des urgences et des lits de suite. C'est une réalité. Ces personnes bénéficiaient d'un suivi médical dans les résidences-santé, toutefois pas aussi performant que celui qui s'attache aux services hospitaliers.

M. le Président : Vous les avez donc placées en maisons médicalisées, faute de possibilités à l'assistance publique ?

M. Bertrand DELANOË : Nous avons rencontré des difficultés d'hospitalisations, car c'était la panique partout. En outre, j'insiste sur le fait que, déjà en temps normal, les secteurs de la gériatrie et des soins de suite à l'AP-HP souffrent d'un manque de lits.

Sur l'aide à domicile, nous avons maintenu le même service à partir des sites décentralisés du centre d'action sociale de la ville.

Dans les résidences santé et les résidences services, le taux d'encadrement des services est habituellement de 8 personnels pour 10 personnes reçues, nettement supérieur à la moyenne nationale. En période de vacances, cette année, le chiffre est tombé à 6 personnes, ce qui, je crois, reste encore supérieur à la moyenne nationale. Toutefois, les congés ayant une influence sur le nombre de personnes, j'ai décidé le 11 août au matin, d'embaucher 35 vacataires.

Le 18 août, j'ai rencontré les personnels du CAS-VP du XIXème arrondissement. Les personnels qui sont intervenus auprès des personnes âgées à domicile pendant la crise allaient au-delà des agents habituellement affectés à ce secteur, en ce sens que tout le monde essayait de contacter et d'aller voir tout le monde. Des problèmes de moyens humains ont pu concerner le milieu associatif d'aide aux personnes âgées qui compte beaucoup moins de bénévoles que le milieu humanitaire classique ; n'oublions pas non plus que les associatifs aussi prennent des vacances au mois d'août ! Dernier point : Paris est vide au mois d'août. Si une personne âgée, qui passe tous les jours chez son boulanger, ne passe pas 3 jours durant, personne ne le remarquera puisque le boulanger est fermé ! A Paris, aux environs du 15 août, il n'y a pas un chat ! C'est pourquoi nous avons rencontré des difficultés supplémentaires.

M. le Rapporteur : Vous indiquez que des personnes venant de maisons de retraite, en mauvais état de santé, n'ont pu être admises à l'AP-HP, faute de places. C'est un point qui a été relevé, mais de façon marginale par l'AP-HP. On nous a dit que cela s'était produit à une ou deux reprises aux urgences, à l'hôpital Bichat.

A votre connaissance, cela s'est-il produit plus souvent ?

M. Bertrand DELANOË : Je suis prêt à répondre par écrit à cette question ; je ne veux pas être imprudent. Mon cabinet m'a informé « *d'un certain nombre de cas* ». Je ne sais s'il y en a eu vingt ou cinquante. Cela dit, il n'y en a pas eu trois.

Si vous le souhaitez, je vous ferai parvenir l'estimation, si estimation il y a. S'il n'y en a pas, je ne ferai état d'aucun chiffre.

M. Gérard BAPT : Je veux dire mon agréable surprise de constater que des villes – sans doute peu nombreuses – affichaient sur leurs panneaux d'information publics des alertes et des conseils dès le 6 août. J'imagine que c'était sur l'initiative du CAS.

M. Bertrand DELANOË : Sur l'initiative de la DASES, direction des affaires sociales de la collectivité parisienne.

M. Gérard BAPT : De qui l'initiative est-elle venue précisément : des directeurs d'établissement, des médecins… ? Car je m'étonne d'une telle réactivité dès le 6 août.

M. Bertrand DELANOË : C'est le fruit du travail en commun de la DASES, de ma directrice adjointe de cabinet, du secrétaire général de la ville. Ils forment une équipe et ont l'habitude de travailler ensemble.

M. Gérard BAPT : C'est une bonne chose ! Et ils ont l'habitude de décider l'affichage d'informations sur les panneaux de la capitale ?

M. Bertrand DELANOË : Au mois de juin, les responsables de maisons de retraite avaient pris l'initiative d'instaurer des protocoles d'action destinés à lutter contre la déshydratation. Dès le mois de juin, des personnes âgées étaient sous perfusion. Pour autant, cela n'a pas empêché une surmortalité de 127 %.

M. Gérard BAPT : Ce n'est pas propre à Paris ; de telles actions ont également été mises en place en province.

Pour en revenir aux panneaux d'information, il serait intéressant de connaître la nature des messages diffusés, leur impact sur l'opinion, leur efficacité éventuelle. Quel est votre sentiment sur l'efficacité de ce type d'alerte, puisque l'un des grands sujets de notre commission est celui de l'alerte ?

Vous avez indiqué que la canicule n'était pas identifiée comme risque sanitaire majeur à Paris. En juin 1976, elle avait déjà engendré une surmortalité qui avait touché, au pic de mortalité, exactement les mêmes régions – Ile-de-France et Centre notamment – que la canicule du mois d'août dernier. N'y avait-il aucune mémoire, au sein du CAS-VP et des équipes de santé publique ou sanitaires de Paris, des conséquences, des mesures prises après ce premier épisode de la canicule de 1976 ?

M. Dominique PAILLE : Je vous poserai deux questions, de nature différente.

A vous entendre, vos services ont été informés ou ont commencé à se rendre compte le 6, le 7, le 8, le 9 août, en tout cas avant le 11 août, qu'il se passait quelque chose d'anormal. Lorsque nous avons auditionné M. le Préfet de police, il a indiqué n'avoir eu connaissance du phénomène qu'à partir du 11 août. Je rebondis sur les propos de M. le Rapporteur : avant la date du 11 août, y a-t-il eu des échanges entre vos services et ceux de la préfecture ?

Ma deuxième question a trait à votre position de président du conseil d'administration de l'AP-HP. Comment expliquez-vous qu'aucune personne de votre entourage représentant la ville, que ce soit de vos services ou de votre cabinet, n'ait été présente à la réunion à laquelle a fait référence M. le Rapporteur le 11 août au matin et à laquelle ont également assisté un certain nombre de représentants du ministère, alors même que vous présidez ce grand organisme hospitalier ? Quels seraient vos souhaits sur la présence des élus et leur rôle dans les conseils d'administration des organisations hospitalières ?

M. Edouard LANDRAIN : Je suis impressionné par la rapidité de réaction de la mairie de la ville de Paris. Ainsi que vient de l'indiquer Dominique Paillé, pratiquement en même temps que les premiers messages météo, vous étiez en alerte, ce qui n'a pas été le cas partout. Je voudrais connaître les raisons qui vous ont poussé à prendre les informations très au sérieux et à réagir aussi rapidement.

A la suite de vos propos, je tire un constat : aucun risque majeur n'avait été identifié. Vous avez déploré le décloisonnement – vous n'êtes pas le premier. Vous avez ajouté qu'il n'existait nulle part de cellule de crise « *chaleur extrême* » ni de plan « *canicule* ».

Je voudrais savoir s'il y a un repérage des personnes âgées. On a souvent parlé de drame de la solitude. Comment ces personnes sont-elles suivies et aidées, surtout quand elles vivent à leur domicile ?

Ma seconde question a un caractère prospectif. On peut considérer Paris comme un laboratoire grandeur réelle. Il s'agit d'une population âgée, importante, située dans une zone géographique comparable à celle d'un département. Vous a-t-on signalé des différences selon les arrondissements et les types de construction, anciennes ou nouvelles ? Les vieux immeubles, qui, sans doute, ont connu des chaleurs comparables dans le passé, sont dotés de systèmes d'aération simples avec des persiennes. Les dégâts ont-ils été moindres que dans ceux construits plus récemment ? En tiendrez-vous compte pour le futur ? Tiendrez-vous également compte de la nécessité éventuelle de salles climatisées dans les maisons pour personnes âgées ?

M. Jean-Marie ROLLAND : Quels sont les liens habituels entre le maire de Paris et l'administration des hôpitaux de Paris, assistance publique ? Une personne de votre cabinet est-elle plus particulièrement chargée de ces relations ? Est-il habituel de vous prévenir en cas de difficultés d'encombrement de lits ou des urgences ?

Je reviens sur les difficultés que vous avez rencontrées s'agissant des obsèques. Une des personnes que nous avons auditionnées a déclaré qu'à titre personnel, elle avait eu des difficultés, au mois d'août à Paris, pour obtenir des obsèques dans des délais courts. Avez-vous le sentiment que cela ait été une situation courante ? Que pensez-vous globalement de la polémique qui a suivi le drame ?

M. Jean-Marc ROUBAUD : J'ai bien noté les mesures de prévention que vous avez mises en place. Malgré cela, vous avez enregistré une augmentation de 127 % de décès dans la capitale. Au sujet des admissions, la directrice des Hôpitaux de Paris a déclaré que personne n'avait été refusé aux urgences, que tout le monde avait été soigné.

Dans le courrier que vous adresserez à la commission sur les admissions, je souhaiterais, si c'est possible, que vous précisiez s'il s'agissait d'admissions « de confort » pour la tranquillité des responsables des maisons de retraite ou de situations d'urgence. Par ailleurs, si, parmi les personnes non admises, on a compté par la suite des décès.

Au-delà, en tant que membre de la mission d'information et maintenant de la commission d'enquête, je ressens un malaise car, après toutes les auditions, j'ai plus le sentiment d'un drame social que sanitaire, plus le sentiment d'un drame administratif que sanitaire. Le cloisonnement, auquel vous avez fait allusion, est un vrai problème de l'administration française.

Aujourd'hui, on voudrait dans cette commission, pendre un coupable sur la place publique : le maire de Paris qui n'est pas rentré, le ministre de la santé en polo, le ministre de l'intérieur peut-être, voire, à défaut, d'autres responsables politiques. Certes, vous ne pouvez avoir de certitudes, j'en suis bien conscient, mais avez-vous le sentiment qu'il s'agit davantage d'un drame social que sanitaire ?

A signaler que je suis, quant à moi, rentré de vacances et que j'ai été pris à parti dans ma commune par la presse. Vous avez peut-être bien fait de rester en vacances !

M. Bertrand DELANOË : J'aurais préféré être là.

M. Pascal TERRASSE : Au-delà de la terminologie employée « drame social » et « drame sanitaire », le maire de Paris a eu raison de rappeler que c'était, avant tout, un drame humain. Il y a eu 15 000 morts en France – il ne faut pas l'oublier.

Le département de Paris a été touché ; d'autres départements de la région parisienne plus largement encore. Notre Rapporteur a eu raison de signaler que la ville de Paris disposait de structures d'accueil des personnes âgées *intra-muros* et *extra-muros*, propriété de la ville de Paris.

Depuis les événements, des contacts ont-ils été pris avec les présidents de conseils généraux des Hauts-de-Seine, du Val d'Oise, du Val-de-Marne, où le taux de mortalité a été très nettement supérieur à ceux enregistrés par le département de Paris ?

La société d'économie mixte, en charge du service funéraire est une SEM dans laquelle la ville de Paris est actionnaire, mais quelle est la nature du lien, éventuellement hiérarchique, entre la ville de Paris et l'autorité en charge de la gestion de cette SEM ? Quel rapport y a-t-il entre l'Etat, la ville et cette société d'économie mixte ?

Sur la diffusion d'informations sur les panneaux électroniques, la directrice en charge de l'AP-HP, lors de son audition, a indiqué qu'elle vous avait demandé, dès le 11 août, de prendre des dispositions destinées à informer. Vous nous dites aujourd'hui que cette information avait été diffusée avant même qu'elle vous interpelle. Vous soulignez que des informations généralistes étaient diffusées le 6 août, que le 8 août, vous avez mis en place des informations plus précises, notamment en direction de l'enfance. Je souhaiterais, sur ce sujet, connaître avec précision les dates et le sens de l'information.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNTSLER : Depuis le début des travaux de la commission, je me pose la question de savoir s'il y a eu défaut d'alerte ou méconnaissance du risque lié à la chaleur. Je pense que les deux sont liés. On parle beaucoup d'alerte, peut-être insuffisamment du risque lié à la canicule pour les personnes âgées. Je suis très étonnée lorsque j'entends dire qu'il fallait leur donner à boire alors que, en fin de compte, le risque était lié à la chaleur et qu'il fallait les refroidir et ne pas se limiter à leur donner à boire.

D'où viennent la réactivité d'action et la rapidité d'information de la ville de Paris ? Les personnes de votre cabinet avaient-elles une connaissance du risque lié à la canicule pour les personnes âgées ?

J'ai été très marquée par l'article paru dans le journal Le Monde, intitulée « *La bataille du 18e arrondissement* ». J'aimerais savoir pourquoi, comment s'est organisée cette mobilisation ? Qui l'a enclenchée ? Avez-vous entrepris un travail pour comprendre comment la solidarité s'est exercée ?

J'en viens à une autre question, très pratique : j'aimerais un bilan des conventions tripartites que vous avez signées en tant que responsable de l'exécutif du conseil général avec l'Etat. Ont-elles connu un blocage à un moment ou à un autre ? Concrètement, l'Etat a-t-il été à même de suivre les engagements nécessaires au financement des résidences services ?

Enfin, je vous poserai une question que j'ai posée au ministre, mais je pourrais la poser à l'ensemble des responsables de la mairie de Paris. Plus qu'une crise sanitaire ou sociale, c'est un drame de société. Comme M. Terrasse, je pense qu'il s'agit d'un drame humain. Sur le fond, vous avez souligné qu'il y avait eu une vraie mobilisation, vous avez dit votre souci de revenir à Paris. Je ne peux m'empêcher de penser que si cela avait été des enfants, une mobilisation et une réaction plus fortes auraient joué. C'est pourquoi je pense qu'il s'agit d'une crise sociétale en rapport avec la grande vieillesse et la grande fragilité des vieillards. Notre société s'est dit que c'était moins grave.

M. Jean-Paul BACQUET : Ce qui m'a le plus marqué dans votre comportement pendant la canicule, ce fut vos déclarations, d'abord rares, ensuite brèves, des déclarations empreintes d'une grande prudence, d'humilité, de modestie et caractérisées par un refus de la polémique, puisque vous avez dit vous-même qu'il ne pouvait y avoir de polémique sur cette question. Je le souligne, car, dans le même temps, certains cherchaient à mettre en cause les 35 heures, les médecins généralistes, les familles…

A vous écouter, à l'instar de M. Landrain, je remarque que vous avez anticipé, puisque le 6 août, vous avez été le seul, parmi les personnes entendues jusqu'à maintenant, à avoir compris si ce n'est la totalité, en tout cas une partie, du drame qui se jouait, même si vous n'aviez pas anticipé le nombre de morts. Mais, je l'ai noté, vous aviez très fortement renforcé les effectifs des différents services.

Vous avez reconnu, dans votre propos liminaire, les dysfonctionnements et les insuffisances, le défaut de dispositif de gestion de crise. Parmi les personnes auditionnées, il y a celles qui reconnaissent des dysfonctionnements et celles qui considèrent qu'il n'y en a pas eu.

Le problème n'est pas de condamner qui que ce soit, mais de comprendre et d'éviter que cela se reproduise. Pour vous, s'agit-il d'une catastrophe sanitaire ou d'une catastrophe naturelle, car les solutions ne sont pas obligatoirement les mêmes ?

Quels que soient les moyens que vous avez mis en place, en anticipant ou sans anticiper, ou en ayant donné plus que vous auriez donné, pensez-vous que cela aurait changé à la surmortalité que nous avons connue ?

M. le Président : Question lourde et sans doute centrale que nous aurons à traiter dans le rapport.

Mme Catherine GENISSON : Chacun peut s'accorder sur le fait que la ville de Paris a réagi rapidement à cette situation sans, au départ, en reconnaître la gravité, les enjeux et, finalement, les causes. Par ailleurs, vous avez indiqué que vous aviez mis en place un plan contre les grands froids, que vous alliez poursuivre par la mise en place d'un plan contre la canicule. Plus globalement, avez-vous réfléchi à la mise en place de plans de crises, sans en connaître forcément les causes. Quelle est la position de la mairie de Paris sur ce sujet ?

M. le Président : Autrement dit, si, demain, il ne s'agissait ni de grand froid ni de canicule, comment la mairie de Paris est-elle organisée ? C'est une autre question centrale que nous aurons à traiter : comment nous organiser pour combattre des phénomènes touchant à la santé des populations, autres que la canicule ?

M. Bertrand DELANOË : Mesdames, messieurs les députés, je voudrais vraiment vous remercier de toutes ces questions. Nous avons beaucoup travaillé avec l'équipe avant, pendant, et depuis les événements, ainsi que pour préparer notre rencontre d'aujourd'hui. Vos questions me créent de nouvelles interrogations, qui me permettront de retravailler un certain nombre de dispositifs.

M. Bapt, nous vous enverrons la nature des messages et la date à laquelle ils ont été diffusés. Les messages préconisaient, par exemple, de se rafraîchir… Avant le 11 août, nous avons diffusé également une information sur tous les emplacements des fontaines Wallace. Quelle fut leur efficacité ? Je l'ignore mais je ne la surestime pas. En préparant ma rencontre avec vous, j'ai appris qu'en 20 ans, notre espérance de vie avait augmenté de 8 ans. La société n'est pas préparée à cette réalité. Nous avons intérêt à agir rapidement. Si nous pouvons remercier les médecins de nous maintenir en vie plus longtemps, cela suppose des remises en cause lourdes.

Mes dossiers ne contiennent aucune trace des conséquences de la canicule de juin 1976.

Je me sens fortement interpellé par vos questions. Je vais vous dire pourquoi. J'entendais ces jours-ci à la télévision, des prévisions selon lesquelles des canicules semblables à celle que nous avons connue cet été pourraient se reproduire tous les deux ou trois ans, voire dès l'été 2004. Nous ne serons pas en mesure de tout mettre en place pour cette date. Nous ferons tout ce qu'il est en notre pouvoir, mais je ne puis garantir que nous aurons pensé à tout.

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

Sur le retour, je vous le dis franchement, compte tenu de ce qu'ont été mes jours à partir du 11 août, j'aurais préféré être là – cela pour moi. Mais, hormis des visites et quelques interviews aux médias… D'ailleurs, même lorsque je suis revenu, j'ai fait exprès de ne pas appeler la presse, car de telles situations me bouleversent. Il y a beaucoup d'élus locaux présents ici. Lorsqu'un enfant est tué par un panneau de basket, on ne se pose pas

seulement la question de la responsabilité juridique, les élus locaux se demandent d'abord s'ils pouvaient éviter la catastrophe. Lorsque cela s'est produit dans une commune de France, j'ai appelé le secrétaire général de la ville pour qu'il vérifie tous les panneaux de basket. Je n'ai pas pensé aux statues. C'est une responsabilité qui pèse en permanence sur nos épaules. De ce point de vue, je suis émotif en même temps que gestionnaire.

Je vous le répète : nous ne nous ne doutions de rien. Nous comprenions qu'il se passait quelque chose, sans nous rendre compte.

J'en viens aux échanges entre nos services et l'ensemble des autres services, il existe une équipe. Le secrétaire général de la ville travaille en permanence avec mon cabinet, avec la directrice du CAS-VP. Citons également l'adjointe aux affaires sociales, l'adjointe aux personnes âgées, l'adjoint à la santé. C'est la même équipe. Nous essayons en permanence d'agir en transversalité. L'adjoint à la santé a le contact avec le secrétaire général de l'assistance publique à partir du 8 août. Ils travaillent ensemble, se connaissent, s'apprécient, travaillent ensemble, sous les formes qu'ils veulent.

Je ne suis pas président de l'AP-HP, je suis président du conseil d'administration. Je vais vous dire l'importance de mon rôle de manager de l'assistance publique. Bien avant la canicule, un mercredi matin, à neuf heures et demie, le ministre de la santé m'a appelé pour m'informer du souhait de changer son directeur, M. Durrleman, ancien collaborateur de M. Juppé, avec lequel j'avais travaillé en bons termes. Je lui ai demandé si nous pouvions nous rencontrer pour en parler, pour définir les besoins. Il m'a rétorqué que la question serait traitée une demi-heure après, au conseil des ministres. Voyez, je ne cherche pas les difficultés, je ne cherche pas la bagarre.

Lorsque je suis arrivé à la mairie de Paris le 28 mars 2001, nous avons été obligés d'élaborer un budget en 12 jours. Sensible depuis longtemps aux urgences à Paris, j'ai décidé, bien que ce ne soit pas dans les obligations de la ville ni du département, de voter un budget important de 3,5 millions d'euros pour les urgences à Paris, car je savais la situation difficile. Au mois de septembre, après la canicule, j'ai présidé moi-même le conseil d'administration. C'était une question de solidarité avec les personnels qui s'étaient donné du mal. D'ailleurs, le moins que j'aie pu faire fut d'écrire aux 90 000 personnels de l'AP-HP le 13 août pour les encourager et pour leur dire que j'étais avec eux. C'était mon rôle de président de conseil d'administration. En septembre, lorsque j'ai décidé de présider moi-même le conseil d'administration – habituellement, c'est M. Lhostis, vice-président, qui préside – car nous étions tous choqués, traumatisés, j'ai demandé où étaient passés les 3,5 millions d'euros votés en avril 2001. Pas un euro n'était alors dépensé ! Les crédits commencent à être consommés. Je suis prêt, à nouveau, à demander au conseil de Paris de voter des crédits qui ne sont pas de sa compétence, car je connais la situation des urgences à Paris, à Saint-Antoine. J'y suis allé souvent avant d'être maire.

Je dis tout cela gentiment, j'espère que personne ne considère mon propos agressif. Voilà mon rôle à l'AP-HP. Non seulement, il est très limité, mais quand les élus de Paris votent des crédits, alors même qu'ils n'y sont pas contraints, l'AP-HP ne s'en sert pas ! Il y a un problème !

Mon adjoint a organisé en 2002 un séminaire de 24 heures, réunissant les professeurs, les syndicats, toutes les composantes du conseil d'administration, pour élaborer un plan stratégique sur plusieurs années. On l'a fait voter. Et maintenant l'AP-HP présente des budgets que je ne peux même pas voter. Je ne vote pas le budget. Serge Blisko, représentant à l'AP-HP d'un groupe que je présidais quand j'étais encore dans

l'opposition, m'a demandé un jour s'il pouvait voter contre le budget de l'AP-HP. Je lui ai répondu : oui ! Car nous étions en désaccord avec le budget. Nous avons la langue bien pendue, même si nous sommes discrets sur d'autres sujets.

M. Serge BLISKO : Pardonnez-moi de vous interrompre pour préciser que c'était un de nos amis politiques qui était ministre.

M. Bertrand DELANOË : Tout à fait. Je croyais que tout le monde avait compris.

M. le Président : Serge Blisko aime à clarifier !

M. Bertrand DELANOË : C'était lorsque Serge Blisko et moi siégions dans l'opposition au conseil de Paris.

M. le Président : Avant 2001, mais après 1997 !

M. Bertrand DELANOË : Voilà ! Le seul qui ait tout compris ! Claude Evin n'était pas ministre. Peu importe d'ailleurs, mon propos ne porte pas contre les ministres, *a fortiori* quand ce sont des copains !

M. le Président : Serge Blisko avait d'ailleurs demandé une autorisation de vote.

M. Bertrand DELANOË : Nous en avons débattu à deux. Il ne s'agissait nullement d'une autorisation hiérarchique ; ce fut une discussion d'élus parisiens tentant de trouver la bonne position.

L'AP-HP est un service d'Etat. Je suis prêt à lui demander des efforts de rationalité économique. Mais je sais le manque d'infirmières, le manque de personnels. J'y ai été hospitalisé. Je sais l'excellence, la générosité, l'héroïsme de certains personnels, qu'ils soient professeurs ou brancardiers. Ils aiment leur métier. Certes, il ne faut pas gaspiller. Toutefois, certaines situations ne peuvent perdurer.

Pourquoi nous sommes-nous mis en alerte si tôt ? Tout simplement, parce qu'il faisait chaud. Je n'ai strictement aucun mérite. Il va à mes collaboratrices et à mes collaborateurs extrêmement responsables et qui, en l'occurrence, sont très bons. Ils ne pensaient cependant pas une seconde à la catastrophe que nous avons connue ensuite.

M. Serge BLISKO : Il faut dire que l'Hôtel de ville est très peu climatisé et que vous aviez très chaud – peu climatisé si on le compare à d'autres bâtiments.

M. Bertrand DELANOË : M. le député du XIIIème arrondissement veut dire sans doute que la mairie du treizième ne l'est pas !

M. Serge BLISKO : La mairie ne l'est pas, sauf mon bureau !

M. Bertrand DELANOË : Je reviens à vos questions. Personne n'a identifié le risque, ni nous, ni l'Etat, si ce n'est que l'attention a été appelée sur des manques, sur des dysfonctionnements et sur un défaut de concertation, d'où ma demande à l'Etat de prévoir un plan de crise « *chaleur extrême* ». Il existe désormais une responsabilité du Préfet de police. Sans polémique aucune, je ne suis pas sûr que les rapports entre la préfecture de police, les services du ministère de l'intérieur et le ministère de la santé seront les mêmes demain qu'ils étaient hier. C'est une façon aimable de le dire !

Sur le cloisonnement, inutile de faire de grandes démonstrations.

En matière de repérage et de suivi des personnes âgées, nous essayons de progresser, mais je me demande comment nous arriverons à avoir un lien direct avec 175 000 personnes de plus de 75 ans. Notre objectif vise à utiliser tous les systèmes de la ville : portage de repas, aide à domicile, téléalarme, les associations, soit plusieurs milliers de personnes.

M. le Président : En quoi consistent les points Emeraude ?

M. Bertrand DELANOË : Ce sont 15 points animant des réseaux gérontologiques de proximité qui mettent en synergie tous les acteurs en direction des seniors : associations, services de la ville, etc.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : C'est la même chose que des CLIC.

M. Bertrand DELANOË : Onze de nos quinze points Emeraude sont des CLIC. Quatre n'en sont pas. S'il faut qu'ils le deviennent, voyez ce qu'il vous reste à faire, madame la députée !

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Le principe est le même, c'est ce que je voulais dire.

M. Bertrand DELANOË : Le principe est le même et puis chacun invente. Nous sommes pour la décentralisation.

Vous m'avez interrogé sur les différences de taux de mortalité. Suivant les arrondissements, c'est difficile à dire, mais le principal facteur d'explication est celui des implantations hospitalières. Vous m'avez demandé si j'avais compris ce qui s'était passé dans les Hauts-de-Seine, pourquoi une mortalité de + 161 % ? Je suis incapable de vous l'expliquer. La Seine-Saint-Denis a enregistré 160 %. Le pourcentage est, là encore, différent. Je suis demandeur d'éléments.

Quant à votre question de savoir s'il y a des différences sur le bâti, oui ! Les pires constructions pour lutter contre la chaleur sont celles des années 60 et 70. Les surfaces de baies vitrées dans les maisons de retraite sont une catastrophe. Assurément, nous veillerons à les éviter dans nos futures constructions. Pour l'heure, dans les résidences actuelles, nous essayons de poser le maximum de volets, de stores et d'installer des dispositifs de rafraîchissement et non de climatisation, la climatisation pouvant engendrer un problème de légionellose. On ne m'a indiqué ce problème qu'au mois de septembre ! La semaine dernière, je me suis dit que nous avions bien fait de choisir le rafraîchissement plutôt que la climatisation. Imaginez les conséquences de la légionellose sur les personnes

âgées : fragilité supplémentaire. Dans chaque résidence santé de la ville de Paris et dans un club Emeraude par arrondissement, il y aura une pièce ou plusieurs pièces équipées d'un dispositif de rafraîchissement.

Sur l'encombrement de lits et des urgences, il faut être honnête, il existe. Au surplus, à l'AP-HP, au mois d'août, pendant les vacances, le manque de places est aggravé par l'absence du personnel liée aux congés !

Nous avons connu des difficultés pour les enterrements, ce qui me permet de répondre très clairement à la question sur la SEM funéraire. Il s'agit d'une SEM de la ville. Autrement dit, nous y sommes majoritaires, le directeur dépend de la ville de Paris, de la SEM, de ses actionnaires. Je me sens totalement responsable de son travail, d'autant qu'il est excellent ! D'un point de vue opérationnel, le directeur doit obéir et rendre compte au Préfet de police. Cela dit, c'est la ville de Paris qui gère la SEM. C'est un élu de la ville de Paris qui la préside et un directeur est à sa tête, désigné avant que je ne sois maire. Il est très bien et est donc resté.

L'institut médico-légal relève de la préfecture de police. Nous le finançons à travers notre contribution à la préfecture de police. Je ne voudrais pas que vous croyiez que l'absence de certains pouvoirs de police entre les mains du maire signifie que la ville ne paie pas. La contribution de la ville de Paris au fonctionnement de la préfecture de police a augmenté de 28,75 % en 3 ans ; elle s'élève, pour 2004, à 250 millions d'euros, dont 65,5 millions d'euros pour la brigade des sapeurs-pompiers. Un jour, un maire et des présidents de conseil généraux de province m'ont dit que j'avais de la chance, car je ne payais pas pour les pompiers. Eh bien, pas du tout. Ce sont des militaires et je suis prêt à payer davantage tellement ils sont bons ! Seulement, je suis favorable à des partenariats.

Les services funéraires ont connu des problèmes, car ils ont été confrontés à des demandes énormes. Après la canicule, je leur ai rendu visite, évidemment sans caméra, sans photographe et sans journaliste. Les dizaines de personnes que j'ai rencontrées après la crise, à la mi-août, avaient travaillé jour et nuit. Des retraités sont venus, des personnes d'autres SEM des villes de Brest, de Grenoble, de Béziers se sont déplacées. Vous n'imaginez pas ce qu'elles ont vécu. Nous avons été obligés, après autorisation de la préfecture de police, de recourir à des camions frigorifiques, faute de place pour conserver les corps, et de les faire fonctionner en froid négatif, faute de quoi on ne pouvait conserver les corps qui commençaient à s'abîmer. Pardonnez-moi d'entrer dans des détails. Ces personnes ont donc fait face à des difficultés et je ne peux leur reprocher quoi que ce soit. En vingt-quatre heures, elles ont ouvert le site d'Ivry. Pourquoi ? Parce que l'Institut médico-légal, qui relève de la préfecture de police, n'était plus en mesure de faire face.

M. Jean-Marie ROLLAND : Comment cela se passait-il les autres années ?

M. Bertrand DELANOË : Les pics de mortalité n'interviennent pas uniquement en été. A Paris, ils sont répertoriés le week-end de Pâques, du 21 au 24 décembre et en janvier.

En la circonstance, vers le 6 ou le 7 août, les pics de mortalité que nous avons connus et qui se sont traduits par des demandes auprès de la SEM, ont fait suite à la chaleur. On sentait bien qu'il faisait chaud. Nous n'avons pas imaginé ce que seraient les 11 et 12 août, sinon la SEM aurait demandé plus.

Polémique après cette affaire ? Comme je l'ai indiqué récemment au cours d'une émission télévisée, je ne souhaite être – disant cela, je n'engage que moi – ni mesquin, ni déplacé dans une situation de drame. Mais je ne souhaite pas non plus que les responsables que nous sommes n'aient pas de comptes à rendre. J'éprouve du respect pour les personnes. Je ne cherche pas les responsabilités… Ce n'est pas mon problème. En même temps, je ne veux pas que nous pensions ou disions aux citoyens que nous n'avons pas de comptes à leur rendre. Je vous rends des comptes et vous aurez remarqué que je suis envers vous totalement transparent, comme j'ai tenté de l'être vis-à-vis des Parisiens tout en étant, non pas discret, mais pudique. J'ai vu les familles. Nous venons de connaître une autre catastrophe, celle du crash à Charm el-Cheikh. J'ai rencontré les familles, passé du temps avec elles, dans un cas avec Serge Blisko. Quoi ! Je vais faire venir les télévisions ? Quand je rencontre les enfants de personnes qui ont péri dans l'accident, pensez-vous que je doive être accompagné de la télévision, d'un photographe ? Non.

A la question de savoir si des personnes ont été refusées à l'AP-HP, nous vous répondrons par écrit.

S'agit-il plus d'un drame social que sanitaire ? C'est en tout cas un drame. Il est humain, il est social, il est sanitaire tout à la fois – me semble-t-il, car s'il ne nous fait pas réagir sur la place des seniors, sur l'offre sanitaire et sur le lien social, nous « passerons à côté » de tout cela. Je vous dis ce que je ressens.

Les mesures que l'AP-HP nous a demandé de mettre en place étaient effectives depuis le 6-7 août. Le 6 août, nous diffusions les cinq messages préventifs sur les panneaux lumineux de la ville, les consignes données pour la DDASS et la DASCO dans les centres de loisirs et les centres d'hébergement du CAS et diffusion sur les fontaines Wallace le 6 août.

Le 7 août, des branchages tombent.

Le 8 août, nous prenons des mesures de prévention préconisées par la DGS.

Le dimanche 10 août, des contacts sont pris entre M. Carli et notre équipe qui nous conduisent aux décisions du 11 août, date à laquelle nous mettons en place avec le CAS les mesures de crise au sein de nos résidences et en direction des personnes âgées à domicile connues des services. Je vous ai dit ce qu'il en était de la SEM funéraire, l'ouverture du site d'Ivry intervenant le 14 août.

Dans mon propos liminaire, j'ai insisté sur le travail de recherche des familles. J'assume deux choses. J'ai demandé au préfet de police de m'accorder des délais supplémentaires pour retrouver les familles. Nous avons créé un numéro vert et embauché un cabinet de généalogistes. Nous avons ainsi évité deux tiers d'inhumations sans proches. Ensuite, il n'y a plus de carré des indigents à Paris. A Thiais, nous enterrons des personnes sans proche ; elles ont une tombe digne, j'allais dire presque belle. Je n'oublie pas de la faire fleurir à la Toussaint. Peut-être des membres de la commission souhaitent-ils s'y rendre. Je voulais que vous sachiez comment nous enterrons désormais à Paris les personnes totalement isolées ; cela date d'avant la canicule, mais la mise en place des mesures a été accélérée de par les événements.

Défaut d'alerte ou connaissance du risque ? Je ne crois pas que l'on connaissait le risque, car, en ce cas, tous auraient réagi d'une façon différente. Je vous ai dit que nous avions gagné 8 ans d'espérance de vie supplémentaire en 20 ans. Je pense que le risque n'était pas connu ou mal connu.

L'alerte a souffert d'un défaut de coordination, car je considère que nous avons perdu du temps.

Idem pour la rapidité de l'information. Je pense qu'il y a eu réactivité de certains services, moins grande réactivité de la part d'autres structures et insuffisamment d'échanges, mais cette insuffisance ne s'applique pas aux services de la ville et du département.

Vous avez fait allusion à ce qui a été appelé par un journal du soir « *La Bataille du 18ème* ». J'ai constaté une mobilisation extrême, en tout cas du point de vue de la générosité comme de l'efficacité remarquable des sections d'arrondissement du CAS-VP. Tout s'est passé sous l'impulsion de la direction parisienne, mais les personnels de terrain ont pris des initiatives, ont travaillé au-delà de la durée légale du travail et plus que ce pour quoi ils étaient payés. C'est la raison pour laquelle je leur ai attribué une prime, qu'ils ne m'ont, au reste, pas réclamée. Ils ont pu parfois fédérer autour d'eux, dans le vide de Paris, ceux qui pouvaient agir. Je leur ai rendu visite, ils m'ont rendu compte. J'ai fait venir cette fois les caméras, pour qu'ils parlent. Nous étions le 18 août. Ils ont eu une bonne perception de la façon dont il fallait agir, mais une telle mobilisation ne permet pas d'atteindre 175 000 personnes. Il faut changer de braquet !

Vous m'avez interrogé sur le bilan des conventions tripartites avec l'Etat. Je vous répondrai par écrit. J'ai l'impression pour le moment qu'elles sont respectées. Je les ai signées avec vous, Mme Guinchard-Kunstler – j'avais considéré qu'elles constituaient un progrès – et avec les associations. Cela s'appelle « la mise en synergie » et produit des résultats. Cela pourrait d'ailleurs inspirer des montées en puissance.

Vous avez parlé de drame humain, de problème de société, et vous m'avez demandé, Mme Guinchard-Kunstler, si la réaction eût été différente s'il s'était agi d'enfants. En tant qu'élu local, les enfants et les seniors sont les personnes qui suscitent le plus mon affectivité. Cela provoque des réponses en termes de management. D'ailleurs, quoi de plus agréable que d'inaugurer, comme la semaine dernière, une crèche avec des personnes âgées ? Les générations se sont retrouvées. C'était extraordinaire, M. le maire du XIIIème arrondissement !

Ce fut un drame humain, un drame de société.

Comment vivrons-nous avec une espérance de vie allongée, de préférence à notre domicile, avec une assistance, hospitalisés par moment, pas trop longtemps, pas au-delà de ce nous avons besoin et avec des voisins et des amis ? C'est une question pour nous et, aujourd'hui, pour ceux qui ont 30 ans de plus que nous. Nous avons besoin de tout le monde. Mais ne croyons pas que nous puissions nous en sortir sans d'énormes moyens financiers. Je n'y crois pas.

Catastrophe sanitaire ou naturelle ? D'une certaine manière, il s'agit bien d'une catastrophe naturelle, dans la mesure où il s'est agi de températures extrêmes. Mais cette catastrophe naturelle n'est plus extraordinaire. La prochaine ne se produira peut-être pas dans 5 ans. Bien entendu, elle a eu des conséquences sanitaires.

Avoir mieux anticipé aurait-il changé quelque chose ? Oui, sans doute, mais ne croyons pas que nous aurions évité un supplément de morts liées à des conditions naturelles exceptionnelles. J'ai vécu dans un pays chaud toute mon enfance. Dans ma famille, parmi nos proches, des personnes décédaient au moment des grosses chaleurs. En Tunisie, il fait 40 degrés l'été. C'est une cause de mortalité. Nos sociétés européennes ne sont pas préparées à cela. La durée de vie a augmenté, nos systèmes sanitaires, de santé, sont en crise. Il y a un déficit de solidarité. En outre, plus j'avance dans l'analyse de la crise, plus je pense qu'une certaine surmédicalisation crée des problèmes. Certaines personnes fragiles surmédicalisées, à l'occasion de fortes chaleurs, étaient particulièrement vulnérables, même en les hospitalisant. Je ne suis pas médecin. Certains savent cela mieux que moi. Mais je pense qu'une surmédicalisation crée un problème particulier en cas de grosse chaleur chez les personnes très âgées.

Vous m'avez interrogé sur la mise en place de plans sans connaître préalablement les causes de catastrophe : le secrétaire général de la ville de Paris, venu avec moi, doit sourire à entendre cette question, car je suis en permanence en train de répéter : « *Il faut prévoir, il faut prévoir…* » Cela nous servira pour ce que l'on n'a pas prévu. Le meilleur exemple est la prévention des inondations. Je me suis aperçu que nous n'étions pas en mesure d'héberger plusieurs milliers de personnes en cas de nécessité, que nous ne disposions pas des couvertures nécessaires et que nous n'étions pas non plus en mesure de leur distribuer des repas. Ajoutez Paris Info mairie, le numéro de téléphone qui n'était pas prévu pour les situations de crise. Le secrétaire général de la ville et son équipe ont beaucoup travaillé. Ils ont été jusqu'à me faire acheter des *Zodiac* ! Je me suis rendu à Prague pour comprendre comment ils avaient réagi aux inondations. En 48 heures, ils ont déplacé plusieurs dizaines de milliers de personnes. Bien entendu, j'ai envoyé mon secrétaire général, au moment des inondations, voir comment ils faisaient.

C'est pour moi une angoisse permanente. Je ne sais ce qui peut nous arriver. Je ne veux pas faire peur, mais les alertes chimiques ? Et la protection de l'eau dans une ville comme Paris ? Ne croyez-vous pas que ce soit pour moi un souci ?

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Sur l'enjeu que constitue la prise en compte des risques, la commission a entendu M. Lagadec, qui a expliqué que, davantage qu'une logique de prévision de toutes les crises, il fallait promouvoir la mise en place d'un dispositif en situation d'éveil et de mobilisation.

M. Bertrand DELANOË : Que vous pensiez terrorisme, nouvelles formes de catastrophes, d'agressions, je crois que la ville de Paris a un dispositif de solidarité urgences, logement, information. Bientôt, le numéro à 4 chiffres Paris-Info mairie sera opérationnel. Il fera tout à la fois et jouera un rôle particulier. Ainsi que je l'ai précisé dans mon intervention liminaire, il faut discuter hors crise avec les grands médias. Je n'ai pas du tout à faire le procès des médias. Mais en cas de crise, quelle que soit sa nature, nous n'avons pas élaboré avec les médias un dispositif, pas seulement préventif, mais réactif, qui pourrait nous manquer.

Nous avons tenté, avec les services, de prévoir un nombre considérable d'hypothèses – sans rapport avec la chaleur, si ce n'est qu'elles nécessitent de traiter de la situation de milliers de personnes. Avec le secrétaire général de la ville et quelques autres, nous nous interrogeons sur ce que nous n'avons pas prévu – et il y a des tas de choses que nous n'avons pas prévues et qui nous feront défaut peut-être. Nous essayons de penser à tout pour tenter de faire face le moment venu.

Audition de M. Marc PAYET,
journaliste au Parisien

(Extrait du procès-verbal de la séance du 13 janvier 2004)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

M. Marc PAYET est introduit.

M. le Président : M. le maire de Paris, que nous auditionnions précédemment, disait qu'il serait utile que nous ayons une réflexion avec la presse dans des périodes de non crise. En tout cas, je vous remercie, M. Payet, d'être avec nous aujourd'hui.

Vous êtes journaliste au Parisien. La presse a joué un rôle important pendant cette période de canicule. Votre journal a été l'un des premiers à s'alarmer sur les conséquences éventuelles de cette très forte chaleur. Vous avez notamment été en contact avec la direction générale de la santé (DGS) ; vous allez sans doute nous relater ces événements, et l'on ne peut pas oublier que c'est dans les médias que M. Pelloux, le dimanche 10 août, a aussi poussé un cri d'alarme.

On voit donc bien le rôle que la presse a joué, malgré certains obstacles. Nous avons déjà évoqué cette question, notamment lors de l'audition des représentants de la brigade des sapeurs pompiers de Paris (BSPP). Les journalistes ont eu des difficultés à obtenir des informations sur ce que chacun, là où il était à ce moment-là, estimait être la réalité. On découvrira quelques jours plus tard que la réalité perçue le 8 août est loin de correspondre aux faits. Les uns et les autres ont eu aussi parfois le sentiment qu'il y avait quelque rétention d'information. Vous pourrez nous dire quelles ont été les difficultés auxquelles vous avez été confronté.

Nous aurons l'occasion d'entendre prochainement le professeur San Marco. Je ne sais si vous avez un point de vue à ce sujet, mais, s'exprimant devant la mission d'information, et je pense qu'il le répètera devant nous, il indiquait que des messages de prévention ou d'alerte qui avaient été formulés par certains spécialistes ou par des personnes ayant une certaine expérience n'avaient pas été relayés par la presse. Peut-être pourrez-vous nous éclairer sur ce que vous estimez être l'explication de ce phénomène : faut-il du spectaculaire pour que la presse en parle ? Quand on dit que les mesures de prévention consistent à rafraîchir les personnes, est-ce suffisamment intéressant pour elle ?

M. le Président lui rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête lui ont été communiquées. A l'invitation du Président, M. Payet prête serment.

M. Marc PAYET : « *On n'était pas au courant.* ». Ces propos reviennent souvent devant cette commission. Le ministre de la santé M. Jean-François Mattei, a déclaré : « *Nous n'avons rien su. Rien n'est venu d'en haut, ni de la DGS, ni de l'InVS. Rien n'est venu d'en bas non plus, ni des hôpitaux, ni des DDASS.* ». Sa directrice adjointe de cabinet Mme Bolot-Gittler dit, aussi, n'avoir « *rien su* » avant le lundi 11 août. D'autres, comme

M. le préfet de police, Jean-Paul Proust, affirment n'avoir été informés par leurs services « *que le mardi 12 août* ».

Ces déclarations m'étonnent pour deux raisons : d'une part, parce que, moi, au Parisien, j'avais, dès le vendredi 8 août, accès à des informations montrant le caractère dramatique de cette canicule. A supposer que mes informateurs n'aient pas fait remonter ces informations à leurs supérieurs – ce dont je doute –, ces mêmes informations ont été immédiatement publiées, et donc portées à la connaissance de tous. Et pas en pages intérieures, mais en « Une » ! Et pas seulement celle du Parisien, mais aussi les « Une » de notre édition nationale, Aujourd'hui en France, disponible dans tous les kiosques de province. L'argument « *nous étions en vacances, loin de Paris, nous ne pouvions pas savoir ce qu'écrivait Le Parisien* », semble ne pas tenir.

La question sous-jacente à cette « *défaillance* » – terme employé par certains – de l'alerte sanitaire est donc la crédibilité que certains responsables portent ou non aux informations publiées par la presse.

Dans le détail, je souhaite vous communiquer les éléments dont Le Parisien disposait aux cours des premiers jours de crise.

Journaliste chargé du secteur Santé, j'ai travaillé au cours des premiers jours de cette crise sanitaire en collaboration avec Yvon Mézou, rédacteur en chef, Bertrand Parent, adjoint au chef du service Vivre mieux, Charles de Saint-Sauveur, journaliste chargé du secteur Environnement, ainsi qu'avec les différents reporters de nos éditions départementales. Je témoigne devant vous en leur nom à tous.

– Vendredi 8 août :

Cela fait plusieurs jours qu'il fait très chaud. Une dépêche AFP fait état de quelques décès liés à la canicule en Espagne. C'est la première alerte. Nous nous demandons alors pourquoi il n'y a pas de morts en France. Une consœur, qui habite à côté de l'hôpital Saint-Antoine, m'a signalé que, pendant la nuit précédente, les sirènes des pompiers et des ambulances n'ont pas cessé.

A 10 h 30, pour en avoir le cœur net, j'appelle le Dr. Patrick Pelloux, urgentiste à Saint-Antoine. D'entrée, son témoignage est éloquent : « *On n'a jamais vu ça à l'hôpital, autant d'hyperthermies d'origine climatique. On est en état de crise* ».

Il me fait passer une note alarmante signée de M. Dominique Deroubaix, adjoint à la direction de l'assistance publique, qui préconise d'enclencher des mesures « *de type plan blanc* ».

Je joins ensuite, au cours de cette même matinée, le Pr. Pierre Carli, chef du SAMU de Paris, qui lui aussi est très inquiet : « *La situation est en train de devenir très sérieuse. Depuis que je suis en poste aux urgences, je n'ai pas le souvenir d'un phénomène présentant un tel impact sur la santé des gens* ». C'est assez fort en terme de déclaration que l'on fait à un journaliste.

Sur la foi de ces informations, Yvon Mézou, rédacteur en chef du Parisien, décide d'en faire le Fait du jour, pages 2 et 3 du Parisien et d'Aujourd'hui en France, du lendemain. Ce sera donc le journal paru le samedi 9 août.

Dans cette même édition, nous décidons de publier également des extraits du communiqué de la direction générale de la santé du 8 août, donnant des recommandations sanitaires.

Dans l'après-midi, les témoignages sur les morts se précisent. Philippe Hoang, chef du service des urgences à l'hôpital Avicenne de Saint-Denis, évoque « quatre morts » par hyperthermie à une journaliste de l'édition du Parisien de Seine-Saint-Denis, Marjorie Corcier, pour la seule journée du vendredi 8 août.

Nous sommes en début d'après-midi et va se dérouler ce que d'aucuns appellent « l'épisode pompiers » : j'appelle l'officier de presse de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, le commandant Jacques Kerdoncuff, qui me dit, après avoir consulté les relevés de ses équipes et écouté les médecins des pompiers, que « *les équipes ont enregistré 7 décès dans la journée en raison de la canicule* ». Il m'indique que le nombre hebdomadaire d'interventions pour malaise est « *en très forte hausse* » : 1 790 contre 1 180 la même semaine l'an passé, soit « *600 malaises excédentaires dus à la chaleur* ».

En toute fin d'après-midi, il me rappelle, très ennuyé. Il m'explique que son supérieur hiérarchique, le colonel de la BSPP, a appelé la préfecture de police – qui a la tutelle de la brigade des pompiers – pour avoir le feu vert pour parler aux journalistes car, à la suite de mon coup de fil, d'autres médias se sont manifestés, dont TF 1. Il explique à mots couverts que la préfecture donne consigne de taire le nombre de morts et veut faire passer un message « *plus rassurant* ». En accord avec mon rédacteur en chef, Yvon Mézou, et mon chef de service, Bertrand Parent, j'explique à mon interlocuteur que je ne le citerai pas, pour ne pas le gêner vis-à-vis de sa hiérarchie, mais que le journal publiera malgré tout ce premier bilan des morts, qui est une information d'importance capitale.

En ajoutant 7 autres décès enregistrés en Ile-de-France et en province, rapportés par nos correspondants, aux 7 morts révélés par les pompiers, le Parisien et Aujourd'hui titrent donc en « Une » le samedi 9 août : « *Canicule, quatorze morts en deux jours* ». C'est le premier jour de la crise.

M. le Président : C'est donc le samedi 9.

M. Marc PAYET : C'est le vendredi 8 août, mais le journal paraît le 9 août.

– Samedi 9 août :

Mon collègue Charles de Saint-Sauveur prend en main le dossier pendant le week-end, en liaison téléphonique avec moi. Il laisse des messages sur le portable de Mme Pia Daix, chargée de communication de M. Jean-François Mattei et n'obtient pas de réponse. Il fait le tour des SAMU 92, 93, 94 et 95 qui lui font part d'une situation de très fort afflux de patients déshydratés. Leur ton est sans équivoque sur la gravité du drame. Mon collègue essaie de joindre Lucien Abenhaïm au ministère, en vain, et tombe sur son adjoint, Yves Coquin.

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

Le Parisien consacre une page au sujet, titrée : « *Les victimes de la chaleur de plus en plus nombreuses* ». Mais c'est dans le plus complet silence médiatique ce samedi – pas de dépêche AFP ; rien sur les radios ni aux journaux télévisés du soir !

– Dimanche 10 août :

La tension au sein de notre rédaction monte de plusieurs crans au cours de cette matinée. Le matin, c'est de son propre chef que le Pr. Jean-Louis San Marco appelle la rédaction. En fait, il est en vacances en Italie, mais son fils ayant lu le journal à Marseille l'a prévenu de ce que nous écrivions. M. San Marco déclare à Bertrand Parent et à Charles de Saint-Sauveur des choses importantes qui paraîtront le lendemain : « *On peut encore sauver des vies* ! » Il est furieux face à l'inertie des autorités sanitaires. Il dit *texto* : « *Nous sommes face à un drame humain, une hécatombe sans doute jamais vue en France. Et pourtant règne l'impression de silence radio. Cela me donne envie de hurler ! Actuellement des vieux meurent de chaud, mais l'indifférence est de mise car ce sont des décès clandestins, invisibles. Pourtant, je vous assure que ces morts ne sont pas naturelles, comme on dit, mais pour beaucoup évitables.* » Ces propos seront publiés sous forme d'interview « questions-réponses » dans le journal daté du lundi 11 août.

Dans l'après-midi, mon collègue Charles de Saint-Sauveur essaie de joindre Pia Daix qui, finalement, le rappelle. Elle est en vacances à Roscoff. « *J'ai eu votre message. Moi, je n'ai pas les mêmes signaux d'inquiétude* » dit-elle. Charles de Saint-Sauveur est direct avec elle : « *C'est très sérieux. Je vous assure que cette histoire risque de vous sauter à la figure.* » Il demande à ce que l'on joigne M. le ministre Jean-François Mattei pour une interview.

M. le Rapporteur : C'est donc le dimanche 10 août ?

M. Marc PAYET : Le dimanche 10 août en début d'après-midi. Il demande donc une interview au ministre. Sans succès. De leur côté, les éditions départementales du journal enquêtent auprès des services funéraires et rapportent l'information stupéfiante signée Timothée Boutry : « *Plus aucune place dans les funérariums d'Ile-de-France* ».

En fin d'après-midi, Charles de Saint-Sauveur joint à nouveau un officier de permanence à la préfecture de police, zone de défense. Cet interlocuteur, non identifié, nie l'existence d'une crise sanitaire. Il tient à mon collègue les propos suivants : « *Ces informations sont exagérées. Il n'y a pas de problème dans les hôpitaux. Les structures particulières précises prévues en cas de crise ne sont pas activées.* » Le Parisien daté du lundi titre en « Une » : « *La canicule tourne au drame* ».

– Lundi 11 août :

Cette suite est plus connue. Dans la matinée, les informations venant des services funéraires et des hôpitaux montrent que le bilan s'aggrave. Le Parisien consacre 6 pages, dont la « Une », à l'événement. Aucun bilan n'est disponible officiellement. M. Jean-François Mattei m'accorde une interview téléphonique depuis sa maison du Var. Il ne fait aucune annonce précise de mobilisation. Il mentionne simplement « *qu'il est mobilisable dans l'instant* » et que « *la mort n'attend pas* ».

– Mardi 12 août et mercredi 13 août :

Face à l'absence de bilan disponible et troublés par cet ensemble de signaux inquiétants corroborés par d'autres appels que je ne cite pas qui furent passés aux SAMU, aux médecins, ou par des appels spontanés de services hospitaliers urgentistes qui nous disent qu'ils ne savent plus quoi faire des malades, voire des corps quand les appels proviennent des morgues, nous décidons de lancer notre propre enquête pour publier le premier bilan de la mortalité en Ile-de-France, et essayer de mesurer nous-mêmes ce que les pouvoirs publics ne sont pas, pour l'instant, en mesure de nous fournir. Des centaines de coups de fil sont passés par les journalistes des éditions du Parisien aux DDASS, aux états-civils des communes, aux maisons de retraite, aux hôpitaux et aux cliniques en leur demandant la différence de mortalité enregistrée entre ce qu'ils constatent entre août 2003 et août de l'année précédente.

Cette enquête est publiée en « Une » le jeudi 14 août, « *Près de deux mille morts en Ile-de-France : pourquoi la canicule est devenue une tragédie ?* ». C'est le titre de la manchette et le détail de l'enquête est à l'intérieur. Nous n'enquêtons que sur l'Ile-de-France parce que, vu la structure du Parisien, nous avons surtout des moyens humains en journalistes en Ile-de-France.

Finalement, cette estimation va se révéler proche de celle que publiera dans la foulée la DGS, puisque le lendemain, jeudi 14 août, Lucien Abenhaïm publie son premier bilan de 3 000 morts pour la France entière. L'Etat semble enfin prendre conscience de l'ampleur du drame. Mais, évidemment, on peut se poser la question de savoir si l'on aurait pu sauver des vies si l'alerte avait été déclenchée plus tôt.

Au cours des jours suivants, nous continuerons à enquêter. Le 19 août, avec mon confrère Eric Giacometti, adjoint du service société et spécialiste de l'investigation dans le domaine de la santé, nous révélons l'existence du mail envoyé par Yves Coquin à Anne Bolot-Gittler le 11 août, avec accusé de réception de la directrice adjointe de cabinet, dans lequel lui est transmis le projet de communiqué indiquant que « *les chambres mortuaires en Ile-de-France sont saturées* ».

Plus tard, mais je ne cite que quelques exemples comme le 2 septembre, avec Philippe Duley, rédacteur en chef adjoint du journal et chef du service, nous publions, en accord avec la mairie de Paris, la « *liste des 66 morts oubliés* », et ferons un certain nombre de portraits de ces personnes disparues.

Pour conclure, je dirai simplement que les informations dont disposaient Le Parisien et Aujourd'hui en France montraient, dès le 9 août, que la canicule provoquait des décès et engorgeait le système hospitalier. Ces informations ont immédiatement été publiées et portées à la connaissance de tous.

M. le Rapporteur : Je voudrais remercier M. Payet de son témoignage et des détails qu'il a donnés de tout le déroulé à partir du 8 août jusqu'à la mi-août. Pour revenir sur les informations qui étaient disponibles le 8 août, il y avait tout d'abord le communiqué de Météo France du 7 août ; puis l'information que vous aviez obtenue des sapeurs-pompiers. Il y a eu enfin le communiqué de la DGS. Avez-vous été surpris par la tonalité des communiqués par rapport à ce que vous perceviez de la situation et des échanges d'information que vous aviez ? On peut avoir l'impression qu'ils n'étaient pas alarmistes ; plutôt compassionnels, préventifs, mais certainement pas alarmistes.

Par ailleurs, le 8 août, lorsque vous signalez dans le journal du 9 qu'il y a 14 morts, l'on est, on le constate *a posteriori*, très en deçà de la réalité puisque le nombre de morts s'établissait en réalité, pour la totalité de la France, à 3 900. Pour la région parisienne, ils étaient probablement plusieurs centaines. Quand vous publiez ces chiffres le 9 août, avez-vous le sentiment d'être très en deçà de la vérité ou pensez-vous la cerner ?

M. Marc PAYET : Sur le communiqué DGS, en effet, l'impression que nous avons ressentie était qu'il était pour le moins en deçà de ce que la situation de crise aurait pu exiger. Pour ce qui est du communiqué de Météo France, je n'aurai pas la même analyse, j'ai l'impression, sans être un spécialiste du tout de l'environnement, que Météo France a été plus rapide, plus clairvoyante et lucide. On sait qu'avant la tempête de 1999, on les avait durement critiqués. Cette fois, j'ai l'impression qu'ils ont été relativement réactifs.

Savions-nous que le nombre était plus important ? Le but du papier dans l'édition du 9 août était de dire que la canicule provoquait alors des décès. Nous étions face à une forte remontée d'informations montrant un engorgement massif dans les SAMU et aux urgences, et des décès. Nous sentions bien que nos interlocuteurs, en particulier les pompiers, ne nous parlaient que des 7 morts dont ils étaient vraiment sûrs. Les médecins des pompiers nous ont dit qu'il n'était pas évident de faire la part entre les morts liées à la canicule et celles qui ne l'étaient pas, mais pour ces sept, ils étaient sûrs.

Pour ce qui est du daté samedi, il est évident que nous sentions que la situation était gravissime.

M. le Rapporteur : Le vendredi 8 août, le commandant Kerdoncuff vous donne deux chiffres : le nombre de morts et un chiffre sans doute plus significatif, celui des interventions pour malaise. Ce dernier montre une croissance très forte qui porte sur plusieurs centaines d'interventions supplémentaires. A l'entendre, pouviez-vous ressentir qu'il trouvait que c'était grave – pas tant que les 14 morts étaient un minimum, mais que les interventions pour malaise étaient plus révélatrices de la gravité de la crise ?

Le 9, vous titrez : « *Les hôpitaux en état d'alerte maximum* ». Là encore, on peut faire l'observation *a posteriori* qu'ils n'étaient pas, en fait, en alerte maximum.

M. Marc PAYET : En ce qui concerne le commandant Kerdoncuff, la réponse est positive. Selon lui, la situation était extrêmement grave. Il a effectivement donné le chiffre des malaises. Je m'en tiens au factuel dans mon exposé mais, sur le climat, sur l'ambiance, ce qui ressortait de son propos, c'est que c'était très grave. Il mentionnait le travail considérable des équipes, expliquant que ce n'était pas forcément uniquement des personnes âgées mais aussi des gens sur la voie publique qui commençaient à nécessiter des interventions. Incontestablement, il sentait, et le disait, que la situation était très grave.

Nous titrons « *Les hôpitaux en alerte maximale* » pour deux raisons : d'une part, nous avons la note de M. Deroubaix du 8 août, qui est communiquée par le Dr. Pelloux, disant que l'Assistance publique doit prendre des mesures de « *type plan blanc* ». On me fait passer la note et je vois que, manuscrit, M. Deroubaix a annoté que : « *c'est très grave et je vous prie d'aller vite* », pour caricaturer. Cela, c'est pour l'AP, mais nous prenons aussi contact avec d'autres hôpitaux en Ile-de-France hors AP, qui semblent dire la même chose. Cela nous paraît donc cohérent comme titre.

J'ai l'impression que les urgentistes bossent et essaient de faire le maximum ainsi que la BSPP… Ensuite, on sait qu'il y a eu quelques confusions entre les différents niveaux hiérarchiques, entre la BSPP et la PP mais il semblerait que certains, à la BSPP, aient eu connaissance du problème et aient voulu alerter la presse.

M. le Rapporteur : Précisément, à propos des chiffres donnés par la BSPP, pardonnez-moi de revenir sur ces détails mais ils sont importants, M. Kerdoncuff vous dit bien qu'ils ont eu 1 790 interventions la veille ?

M. Marc PAYET : Ce sont les interventions sur la semaine. En fait, l'excès d'interventions hebdomadaires est de 600 malaises *versus* la même semaine pour 2002.

M. le Rapporteur : Se pose un autre problème, c'est que dans les rubriques des rapports de la brigade des sapeurs-pompiers ne figurent pas ces interventions pour malaise mais plutôt les assistances aux personnes, etc. C'est un peu troublant.

M. Marc PAYET : Dans la conversation téléphonique que nous avons, il me fait part de ce problème. Il me dit qu'il est difficile de distinguer les malaises dus à la chaleur des autres malaises parce que, pour des raisons de présentation, ce n'est pas prévu comme ça. Mais à partir du moment où je lui passe le premier coup de fil et sa réponse, il a des entretiens pour faire le point avec les médecins chefs des pompiers et il arrive à ce résultat documenté en ayant recoupé les informations. Il dit qu'il transmet à sa propre hiérarchie les chiffres qu'il me donne.

Par ailleurs, sur le « *RAS* », quand on lui posera la question, il dit qu'oralement, des consignes avaient été transmises.

M. le Rapporteur : Par rapport à 2002, le commandant vous donne bien les chiffres de 2002, car, lors de son audition, il nous a plutôt indiqué qu'il n'avait pas les chiffres de 2002. Donc, sur le moment, il pouvait faire un comparatif avec 2002.

M. Marc PAYET : En fait, pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté, je précise que, lorsque je l'interroge, je lui demande les interventions hebdomadaires de la BSPP pour la semaine dont nous parlons, à savoir la semaine de crise. Il me donne le chiffre de 1 790 interventions contre 1 180 la même semaine l'an passé, soit 600 malaises dus à la chaleur.

M. le Président : Il est vrai que, manifestement, les pompiers donnent, le 8, des informations à la presse qu'ils n'ont pas été en capacité de donner, tant devant la mission d'information que devant la commission d'enquête. On peut le dire comme cela, mais il est vrai que nous avons demandé à plusieurs reprises des comparaisons avec 2002, pour lesquelles il nous a été répondu que ce n'était pas possible.

M. le Rapporteur : Le 8 et le 9, le commandant Kerdoncuff ne vous dit pas exactement la même chose parce que, apparemment, sa hiérarchie lui a demandé de ne pas s'exprimer avec la même liberté.

Avez-vous le sentiment que cette « censure » est le fait de la hiérarchie de la BSPP ou qu'elle vient du cabinet de la préfecture de police ? Ou au-dessus ?

M. Marc PAYET : Les informations dont je dispose sont celles du rapport du général Debarnot**,** publié par Le Monde en *scoop* de Jean-Yves Nau, rapport qui a été authentifié comme étant le bon – en tout cas, cela n'a pas été démenti – reprenant les échanges téléphoniques qui montrent qu'un certain nombre de conversations ont lieu entre, d'une part, le commandant Kerdoncuff et le colonel Grangier qui appelle, en fin d'après-midi, le chef de cabinet du préfet de police de Paris qui répond – je n'ai plus les termes exacts – qu'il faut se montrer rassurant et qu'il n'est pas question de donner le nombre de morts à la presse, le motif avancé étant que l'on ne peut être sûr qu'il s'agit de morts dues à la canicule.

Je n'ai pas d'autres informations.

M. le Président : Ce rapport, nous ne le connaissons tous que plus tard. Qu'est-ce qui vous est dit le vendredi 8 après-midi par M. Kerdoncuff ?

M. Marc PAYET : Il m'est dit ce que je vous ai rapporté, c'est-à-dire que nous ne pouvons pas les citer car les informations dont ils disposent seraient démenties par leur hiérarchie si la BSPP était citée. Nous maintenons que nous allons les publier sans citer la source. C'est la raison pour laquelle dans Le Parisien vous avez : « *Quatorze morts en deux jours. Selon nos informations, etc.* » La BSPP, la PP ne sont pas citées. Notre interlocuteur nous fait comprendre que c'est sa hiérarchie ainsi que la PP qui sont à l'origine de cela.

M. le Président : M. Kerdoncuff a indiqué cela ici même ainsi que le fait qu'il s'était retourné vers les médecins pour avoir une appréciation, y compris médicale.

M. Gérard BAPT : En reprenant la série de titres que vous avez publiée pendant cette phase, on a l'impression que l'on n'arrive pas à faire passer l'information. On est un peu stupéfait, mais ici même, des responsables de haut niveau nous ont dit que c'est par la presse qu'ils ont été alertés – pas forcément par Le Parisien mais par d'autres médias. Je pense notamment aux représentants des syndicats de dirigeants d'établissements pour personnes âgées et des deux fédérations des associations de maintien à domicile, qui nous ont dit que c'est en entendant le Dr. Pelloux à la télévision.

M. le Président : Ainsi que le Centre opérationnel de gestion interministérielle des crises (COGIC), devant la mission d'information…

M. Gérard BAPT : M. Trégoat, le DGAS qui n'était pas parti en vacances car il venait d'être nommé, le dit également. Il dit avoir reçu un coup de fil d'un journaliste du Parisien le 10 août qui l'interrogeait sur le fait que les funérariums des Jardins d'Arcadie étaient débordés. C'est ainsi qu'il a appris qu'il se passait quelque chose.

Donc, je voudrais rendre hommage à la presse, en particulier au Parisien, parce que le 8, sur la base d'une dépêche AFP venue d'Espagne, vous vous dites que si des morts

sont signalées en Espagne en raison de la canicule, il pourrait y en avoir en France, et vous commencez à aller voir ce qui se passe dans les hôpitaux. Or, dans les administrations et les cabinets, il y avait des informations qui étaient remontées auparavant de certaines DDASS, notamment de celle du Morbihan dès le 6 août. On peut donc penser que vous avez été bien plus curieux et réactifs que les responsables en situation.

Dès le 8-9 août, les remontées des hôpitaux d'Ile-de-France étant inquiétantes, vous essayez de joindre des responsables. Pas de réponse, dites-vous, au cabinet de la santé. Pourtant, nous avons reçu ici l'intérimaire du samedi et du dimanche qui nous a dit ne pas avoir reçu d'appels, sauf de médecins et pour d'autres problèmes. Comment se fait-il que ces appels ne soient pas parvenus au conseiller technique, M. Grouchka, qui était là juste pour le week-end ?

C'est sans doute pour cela que l'on vous a basculé sur le ministère des affaires sociales et le DGS qui était, lui, à son poste, mais bien dépourvu, puisque si vous êtes arrivé à joindre M. Coquin durant ce week-end, il avait l'air, dites-vous, « *bien seul* ». Vous lui transmettez les informations des SAMU, mais il n'est pas encore, manifestement, très sensibilisé au problème de la conséquence sanitaire de la canicule.

Venons-en au 11 août. Nous avons reçu la directrice adjointe du cabinet de M. Mattei qui nous dit qu'elle n'avait absolument aucune remontée inquiétante et pas d'informations, notamment, sur la saturation du funérarium jusqu'au mail, arrivé très tard, de M. Coquin. Ce dernier dit, au contraire, avoir appelé à plusieurs reprises.

Le 11, vous nous dites que vous n'avez eu aucun appel, excepté celui du médecin urgentiste, M. Pelloux. Vous n'avez pas essayé, ce jour-là, de contacter le cabinet du ministre de la santé. Pourtant, vous essayez d'appeler directement le ministre. Avez-vous des échanges avec lui ? Lui parlez-vous aussi du problème des funérariums ? Ce sont des éléments très importants à déterminer, en ce qui concerne la façon dont la vérité doit être dite devant une commission d'enquête parlementaire.

Comment avez-vous ressenti les sentiments et la situation psychologique du Pr. San Marco et du Dr. Pelloux qui n'arrivaient pas à alerter, même si le Pr. San Marco proposait par exemple de se mettre au service de la DGS sur l'affaire du fameux communiqué dont vous dites qu'il a été bien restrictif ? L'aide de l'INPES et du Pr. San Marco a été refusée pour la rédaction de ce communiqué.

Ce sont des questions très précises sur des points qui ont donné lieu à polémique, puisque j'ai été accusé d'avoir lancé des accusations mensongères, voire diffamatoires ; ce sont des éléments précis qu'il m'importe de connaître pour que toute la lumière soit faite sur cette phase en matière de circulation de l'information.

M. Jean-Marie ROLLAND : A partir de quel moment vos collègues de la presse écrite et des autres médias ont-ils repris vos titres ? Vous nous avez dit avoir eu du mal à attirer l'attention des hautes autorités. Votre lectorat a-t-il été intéressé par ces titres ? Par rapport aux ventes d'août 2002 – ce qui me semble être le meilleur baromètre – celles d'août 2003 montrent-elles une progression indiquant que la population était sensible au message que vous annonciez ?

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Vous vous êtes naturellement tourné vers le ministre de la santé pour avoir des informations, outre celles obtenues sur le terrain.

Pourquoi ne vous vous êtes-vous pas tourné vers le ministre en charge des personnes âgées, M. Fillon, ou vers M. Falco, le secrétaire d'Etat ? Peut-être l'avez-vous fait ?

Par ailleurs, je m'interroge sur le rôle de la presse. Au fur et à mesure que les informations du drame vous arrivaient, vous êtes-vous, à un moment donné, posé la question du niveau d'information, de sensibilisation et de consignes qu'il fallait transmettre aux personnes âgées et aux personnes en difficulté ? Quelles consignes avez-vous alors données ? Auprès de qui avez-vous trouvé les consignes à donner ?

M. Serge BLISKO : Ce qui me frappe dans votre récit, M. Payet, c'est qu'avec votre métier de journaliste et vos méthodes, à partir du 8, vous sentez qu'il se passe quelque chose – l'histoire de l'Espagne. Vous commencez alors votre travail d'investigation téléphonique : vous avez M. Carli, puis vous appelez M. Pelloux pour savoir si ce que votre consœur, qui habite à côté de Saint-Antoine, a entendu la nuit est confirmé. Dès lors, vos sens de journaliste sont en alerte.

Vous poursuivez votre travail d'investigation et c'est toute la direction régionale du Parisien, dont vous avez dit qu'elle était très bien structurée en Ile-de-France, tous vos correspondants locaux qui, le 11, téléphonent aux DDASS des huit départements d'Ile-de-France, pour dresser un bilan qui, quand vous donnez 2 000 morts, n'est pas si éloigné de la réalité ou, du moins, moins éloigné que les sept ou quatorze décès du vendredi 8.

Mon intervention est donc d'abord un constat : une équipe, qui n'est pas spécialement médicale et dans laquelle les localiers sont sans doute de niveaux différents, arrive à recouper très vite les informations, réalisant un travail plus rapide peut-être que l'InVS ou la DGS. Je voulais vous transmettre mes félicitations, malheureusement attristées du fait qu'avec vos moyens du bord, un téléphone et un ordinateur, vous arrivez à avoir une idée d'une catastrophe sanitaire alors que ce n'est pas votre rôle.

Ensuite, je voudrais savoir si, en tant que journaliste, vous aviez déjà vécu personnellement ou collectivement, pour les plus anciens dans le métier, ce type de situation ? Votre appréciation sur la « *solitude* » de Yves Coquin, ne vous donne-t-elle pas l'envie, quand la rédaction se réunit, regroupe ses informations sur les funérariums, les hôpitaux et autres et juge la situation terrible, de sortir de votre rôle de journaliste qui relate l'événement pour, en tant que citoyen, dire qu'il faut faire agir dans la mesure où le ministère n'a pas l'air de beaucoup réagir ?

Quand vous essayez de joindre M. Mattei, votre démarche correspond-elle à cela ? Avez-vous eu brutalement envie que la presse soit autre chose qu'un pourvoyeur d'information, qu'elle joue aussi un rôle d'alerte ?

Enfin, je suis très surpris : comment se fait-il que le Pr. San Marco vous appelle ? J'ai bien compris le cheminement : son fils est en France, il lit l'édition du Parisien, Aujourd'hui en France, et l'appelle en Italie. Mais pourquoi vous et pas le ministère de la santé ? Lui posez-vous la question ? Ce ne sont pas des reproches mais j'aimerais comprendre : comment se fait-il que vous soyez la plaque tournante que n'est pas le ministère de la santé ?

M. le Président : Nous auditionnerons M. San Marco, vous pourrez lui reposer cette question.

M. Edouard LANDRAIN : Le sens journalistique est un instinct très sensible et l'on peut estimer que vous avez peut-être eu, à travers lui, des prémonitions plus grandes que celles des scientifiques. Vous réagissez le 8 en apprenant que l'Espagne connaît des morts.

Etiez-vous également au courant des informations météo parues en France quelques jours avant ? Car les premiers signaux ont été donnés le 4 ou le 5, si je ne m'abuse.

Par ailleurs, aviez-vous vu sur les écrans de la ville de Paris des informations qui auraient pu aussi vous sensibiliser au problème ? M. le maire de Paris nous a dit que très rapidement, des messages avaient été diffusés. Les aviez-vous vus ? Cela a-t-il concouru à votre réflexion ?

M. le Président : J'aimerais également que vous reveniez sur votre entretien avec M. Mattei du lundi 11. Pourriez-vous nous indiquer les questions que vous lui avez posées et les réponses qu'il a apportées ? Si je comprends bien, vous l'avez interviewé dans la journée du 11, avant son intervention télévisée du soir.

M. Marc PAYET : L'interview de M. Mattei paraît dans le journal daté du mardi 12, que je n'ai pas ici, mais je pourrai vous la faire parvenir dans le détail.

De mémoire – mais j'ai le souci d'être précis, je resterai donc à un niveau général – il n'y a pas d'annonce. Il donne des conseils de prévention, dit qu'il est mobilisable et explique qu'il est concerné. Le titre que nous avons d'ailleurs extrait de ses propos était : « *Nous sommes concernés par le problème* ». Dans le détail, il n'y a pas l'annonce du numéro vert qu'il donnera à 20 heures sur TF 1.

M. le Président : Le lundi 11 au matin, votre journal a titré : « *La canicule tourne au drame* ». Dans les questions que vous lui posez, lui parlez-vous de « drame » ?

M. Marc PAYET : Bien sûr.

M. le Président : Je m'interroge sur la nature de la conversation que vous avez avec lui au regard du fait que le lundi matin, votre quotidien a titré que la canicule tourne au drame. Vous êtes en liaison avec un ministre auquel vous êtes en train de dire que la France vit un drame…

M. Marc PAYET : Bien sûr. De toute façon, si M. Mattei nous accorde l'interview, j'imagine que sa chargée de communication ou quelqu'un placé au-dessus ont dû décider de le faire parce que Le Parisien en avait fait « le Fait du jour » et son titre.

Dans les questions que nous posons, je me rappelle que nous faisons référence à cette affaire de funérariums. A ce moment-là, on n'est pas encore certain que la situation est aussi terrible qu'on le saura dans les jours suivants, mais je me rappelle lui avoir dit que certaines familles sont dans l'angoisse et l'inquiétude car elles n'arrivent pas à trouver d'entreprise funéraire pour enterrer leurs morts : « *On approche du 15 août, qu'allez-vous faire* ? »

Il semble au courant du problème mais donne des réponses que d'aucuns qualifieraient sans doute d'évasives. Mais je vous ferai parvenir le détail de cette interview.

Pour répondre à M. Bapt, effectivement, vous pouvez être surpris que les personnes du cabinet du ministre, tant le samedi que le dimanche, ne soient pas contactées par le journaliste du Parisien, mais la réponse est extrêmement simple. Cela fait l'objet de certaines polémiques, mais comme cela se pratique aussi dans d'autres ministères, la règle est hyper précise avec M. Mattei et sa chargée de communication Mme Pia Daix : tout passe par elle ! Interdiction aux journalistes de joindre directement, sur des portables ou des numéros directs, les conseillers techniques du ministre. Cela peut se comprendre.

La règle est d'appeler la chargée de communication du ministre. C'est pour cela que j'ai relaté que nous avions tenté à plusieurs reprises de la joindre sur son portable, avec succès en fin de compte, mais plus tard. Sinon, on appelle le ministère et l'on demande la personne de permanence. Mais celle-ci n'est pas forcément l'interlocuteur idoine ni le plus haut placé dans sa hiérarchie.

Concernant l'attitude des MM. San Marco ou Pelloux, je suis, pour ma part, un peu étonné. Incontestablement, des messages d'alerte très forts sont délivrés dans la presse par ces personnes. Pour autant, je n'ai pas d'élément, aucune certitude pour savoir, si oui ou non, ils ont relaté en interne les mêmes informations à leur hiérarchie. Je n'ai pas les moyens de le savoir.

A priori, il me paraîtrait étonnant que l'on accepte de parler à un journaliste en sachant que c'est du *on* et pas du *off* et que ces propos seront sur la place publique le lendemain et que, dans le même temps, on n'avertisse pas sa hiérarchie. Mais je n'en sais rien. En tout cas, ils ont alerté la presse et nous avons publié leur message. De mon point de vue, le message d'alerte santé publique a été diffusé par notre canal.

M. Rolland me demande quand s'est produite la reprise de nos titres par le reste de la presse. Je n'ai pas tout en tête. Le Parisien a sorti l'affaire en premier, mais les confrères ont aussi beaucoup travaillé. Je sais que Le Figaro a fait sa « Une » le lundi 11 avec « *La canicule tue en France* », et ce n'était pas une reprise de nos titres, c'était le fruit de leur propre enquête.

Au niveau des radios et des télévisions, le silence a été assez total en ce week-end fatal. Je me rappelle que nous en étions assez étonnés. Certains membres de notre rédaction se demandaient, à juste titre, si nous n'étions pas en train d'aller trop loin dans ce que nous écrivions parce que, visiblement, d'autres ne suivaient pas : nos enquêtes étaient-elles bien menées ou pas ? Finalement, ils ont choisi de faire confiance aux enquêteurs, et cela a été une très bonne décision.

De mémoire, samedi et dimanche, il n'y a pratiquement pas de sujet audiovisuel, même si TF 1 a l'air un peu plus rapide. On titre le daté samedi : « *Quatorze morts en deux jours* ». Le fait du jour, on parle d'hôpitaux surchargés. Et rien ! En général, sur des sujets de cette ampleur, on a des reprises assez fortes.

En fait, il faudra attendre M. Pelloux, le dimanche soir, au 20 heures de TF 1, même pas en plateau mais dans un sujet, pour que la mécanique « reprise AFP » se mette vraiment en marche et que le lundi matin, les confrères suivent l'AFP qui a une valeur de référence – et c'est bien normal.

Sur les ventes, je ne peux vous répondre, je ne sais pas. Je pense que cela a bien marché mais, la rédaction a reçu énormément d'appels de lecteurs ainsi que de

personnels hospitaliers qui disaient combien la situation était invraisemblable, appels parfois anonymes mais crédibles par la précision des informations. Je me rappelle d'appels émanant de responsables des morgues de Cochin et d'Antoine Béclère qui disaient avoir trente cadavres pour vingt places.

Quand vous recevez ce genre d'informations, vous vous dites que les gens ne mentent pas, surtout quand il s'agit de facteurs convergents.

M. Gérard BAPT : Vous nous donnez des explications intéressantes sur le fonctionnement du cabinet du ministre. En tant que journaliste, vous ne pouvez parler qu'à l'attachée de presse. Cela signifiait sans doute aussi que les membres du cabinet ne lisaient pas la presse et attendaient que l'attachée leur donne des informations ? Quand M. le ministre ou Mme la directrice adjointe du cabinet disent n'avoir eu aucune remontée, qu'en pensez-vous ?

M. Marc PAYET : Je n'ai pas d'opinion sur le sujet. Ce que je vous décris, c'est une pratique de communication. Vous pourrez demander à d'autres journalistes, c'est de notoriété publique. Dans ce ministère, c'est ainsi que cela fonctionne pour ce qui est de l'accès à l'information.

M. le Président : La consigne est que seule l'attachée de presse est joignable par les journalistes ; et éventuellement, le conseiller technique de permanence.

M. Marc PAYET : Si je dois donner mon point de vue personnel, je dirai que je suis très étonné que, lorsque Le Parisien daté samedi traite ce sujet dans son « Fait du Jour » – ce qui représente à peu près un million et demi de lecteurs – il n'y ait pas plus de réactions et plus rapidement pendant le week-end. Le « *rien su, rien entendu* » de Mme Bolot-Gittler nous a paru tout de même assez étonnant.

Mme Guinchard-Kunstler me demande les raisons pour lesquelles nous avons surtout contacté le ministère de la santé. Nous avons aussi contacté la préfecture, les pompiers – pas par le biais du ministère de l'intérieur. Peut-être avons-nous aussi des torts mais nous étions très focalisés sur le monde hospitalier, les cliniques, la santé et les pompiers. Nous mettions là notre énergie.

Je me rappelle avoir essayé, moi ou d'autres, de contacter le secrétariat de M. Falco ; les réponses n'ont pas été extrêmement faciles et interprétables en première intention, mais il est vrai que nous n'avons pas essayé de travailler massivement avec le ministère des affaires sociales, car nos équipes étaient concentrées sur cette priorité de santé, tout au moins au début de la crise.

Concernant les consignes et la question de savoir ce que doivent être les missions de la presse en termes de prévention et comment relayer ou pas les messages de santé publique, je suis revenu sur les alertes parce que c'étaient les titres, mais, vous avez aussi, par exemple, dans le daté samedi 9 août « *Trois conseils pour faire face à la chaleur* » avec, en relais, le communiqué de la DGS dans lequel des médecins de santé publique s'expriment.

Dans les autres éditions, vous verrez que nous essayons de donner des conseils aux personnes, pas nous-mêmes mais par le biais d'interlocuteurs.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Je voudrais revenir sur ma question concernant le ministère des affaires sociales et le secrétariat d'Etat aux personnes âgées. Compte tenu des premières informations que vous donnez, vous ont-ils contacté pour attirer l'attention en termes de prévention, de consignes d'alerte ?

M. Marc PAYET : Ils ne me contactent pas personnellement, en tout cas. Je n'ai pas plus l'impression qu'au Parisien, d'autres journalistes en charge de ce dossier au service Economie qui est en contact avec ce ministère, aient été appelés. Sans vouloir m'avancer, je n'ai pas eu de retour, en conférence, de rédaction allant dans ce sens.

M. Blisko, je vous remercie de votre compliment sur notre travail et notre réactivité. Nous souhaitons vraiment rester modestes ; il s'est trouvé que, sur cette affaire, l'enquête journalistique, qui a porté ses fruits, a été relativement rapide, mais nous n'avions pas prétention à l'exhaustivité ou à une valeur scientifique. Il s'agissait simplement de gros moyens journalistiques mis en œuvre. D'ailleurs, entre parenthèse, le DGS, M. Abenhaïm m'a appelé le jour de cette parution en me disant qu'ils pourraient m'engager en tant qu'épidémiologiste ! *(Sourires.)*

Je ne suis pas très vieux dans le métier et n'avais encore jamais vécu une crise de cette ampleur. Ce qui tranche vraiment par rapport au traitement quotidien de l'information, c'est que, tout d'un coup, beaucoup de personnes vous appellent sur votre poste parce qu'ils ont vu votre signature en bas de l'article et qu'ils veulent témoigner. La remontée de l'information se fait en dehors des canaux habituels. Comme je vous le signalais précédemment, dans les hôpitaux, ce sont des personnes hors hiérarchie qui prenaient le risque d'appeler un journaliste pour signaler la situation, tellement elle leur paraît incroyable. Ensuite, à nous de recouper les informations et de vérifier leur véracité et qu'il n'y ait pas d'exagération.

Néanmoins, personne n'avait pressenti – nous, les premiers – qu'il y aurait 15 000 morts. On ne pouvait imaginer un drame d'une telle ampleur. Mais il est vrai que la diversité et la multiplicité des informations, la gravité des tons faisait prendre conscience qu'il s'agissait d'une situation très grave et la rédaction en chef du Parisien a vraiment joué un rôle majeur en décidant de traiter le sujet. D'autres auraient pu penser que ce n'était pas si évident. Quand on n'était pas au cœur de l'action, cela pouvait paraître discutable.

M. Serge BLISKO : Je suis frappé car la rédaction paraît très mobilisée et se pose des questions. Votre propre vérification sur toute la région, la multiplicité des appels montrent qu'il se passe quelque chose. Vous l'analysez ainsi. Mais je trouve extraordinaire, ce n'est qu'une constatation, qu'une infirmière, un médecin ou un employé de la morgue d'un hôpital appellent Le Parisien où il n'y a pas de filtre, j'ai bien compris, puisque l'on vous passe leurs appels, et que personne ne pense à appeler le ministère de la santé où, visiblement, les appels téléphoniques n'ont pas fait griller le standard.

M. le Rapporteur : En effet, cela ne vous surprend-il pas que les personnes responsables sur le terrain alertent la presse et n'alertent personne de leur hiérarchie ? Car c'est bien cela qui se passe.

M. Le Président : J'ai le sentiment que ce ne sont pas les mêmes personnes qui interviennent.

M. le Rapporteur : Nous retrouvons ce comportement en Gironde, où le CHU de Bordeaux a alerté la presse… et personne d'autre !

M. Marc PAYET : Si c'est le cas, c'est très étonnant. En même temps, M. le Rapporteur, si je suis chargé de communication ou adjoint de cabinet et que j'entends M. San Marco déclarer à un média qui est vendu à 1,5 million d'exemplaires, des propos aussi graves, je réagis. Pour le coup, je suis étonné que la hiérarchie n'appelle pas M. San Marco pour lui demander des explications.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Sur l'information, les questions de M. Blisko sont vraiment très importantes. A Besançon, le 15 juin, en période caniculaire très forte, il y a eu trois morts. Le responsable du SAMU a cherché qui il allait prévenir en premier. Il a prévenu la DDASS et la préfecture, mais sa première réaction a été de se tourner vers la presse.

Il est très intéressant de voir les réactions localement : dans un premier temps, la radio n'a pas répondu, la presse écrite non plus, la télévision a immédiatement réagi suivie, après, par la presse écrite. Il est aussi intéressant de travailler sur la réactivité des gens qui ont été concernés.

Le 15 juillet, il y avait des morts dans les établissements de personnes âgées, et les personnels de ces établissements n'ont pas compris, au contraire des services d'urgence, ce qui se passait. Ils connaissaient une mortalité supérieure, mais n'ont pas compris. La perception de la crise a été très différente selon les endroits.

J'ai, pour ma part, apprécié d'avoir pu entendre M. Lagadec qui, pour le moment, a été la seule personne auditionnée devant notre commission qui ait souligné l'importance de se mettre continuellement en situation d'alerte pour saisir quand une situation se modifie. Quand on vous entend, il est clair que c'est vous qui avez joué ce rôle. En tant que journaliste, en recevant la dépêche AFP qui fait état du nombre de morts en Espagne, vous avez été celui qui a été en situation de veille. Les gens qui vivaient la situation se sont tournés vers vous car vous vous étiez mis en situation de veille.

C'est certainement un des points sur lequel il faudra insister : savoir, en fin de compte, qui a été capable de percevoir et vers qui se sont tournés les gens qui vivaient la situation. Nous sommes au cœur des propos de M. Lagadec qui préconise de se mettre en alerte et d'essayer d'obtenir le maximum d'informations afin de parvenir à gérer cette situation de crise. Ce que vous décrivez est l'illustration parfaite de la nécessité d'être continuellement en situation d'éveil et d'alerte quand quelque chose ne va pas.

M. Gérard BAPT : Le professeur qui enseigne la gestion de crise, qui a été passionnant, a développé cette théorie.

A titre personnel, le 13 août, je rentre à Toulouse. Je n'ai pas vu M. Pelloux à la télévision, mais j'ai entendu et lu ce qui se passe. J'appelle donc le directeur du CHU qui me parle de quelques arrivées supplémentaires mais m'affirme que la situation est bien maîtrisée dans les hôpitaux. De retour chez moi, le soir, j'ouvre La Dépêche du Midi et tombe sur deux interviews d'urgentistes toulousains. Le lendemain matin, je les contacte et me rends aux urgences. Là, on m'explique qu'il a fallu sortir les brancards du plan ORSEC car il n'y en avait pas suffisamment aux urgences.

Quand on se trouve dans la situation d'un gestionnaire, M. Lagadec nous l'a très bien expliqué, on réagit en fonction de la façon dont son institution « avale » les problèmes et, ma foi, celui-ci était à peu près « avalé » ! Mais les urgentistes alertaient et étaient désespérés – en l'occurrence, il s'agissait de deux femmes. Elles avaient le sentiment de ne pas être comprises ou entendues de leur responsable administratif gestionnaire.

Et, dans ce cas précis, si je suis allé sur place le 14 août, c'est parce que j'avais, la veille, lu leur interview dans la Dépêche du Midi.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Avez-vous eu le sentiment d'être ce vigile ? Pas vous personnellement… plus exactement, avez-vous eu le sentiment qu'en étant totalement à l'écoute, on aurait pu alerter de manière plus forte ?

M. Marc PAYET : C'est vrai, mais collectivement. A la rédaction du Parisien, nous avons un peu vécu cela les deux ou trois premiers jours. En même temps, nous l'avons écrit, mis à portée de tous, nous avons rendu public ce que nous savions. La question est, en toute modestie, celle de la crédibilité que certains accordent aux informations des médias qu'il faut bien sûr toujours prendre avec précaution, mais qui, en l'occurrence, étaient vraiment documentés.

Je suis d'accord avec vous pour dire que, dans cette crise plus que dans d'autres, la presse a été au cœur d'une remontée d'informations en provenance d'horizons multiples et que c'était le seul espace où les choses pouvaient se dire et s'écrire.

M. Edouard LANDRAIN : Vous n'avez pas répondu à ma question de savoir si vous aviez vu les messages de la mairie de Paris sur les écrans d'information ?

M. Marc PAYET : Je ne les ai pas vus, mais…

M. Pierre LASBORDES : Pourriez-vous également nous indiquer les chiffres des ventes au Parisien ces jours-là pour savoir si cette information a été lue, si elle a intéressé ou si cela s'est passé comme un autre fait divers ?

M. le Président : Si vous avez ces éléments, je vous remercie de nous les faire parvenir. Il semble que, parmi les capteurs dont nous avons parfois parlé pour l'InVS, la presse pourrait trouver toute sa place.

Audition conjointe de Mmes Jocelyne WROBEL, Christine NONCIAUX et Annie TOUROLLE, auteurs du rapport de la mission d'expertise sur les effets de la canicule en Côte d'Or

(Extrait du procès-verbal de la séance du 20 janvier 2004)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

Mmes Jocelyne WROBEL, Christine NONCIAUX et Annie TOUROLLE sont introduites.

M. le Président : Nous avons reçu le rapport de la mission et c'est incontestablement le document le plus complet que nous avons pu avoir sur le bilan qu'il était possible de faire, au moment de sa rédaction, des événements du début du mois d'août.

Il est d'autant plus intéressant que la Bourgogne est la troisième région, statistiquement parlant, après l'Ile-de-France et le Centre, à avoir connu le plus fort taux de mortalité au cours de cette période.

Vous allez pouvoir nous dire la manière dont vous avez vécu cette période et peut-être nous faire part de certaines leçons que vous avez commencé à en tirer.

Mme Nonciaux, vous êtes médecin, chargée plus particulièrement du secteur handicap et dépendance à la direction Solidarité Famille du conseil général.

Mme Wrobel, vous êtes directrice adjointe à la direction Solidarité Famille du conseil général.

Mme Tourolle, vous êtes directrice adjointe à la DDASS.

Les services de l'Etat et du département de Côte d'or sont donc représentés. Cela est symbolique et significatif du travail qui semble s'être bien réalisé.

Je précise qu'une quatrième personne a été co-rédacteur de cette étude : M. Farad Entezam, mais il ne s'est pas joint à vous car il a quitté ses fonctions à la DDASS au mois de décembre.

M. le Président leur rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête leur ont été communiquées. A l'invitation du Président, Mmes Wrobel, Nonciaux et Tourolle prêtent serment.

Mme Annie TOUROLLE : M. le Préfet du département et le Président du conseil général ont souhaité mandater une mission d'évaluation et d'expertise sur les conséquences de la canicule en Côte d'Or pour les personnes âgées.

Nous avons été désignées par le Préfet et le Président pour réaliser cette mission.

Nos travaux ont porté sur quatre points :

Premièrement, une évaluation précise de la mortalité dans le département.

Deuxièmement, la réalisation d'un bilan qualitatif de l'accompagnement des personnes âgées, qu'elles soient prises en charge dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées ou dans les établissements de santé, en particulier dans les services d'accueil d'urgence.

Troisièmement, l'évaluation territoriale de cette crise du mois d'août.

Quatrièmement, des préconisations et des recommandations à formuler pour l'avenir, afin de gérer au mieux ce type d'événements.

Je vais reprendre, sur chacun de ces points, les conclusions principales auxquelles notre mission est arrivée.

Sur le premier point, les principales observations qui méritent, à notre sens, d'être soulignées, sont les suivantes :

Sur la période du 1er juillet au 15 août 2003, 743 décès ont été enregistrés dans le département de la Côte d'Or, dont 330 sur la première quinzaine du mois. A lui seul, le mois d'août a enregistré 549 décès, représentant une mortalité supérieure de 53 % par rapport à la moyenne des mois d'août des trois années précédentes.

Près de 39 % des décès sont intervenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Lorsque nous avons établi notre rapport, au mois de novembre, nous ne disposions des données de mortalité que sur les 9 premiers mois de 2003.

Au mois de septembre, compte tenu du fait que le premier semestre de cette année a montré une mortalité globalement plus faible que les trois années précédentes, nous avions évalué une augmentation de la mortalité d'un peu plus de 3,6 % par rapport aux trois années précédentes.

Aujourd'hui, nous avons quasiment les résultats définitifs de la mortalité pour 2003.

Compte tenu du fait que les mois d'octobre, de novembre et de décembre 2003 ont été finalement en dessous ou égaux à la moyenne de la mortalité constatée au quatrième trimestre des trois dernières années, la mortalité 2003 par rapport à 2002 peut être évaluée de manière quasiment définitive en progression de 1,43 %, par rapport à la moyenne de la mortalité constatée sur les trois années précédentes, à 1,35 %.

M. le Rapporteur : Il est très important d'avoir les chiffres de 2003, car dans certains départements, les données mois par mois peuvent « se compenser » : c'est ainsi qu'en janvier 2003, il n'y a pas eu d'épidémie de grippe. Certains spécialistes disent que cela a pesé favorablement sur le niveau de la mortalité, ce qui conduit à nuancer un peu les chiffres.

L'avez-vous aussi observé ?

Mme Jocelyne WROBEL : Oui. Nous avons observé une sous-mortalité très importante par rapport aux moyennes en 2003.

M. le Rapporteur : En janvier 2003 comparativement à 2002-2001.

Mme Jocelyne WROBEL : 461 décès en janvier 2003 alors qu'en 2002, il y en avait eu 511.

Par contre, en 2001, il y avait eu aussi une sous-mortalité car seulement 450 décès étaient survenus en janvier.

Par rapport à la moyenne des trois dernières années, janvier a connu une sous-mortalité de – 8 %.

Nous avons été étonnées d'observer une sous-mortalité en Côte d'Or pour les six premiers mois de 2003 par rapport à la moyenne des trois dernières années.

Janvier était de 8 % inférieur à la moyenne des trois dernières années.

Par contre, il y avait eu une importante augmentation de la mortalité en avril, avec + 10 %, et une stabilisation en mai et juin.

Globalement, sur les six premiers mois, on a constaté une sous-mortalité.

M. le Rapporteur : En septembre, octobre, novembre, y a-t-il eu éventuellement moins de décès que les autres années, compte tenu du fait que beaucoup sont intervenus en août ?

Mme Jocelyne WROBEL : Oui. Moins 8 % en septembre.

Mme Annie TOUROLLE : Le mois d'octobre a été égal à celui de 2002 et à la moyenne des mois d'octobre des années précédentes.

En novembre, nous constatons une diminution. En décembre, les chiffres sont égaux à ceux de 2002 et à la moyenne des mois de décembre des trois années précédentes.

Mme Jocelyne WROBEL : Il faudrait observer jusqu'à fin février, pour les six mois suivant la canicule, le chiffre définitif.

M. le Président : De toute manière, nous devrons avoir cette même appréciation sur le plan national. Nous recevrons demain MM. Hémon et Jougla de l'INSERM. J'espère qu'ils pourront nous donner certaines appréciations plus actualisées sur l'ensemble de l'année 2003.

Mme Annie TOUROLLE : Sur la différenciation territoriale, nous avons constaté, sur le milieu rural, une mortalité moindre que dans les agglomérations dijonnaise ou beaunoise.

Manifestement, le milieu rural, avec l'arrondissement de Beaune, Montbard, c'est-à-dire le nord du département et son arrondissement, avec une progression de 14 % et de 9 % des décès en août, a été mieux préservé que le milieu urbain. En effet, globalement, sur le département, en août, la mortalité a progressé de 53 %.

Plusieurs facteurs ont été avancés par la mission pour essayer d'expliquer ces différences :

Moins d'effets d'îlots de chaleur en milieu rural qu'en milieu urbain.

Moins de pollution atmosphérique.

Un habitat probablement différent.

Le poids des décès qui interviennent dans les structures hospitalières, implantées en ville et non en milieu rural.

La différence d'amplitude thermique entre le jour et la nuit n'a pas été la même en ville et à la campagne.

Sur le nord du département, les températures de jour étaient parfois plus élevées que celles relevées sur l'agglomération dijonnaise. Toutefois, la nuit, dans cette partie nord du département, les températures baissaient davantage, alors que sur l'agglomération dijonnaise, durant plusieurs jours, les relevés de température étaient supérieurs, à 22 ou 23 degrés.

La mission a considéré que cet élément pouvait avoir eu des effets sur les résultats constatés.

Voilà pour l'aspect évaluation précise de la mortalité.

Concernant l'accompagnement des personnes âgées, dans les établissements d'hébergement, de santé ou dans l'accompagnement prodigué par les services d'aide à domicile, nous avons rencontré des personnels de ces différents services. La mission a pu se rendre compte de leur réel engagement et de leur dévouement envers les personnes âgées.

Pendant cette période, la demande de soins s'est fortement accrue et les équipes ont su s'adapter pour y répondre. L'organisation des tâches a été modifiée pour assurer en premier lieu les soins d'hydratation, la surveillance, la vigilance.

Certaines équipes avaient anticipé l'épisode caniculaire en rediffusant, notamment auprès des agents des services, des protocoles d'hydratation et en administrant aux résidents les plus fragiles, qui montraient le plus de difficultés à boire, des perfusions à titre préventif.

Le personnel, dans les institutions, a également dû faire face à des pannes et des pénuries de matériels. Nous avons pu constater qu'il a utilisé tous les moyens à sa disposition, afin de vraiment essayer de répondre le mieux possible aux besoins des personnes âgées, et de les protéger de la forte chaleur.

Il nous paraît important de souligner l'amertume que les personnels nous ont exprimée, considérant que nous étions trop dans l'interrogation sur les données en termes de mortalité, sur les décès constatés dans les institutions, et pas assez sur les difficultés qu'ils avaient rencontrées pour répondre aux besoins des personnes âgées, ni sur le qualitatif, qui montrait comment, avec les moyens dont ils disposaient, ils avaient essayé d'adoucir le plus possible les conditions de vie des personnes.

Cette mission a été également, pour le personnel, l'occasion d'exprimer des interrogations à plus long terme, notamment sur le vieillissement de la population, qui va forcément s'accompagner d'une augmentation de la dépendance.

Le personnel dit que les besoins en personnel qualifié vont croître. Or, les dispositifs actuels de formation ne sont pas en capacité de répondre à cette situation.

Il nous paraissait important de rapporter ces interrogations qui nous ont été communiquées par les personnels des institutions et qui constituent vraiment leurs questionnements les plus profonds par rapport à l'avenir.

Concernant le volet des propositions, deux éléments principaux :

Premièrement, l'alerte : nous avons effectivement indiqué, dans notre rapport, qu'il nous semblait que c'est bien la coordination de différentes sources d'informations qui parviennent à un moment donné à un point central, qui permet effectivement de l'organiser.

En Côte d'Or, le Préfet nous a demandé de travailler sur ce point à la suite de la mission, afin de mettre en place un dispositif simple et opérationnel, permettant d'utiliser les différentes sources d'informations.

Deuxièmement, l'élaboration, en termes de propositions, d'un plan « *vagues de chaleur* ». Cette proposition figurait également dans le rapport de Mme Lalande. Nous allons y travailler dès le début du mois de février puisque nous avons une première réunion avec certains partenaires, dont les établissements de santé, les établissements pour personnes âgées, mais aussi les pompiers, le SAMU centre 15, les services d'aide à domicile, qu'ils soient gérés par les centres communaux d'action sociale ou par des associations comme l'ADMR dans le département de la Côte d'Or, la Mutualité française ou la Fédération des œuvres de soutien à domicile.

Voilà pour la mission que nous avons menée en Côte d'Or, les trois grands chapitres du rapport : les données plutôt quantitatives sur la mortalité ; les données plus qualitatives sur l'accompagnement dans les institutions à ce moment-là ; les propositions pour l'avenir, qui sont, dans l'immédiat, l'organisation de l'alerte, le plan « *vagues de chaleur* ».

M. le Rapporteur : Je vous remercie pour ce rapport et les informations qu'il contient. Nous les avons lues avec beaucoup d'intérêt. Nous avons bien noté les chiffres actualisés que vous avez donnés.

Certains points ressortent.

Pour les maisons de retraite, nous avons constaté, dans d'autres départements, en particulier en région parisienne, de très fortes disparités entre elles en fonction notamment du GIR moyen, de leur architecture, etc.

Avez-vous fait les mêmes observations en Côte d'Or ?

Autre question : avez-vous le sentiment qu'il y a eu beaucoup de transferts de personnes en état de faiblesse, des maisons de retraite vers les hôpitaux ?

Nous avons également constaté que les urgences de Dijon avaient été très surchargées et qu'il y avait un manque de lits d'aval pour hospitaliser les personnes après les urgences.

Mme Jocelyne WROBEL : Nous n'avons pas constaté de véritables disparités. Il y a eu quelques morts en plus dans chaque établissement, en règle générale, avec dans certains, une mortalité un peu plus élevée que la moyenne observée dans des statistiques antérieures.

M. le Président : C'est à peu près équitablement réparti ; il n'y a pas de points de focalisation par type d'établissements, etc. ?

Vous avez évoqué tout à l'heure des différences entre milieu rural et milieu urbain.

Mme Jocelyne WROBEL : On a quand même constaté une surmortalité dans l'établissement de Semur-en-Auxois par exemple, dans un des établissements d'hébergement pour personnes âgées du centre hospitalier qui accueille des personnes très lourdement polyhandicapées et très âgées.

Les deux établissements qui ont connu le plus de surmortalité sont celui de Champmaillot qui est l'établissement d'hébergement pour personnes âgées du centre hospitalier universitaire de Dijon, ainsi que l'établissement « *les Fassoles* » dans l'agglomération dijonnaise.

Dans les deux cas, il s'agit d'établissements avec un GIR moyen pondéré élevé, même très élevé, avec de très nombreuses poly-pathologies. *Idem* à Semur-en-Auxois.

L'établissement de l'agglomération dijonnaise est privé. Il était précédemment géré par des religieuses. On peut constater qu'il a très certainement souffert du nombre extrêmement important d'intervenants extérieurs. Soixante médecins interviennent.

Mme Christine NONCIAUX : Plus de soixante médecins libéraux interviennent dans une structure qui comporte 120 lits, ce qui représente beaucoup de difficultés de coordination pour le personnel. Le médecin coordinateur n'avait d'ailleurs pas encore pleinement pris ses fonctions.

Nous avons été particulièrement frappés par un point : lorsque le médecin coordinateur de l'établissement est particulièrement présent, vigilant, qu'il dispose d'un temps suffisamment important, lorsqu'il fait très bien son travail, qu'il est très présent et vigilant, il y a moins de mortalité.

Dans un établissement près de Beaune notamment, nous avons observé que, dès le mois de juin, le médecin coordinateur avait constaté une importante augmentation des chutes de personnes âgées et donc pris, dès cette date, des mesures d'hydratation particulière pour les résidents de cet établissement. Il n'y a pas eu de surmortalité…

Je crois que lorsque des mesures d'hydratation importantes ont été prises au mois d'août, c'était trop tard. La vague de chaleur avait commencé en mai-juin. Si, dès cette période, des mesures importantes d'hydratation n'ont pas été prises, la surmortalité a été plus importante.

Au centre hospitalier d'Auxonne par exemple, près de Dijon, dès le mois de juillet, toutes les personnes âgées, sans exception, de l'unité de soins de long séjour étaient déjà sous perfusion.

Le temps de transmission des équipes, le temps de présence du médecin coordinateur, ainsi que la qualité de celui-ci, ont été des éléments importants dans les établissements.

Tout cela doit bien entendu être corrigé par le fait que la très grande dépendance, un GIR moyen élevé ou très élevé, des poly-pathologies à un très grand âge, sont des facteurs contre lesquels il est difficile de lutter.

M. le Président : Avez-vous pu corroborer cette appréciation sur le plan médical ?

Vous attirez notre attention sur le fait que là où il y a eu, de manière préventive, des actions d'hydratation notamment, moins de problèmes se sont posés.

Certains responsables médicaux ont attiré notre attention sur le fait qu'il s'agissait souvent moins d'un problème d'hydratation que de rafraîchissement.

Je ne suis pas médecin ; je pose donc des questions peut-être un peu naïves, mais pas tout à fait quand même.

Est-ce vraiment l'hydratation qui est préventive ou s'agit-il aussi d'autre chose ?

Mme Christine NONCIAUX : Puis-je me permettre de donner mon sentiment qui n'est pas fondé sur des données scientifiques mesurables ?

Nous avons observé que les établissements qui ont mis en place des protocoles de réhydratation et de prévention des déshydratations ont connu moins de mortalité.

Je n'ai pas l'impression que ceci soit lié à la température ambiante de l'établissement. Certains établissements situés dans la ville de Dijon, soumis aux phénomènes d'îlots de chaleur, avec des GIR moyens pondérés très élevés, n'ont pas connu de surmortalité.

Cela dépend aussi énormément de l'âge des personnes accueillies.

M. le Président : Et du niveau de dépendance.

Mme Christine NONCIAUX : L'âge aussi est important. Dans l'établissement des Fassoles, situé en banlieue dijonnaise, la moyenne d'âge des personnes décédées durant cette semaine terrible du 6 au 15 août était supérieure à 92 ans chez les hommes et à 91 ans chez les femmes.

M. Pierre HELLIER : Vous ne semblez pas tout à fait d'accord sur les termes. Vous avez dit que l'hydratation en juin avait donné de bons résultats et que si elle était intervenue en août, c'était trop tard.

Mme Jocelyne WROBEL : C'est le sentiment que nous avons eu.

M. Pierre HELLIER : Est-ce que le diagnostic d'hyperthermie a été effectivement posé ? Avez-vous observé de façon très claire que les établissements qui ont pratiqué l'hydratation préventive ont enregistré moins de morts ?

Mme Jocelyne WROBEL : Oui.

M. Pierre HELLIER : Ce n'est pas illogique parce qu'on nous a dit, dans une autre audition, que 50 % des décès étaient dus à l'hyperthermie et 50 % à la déshydratation.

Je pense personnellement que, du point de vue architectural, des pièces froides, etc., cela conditionnera beaucoup d'éléments.

Certains cerveaux arrivaient coagulés… Il faut parler un peu brutalement mais cela nous a été rapporté.

L'hyperthermie, l'augmentation de température, a quand même été certainement très en cause, puisque dans les établissements où a été pratiquée l'hydratation préventive, cette méthode n'a pas fonctionné à 100 %, sauf dans certains cas.

Mme Jocelyne WROBEL : Prenons l'exemple de l'établissement où il a fait 39°, près de Beaune, à l'étage supérieur : le rapport explique que pour faire baisser la température, les personnels ont mis en œuvre le système de désenfumage, ce qui a permis d'obtenir une diminution de celle-ci de 10°. C'est d'ailleurs le seul établissement où cette méthode a été pratiquée. C'est celui qui, dès le mois de juin, a mis en place un programme d'hydratation complet parce que le médecin coordonnateur avait constaté une augmentation des chutes et pensait que celle-ci était un symptôme de la déshydratation.

Ce même établissement, pour faire baisser la température qui atteignait 39° à l'étage, a mis en œuvre le système de désenfumage, a arrosé les façades ainsi que les alentours en goudron. Il n'a pas du tout connu de surmortalité. Or, il y faisait quand même très chaud. 39° moins 10°, cela fait quand même 29 ou 30°… En bas, il faisait aussi 28 ou 29°.

M. Pierre HELLIER : Il y a eu plus de morts à l'étage qu'en bas ?

Mme Jocelyne WROBEL : Non, pas pendant cette période-là.

M. le Président : Cet établissement avait d'abord pris des mesures préventives quelques semaines auparavant.

Mme Jocelyne WROBEL : Oui, deux mois avant.

M. le Président : Il a su, par ailleurs, s'adapter...

Mme Jocelyne WROBEL : … et faire preuve d'une grande imagination pour faire baisser la température.

M. le Président : Durant la période de canicule elle-même.

Mme Christine NONCIAUX : Effectivement, la température a une influence. On ne peut pas le nier puisque, dans le nord de la Côte d'Or où les nuits ont été beaucoup plus fraîches, on a observé moins de mortalité.

Je me suis peut-être mal exprimée tout à l'heure. Je voulais dire qu'à température ambiante égale, la prévention par l'hydratation fonctionne.

Mme Jocelyne WROBEL : Répond-on à votre question de manière claire ?

M. Pierre HELLIER : Oui, tout à fait.

M. le Rapporteur : Vous avez évoqué la question des moyens, d'abord matériels.

J'ai cru comprendre que des pannes s'étaient produites sur certains matériels. Nous ont également été signalées des ruptures d'alimentation, dans un hôpital, à Paris en particulier.

Qu'en a-t-il été exactement en Côte d'Or ?

Une autre question concerne les problèmes de personnels. Dans votre rapport, vous évoquez la pénurie d'infirmières, signalant même un établissement qui avait deux infirmières dont l'une était en congé et l'autre avait démissionné. Est-ce que cette situation s'est traduite par une surmortalité ?

La pénurie d'infirmières a été, dites-vous, accentuée par la mise en œuvre des 35 heures. Pourriez-vous préciser comment se traduisent concrètement ces difficultés liées à une certaine mauvaise maîtrise des 35 heures ?

Mme Jocelyne WROBEL : Je ne sais pas s'il s'agit d'une mauvaise maîtrise des 35 heures mais c'est un constat.

Nous avons rencontré des directeurs d'établissement, y compris au centre hospitalier universitaire de Dijon – qui est situé en agglomération et a une certaine réputation –, d'autres en zones rurales, où les établissements sont moins recherchés que ceux qui se trouvent en ville, et où il est plus difficile de trouver du personnel. Ils nous ont dit qu'il y avait une pénurie d'aides-soignantes et d'infirmières ; que les 35 heures avaient généré un appel de personnels dans les grands établissements hospitaliers et que les personnes qui se trouvaient dans les maisons de retraite ont quelquefois préféré aller travailler dans un service hospitalier plutôt que de rester dans une maison de retraite.

D'après ce que l'on nous a expliqué, il semblerait qu'il soit plus facile de faire carrière dans un centre hospitalier, notamment dans un service de cardiologie ou de pédiatrie, que dans les unités de personnes âgées.

Ceci nous a également été indiqué par les directeurs d'hôpitaux locaux. Ils nous ont dit que, pour obtenir de l'avancement en termes de carrière, il était préférable d'être directeur des finances, de l'intendance, ou du personnel, dans un grand centre hospitalier, plutôt que directeur de l'hôpital local de Nuits-Saint-Georges où ce dernier doit faire face, à la fois à la gestion des lits de médecine, des lits médico-sociaux, aux problèmes des personnes âgées ou handicapées, à l'organisation de la chambre funéraire et, bien sûr, à la gestion des vignes de l'hôpital.

M. le Président : Il y a quand même quelques compensations…

Mme Jocelyne WROBEL : Oui, mais il semblerait qu'elles ne soient pas suffisantes en termes de carrière.

Même à l'intérieur d'un établissement hospitalier comme celui de Dijon par exemple – centre hospitalier universitaire –, il est plus facile de trouver des infirmières quand on est en cardiologie ou dans d'autres services considérés comme plus nobles, que lorsqu'on est dans l'établissement médico-social pour personnes âgées.

C'est ainsi qu'aujourd'hui, du fait de cette pénurie d'infirmières au centre gériatrique Champmaillot rattaché au CHU, on emploie des infirmières espagnoles qui ne parlent pas français, ce qui ne simplifie pas le travail des médecins et le lien social avec les résidents lorsqu'ils ne sont pas totalement atteints par des pathologies lourdes et des troubles cognitifs graves.

M. le Rapporteur : Quelle est le nombre de ces infirmières espagnoles ?

Mme Jocelyne WROBEL : Je crois qu'ils en ont recruté une quinzaine sur 44.

Mme Christine NONCIAUX : 46 postes n'étaient pas pourvus. Ils ont dû recruter une quinzaine d'infirmières espagnoles. Aux dernières nouvelles, certaines ont déjà regagné leur pays après avoir travaillé six mois, bénéficiant d'une équivalence pour suivre un autre *cursus* dans leur pays.

Mme Jocelyne WROBEL : Cela pose d'autres problèmes parce que même lorsqu'on ne peut pas augmenter les salaires du fait de conventions collectives, etc., il existe une concurrence au niveau des rémunérations selon les avantages offerts par les différents statuts ou conventions collectives, tant pour les infirmières que pour les aides-soignantes.

Cela se répercute aussi sur la qualité de vie. Les personnes préfèrent aller dans un établissement où elles ne travaillent pas tous les week-ends de manière répétitive, où les horaires ne sont pas coupés, etc.

La pénurie entraîne donc aussi un défaut de qualité puisque le personnel a des exigences qui ne correspondent pas forcément aux besoins des personnes âgées. On ne veut pas d'horaires coupés ; tant pis si, quand on vient, on n'a pas besoin de nous !… Et tant pis si, quand on a besoin de nous, il y a moins de personnels !

Les chefs d'établissement sont confrontés à cette difficulté.

Dans un logement-foyer, il y avait effectivement deux infirmières, une en congé et l'autre qui avait démissionné depuis le mois de mai.

Le directeur nous a expliqué qu'il avait reçu une dizaine de candidatures. La première question était : « *Quel salaire proposez-vous ?* ». Parfois, l'entretien prenait fin dès cette première question, après trois minutes.

Quand le salaire semblait peut-être convenir à la personne, la deuxième question était : « *Combien de week-ends de permanence ? Y a-t-il des horaires coupés ?* ». Et alors l'entretien prenait fin.

Aussi, au mois d'août, ce directeur, malgré une dizaine d'entretiens, n'avait toujours trouvé personne pour le poste vacant.

Ceci se situait dans l'agglomération dijonnaise. Evidemment, les établissements ruraux considèrent qu'ils sont encore plus sinistrés pour leurs recrutements…

La pénurie est également importante en matière d'aides-soignantes. Nous avons réalisé un sondage et interrogé les établissements de la Côte d'Or dans le cadre de la tarification. On nous a déclaré 60 postes d'aides-soignantes pourvus par du personnel non qualifié.

M. le Rapporteur : Et les conventions triparties ?

Mme Jocelyne WROBEL : Nous en avons signé 22. Nous sommes en attente pour 28 qui ont été examinées, car l'année 2003 est un peu délicate.

Nous avons examiné 28 conventions triparties concernant 33 établissements, pour lesquelles le conseil général a émis un avis favorable. 22 sont signées et nous examinons les autres pour être prêts au cas où des crédits seraient débloqués.

M. le Rapporteur : Et les moyens matériels ?

Mme Annie TOUROLLE : Les pannes qui nous ont été signalées ont concerné les réfrigérateurs, donc des difficultés à produire des glaçons.

Un établissement a demandé au supermarché le plus proche de lui fournir de la glace. Ce même établissement a connu une panne de la liaison froide pour la restauration, ce qui a entraîné, au mois d'août, l'impossibilité de servir des repas froids. Il n'y avait donc que des repas chauds.

Certes, les personnes âgées n'aiment pas manger froid. Elles ont des habitudes alimentaires qu'il n'est pas facile de modifier, ce qui augmente les difficultés rencontrées par le personnel.

Dans un autre établissement s'est produite une panne sur la porte d'entrée coulissante qui est restée bloquée.

M. le Rapporteur : Pas dans le secteur de l'alimentation ?

Mme Annie TOUROLLE : Non. Dans les services d'hospitalisation, un système de rafraîchissement est tombé en panne. Il a été réparé pour le week-end du 15 août. L'hôpital en question craignait que le système ne tombe également en panne sur le secteur du plateau technique, ce qui aurait probablement remis en cause les interventions, notamment au bloc chirurgical.

M. Edouard LANDRAIN : Je suis très étonné de voir la date à laquelle vous avez commencé à vous inquiéter du problème : mi-juin pour commencer des réhydratations par

perfusion, alors que Météo France n'a annoncé la canicule que le 4 août. Vous étiez en avance de plus d'un mois.

M. le Président : Je rappelle qu'il y a eu une période de canicule les 19 et 20 juin, peut-être pas dans tous les départements.

M. Edouard LANDRAIN : Je vais y venir. Avez-vous eu, à ce moment-là, des préconisations de la part du ministère, par exemple, ou de tout autre organisme ? Ou bien les décisions ont-elles été prises, par les chefs d'établissement directement ?

Il n'y avait pas de plan particulier sur la Côte d'Or, vous avez pris cependant un mois d'avance sur tout le monde, simplement parce que vous avez été alertés à un moment donné.

J'aimerais avoir des précisions sur ce point parce qu'on se rend compte qu'il y a eu sans doute peu d'alerte suffisamment rapide dans beaucoup d'endroits en France. Or, vous semblez vous être alertés suffisamment tôt…

Dans quelles conditions avez-vous pris ces décisions, dès le mois de juin, c'est-à-dire deux mois avant ?

M. Maxime GREMETZ/ Combien y a-t-il eu de créations d'emplois liées aux 35 heures dans l'ensemble du département de la Côte d'Or ? Puisque cela a été décidé à l'Assemblée nationale, on a ajouté de l'argent pour avoir du personnel.

Votre rapport est très bienvenu parce que j'attends toujours, M. le Président, les chiffres qu'on nous a promis il y a maintenant un an, pour les grandes villes, avant la canicule.

M. le Président : Cela ne remonte pas à un an.

M. Maxime GREMETZ : Quand va-t-on les avoir ? Parce que c'est un peu long…

M. le Rapporteur : Nous avons envoyé un questionnaire à toutes les villes de plus de 30 000 habitants. Il faut un certain temps pour répondre.

M. Maxime GREMETZ : Je vous fais observer une chose : un rapport de l'INSERM a dit : « *on vous donne les résultats par départements de la première étude. La suite pour les villes viendra* ». Où est ce rapport de l'INSERM ?

M. le Président : Si vous avez regardé la convocation – mais je pense que vous l'avez fait– , demain après-midi, nous auditionnerons…

M. Maxime GREMETZ : Je l'ai vue mais je ne serai pas là.

M. le Président : Ni le Rapporteur, ni moi-même, ne pouvons vous donner les réponses que l'INSERM nous fournira demain.

M. Jean-Marie ROLLAND : Y a-t-il une sensibilisation particulière de votre département au problème de la canicule ? Nous avons eu l'occasion de recevoir le Pr. Besancenot à la mission d'information.

Sans remonter forcément à 1976, est-ce que, dans les années précédentes, il y avait déjà eu des problèmes particuliers ? J'ai été un peu surpris des solutions adoptées pour refroidir l'établissement, etc. Elles ne requéraient pas forcément que de l'improvisation.

Deuxièmement, je voudrais savoir si, selon le degré de médicalisation des différents types d'établissements, il y a eu des fluctuations en termes de surmortalité.

M. Gérard BAPT : Vous n'avez pas parlé de la médecine générale parce que, dans votre rapport, vous semblez avoir conclu qu'il n'y avait eu aucun problème de ce côté-là durant toute cette période de canicule.

M. le Président : Vous avez évoqué tout à l'heure le problème de la coordination de l'intervention des médecins généralistes dans certaines maisons de retraite mais des informations sur la médecine ambulatoire seraient peut-être utiles.

M. Gérard BAPT : Il y a eu trop de réponses, à la limite, dans certaines maisons, du fait de l'excès d'intervenants, mais pas de déficit, contrairement à ce que suggérait le rapport Lalande.

C'est un point que vous nous confirmez.

Deuxièmement : dans le rapport, j'ai trouvé des propositions venant du secteur hospitalier, concernant l'organisation de l'alerte par un organisme régional qui pourrait être mis en place. Un groupe de travail aurait été constitué.

Y a-t-il eu sur ce point des propositions, voire des actions déjà enclenchées ?

Troisièmement : en visitant des établissements à Toulouse, j'ai effectivement eu le sentiment que, quand des mesures de prévention et des procédures existaient, il n'y a pratiquement pas eu de surmortalité.

On pourrait donc en induire que cette catastrophe sanitaire aurait pu être évitée si la prise en charge avait été correctement effectuée, comme dans les établissements que vous avez cités ou ceux que j'ai visités à Toulouse.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Je vais soulever une question que je me pose depuis le début du travail de la commission d'enquête : avez-vous évalué, dans le cadre du travail d'analyse que vous avez effectué, le niveau de connaissance de l'ensemble des personnes, par rapport aux risques sanitaires et de mort pour les personnes âgées liés à la canicule ? Avez-vous des préconisations à formuler sur ce point ?

M. le Président : La mission a déjà noté que, dans un certain nombre d'établissements, des mesures préventives avaient été prises dès les premières chaleurs du mois de juin.

Il semble que dans les établissements où des mesures préventives d'hydratation ont été prises dès juin, il y ait eu moins de décès au mois d'août.

Est-ce que cela signifie qu'il existait une bonne conscience de la notion de risque ? En tout cas, les personnes ont su s'adapter, dans certains endroits, dès juin, à la situation à laquelle elles étaient confrontées.

Mme Jocelyne WROBEL : Pour répondre aux premières questions concernant le mois de juin et l'anticipation, il n'y a pas eu de consignes particulières. Ni le conseil général, ni la DDASS, n'ont pris d'instructions particulières.

Par contre, nous avons constaté que dans certains établissements, parce qu'il faisait très chaud en Côte d'Or depuis le mois de mai et que c'était le deuxième été de sécheresse, selon la qualité de la direction et notamment lorsque le médecin coordonnateur a été très vigilant, des mesures de prévention contre la chaleur dès juin ou juillet ont été prises.

Les établissements qui ont réagi quand il a commencé à faire vraiment très chaud s'y sont pris, selon nous, un peu tard.

Telle est notre analyse.

Concernant la compensation des 35 heures, je ne peux vous dire, M. Gremetz, combien d'emplois nous avons créés parce que je ne m'en souviens plus.

Je sais qu'en Côte d'Or, nous avons décidé de compenser entre 9 et 11 % tout ce qui était de notre domaine direct d'intervention, c'est-à-dire sur la partie hébergement et dépendance, en accord avec la DDASS lorsqu'il s'agit de personnels mixtes financés en partie sur la dépendance, en partie sur le soin.

Nous constatons aussi que le nombre de personnels n'a pas eu de lien direct avec la mortalité.

L'établissement qui a connu la plus importante mortalité est celui qui compte le plus de personnels, notamment d'aides-soignantes – nous connaissons le nombre de celles-ci puisqu'il entre dans le calcul du tarif dépendance. Il s'agit de Champmaillot, qui est annexé au CHU de Dijon et est le plus médicalisé. Il se situe à 104 % du ratio d'aides-soignantes.

Alors que des établissements avec des ratios inférieurs à 50 % n'ont pas connu de surmortalité.

On ne l'explique pas ; on le constate.

Je pense que le degré de dépendance – GIR moyen pondéré –, les polypathologies des personnes, ont une grande importance. L'architecture de l'établissement a probablement aussi joué un rôle, de même que la situation géographique, avec la baisse des températures nocturnes, etc.

Mais la qualité de la gestion de l'établissement, la présence d'un directeur et d'un médecin coordonnateur très vigilants, qui s'entendent bien et harmonisent leurs responsabilités, sont très importantes également. La vigilance du médecin coordonnateur est fondamentale.

Mme Christine NONCIAUX : Ainsi que la capacité d'accueil. Nous nous sommes posé la question de la difficulté de gérer des structures trop grosses. Au-delà de 100, la situation devient très lourde à gérer.

Mme Jocelyne WROBEL : Les établissements qui ont plus de 60 places et moins de 100 ont certainement été plus opérationnels.

Mme Christine NONCIAUX : Au-delà de 100, la situation devient très lourde à gérer.

Mme Jocelyne WROBEL : Les centres hospitaliers avec des systèmes de gestions assez lourds ont éprouvé des difficultés. L'un d'entre eux n'avait que de l'eau à donner à boire aux personnes âgées. Il n'y avait pas de jus de fruit.

Mme Christine NONCIAUX : Parfois, des structures plus légères peuvent s'adapter plus facilement et rapidement pour changer des menus, etc.

M. le Président : Malheureusement, nous connaissons bien l'inadaptation de certains centres hospitaliers généraux universitaires à la gestion des équipements pour personnes âgées. Dans les situations de crise, cette inadaptation apparaît de manière plus criante.

Mme Christine NONCIAUX : Le chef de service de Champmaillot nous a dit qu'il avait souhaité pouvoir acheter des glaces, aliments faciles à faire manger durant ces périodes de chaleur, et il n'a pas pu le faire.

M. le Président : Ce n'était pas un problème de taille, mais de modalité de gestion de l'établissement.

M. le Rapporteur : Combien y a-t-il de lits dans cet établissement ?

Mme Jocelyne WROBEL : Plus de 200. En plus, il y a du court séjour hospitalier. C'est un service de l'hôpital.

Mme Annie TOUROLLE : Il y a eu des questions sur la sensibilisation de la Côte d'Or, donc du personnel, aux fortes températures.

Le Pr. Besancenot est présent à Dijon. Effectivement, nous avons pu relever, d'un service à un autre, en fonction des équipes, des personnels, des sensibilisations très différentes.

Nous l'avons dit : des équipes ont anticipé au mois de juin, ont réécrit des protocoles, les ont rediffusés.

Par ailleurs, nous avons entendu d'autres équipes, dans d'autres institutions, nous dire que telle ou telle personne, du jour au lendemain, donnait l'impression de ne plus avoir envie de vivre, de se laisser partir…

Nous avons eu l'impression, en les entendant, qu'à l'inverse d'autres, dans d'autres structures, il n'y avait pas eu ce déclic consistant à se demander pourquoi telle personne, du jour au lendemain, donnait le sentiment de sombrer et de se laisser partir.

Concernant des éléments particuliers qui auraient pu intervenir dans le passé, j'avoue que nous n'en avons pas relevé, donc je ne peux répondre de manière précise et détaillée.

A aucun moment, dans nos entretiens avec les établissements, nous n'avons eu à revenir sur l'épisode précédent, notamment l'année 1976.

M. le Président : Vous faites allusion à la présence de M. Besancenot… Très concrètement, aviez-vous lu ses propos avant que nous n'en parlions ? Ou bien, comme certains d'entre nous, avez-vous découvert ses travaux après la canicule ? Je précise que M. Besancenot est directeur de recherche au CNRS, chargé d'un enseignement à la faculté de médecine de Dijon.

Mme Annie TOUROLLE : J'ai lu l'article du Pr. Besancenot le 12 ou le 13 août. Il était paru dans Santé Environnement en octobre ou novembre de l'année précédente.

Cet article nous a été adressé le 12 ou le 13 août par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

La mission a choisi, à bon escient et volontairement, d'étudier des établissements divers.

Nous souhaitions avoir une représentation différenciée sur le plan juridique – établissement public, privé à but non lucratif, privé à but lucratif –, sur le plan géographique – milieu rural ou urbain.

Nous avons surtout voulu croiser le GMP avec le taux de mortalité. En effet, nous avons constaté que dans des établissements avec un GMP élevé, le taux de mortalité n'avait pas progressé par rapport à l'année précédente, que dans d'autres avec un GMP également élevé, ce taux avait fortement augmenté.

De même, dans des établissements avec un GMP faible, les taux de mortalité ont pu être aussi très élevés par rapport à l'année précédente ou, au contraire, identiques.

C'est donc dans cette optique que nous avons choisi les établissements. A partir de l'enquête que la DGAS nous demandait de faire remonter, sur les décès entre le 1er juillet et le 15 août, nous avons effectué un croisement avec les données du GMP et nous nous sommes aperçus que nous disposions de ces quatre cas de figures.

Concernant la médecine générale, nous avons rencontré les syndicats de médecins libéraux, les deux associations SOS 21 et SOS médecin, ainsi que le Conseil de l'ordre.

Nous en avons aussi discuté avec le SAMU 15 et la caisse primaire d'assurance maladie de la Côte d'Or.

Rien, du côté des médecins généralistes, n'est remonté à l'instance ordinale, au conseil départemental, ni même aux syndicats de médecins, indiquant, sur la période du 1er au 20 août, une demande accrue de consultations à laquelle il aurait été difficile de répondre, compte tenu des congés de certains médecins à ce moment-là.

Lorsque nous avons rencontré les deux représentants du syndicat de médecins généralistes du département de la Côte d'Or, ils nous ont dit qu'ils étaient présents à ce moment-là et qu'en tant que praticiens exerçant à titre libéral, ils n'avaient pas eu de sollicitations supplémentaires.

Nous avons pu constater, dans les données fournies par le Centre 15, que les personnes allaient directement à l'hôpital sans passer par une consultation préalable auprès de la médecine de ville. Elles ne sollicitaient même pas le service des pompiers puisque, durant cette période, il y a eu moins de transports par les VSAB que de personnes arrivant avec leur propre véhicule.

Manifestement, les personnes sont venues à l'hôpital principalement par leurs propres moyens.

Du côté de la CPAM, nous n'avons pas eu de retours indiquant qu'il y aurait eu des difficultés.

Lorsque nous avons interrogé les directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, qui ont beaucoup sollicité la médecine de ville, aucun d'entre eux ne nous a dit avoir rencontré une difficulté, avoir reçu une réponse différée de manière importante par rapport à la demande.

Mme Jocelyne WROBEL : Nous avons aussi interrogé le commissariat de police qui n'a reçu ni plainte, ni demande de réquisition pour faire venir un médecin ou pour obtenir une présence médicale.

M. le Président : Quand on s'adresse en première intention au service des urgences de l'hôpital, est-ce parce que cela correspond à une situation pathologique particulière qui nécessite une intervention hospitalière ou parce qu'on sait qu'il n'y aura pas de réponse du fait d'une mauvaise organisation de la médecine de ville ?

Le niveau pathologique était-il tel que l'on estimait qu'il relevait plutôt de l'hôpital ?

Mme Christine NONCIAUX : C'est plutôt cela.

M. Maxime GREMETZ : Certaines maisons de retraite ont décidé de mettre tout le monde à l'hôpital.

Mme Christine NONCIAUX : Je pense que cela n'a pas été l'objectif.

Mme Jocelyne WROBEL : On n'a pas observé cela.

M. le Président : Nous avons des témoignages qui le laissent à penser. Des maisons de retraite ont estimé, en effet, qu'elles n'étaient pas suffisamment équipées pour pouvoir faire face à la situation. Il y a donc eu des transferts dans le milieu hospitalier. C'est d'ailleurs ce qui explique le taux de mortalité parfois important dans les centres hospitaliers.

Mme Christine NONCIAUX : Certains directeur d'établissements ont téléphoné dans les centres d'urgence et de gériatrie pour avoir des conseils et des protocoles, ainsi que pour savoir si les personnes justifiaient d'une hospitalisation ou non, afin d'éviter d'engorger les services d'urgence. Certaines personnes ont fait l'aller et retour dans la journée, faute de place.

M. Pierre HELLIER : A-t-on une idée du nombre de décès parmi ceux qui sont allés pratiquement par leurs propres moyens à l'hôpital, sans consultation préalable et sans médicalisation ?

Mme Christine NONCIAUX : Cela semble impossible à apprécier.

M. le Rapporteur : Je reviens sur le CHU. Comment fonctionnent les fermetures de lits ?

M. le Président : Pendant la période estivale.

M. le Rapporteur : Est-ce que des instructions du ministère ont été données à la DDASS ? Comment les a-t-elle répercutées sur les centres hospitaliers ? Comment ceux-ci les ont-ils répercutées sur les différents services ?

Apparemment, on a quand même manqué de lits d'aval, en particulier de médecine dans le CHU.

Comment fonctionne la procédure dans les faits ?

Quand le ministère indique 25 % de fermetures de lits, comment cela se traduit-il sur place, dans le service de l'hôpital ?

Mme Annie TOUROLLE : Je ne pourrai vous donner une réponse complète. Dans le département de la Côte d'Or, à la demande du directeur de l'ARH, dès les mois de février-mars 2003, les fermetures de lits, dans les établissements de santé, ont été organisées et programmées.

En cela, l'Agence de Bourgogne avait, *a priori*, anticipé sur les instructions de l'administration centrale, qui ont été postérieures et ont dû intervenir vers les mois de mai ou juin 2003, sous réserve.

Il nous paraît important de souligner qu'à partir du 11 août, des liaisons quasiment quotidiennes ont été organisées par l'agence avec les établissements de santé privés. Ainsi, ceux-ci pouvaient mettre à disposition, quand ils en avaient, des lits pour accueillir des personnes âgées avec un référent médical.

Des lits ont également été réouverts dans le CHU. Ce n'est pas tant la réouverture physique du lit qui pose un problème éventuel que de mettre au pied du lit le personnel soignant nécessaire à la prise en charge du patient qui sera accueilli.

Il y a donc eu une collaboration avec des établissements privés, des rappels de personnels afin de pouvoir reprendre des patients en plus dans les services où certains lits étaient fermés, ainsi que des programmations différées d'interventions chirurgicales qui ne présentaient pas un caractère d'urgence.

La direction du CHU a pris la décision de se mettre en configuration de « *Plan Blanc* » dès le 11 août au matin et a pris ces mesures.

M. le Rapporteur : Y a-t-il eu des refus, des impossibilités d'admissions au CHU ou dans les centres hospitaliers, de personnes venant de maisons de retraite ou de chez elles ?

Mme Christine NONCIAUX : Je pense que cela a dû se produire du fait que certaines personnes sont arrivées sans consultation préalable d'un médecin généraliste. Elles ont peut-être été réadressées à domicile avec des conseils de réhydratation.

Certaines personnes en provenance de maisons de retraite ont sans doute été renvoyées dans leur établissement quand leur état de santé ne nécessitait pas une réanimation intensive et que le traitement pouvait être fait dans de bonnes conditions dans leur établissement d'origine.

Mme Jocelyne WROBEL : Certains directeurs d'établissement nous ont dit que des personnes qui avaient été envoyées aux urgences dans la journée, sont revenues dans la nuit vers 1, 2 ou 3 heures du matin, faute de places. Ils s'en sont un peu offusqués car ils estimaient que renvoyer quelqu'un en pleine nuit n'était pas très convenable.

M. le Président : Y a-t-il eu un dialogue sur ce point entre les directeurs d'établissement et ceux des établissements de santé ?

Mme Jocelyne WROBEL : Non.

M. le Président : C'est peut-être dû à la saturation à minuit ou 1 heure du matin.

Mme Jocelyne WROBEL : Les services d'urgence et les médecins hospitaliers estiment qu'envoyer des personnes âgées aux urgences parce qu'elles ne sont pas bien, n'est pas forcément leur offrir une meilleure chance. Elles n'ont pas toutes besoin de soins intensifs et sont mieux dans leur établissement d'origine.

Ils les ont donc renvoyées, ce qui a choqué les directeurs d'établissement qui ont été appelés en pleine nuit pour réinstaller les personnes dans leur chambre.

M. le Président : N'était-ce pas lié au fait que les services d'urgence étaient eux-mêmes saturés, y compris en pleine nuit, et qu'ils avaient eux-mêmes besoin de trouver des situations en urgence ?

Mme Jocelyne WROBEL : Tout à fait.

M. le Président : Ce n'est pas une attitude habituelle ?

Mme Jocelyne WROBEL : Non, c'était dû à la période particulière vécue par tout le monde.

M. Gérard BAPT : D'après ce que j'ai lu dans votre rapport, les coups de chaleur ont été observés, dans votre département, entre le 2 et le 14 août, dont 70 % d'entre eux entre le 8 et le 11 août.

A cette époque-là, avez-vous émis des messages d'alerte vers le DGAS ou la DGS ?

Mme Annie TOUROLLE : Non. Nous avons un réseau qui s'appelle « *Atmosf'Air* ». Il nous indique de manière quotidienne l'indice de pollution atmosphérique.

Effectivement, le 6 août, cet indice était tel qu'il a déclenché de notre part une information auprès des institutions et services publics se situant sur l'agglomération dijonnaise. Nous faisons dans ce cas passer des messages, notamment auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées implantés sur l'agglomération dijonnaise.

La teneur du message que nous avons communiqué à ces institutions est à peu près de la même nature que les informations contenues dans le communiqué de presse que nous avons reçu de la DGS le 8 août.

Le 6 août, pour cette diffusion auprès des institutions situées sur l'agglomération dijonnaise, sur la nécessité de prendre certaines précautions auprès d'un public fragile, nous avons agi localement et nous n'avons pas fait remonter d'informations à la DGS ou à la DGAS.

Le 8 août, nous avons reçu le message de la DGS. Compte tenu du fait que les préconisations y figurant étaient à peu près de la même nature que celles que nous avions diffusées deux jours auparavant, nous n'avons pas rediffusé d'informations.

Par contre, le niveau d'alerte donné par le réseau « *Atmosphère* » était revenu à un degré inférieur et aurait nécessité de notre part une levée de l'alerte. Or, nous avons pris la décision de la maintenir, car selon nous, la période n'était pas terminée et nous pensions que nous aurions probablement à remettre en alerte les institutions en question, les indices atmosphériques changeant chaque jour en fonction de la pollution.

A propos des coups de chaleur, je suppose que vous évoquez l'enquête « *décès par coups de chaleur* ».

Nous n'avons les résultats qu'après le 19 août. En fait, nous avons eu connaissance de cette enquête lancée par la DGS et l'InVS le 13 ou le 14 août, avec la fiche diffusée auprès de tous les établissements de santé. Nous avons donc eu ces résultats *a posteriori*.

M. le Rapporteur : Avez-vous l'impression qu'il vous aurait été utile d'avoir des instructions plus précises venant d'en haut ?

Mme Jocelyne WROBEL : Nous avons interrogé les directeurs d'établissement. Certains nous ont dit qu'ils étaient en guerre.

M. le Président : Qui avait déclenché la guerre ? Peu importe, mais ils l'étaient.

Mme Jocelyne WROBEL : Quand nous avons rendu compte de notre mission au Préfet, il nous a dit : « *C'est incroyable ! Quand une vache divague sur un chemin, la préfecture est immédiatement prévenue. Là, une centaine d'établissements étaient en guerre et on ne m'a rien dit. On ne m'a pas alerté, on ne m'a pas demandé quoi que ce soit* ».

Quand on a interrogé les directeurs d'établissement, ils nous ont dit : « *C'est notre métier que d'être là, de répondre à tous les besoins, de quelque nature qu'ils soient* ».

En particulier, les services à domicile nous ont fait observer que l'on parlait d'eux à cause de la canicule et parce que s'était produite cette alerte déclenchée par les services d'urgence de la région parisienne.

Ils nous ont dit : « *Quand c'est l'hiver et que nous devons aller soigner des personnes habitant dans des zones difficiles d'accès, que nous devons passer près du canal lorsqu'il y a un brouillard à couper au couteau pour porter les repas, lorsque nous devons aller chaque jour faire la toilette, nous occuper d'une personne âgée qui réside dans un endroit isolé, par temps de verglas, de neige, de bourrasque, en hiver, il est bien plus difficile d'assurer la continuité des soins. Personne ne nous demande si nous le faisons bien, si nous avons besoin de quoi que ce soit… C'est notre travail de le faire, d'être présents, d'assurer la continuité, de veiller au grain* ».

Après, les personnels des établissements et des services nous ont fait part de leur amertume d'avoir été accusés d'avoir abandonné les personnes âgées. Ils nous ont dit

qu'ils avaient senti ce message dans les interventions télévisées. Ils ont été très stressés par cela, ainsi que par les appels de familles qui se trouvaient sur leur lieu de vacances pour leur demander à quelle heure ils donnaient à boire.

Ils ont eu le sentiment d'une terrible injustice à l'égard de la qualité de leur travail, de la réponse qu'ils apportaient, de leur dévouement et du temps qu'ils consacraient. Ils ont désorganisé leur fonctionnement pour être là et faire tout le nécessaire. Tout le monde s'y est mis, la secrétaire, la femme de ménage, l'ouvrier, etc.

La personne qui a eu l'idée de mettre en œuvre le système de désenfumage pour faire baisser la température de 10° était l'ouvrier d'entretien de l'établissement.

Cela montre bien que tout le monde s'y est mis et s'est senti en guerre, a répondu.

Ils ont considéré ne pas devoir attendre que le ministère leur dise ce qu'ils avaient à faire.

M. Gérard BAPT : Pour compléter la question sur un autre plan : je lis dans votre rapport que, le 10 août, le CHU signale à la DDASS les difficultés rencontrées pour placer les corps dans des endroits réfrigérés. La DDASS lui a alors communiqué la liste des opérateurs funéraires du département.

Même sur ces notions de funérariums débordés, vous n'avez pas ressenti le besoin d'alerter les échelons centraux ?

Mme Annie TOUROLLE : C'est moi qui ai reçu l'appel du directeur. J'ai pensé qu'il fallait que je lui donne ce dont je disposais et qui pouvait lui être utile. Le lendemain, j'ai appelé l'ARH en lui exposant le problème qui m'avait été posé la veille et la réponse que j'avais apportée. C'était le 11 août.

Concernant l'alerte, dans l'immédiat, le rapport ne formule pas de propositions concrètes.

C'est le premier point sur lequel nous devrons travailler dès le 5 février, dans le cadre du plan « *vagues de chaleur* », avec l'ensemble des organismes et institutions que j'ai cités précédemment.

Il faut organiser la remontée d'informations. Nous ne l'avons pas eue du côté des urgences.

Les associations SOS médecin et SOS 21 nous ont dit que, dès juillet, elles avaient constaté une augmentation de leur activité, à tel point qu'elles avaient dû rappeler des personnes en astreinte. Elles ont un système téléphonique qui doit leur permettre de relayer ce qu'elles constatent et elles sont tout à fait prêtes à participer à l'organisation d'un système d'alerte.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Je n'ai pas le rapport, mais j'ai le sentiment qu'il existe des différences entre les chiffres de la Côte d'Or et les chiffres nationaux relatifs au nombre de décès en institutions et à domicile. Apparemment, vous avez eu un nombre de décès en institutions beaucoup plus élevé qu'au niveau national. Est-ce que je me trompe ?

Mme Jocelyne WROBEL : 39 % de la mortalité en établissement.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Alors c'est moins. J'ai mal lu le rapport.

M. le Rapporteur : Sur le moment, le chiffre était inférieur. Maintenant, nous avons une appréciation plus réaliste qui tourne autour de 40 % pour les décès de personnes en institution.

Mme Jocelyne WROBEL : Nous sommes à 38,6 % de décès en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Mme Annie TOUROLLE : On estime à environ 47 %, dans le département de la Côte d'Or, les décès dans les institutions hospitalières, dans les établissements de santé. Par différence, il y a eu entre 12 et 15 % de décès à domicile.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Avec un nombre très important de personnes qui vivaient à domicile mais pas seules.

Mme Jocelyne WROBEL : Oui. On a fait une étude sur les personnes décédées qui bénéficiaient de l'APA.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Ces personnes bénéficiaient d'aides et de soins infirmiers à domicile. Ce sont principalement les hommes qui sont morts et moins les femmes. Est-ce que vous ne pensez pas qu'il est peut-être important de donner cette information indiquant que c'était principalement des personnes qui ne vivaient pas seules qui sont décédées, alors qu'on nous a répété que ce drame était celui de la solitude ? En tout cas, chez vous, c'était un autre drame que celui de la solitude.

Mme Jocelyne WROBEL : Nous ne nous retrouvons pas du tout dans ce qui a été dit, au niveau de la région parisienne, sur des personnes dont les corps n'étaient pas réclamés… Nous n'avons pas connu cela en Côte d'Or.

M. le Président : La solitude est apparue après, essentiellement dans la région parisienne.

Mme Jocelyne WROBEL : Nous allons pouvoir évoquer l'étude que nous avons faite sur les personnes déclarées décédées et qui bénéficiaient de l'APA.

Nous ne nous sommes pas vraiment reconnus dans ce qui a été dit sur l'abandon ou sur les personnes seules. Cela ne signifie pas que ce phénomène n'existe pas

mais ce ne sont pas celles pour lesquelles nous avons observé une mortalité au niveau de l'APA.

Mme Christine NONCIAUX : Effectivement, nous avons recensé les personnes bénéficiaires de l'APA, décédées durant le mois d'août.

L'échantillon de population est relativement faible, donc la valeur statistique doit être rapportée à cette donnée quantitative. Néanmoins, des points ressortent très nettement.

La proportion d'hommes est effectivement beaucoup plus importante que celle des femmes pour la population bénéficiaire de l'APA. Ce sont souvent des personnes vivant avec leur conjoint ou un membre de leur famille, qui bénéficient d'un service de soins à domicile ou du passage d'une infirmière. Ceci signe, en plus de la dépendance, la pathologie.

Nous sommes donc à la fois dans la dépendance et le soin. Il est « *normal* » que ces personnes soient plus fragiles que celles qui sont dépendantes sans être affectées d'une pathologie susceptible de les faire décéder plus rapidement.

Nous constatons l'importance, dans cette population de personnes décédées, des troubles cognitifs. Il y a en effet deux fois plus de personnes atteintes de démence que dans la population des bénéficiaires d'APA. Il y a aussi, même si l'échantillon est petit, des insuffisants rénaux ; nous sommes à 600 %.

Nous ne sommes pas très surpris de voir ces pathologies ressortir : les troubles cognitifs ; les insuffisants cardiaques ; l'insuffisance rénale ; les pathologies néoplasiques des personnes en stade terminal.

Il m'a paru très intéressant de faire ressortir cette population de personnes à la fois dépendantes, malades et bénéficiant d'un entourage bien supérieur à celui des autres. N'a pas été évaluée, en revanche, la mortalité chez les non bénéficiaires de l'APA.

Mme Jocelyne WROBEL : On peut observer aussi une moyenne d'âge très élevée, pour les hommes 84 ans et quatre mois, alors que la moyenne d'âge des hommes qui bénéficient de l'APA en Côte d'Or est de 81 ans et deux mois. Ils étaient donc plus âgés que les femmes qui avaient en moyenne 83 ans et 8 mois.

Mme Christine NONCIAUX : Avec deux fois plus de GIR 1 que la population moyenne de l'APA.

M. Edouard LANDRAIN : Une réflexion à la suite de vos propos : on se rend compte, à travers ce que vous dites, que le temps de réaction aux phénomènes est dépendant de la proximité et du bon sens.

Vous nous avez parlé de « guerre » où il fallait agir avec les moyens du bord et où cela fonctionnait.

Ne peut-on pas imaginer que le bon niveau de décision, dans le cadre de phénomènes dramatiques, comme la chaleur ou le froid, se situerait plutôt dans les départements, sans attendre de directives en provenance du ministère ?

En fonction de paramètres que chacun peut placer dans sa région, on interviendrait, on agirait et on ferait remonter les informations vers le niveau ministériel vraisemblablement, pour que tout le monde puisse bénéficier très rapidement des décisions prises.

Mme Jocelyne WROBEL : Cela correspond tout à fait à nos propositions et au travail que nous allons effectuer avec les établissements et tous nos partenaires, les services à domicile, etc.

Mme Christine NONCIAUX : A l'intérieur même d'un département, les situations étaient déjà très différentes entre les régions urbaines et les régions rurales.

M. le Président : Je vous remercie. C'est un des sujets que nous devrons traiter dans le rapport. Nous nous apercevons en effet qu'il s'agit d'un problème d'organisation de la gestion d'une crise, aux niveaux central et décentralisé.

Je renvoie, de ce point de vue, à l'audition de M. Lagadec, qui était assez éclairante.

Je ne voudrais pas anticiper sur les conclusions mais puisque vous avez, dans votre intervention, exprimé la manière dont les personnels avaient pu ressentir l'ensemble de ces événements, j'indiquerai que, globalement, nous avons le sentiment que les acteurs sur le terrain, dans les établissements pour personnes âgées, les établissements hospitaliers, les services de soins à domicile, se sont énormément mobilisés.

Il sera toujours possible de trouver tel ou tel dysfonctionnement, mais nous avons eu le sentiment, dans les diverses auditions, que les professionnels confrontés à des personnes âgées éprouvant des difficultés avaient toujours eu les bonnes réactions.

Vous nous dites que, sur certains points, beaucoup de professionnels avaient anticipé. Or, malgré cette anticipation, malgré la mobilisation importante, malheureusement, le taux de mortalité comparé à celui des années précédentes est particulièrement lourd.

Cela doit modérer certaines appréciations rapides sur le fait qu'il n'y avait qu'à faire ceci ou cela pour éviter les morts. C'est plus compliqué que cela.

Vous nous avez montré, à partir de votre analyse sur le terrain, combien nous étions confrontés à une situation complexe.

Ce n’est pas pour autant qu’il ne faut pas améliorer nos processus, car il est vrai que beaucoup n’ont pas bien fonctionné. De ce point de vue, votre témoignage est particulièrement intéressant.

Audition conjointe de MM. Christian de LAVERNEE,
Régis GUYOT et Didier MONTCHAMP,
responsables du COGIC

(Extrait du procès-verbal de la séance du 20 janvier 2004)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

MM. Christian de LAVERNEE, Régis GUYOT et Didier MONTCHAMP sont introduits.

M. le Président : Nous accueillons maintenant les responsables du COGIC, le Centre opérationnel de gestion interministérielle des crises.

Nous accueillons M. Christian de Lavernée, directeur de la défense et de la sécurité civile, M. Régis Guyot, adjoint de M. de Lavernée pour la défense civile, et M. Didier Montchamp, sous-directeur de l'organisation des secours et, à ce titre, si je puis dire « *patron* » direct du COGIC.

Vous aviez déjà été auditionnés par la mission d'information en septembre mais il nous a semblé utile de vous entendre dans le cadre de cette commission, compte tenu de l'évolution de la connaissance que vous pouvez avoir de ces événements et peut-être surtout de l'organisation interministérielle envisagée – puisque le ministre de l'intérieur nous a fait part, lorsque nous l'avons auditionné, de certains projets –, de la gestion de crise.

Vous aviez notamment déclaré, lors de votre audition, que vous aviez été informés de la gravité des événements à partir du 11 août, par la médiatisation intervenue durant le week-end du 10 août à l'initiative du Dr. Patrice Pelloux du service des urgences de Saint-Antoine.

Nous avions été surpris que les autres circuits d'information ne vous aient pas alertés. Il est donc utile de vous réentendre car les membres de la commission d'enquête ne l'étaient pas tous de la mission d'information. Même s'ils ont lu le rapport de cette dernière, je pense qu'il n'est pas superflu de revenir sur la manière dont les choses se sont passées et dont elles auraient pu, éventuellement, se dérouler mieux.

Le 17 décembre dernier, M. Sarkozy a regretté, lors de son intervention, que le COGIC n'ait pas été saisi du problème comme il l'a été plus récemment au sujet de la bronchiolite notamment.

M. le ministre de l'intérieur nous a indiqué combien il souhaitait que le COGIC ait dans ses compétences, de manière plus explicite, les préoccupations de santé publique.

Je crois donc qu'il sera intéressant que vous puissiez nous faire part de votre sentiment à ce sujet et nous dire où vous en êtes dans la mise en œuvre des réformes en cours.

Vous pourrez aussi nous éclairer sur l'articulation que vous voyez entre votre mission et la nouvelle procédure de veille et d'alerte dont nous a parlé le Préfet de police de Paris.

Ces initiatives sont peut-être convergentes, vous nous les décrirez.

C'est pour des raisons très exceptionnelles et de dernière minute que François d'Aubert, notre Rapporteur, a dû malheureusement s'absenter. Je vais donc jouer à la fois le rôle de Président et de Rapporteur.

M. le Président leur rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête leur ont été communiquées. A l'invitation du Président, MM. de Lavernée, Guyot et Montchamp prêtent serment.

M. Christian de LAVERNEE : Il n'est peut-être pas utile de présenter le COGIC dans le détail mais je vous décrirai en quelques phrases cet outil qui est à la disposition du ministre de l'intérieur, sous l'autorité du directeur de la défense et de la sécurité civile, pour permettre au ministre d'assurer sa mission de coordination interministérielle en matière de protection civile, responsabilité qui lui incombe par la lecture combinée de l'ordonnance du 7 janvier 1959 et d'un décret du 13 décembre 1965, ainsi que de la loi sur la sécurité civile du 22 juillet 1987.

Le COGIC est un centre opérationnel situé à Asnières dans les locaux de la direction de la sécurité civile, direction d'administration centrale dont nous faisons partie tous les trois. Il comporte environ 45 personnes, permettant d'avoir, aux heures ouvrables, entre 20 et 25 agents actifs sur différents sujets.

Durant les heures non ouvrables, les jours fériés et la nuit, il comporte six personnes au maximum en veille permanente, 24 heures sur 24.

Les missions du COGIC, au plan ministériel, permettent au ministre de conduire, dans les meilleures conditions, ses missions de responsable de la défense civile et de la protection des populations, avec une fonction de synthèse au plan interministériel, au profit du Premier ministre.

Cette mission, concrètement, consiste d'abord à collecter de l'information sur tous les événements qui peuvent représenter un risque ou traduire une perturbation dans la vie civile et la sécurité des populations.

Ensuite, au plan plus opérationnel, elle fournit une évaluation de ces événements permettant au Gouvernement de prendre les décisions appropriées, d'éclairer les préfets car nous sommes souvent, lors des gestions de crises, en contact avec les représentants de l'Etat déconcentré.

Ainsi, les préfets peuvent eux-mêmes inscrire leur stratégie dans une information complète.

Assez souvent, nous venons à leur secours avec des décisions de moyens. Il s'agit d'organiser l'assistance mutuelle entre les moyens des régions et des départements ou de leur faire parvenir les moyens nationaux dont nous disposons.

Le COGIC comprend une structure et une organisation permanente, qui peut s'enrichir, en cas de crise ouverte, d'un certain nombre de compétences et d'appuis, par la venue, à Asnières, de correspondants des autres ministères ou d'experts dont la présence est jugée utile pour la gestion de la crise.

La collecte d'informations, qui est sans doute au cœur de vos préoccupations, est organisée pour nous par le contact permanent avec un certain nombre de sources.

D'abord les échelons territoriaux de l'Etat : ce sont des comptes rendus immédiats en cas d'événement particulier ou des synthèses quotidiennes, qui nous sont envoyés par l'échelon zonal des préfectures. Il existe en métropole sept zones de défense. A la tête de chacune d'entre elles, se trouve un préfet de région qui a la compétence particulière de préfet de zone.

Ces échelons zonaux tiennent eux-mêmes leurs renseignements de chacune des préfectures de département qui les composent.

Voilà pour la remontée d'informations à partir de l'échelon territorial. Elle est complétée par nos relations permanentes avec tous les ministères et services des hauts fonctionnaires de défense qui sont bien souvent investis de la responsabilité de connaissance ou de suivi des crises pour la partie qui revient à leur département ministériel.

Nous avons aussi des relations avec les permanences ou les outils de veille d'un certain nombre de grands opérateurs comme EDF ou la SNCF. Je pourrais citer aussi des instituts scientifiques qui font de la veille, comme en matière de séismes où l'alerte est toujours donnée par le laboratoire de géophysique de Strasbourg ou l'Institut de physique du globe.

Voilà quelques exemples de nos capteurs.

Dans un second temps, peut-être puis-je en venir à la relation des faits, tels que nous les avons vécus et qui explique notre triple présence ? Nos projets de congés n'ont pas été ceux prévus à cause de plusieurs événements liés à la canicule, à la crise sanitaire, mais aussi aux feux de forêt d'une intensité exceptionnelle. Du fait de tout cela, nous étions tous les trois, durant cette dizaine de jours, à Asnières.

Nous étions, à la sécurité civile, très loin de la situation de congés et de sous-effectifs connue normalement dans beaucoup d'organisations. La période a impliqué au contraire de fortes responsabilités et de forts engagements sur les risques liés à la chaleur et à la sécheresse.

Nous étions très engagés sur une campagne de feux de forêts qui avaient démarré dès le début du mois de juin. Déjà, à cette période de l'année, elle était caractérisée par des cumuls de grands feux catastrophes jamais vus depuis plus de dix ans.

J'étais moi-même le 11 et le 12 août dans le Sud pour organiser une réunion de mi-campagne avec les directeurs des services d'incendie et de secours. Je me souviens avoir découvert les premiers signes d'alerte sur la surmortalité liée à la vague de chaleur, en revenant le 12 août.

J'avais appris comment le Dr. Pelloux avait signalé la crise qu'il sentait venir et qu'il traversait déjà. Il s'exprimait au nom de tous les urgentistes de Paris et faisait part de son inquiétude à l'approche du 15 août…

M. le Président : C'était le dimanche.

M. Christian de LAVERNEE : Nous avons dû le voir le dimanche soir, aux grands journaux télévisés.

Ceci s'est traduit, dès le lundi matin, par des questions que nous ont posées nos correspondants du ministère de la santé. En effet, la direction générale de la santé, qui n'était pas trop alertée, je crois, avant, a pensé spontanément à venir vers nous pour compléter ce qu'elle connaissait par ses sources directes.

Nous avons donc immédiatement lancé une enquête auprès des services d'incendie et de secours pour savoir si la situation qui émergeait, à Paris en tout cas, était grave, et connaître la gravité sur le reste du territoire.

La réponse à cette enquête a été décevante puisque les services départementaux d'incendie et de secours ont répondu en trois jours, ce qui, dans leur culture, est long ; cela traduisait un défaut d'organisation pour l'analyse et l'interprétation des secours à personnes que les ambulances des sapeurs-pompiers avaient pu transporter.

Nous en avons tiré, le 13 ou le 14 août, une synthèse incomplète qui indiquait des chiffres, à l'évidence très sous-estimés, par rapport aux statistiques globales et localisées sur la période qui était l'objet de notre enquête, c'est-à-dire le week-end des 8, 9 et 10 août.

Nous avons donné cette information à la DGS.

Le 12 août, nous avons été alertés par une information encore plus alarmante. Il s'agissait de la preuve que nous étions au-delà de la crainte, dans l'événement redouté, à savoir la saturation de la chaîne funéraire. Cela s'est traduit pour nous par quelques appels d'opérateurs de ce secteur, qui nous demandaient si nous pourrions les aider pour faire face à tous les problèmes qu'ils rencontraient pour la conservation des corps en attente d'inhumation, du type groupe électrogène pour réfrigérer des tentes, des housses mortuaires, des lits Picot, etc.

Donc cette alerte s'est traduite, pour nous comme pour de nombreux préfets sur le territoire, par ce retard dans les politiques de prévention que nous aurions aimé pouvoir mettre en œuvre.

Le Premier ministre a pris la décision en urgence de demander le déclenchement du Plan blanc dans toute l'Ile-de-France ou, en tout cas, dans Paris et la Petite Couronne, alors même que ces plans sont habituellement définis comme relevant d'une décision des directeurs. C'était une bonne initiative. Depuis, le ministère de la santé a prévu des aménagements pour que l'Etat, et pas seulement les directeurs d'hôpitaux, puisse les déclencher.

Nous avons lancé une enquête le mercredi ou le jeudi matin, soit le 14 août. Nous avons eu un retour très rapide pour savoir si, dans d'autres régions de France, il convenait de pousser à cette même décision.

En général, les réponses n'allaient pas dans ce sens mais témoignaient de l'effort intense demandé à tous les services d'urgence. Dans certains départements ou villes, la situation se gérait par des transferts d'un hôpital à l'autre. Dans de nombreux départements, beaucoup de services hospitaliers étaient fortement sollicités, même si nous n'en étions pas encore à la sursaturation.

A partir de là, comme l'a fait la Préfecture de police, nous avons suivi, jour par jour, cet épisode de vague de chaleur qui, heureusement, a commencé à s'atténuer quelques jours plus tard.

Nous avons très vite pris conscience de deux points : premièrement, que nos systèmes de collecte des signaux d'alerte sur les crises nécessitait une réflexion et une action rapides ; deuxièmement, que nous n'avions pas, en France, de planification dans les cas de vagues de chaleur.

Avant la fin du mois d'août, le ministère de la santé a demandé, vous le savez sans doute, à notre ambassade aux Etats-Unis de rassembler de l'information. Vers le 25 août, cela a permis d'avoir à Paris deux ou trois spécialistes venus du centre CDC – *Center for disease control* – d'Atlanta, ils ont expliqué combien ces vagues de chaleur faisaient là-bas l'objet de planification. Nous avons découvert qu'elles ne figuraient pas dans notre répertoire des risques au même titre que les séismes, les fuites de centrale nucléaire ou le catalogue des accidents et catastrophes qu'il est de notre métier de préparer.

Nous avons rapidement vérifié que tous les acteurs du monde de la sécurité civile avaient été assez impressionnés par les effets de la canicule pour accepter volontiers de basculer culturellement vers une autre définition de la crise.

Jusqu'à maintenant, pour nous, une crise était un répertoire ou un catalogue d'événements classés par catégories, la catégorisation se faisant plutôt en fonction des causes. Ce phénomène de surmortalité n'y figurait pas.

Non que nous ignorions la réalité et, parfois, la cruauté de ce risque, mais parce qu'il était considéré comme faisant partie des maladies et de ce que gère le système de santé avec ses moyens. On sait qu'il faut parfois l'aider, qu'il peut éprouver des difficultés, mais ce n'était pas une crise de sécurité civile au sens d'une mobilisation horizontale et exceptionnelle de tous les acteurs, quels qu'ils soient.

Beaucoup de directeurs de maisons de retraite ont apparemment essayé de retrousser les manches et se sont débrouillés avec des renforts limités. Ils n'ont pas pensé qu'ils pouvaient demander à des dizaines de personnes de venir les aider, ce qui aurait pu se concevoir à partir du tissu associatif, des grandes associations de secourisme et de tous les bénévoles qui peuvent être mobilisés pour aider les professionnels.

Nous avons pensé qu'il convenait de donner une autre définition à la notion de crise, la plus large : la crise correspond à toute perturbation dans les mécanismes assurant notre vie collective. Nous sommes en effet dans des sociétés de grande interdépendance. Donc, tout ce qui perturbe cette vie collective doit être rapidement signalé, connu et évalué par les pouvoirs publics et, plus généralement, tout ce qui peut représenter une insécurité pour nos concitoyens et même nourrir leur sentiment d'insécurité.

Armés de cette définition très large, nous avons travaillé et repris une circulaire qui a été adressée à tous les préfets le 22 décembre. Elle vise à sortir d'une réalité que je vais vous décrire rapidement.

Le réseau territorial dont je vous parlais représente en fait, dans la pratique, pour l'essentiel, la production des centres opérationnels départementaux d'incendie et de secours (CODIS), c'est-à-dire la veille H 24 des sapeurs-pompiers.

Nous demandons aux préfets de ne pas laisser remonter cette information trop verticale et cloisonnée, sans l'avoir recroisée avec toutes leurs autres sources d'informations, notamment celles de la police et de la gendarmerie.

Même si nous sommes en protection des populations et pas en sécurité civile, nous pouvons avoir des éléments de mise en alerte intéressants par les canaux de la police et de la gendarmerie et par tous ceux que les préfets et leurs collaborateurs croisent quotidiennement sur le terrain, à savoir les élus locaux, les représentants d'associations, de la vie civile, etc.

Cette remontée d'information est complétée, remise en perspective et fait l'objet d'une inspiration un peu nouvelle.

Par ailleurs, comme vous l'a dit le ministre, nous avons travaillé à durcir notre posture de coopération interministérielle. Nous n'avons jamais manqué de contacts efficaces ou de communication dans un sens et dans l'autre durant l'été, mais nous allons maintenant davantage au devant de cet échange interministériel.

Nous avons reprécisé nos accords sur les degrés qui permettent de passer de l'organisation permanente du COGIC à ce centre interministériel de crise qui représente chez nous, matériellement, une autre salle avec des spécialistes de tous horizons, présents physiquement, qui travaillent avec des ordinateurs, des téléphones et sous forme d'échanges directs entre eux.

Nous avons développé l'idée qu'entre les deux, afin d'éviter ce caractère un peu binaire, il fallait savoir graduer la participation des autres ministères ou des autres expertises, ce que nous avons fait à une ou deux reprises depuis cet événement, par exemple pour les inondations du Sud en décembre. Nous avons eu, dans les locaux d'Asnières, durant trois jours, de 8 à 20 heures, plusieurs ministères au nombre desquels se trouvaient la défense, l'agriculture, l'écologie, Météo France, etc.

Nous essayons d'avoir une géométrie variable appropriée à la crise, qui nous assure une liaison forte et même la représentation personnelle des correspondants les plus appropriés.

Nous avons convenu, avec quelques grandes directions d'administration centrale, comme la direction générale de la santé, la direction de la prévention des risques du ministère de l'écologie, d'avoir toujours les mêmes correspondants afin que les personnes se connaissent. En effet, c'est en se connaissant bien « *en temps de paix* » qu'on peut être efficace et réactif pour la coopération en période de crise.

A la demande du ministère de la santé, nous avons tenté d'activer le réseau des sapeurs-pompiers lors de cette épidémie de bronchiolite ou de pathologies hivernales associées. Je ne dirai pas que nous en avons tiré des conclusions définitivement positives, parce que les sapeurs-pompiers interviennent très partiellement sur ces sujets. Ils n'ont pas la régulation médicale dans les départements. Ce sont les SAMU qui l'ont et c'est bien ainsi.

L'intervention des pompiers est de prompt secours, sur la voie publique ou en cas de détresse vitale à domicile, par carence d'autres moyens plus naturels comme les hôpitaux, les ambulanciers privés, etc. Ils ne font pas de transport de corps et n'ont pas de capacité de diagnostic. Il est donc particulièrement difficile, dans certains cas, de leur demander de qualifier l'objet ou la pathologie, causes du secours qu'ils apportent. N'étant pas médecins, ils ne sont pas toujours très à l'aise pour porter un jugement ou fournir les renseignements demandés.

Nous l'avons toutefois fait pour cette épidémie de bronchiolite, estimant que c'était une manière, tous collectivement, de nous maintenir en alerte – les SDIS ont bien joué le jeu – et de pratiquer une coopération étroite avec le ministère de la santé, tant aux niveaux national que local.

Voilà les quelques éléments que je pouvais évoquer.

Je vous disais que notre plus grand regret était de ne pas avoir fait des plans pour prévenir ou atténuer les effets des vagues de chaleur. Même la notion d'alerte ne nous paraît pas, dans nos réflexions internes, la plus adéquate pour gérer ce type de situation. Si elle arrive par le canal du transport d'une personne ayant subi une déshydratation et déjà fortement atteinte par ces syndromes médicaux, c'est déjà tard.

C'est l'ensemble des dispositions pour soustraire les personnes à la chaleur ou atténuer les effets de celle-ci dans leur mode de vie qu'il faut travailler.

Le ministère de la santé pilote, avec notre active participation, des groupes de travail qui visent à mieux répertorier les ressources et les modes d'intervention à préconiser dans les conditions climatiques extrêmes. Le travail est quasiment achevé pour les grands froids.

Le travail sur les vagues de chaleur se met en branle et devrait être achevé à la fin du mois de mars, afin de permettre aux échelons territoriaux de décliner les préconisations et les procédures qui seront décrites, à leur niveau, dans les trois mois qui leur resteront avant l'été.

M. le Président : Je voudrais revenir sur quelques éléments que vous avez évoqués. Vous nous avez décrit un certain nombre de modifications dans vos relations avec le ministère de la santé après cette crise. Mais quelles étaient-elles avant cette crise – je parle évidemment des procédures et pas des relations humaines ?

Vous nous avez indiqué tout à l'heure que vous étiez en contact avec certains instituts scientifiques, par exemple l'Institut de géophysique, ce qui vous permettait d'apprécier, à partir d'un éclairage scientifique, l'éventualité de mouvements sismiques, par exemple, et donc leur influence en termes de crise.

Quelles étaient vos relations avec les institutions du ministère de la santé, les agences, notamment l'InVS ?

Je n'en tire pas la conclusion que, s'il y avait eu des relations, cela aurait rendu possible une alerte puisqu'on sait par ailleurs que l'InVS n'avait pas été alerté. Mais indépendamment de cela, quelles étaient vos relations antérieures ?

Deuxième type de questions sur le déroulement des événements durant la première semaine d'août.

Vous avez dit, devant la mission d'information et répété ici, que la mission du COGIC est de traiter toute information qui remonte et qui est susceptible de manifester une situation de crise. En fait, en tant que COGIC, vous ne vous êtes sentis concernés que le 11 août, après l'intervention du Dr. Pelloux.

Or, des événements, au cours de la première semaine, ont commencé à alerter sur le risque que la canicule pouvait faire courir à la santé des personnes fragiles. Je pense notamment au communiqué de Météo France du 7 août.

Par ailleurs, il existe des rapports de la brigade des sapeurs pompiers de Paris. Certes, on peut discuter de la pertinence de leur appréciation et peut-être nous ferez-vous cette réponse… mais ces rapports montrent une augmentation importante de l'activité de secours à victimes sur la voie publique à partir du 4 août.

Est-ce que ces informations vous ont été remontées ? Quand c'est le cas, comment les analysez-vous, les traitez-vous ? Y a-t-il un *feed-back* avec les personnes qui vous les communiquent ?

Par ailleurs, des questions se posent pour le présent.

Vous nous avez apporté quelques précisions. Je voudrais revenir notamment sur la remontée des informations.

Si j'ai bien compris vos propos, les préconisations, notamment celles formulées dans la circulaire du 23 décembre, demandent à l'échelon départemental, donc aux préfets de département, d'effectuer une première synthèse des informations qui leur remontent.

Par ailleurs, dans le projet de loi de santé publique, le Gouvernement a proposé un amendement qui demande à ce que toutes les informations de tous les acteurs de santé susceptibles d'êtres confrontés à un élément anormal remontent à l'InVS.

Quelle appréciation portez-vous sur ces procédures de remontée d'informations, qui sont en train d'être élaborées, au regard de la situation que nous avons connue lors de la canicule ?

Ne pensez-vous pas que des informations risquent de se perdre en ligne du fait de l'existence de plusieurs procédures qui ne sont pas nécessairement tout à fait cohérentes les unes avec les autres ?

M. Christian de LAVERNEE : Les relations avec la santé existaient, étaient connues et pratiquées, mais plutôt, me semble-t-il, dans les cas de grands accidents.

Dans la culture de sécurité civile, les contacts avec le monde de la santé sont par exemple les Plans rouges en cas de grands accidents impliquant la nécessité d'évacuer de nombreuses victimes, l'orientation sur les hôpitaux et la complémentarité entre les centres de tri médical que mettent sur pied les commandants des opérations de secours et qui font l'interface avec le monde hospitalier.

Je crois pouvoir dire que nous n'avions pas trop d'échanges ou d'osmose sur des phénomènes que je qualifierai de plus épidémiologiques…

M. le Président : … plus insidieux.

M. Christian de LAVERNEE : C'est-à-dire des personnes qui, une par une, sont touchées, en l'occurrence par la température extrême et la sécheresse, dans d'autres cas par un virus, etc.

Traditionnellement, ces cas étaient bien gérés par le ministère de la santé. Il faut sans doute que cela demeure ainsi car c'est tout de même une affaire de spécialité, de responsabilité médicale.

Simplement, il apparaît que devant certains risques de saturation, il faut que tout ce qui ne relève pas de la filière santé puisse porter assistance et appui, par tous les moyens possibles, à celle-ci.

Face à certains risques sanitaires, il est nécessaire d'informer – ce qui sera toujours de la responsabilité du ministère de la santé – mais aussi de mettre en œuvre des mesures de prévention – par exemple soustraire les personnes vulnérables à la grande chaleur.

Après cette crise, nous avons un peu effacé la frontière entre crise sanitaire et crise de sécurité civile, pour parler de crise tout court.

Vous m'avez ensuite posé la question d'un COGIC en défaut de veille.

M. le Président : Pardonnez-moi. Avant, j'avais aussi évoqué le lien avec l'InVS. Certes, ce n'est pas tout à fait un institut scientifique…

M. Christian de LAVERNEE : Nous n'avions pas de lien avec l'InVS. Sur la veille du COGIC, nous étions, plus que personne, extrêmement informés de la météo et du caractère tout à fait atypique de cette vague de chaleur, à cause de la guerre contre les feux de forêts qui prenaient toute notre énergie presque jour et nuit.

Nos systèmes d'analyse du risque et de vigilance en matière de feux de forêt nous conduisent à avoir, en tout cas pour les zones Sud et Sud-ouest, chaque jour, des mesures extrêmement sophistiquées non seulement de la température mais aussi de la sécheresse des végétaux, du sous-sol, etc. Nous savions que le phénomène était totalement exceptionnel.

Même les références à 1976 ne sont pas, parfois, tout à fait pertinentes. Je crois qu'il faut remonter au XIXème siècle pour retrouver un phénomène climatique de ce type.

Nous avions enregistré avec satisfaction que Météo France utilisait les journaux télévisés et ses outils pour donner des recommandations excellentes en matière de précaution sanitaire. Nous ne savions pas que cette forme de recommandations aux personnes une par une, n'était pas suffisante et qu'il aurait fallu des postures collectives d'intervention, laissant moins à l'initiative de chacun les précautions à prendre.

S'agissant de la BSPP, nous n'avons pas eu d'autres indications que le bulletin quotidien.

Le Préfet de police vous a expliqué que jusque-là, les particularités de l'organisation administrative de l'Ile-de-France étaient la cause du fait qu'il n'y avait pas un état-major de zone fédérant la zone BSPP et la Grande Couronne, comme tous les préfets de zone le font.

Je crois que M. Proust installera, à la fin du mois, ce nouvel état-major de zone, qu'il a souhaité.

Ceci explique que nous avions au COGIC, jusqu'à cette période, deux sources d'informations équivalentes à ce dont nous disposons sur tout le reste du territoire : une synthèse faite à tour de rôle par les SDIS de Grande Couronne et un bulletin BSPP.

Sur la BSPP, nous disposons de la statistique des interventions de sapeurs-pompiers, qui ne comporte qu'une ligne de secours à personnes, pour toutes les catégories d'assistances aux populations.

Nous aurions pu mieux faire, peut-être, en nous interrogeant pour la détailler, sur l'augmentation effectivement lisible, dans la première quinzaine d'août, du nombre de ces secours à personnes.

Toutefois, ce chiffre, dans une période où même les gens vigoureux étaient un peu fatigués, dormaient mal la nuit, etc., n'était pas complètement étonnant. Nous de disposions pas de l'indication qui nous aurait permis de distinguer s'il s'agissait de simples

malaises sur la voie publique, de coups de chaleur sans gravité ou de phénomènes plus graves, causes de la surmortalité.

Dans les synthèses provenant de la Région parisienne, la première allusion explicite à des décès liés à la chaleur date du 11 août. Une personne, alertée par le cri d'alarme des urgentistes de Paris, a classé dans son esprit l'indication de deux décès dans une maison de retraite de l'Essonne comme une information qu'il fallait remonter.

Celle-ci a donc figuré quelque part dans une des synthèses, sans être reprise d'ailleurs le lendemain ou le surlendemain.

M. le Président : Et maintenant ?

M. Christian de LAVERNEE : La préfecture de police est en train de mettre au point une modalité très remaniée de veille permanente à l'échelon Ile-de-France, entre BSPP et responsables de la santé sur la région.

Nous suivons ce travail avec beaucoup d'intérêt car il peut inspirer ce que feront les autres régions. Nous nous attacherons à le diffuser.

La loi va redéfinir les obligations de signalement de toutes les formes de pathologies à l'InVS et imposer des devoirs de remontées par ce canal au niveau central, alors que nous demandons aux préfets de nous indiquer tout ce qui les alerte et paraît un peu inquiétant. Nous ne craignons pas les redondances car tout ceci va se mettre en ordre. Si l'InVS récupère des informations, elle nous les donnera. Si nous en avons, nous les ferons passer au ministère de la santé.

Naturellement, la production quotidienne du COGIC est largement diffusée à tous les ministères, à tous nos partenaires.

De plus, concernant les personnels des états-majors des préfets des zones de défense, compétents dans toutes les formes de sécurité – sécurité publique, sécurité civile, défense civile –, nous avons obtenu, au premier semestre de l'année dernière, la décision du Premier ministre de mettre un personnel santé dans chacun d'eux. Ce sera sans doute une personne de la DRASS du chef-lieu de zone, qui sera affectée à l'état-major de zone.

Le temps de mettre au point les profils et d'opérer les recrutements, tout devrait être couvert au 1er trimestre 2004 ou à la fin de celui-ci.

M. Pierre HELLIER : Tout cela est un peu compliqué, comme diraient certains élus ruraux, même très compliqué.

Surtout, s'il vous plaît, ne compliquez pas trop. Déjà le système n'a pas bien fonctionné. Si vous le compliquez encore…

Nous avons entendu ici M. Lagadec. Il nous a beaucoup marqués lorsqu'il nous a parlé des crises. Par définition, elles ne se prévoient pas.

Je suis un peu étonné, puisque vous faites de la gestion internationale des crises…

M. le Président : Pas encore au niveau international mais interministériel.

M. Pierre HELLIER : Il serait peut-être intéressant de faire l'inventaire des crises diverses qui se produisent dans le monde. La canicule, en particulier, a déjà touché les Etats-Unis. Il est un peu étonnant que nous n'ayons pas eu de remontées d'informations plus précises sur ces crises.

Ne montez pas de systèmes trop compliqués, s'il vous plaît.

Je me demande s'il ne faut pas faire plutôt confiance au terrain, à l'inventivité. Nous avons vu, lors de la canicule, des personnes se débrouiller avec des cartons, des brumisateurs, des sacs de glace. Des personnes du terrain se sont débrouillées avec tous les moyens possibles et imaginables pour faire du froid, par exemple.

Il faut faire remonter les informations car, sans elles, on ne peut pas en parler au niveau ministériel.

S'il y avait par exemple 10 000 hospitalisations demain à Paris, nécessitées par une pathologie infectieuse extrêmement brutale, que feriez-vous ? Qu'avez-vous prévu ?

Vous avez beaucoup évoqué les feux de forêts et les inondations. Il est certainement utile de réfléchir et d'organiser au niveau central, mais qu'est-ce que cela donne pratiquement sur le terrain en cas d'incendie ou d'inondation ?

Au fond, ce qui est important, dans les crises à venir qui, malheureusement, se produiront, c'est que ce ne sont pas celles que nous aurons prévues. Elles ne sont pas forcément prévisibles. Comment prévoir l'imprévisible ? C'est peut-être ce que je vous demanderai.

M. le Président : Surtout comment le gérer ?

M. Edouard LANDRAIN : Un peu dans le même esprit, je voudrais connaître la composition du COGIC. Y a-t-il, chez vous, des spécialistes de chacun des domaines ou ne sont-ce que des coordonnateurs qui se renseignent ailleurs, auprès de spécialistes patentés ?

Deuxièmement, dans l'esprit des propos de M. Hellier, avez-vous une espèce de *brain storming* où se trouveraient la culture de l'impossible, les simulations les plus improbables, au niveau des séismes, des virus, du nucléaire, du chaud, du froid ?

Ou bien vous contentez-vous de gérer des situations déjà connues et qui, normalement, devraient se caler sur des schémas peut-être désormais dépassés, compte tenu de différents changements en cours sur notre planète ?

M. Jean-Marc ROUBAUD : Combien de personnes travaillent-elles au COGIC ?

M. Christian de LAVERNEE : Le COGIC est interministériel et pas international. Il peut toutefois piloter des interventions internationales puisque, lorsque sous l'égide du Quai d'Orsay, la France porte assistance, comme récemment en Iran ou, l'année dernière, en Algérie. C'est le COGIC qui assure cette partie de l'intervention française de secours déblaiement, en l'occurrence pour l'Algérie, et d'hôpital de campagne pour l'Iran.

Comme je l'ai indiqué, le COGIC compte 45 personnes affectées au total, ce qui permet d'en avoir entre 20 et 25 aux heures ouvrables et 6 au minimum à toute heure de l'année.

Ce sont, chacun à son niveau, des spécialistes du fonctionnement d'état-major, de la collecte et de synthèse de renseignements. Ils sont toujours affectés après une expérience opérationnelle significative, souvent dans les sapeurs-pompiers, parfois dans quelques autres corps militaires, de police, de gendarmerie, etc.

Notre culture n'est donc pas une culture de centralisation. Le ministère de l'intérieur a plutôt la conviction que les forces vives de notre administration sont sur le terrain, dans le respect de l'unité et de la responsabilité de la représentation de l'Etat dans les départements et les régions.

Je ne sais pas s'il serait facile de trouver un exemple de crise conduite par l'échelon central.

En tout cas, depuis un an que j'exerce ces fonctions, toutes les crises ont été conduites par un préfet.

Pour le Prestige, ce fut un ou deux préfets de zone ; pour les inondations, tel ou tel préfet de département ; pour les feux de forêts également, etc.

Nous sommes donc bien dans un système déconcentré. Au niveau central, nous nous situons dans une attitude d'évaluation la plus exacte possible de la situation, afin d'éclairer ces gestionnaires de terrain. Bien évidemment, le Gouvernement doit lui aussi se positionner et prendre certaines décisions de moyens, de communications, etc.

Par ailleurs, nous avons le souci de répondre au plus vite et au mieux à tous les préfets dont les moyens propres sont saturés.

Les feux de forêts sont très éclairants car ce cas de figure est massif : les préfets ont besoin de renforts à terre, pouvant représenter, sur un très grand feu, près d'un millier d'hommes organisés par colonnes venues de tous les départements de France et de Navarre, représentant chacune 60 à 80 hommes. Cette concentration peut se faire au profit d'un préfet de département. Elle est organisée, via l'échelon zonal qui formule les demandes, par le COGIC. M. Montchamp a souvent été aux premières loges pour prendre ces décisions d'affectation.

Il y a aussi nos moyens nationaux, notamment les moyens aériens bien connus – bombardiers d'eau et hélicoptères.

Nous sommes respectueux du terrain aussi, au sens où j'ai parfaitement conscience que les solutions pour atténuer les effets d'une vague de chaleur, relèvent souvent de l'invention astucieuse et pragmatique plutôt que de la conceptualisation centrale.

Un exemple : j'ai su, au hasard d'une conversation avec les sapeurs pompiers des Yvelines, qu'un conseiller général de ce département, peut-être le président du conseil d'administration du SDIS, avait la responsabilité, dans son canton, d'une maison de retraite, belle construction d'une architecture moderne, tout en baies vitrées et avec des toits métalliques…

Connaissant bien les pompiers, il a fait venir des lances et pendant plusieurs heures par jour, il a fait arroser sa maison de retraite. Peut-être beaucoup de personnes ont-elles été sauvées par ce moyen totalement improvisé.

La crise ne se prévoit pas… C'est peut-être le sujet le plus important. Oserai-je m'inscrire en faux ?…

Je ne sais pas ce que vous a dit M. Lagadec dont j'ai entendu les enseignements à l'Institut des hautes études de sécurité intérieure dont j'ai suivi la première promotion en 1989. Il en était au début de sa notoriété.

La preuve que la crise doit se prévoir est que, dans un projet de loi de modernisation de la sécurité civile, qui sera prochainement approuvé par le Conseil des ministres – il est actuellement en Conseil d'Etat –, devrait figurer une déclaration d'orientation insistant beaucoup sur l'idée que nous devons prendre à bras le corps la notion de crise.

En France, nous sommes peut-être meilleurs au niveau des opérations, des interventions – nous sommes souvent cités en exemple et sollicités par les pays étrangers pour nos techniques et moyens d'intervention – que de la préparation.

C'est comme si culturellement – par rapport aux pays anglo-saxons notamment – nous éprouvions un peu plus de difficulté à parler avec simplicité du danger, de la mort, à communiquer sur ces réalités et à faire partager à toute la population un certain niveau d'information et de sensibilisation sur ces perspectives pas toujours riantes mais qu'il faut connaître.

Je ne veux pas entrer dans le détail car ce serait prématuré, ce n'est pas mon rôle et le Conseil des ministres n'a pas encore adopté ce projet de loi, mais puisque le ministre en a déjà parlé publiquement, je peux dire que les travaux avancent notamment sur la création d'un Conseil national de la sécurité civile. Sa première mission serait de procéder au recensement des risques, ceux que l'on connaît déjà parce qu'on les a rencontrés en France, et ceux que l'on pourrait connaître et qui sont prévisibles, dans la mesure où ils sont survenus à l'étranger.

Nous ne pourrons pas tout faire à la fois. A partir d'une priorisation, il s'agirait de procéder, au sein de ce Conseil national, à une révision, à une évaluation du niveau de notre préparation face à ces risques.

C’est une sorte de contrôle de deuxième niveau de ce que font les pouvoirs publics en général. Cela permettrait à un Conseil national bien composé, où figureraient des élus, des experts, les différents opérateurs, les administrations, etc., de délibérer et donner un avis sur des rapports faits par des groupes de spécialistes qui réétudieraient l’état de notre préparation face aux séismes, par exemple.

Je pense qu’il sera extrêmement intéressant de disposer de cette vision de synthèse, depuis la prévision du phénomène, les mesures de prévention, de vigilance et d’alerte des populations, jusqu’aux modes d’intervention, à la gestion de la post-crise, c’est-à-dire de A à Z tout l’alphabet de la protection des populations, dans une approche qui sera forcément interministérielle.

Ce projet est en fait né du reproche de beaucoup de nos grands partenaires, au stade de préparation du projet de loi, selon lequel la sécurité civile était encore un monde trop cloisonné et où l’interministériel n’avait pas assez de réalité.

M. le Président : Je vous remercie. Je crois que votre audition était utile, après celle devant la mission d’information, puisque vous avez poursuivi et formulé vos réflexions – en tout cas le ministre, par la circulaire que vous avez évoquée – sur vos modes d’organisation et vos relations avec les autres ministères et les zones de défense.

Vous nous avez indiqué utilement, aujourd’hui, vos orientations d’avenir sur la gestion des crises et pas uniquement de la prévention de celles-ci.

On peut ne pas avoir prévu toutes les crises – c’est sans doute une des préoccupations qui s’exprimaient tout à l’heure – mais il faut pouvoir être réactif, même quand on n’a pas vu le coup venir.

Ce sera un des sujets qu’il conviendra d’aborder dans notre rapport.

Audition conjointe de MM. Denis HEMON et Eric JOUGLA, de l'INSERM

(Extrait du procès-verbal de la séance du 21 janvier 2004)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

MM. Denis HEMON et Eric JOUGLA sont introduits.

M. le Président : Mes chers collègues, nous poursuivons nos auditions en accueillant aujourd'hui, dans le cadre d'une audition conjointe, MM. Denis Hémon, directeur de recherche à l'unité 170 de l'INSERM, et Eric Jougla, directeur de recherche de l'unité CEPI DC INSERM.

Messieurs, je vous souhaite la bienvenue. Vous aviez déjà été entendus par la mission d'information, le 15 septembre dernier, et vous aviez notamment fait part de vos difficultés à travailler rapidement sur les certificats de décès dont les circuits de transmission sont, encore aujourd'hui, trop longs et complexes.

Le 25 septembre, vous avez remis au ministre de la santé un rapport d'étape sur l'estimation de la surmortalité liée à la canicule. Compte tenu des délais qui vous étaient impartis, votre mission s'est concentrée sur la région Centre, d'ailleurs particulièrement touchée par la canicule.

Vous avez, depuis, pu affiner vos travaux en élargissant, j'imagine, votre champ d'investigation.

Il nous serait extrêmement utile de connaître les toutes dernières estimations, notamment sur l'origine des personnes décédées. De même, il nous serait utile que vous puissiez nous faire le bilan global des décès pour 2003, comparé aux années précédentes, afin de confirmer ou d'infirmer l'éventuel « *effet de moisson* » qui conduit à accélérer la disparition des personnes fragiles.

M. le Président leur rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête leur ont été communiquées. A l'invitation du Président, MM. Hémon et Jougla prêtent serment.

M. Denis HEMON : Je dirige une unité de recherche de l'INSERM sur les relations entre l'environnement et la santé ; Eric Jougla, quant à lui, est directeur du centre épidémiologique sur les causes médicales de décès.

C'est à ce titre que l'on nous a demandé, le 20 août 2003, de mettre en œuvre différents travaux. Tout d'abord, une première analyse épidémiologique de la surmortalité du mois d'août dernier, rapport que nous avons remis le 25 septembre au ministre de la santé et que nous avons rendu public sur le site Internet du ministère et sur celui

de l'INSERM. Je suppose que vous connaissez ce rapport, je vais donc vous le résumer rapidement.

Durant les 20 jours premiers jours d'août 2003, la France a dû faire face à une vague de chaleur, dont vous savez, à la fois l'ampleur géographique et l'amplitude – une chaleur exceptionnelle, y compris par rapport à la météorologie du XIXème siècle. Cette vague de chaleur a commencé le 3 août, elle a plafonné pendant une période d'une dizaine de jours, et s'est terminée vers le 18 août – après avoir régressé à partir du 13.

Parallèlement, nous avons constaté une élévation de la mortalité par rapport aux valeurs normales, à savoir la moyenne statistique des décès constatés au mois d'août des années précédentes dans notre pays, avec un excès d'environ 15 000 décès – le chiffre normalement attendu pour le mois d'août était de 41 000 décès.

Par ailleurs, cet excès de mortalité étant parfaitement parallèle à l'excès de température, il est évident qu'il est imputable à la vague de chaleur, même si les décès n'étaient pas nécessairement enregistrés comme directement liés à la chaleur – coup de chaleur, hyperthermie ou déshydratation.

Cette surmortalité a été importante chez les personnes âgées, mais elle a également concerné des personnes d'une quarantaine d'années. En résumé, elle est apparue, dès l'augmentation de la chaleur, mais a décru rapidement, à partir du 13 août, quand la chaleur a commencé à régresser.

Ce laps de temps, très bref, met en lumière l'intérêt de surveiller la température par Météo France – afin de mettre en œuvre nos capacités d'alerte et de prendre des mesures de prévention rapides – mais également d'avoir des informations sur la mortalité à plus court terme que nous ne pouvons avoir, compte tenu des dispositifs techniques existant actuellement dans notre pays.

Nous avons insisté sur l'importance qu'il y avait à surveiller la chaleur, puisque celle-ci intervient avant les décès ; si nous avons deux ou trois jours entre l'augmentation de la chaleur et les premiers décès, nous pouvons essayer de faire quelque chose.

Tel est, en très résumé, le contenu de notre rapport.

Qu'avons-nous fait depuis ?

Les systèmes de remontée d'informations ont repris leur cours habituel. Environ 1 400 décès se produisent chaque jour en France métropolitaine, dans les 36 600 communes ; à l'occasion de chacun de ces décès, le médecin établit un certificat de décès, dont une partie, dite médicale, passe par la direction départementale d'action sanitaire et sociale – pour que le DDASS soit alerté d'un éventuel surcroît exceptionnel de mortalité, pour telle ou telle cause –, qui le communique à l'INSERM, au service d'Eric Jougla. La partie état civil, quant à elle, suit la voie « état civil » par l'INSEE, afin de mettre à jour le répertoire national des personnes physiques et d'établir des statistiques.

Nous ne sommes sûrs de la complétude des données, c'est-à-dire que nous pouvons affirmer qu'il y a eu tant de décès à tel endroit – et que le chiffre n'augmentera pas par l'arrivée tardive de certificats –, qu'au bout de deux mois et demi. Ce délai est long, mais de nombreux contrôles d'information ont lieu à différents niveaux, afin que le dénombrement soit parfaitement exact en fin de circuit.

M. le Président : Deux mois et demi pour les deux procédures – état civil et cause des décès ?

M. Denis HEMON : La certitude de la complétude des informations résulte du rapprochement des deux sources. Par exemple, nous serons sûrs du nombre de décès qu'il y aura eu au mois de janvier, dans une ville précise, à la mi-avril.

M. le Président : Nous ne serons donc certains, à la fois du nombre de décès dans une ville et de leur cause, qu'au bout de deux mois et demi.

M. Denis HEMON : Non, le nombre de décès et la cause médicale sont deux choses différentes. Ces deux mois et demi concernent simplement le nombre de décès.

M. le Rapporteur : Ce point est important, puisque nous essayons d'obtenir des renseignements les plus précis possibles sur l'année 2003, notamment pour les mois de septembre et octobre ; en tenant compte d'ailleurs des statistiques de janvier 2003, période pendant laquelle nous avons pu observer une sous-mortalité, car il n'y a pas eu d'épidémie de grippe – il en va de même, me semble-t-il, pour janvier 2002.

Les représentants de la Côte d'Or nous ont donné, hier, les chiffres de la mortalité dans ce département – les chiffres, pour certaines villes, sont déjà connus.

Pouvons-nous avoir ce chiffre brut, qui ne donne pas les causes des décès ? Cela nous donnerait une meilleure idée de la mortalité en 2003.

M. Denis HEMON : Nous avons le souci d'être complets : il ne s'agit pas, pour nous, d'annoncer 51 décès dans telle ville, pour tel mois, puis de corriger ce chiffre à 82, quelque temps plus tard.

Quand je parle de deux mois et demi, c'est le temps qu'il nous faut pour que les informations provenant des deux sources – médicale et état civil – soient validées, recoupées, et que notre travail soit bien fait, en ce qui concerne les 1 400 décès journaliers – plus de 40 000 par mois.

Au jour le jour, chaque mairie fait de son mieux pour transmettre les certificats de décès ; elle envoie la partie état civil à son correspondant INSEE, soit par voie électronique, pour les mairies informatisées, soit par voie papier.

M. le Président : Combien de communes utilisent-elles la procédure de transmission informatisée ?

M. Denis HEMON : Environ 780 communes sont informatisées, ce qui représente 65 % des décès. Cela étant dit, les mairies ne transmettent pas les certificats de décès au jour le jour. Lorsque le décès intervient, la commune a certains contrôles à effectuer avant d'envoyer le certificat à l'INSEE.

M. le Président : On ne parle donc pas du jour du décès, mais du jour de transmission de l'acte.

M. Denis HEMON : Tout à fait, des personnes peuvent décéder le samedi ou le dimanche, mais l'acte de décès ne sera transmis que le lundi ou le mardi.

M. Eric JOUGLA : L'étape de validation est importante. Si l'on prend la surmortalité par département, nous avons parfois des effectifs très faibles pour août.

S'agissant de la validation, nous confrontons ce que nous recevons, d'une part, de l'INSEE et, d'autre part, les certificats médicaux. Or, parfois, nous nous apercevons que l'INSEE ignore certains décès « certificats médicaux », et, en revanche, d'autres données détenues par l'INSEE ne nous sont pas encore parvenues. Notre travail, qui demande environ trois mois, est donc de confronter ces deux fichiers afin d'arriver à un chiffre précis.

En ce qui concerne les délais d'arrivée des certificats, ils sont extrêmement variables ; pour les certificats médicaux, ils peuvent aller de un mois à un an. C'est la raison pour laquelle nous avons réclamé ce système de certification électronique.

M. Serge BLISKO : Vous voulez dire que des mairies transmettent des certificats à l'INSEE, un an après le décès des personnes ?

M. Eric JOUGLA : Cela peut arriver, c'est pourquoi nous faisons régulièrement des rappels et que je réclame, depuis trois ans, une transmission électronique.

M. le Président : Transmission électronique dont la base législative a été introduite dans le projet de loi de santé publique, par amendement, lors de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale.

Il est important que chacun d'entre nous comprenne bien comment tout cela fonctionne, car nous avons été nombreux – la presse, nos interlocuteurs, nous-mêmes – à nous étonner de la longueur des procédures.

M. Alain CLAEYS : Si j'ai bien suivi, il existe deux sources d'information, dont la filière « état civil » gérée par l'INSEE. Afin d'obtenir des chiffres exacts, il nous faut attendre deux mois et demi.

L'INSERM a-t-il accès à ce fichier ?

M. Eric JOUGLA : Oui.

M. Alain CLAEYS : Quels sont les services de l'Etat qui y ont accès automatiquement ?

M. Eric JOUGLA : Je ne sais pas.

M. Alain CLAEYS : Existe-t-il des procédures automatiques transmettant ces données au ministère de la santé, ou autres ?

M. Eric JOUGLA : Il faut poser cette question à l'INSEE.

M. Alain CLAEYS : D'accord. L'autre source d'information, c'est le fichier qui transite par les directions départementales d'actions sanitaires et sociales.

M. Eric JOUGLA : C'est le certificat médical de décès.

M. Alain CLAEYS : Ce certificat vous est transmis directement. Donc, votre rôle est de croiser ces deux sources.

M. Eric JOUGLA : Exactement, afin d'être le plus complet possible.

M. Alain CLAEYS : Pourquoi ce retard, au niveau des DDASS ?

M. Eric JOUGLA : Il existe plusieurs types de retard.

Le certificat est délivré par un médecin, puis il est transmis à la mairie qui l'envoie à la DDASS, pour enfin arriver à l'INSERM ; le retard peut donc intervenir entre la mairie et la DDASS – il est difficile de relancer plus de 36 000 communes sur la base du nombre de décès les années précédentes – ou entre la DDASS et l'INSERM.

Le ministère m'a expliqué, puisque le système de certification électronique est lancé dans les groupes de travail, que de nombreuses DDASS ont du mal à effectuer cette tâche ; certaines veulent examiner l'information médicale, alors que d'autres n'ont pas suffisamment de personnels pour réaliser ce travail de transmission – parfois les certificats ne sont même pas ouverts.

En outre, je souhaiterais insister sur le fait que le système de transmission classique – non-électronique – est extrêmement archaïque ; il pose des problèmes de confidentialité. Lorsque nous avons rapatrié, au mois d'août, un grand nombre de certificats, certains paquets avaient été éventrés à La Poste ; nous n'avons, de ce fait, pas eu accès à un certain nombre de certificats. Voilà pourquoi je revendique, auprès du ministère, de changer ce système.

M. Denis HEMON : Nous sommes en pleine évolution. Alors, soit nous sommes consternés par cette situation, soit nous nous disons que nous sommes en pleine évolution.

S'agissant des causes officielles de décès…

M. le Président : Justement, il s'agit d'un point important. Expliquez-nous pourquoi on ne peut pas transmettre un certificat médical directement à l'INSERM.

M. Denis HEMON : Jusqu'à cet événement dramatique, l'INSEE avait pour mission, à la fois de mettre à jour le répertoire national des personnes physiques – gestion des naissances et des décès – et de produire des statistiques fiables de mortalité et de natalité, non seulement pour les ministères, mais également pour les statistiques comparées avec les pays européens. La règle d'or est la suivante : toute l'information, rien que l'information exacte. C'est la raison pour laquelle nous mettons deux mois et demi pour fournir des données complètes.

De la même façon, avec 12 000 causes possibles de décès, nous avons la mission d'être le plus précis possible. Le service d'Eric Jougla est classé centre OMS de référence pour la France pour les causes médicales de décès, et est en relation internationale constante sur la façon de codifier les décès, aussi bien aux Etats-Unis qu'en Italie, en Suède ou en Grande-Bretagne, afin de surveiller d'autres éléments importants, tels que le diabète, le surpoids, la maladie d'Alzheimer, le cancer, etc.

Jusqu'aux événements du mois d'août, ce système a bien fonctionné : il a été capable de fournir des données fiables, comparables aux voisins, en surveillant les évolutions. Aujourd'hui, nous devons évoluer, notamment si nous voulons avoir une surveillance sur le temps immédiat.

M. le Président : Il est en effet important de se demander ce que nous recherchons. Si nous voulons avoir une identification immédiate, nous devons utiliser d'autres procédures, mais il est vrai que jusqu'à cet été, nous n'en avions pas ressenti le besoin.

M. le Rapporteur : Au jour d'aujourd'hui, de quelles statistiques valides disposez-vous ?

M. Denis HEMON : Nous disposons de statistiques complètes jusqu'à fin septembre ; post canicule, nous avons les chiffres des dix derniers jours d'août et ceux du mois de septembre. Or, le nombre global de décès observés est proche du nombre de décès attendus : nous ne constatons ni de surmortalité ni de sous-mortalité par rapport aux années précédentes.

M. le Président : Cela veut dire qu'on n'a pas observé de sous-mortalité au mois de septembre, alors que selon certaines hypothèses, la surmortalité du mois août aurait dû entraîner une sous-mortalité au cours des mois suivants.

M. Denis HEMON : Toutes les personnes vivantes au 1er août de cette année seront décédées un jour ; c'est une question de temps. Alors évidemment, s'il y a un excès de 15 000 décès au mois d'août, il y aura, dans les semaines, les mois ou les années qui suivent, moins de décès. La question est de savoir, si cette sous-mortalité sera évidente dès septembre, ou si elle sera étalée dans le temps.

Etant donné que la mortalité était à un niveau normal au mois de septembre – par rapport aux données des années précédentes –, on peut penser que les 15 000 personnes décédées au mois d'août ne seraient pas nécessairement décédées en septembre.

M. le Rapporteur : Quand aurez-vous les chiffres d'octobre ?

M. Denis HEMON : Début février.

M. Eric JOUGLA : Peut-être pas entièrement validés, mais en février nous aurons, effectivement, une bonne appréciation de ce qui s'est passé en octobre.

M. Jean-Paul BACQUET : Je suis effrayé par les délais ! Deux mois et demi pour obtenir des données complètes et un an, pour certaines mairies, pour recevoir des certificats de décès ! Je mesure donc les difficultés – pas pour l'INSEE – auxquelles vous êtes confrontés pour procéder à une analyse fine ; d'autant que les causes de décès, inscrites sur les certificats, sont difficiles à interpréter.

Je constate cependant que l'analyse que vous réalisez, si elle peut avoir un intérêt, *a posteriori*, pour comprendre une crise, n'en a aucun, dans le système actuel, pour la gestion d'un problème de santé publique. Il s'agit là d'une grande insuffisance, que vous dénoncez, d'ailleurs, mais que nous ne connaissions pas.

M. Serge BLISKO : En tant que maire, j'ai demandé les statistiques de mon bureau d'état civil pour le mois d'août 2003 ; mais avec des corrections. En effet, j'ai constaté qu'il y avait plus de morts dans certaines communes, simplement parce que les personnes viennent décéder à l'hôpital ; je me renseigne donc pour savoir si les personnes décédées dans le XIIIème habitaient l'arrondissement. Je pense aussi à certains gros CHU, où viennent mourir les habitants des communes avoisinantes.

C'est la raison pour laquelle, il a été dit, à la fin du mois d'août, début du mois de septembre, que l'on mourait plus dans certaines villes que dans d'autres ; effectivement, les personnes malades se rendaient, et mouraient, dans les gros hôpitaux. La moitié des personnes décédées dans les hôpitaux du XIIIème à Paris, entre le 10 et le 20 août, n'habitait pas l'arrondissement.

M. Eric JOUGLA : Je voudrais apporter une précision, au nom de l'INSERM. Quand nous parlons de ce délai de deux mois et demi, il est nécessaire pour confronter d'une manière extrêmement précise le nombre de décès dont nous avons connaissance, d'une part, par le biais des certificats médicaux, et, d'autre part, par l'INSEE.

En revanche, l'INSEE a les moyens de fournir des données plus rapidement. Par exemple, les chercheurs mènent des enquêtes sur un échantillon de villes qui donnent de très bons résultats.

Il est donc important de distinguer cette validation réalisée par l'INSERM – dans un esprit d'analyse des certificats médicaux – et l'état civil, pour lequel l'INSEE dispose de moyens pour fournir rapidement des statistiques sur un échantillonnage.

Par ailleurs, vous parlez de santé publique d'une manière un peu violente. Le système, pour ce qui est de l'analyse des causes médicales de décès, n'est pas conçu actuellement comme un système d'alerte. Mais il a énormément d'importance pour tout le reste. Pour la surveillance de la santé publique en France, nous ne sommes pas forcés d'avoir des données très récentes ; il y a peu de variations, même au niveau d'un département ou d'une région. Ces statistiques – qui sont très bonnes mais pas rapides – sont

extrêmement utiles pour pointer les problèmes de santé en France, les suicides, et tous les comportements à risque.

S'agissant du domicile, sachez que nous travaillons – pour être rapides – sur les décès enregistrés ; mais toute la statistique qui vient après est une statistique sur les décès domiciliés, sur la résidence des personnes. Dans le rapport, nous n'avons que des données relatives aux décès survenus. De même, il convient de prendre en compte, lorsqu'on parle de surmortalité dans les maisons de retraite, les problèmes de transfert : une maison de retraite qui a un malade extrêmement lourd va l'envoyer à l'hôpital – et dans nos données, son décès sera enregistré à l'hôpital. Il y a donc un travail à faire sur les transferts – données que nous n'avons pas dans nos statistiques.

M. Denis HEMON : Si nous avons l'ambition de surveiller la mortalité dans un délai très bref, nous devons prendre conscience que ce délai doit être à peu près le même que celui qui est imposé pour connaître les résultats d'une élection ; de ce fait, la logistique à mettre en œuvre est lourde.

La vague de chaleur a envahi toute la métropole ; les prochains événements ne seront pas obligatoirement aussi amples et massifs. Donc surveiller de façon fiable l'existence d'une élévation locale de la mortalité assez importante pour alerter le maire d'une ville et les communes environnantes, et ce dans un bref délai, demande, je le répète, une logistique de pointe – car les décès auront lieu n'importe où : sur la voie publique, au domicile, à l'hôpital.

Je ne veux pas me faire l'avocat du délai, mais vous devez bien comprendre qu'il n'est pas évident d'envoyer une information fiable. Par ailleurs, même si nous pouvons raisonner sur un échantillon pour surveiller un événement important, les erreurs sont possibles. Il est donc compliqué de répondre, dans un bref délai, en deux ou trois jours, à la question suivante : y a-t-il eu une surmortalité sur le territoire national ?

M. le Président : Ce qui veut donc dire qu'il ne suffira pas d'avoir donné une base législative à une procédure pour que, automatiquement, elle rende bien compte de ce qui se passe sur le terrain. Il nous faut mettre des moyens importants en termes de capteurs d'information.

M. Denis HEMON : Tout à fait.

Par ailleurs, nous sommes convaincus du fait que, par rapport aux vagues de chaleur, le point crucial – au-delà de la surveillance de la mortalité – est la mise en place d'une surveillance météorologique et d'un lien fort entre la météo et l'administration chargée de la santé. En effet, les vagues de chaleur sont plus faciles à prévoir que la foudre ou un vent violent.

Une collaboration entre l'InVS et Météo France est donc prévue, afin d'élaborer, avant cet été, un système d'alerte. En outre, il nous a été demandé d'approfondir la relation température/mortalité, afin qu'elle devienne un élément de surveillance de la Météo ; notre réflexion sera fondée sur l'analyse détaillée de cet événement et sur ce qui s'est passé depuis 35 ans – puisque cela fait 35 ans que la mortalité est enregistrée à l'INSERM.

Les choses ne sont pas simples : il nous faut un système d'alerte qui soit sensible et spécifique. Les capteurs doivent nous alerter quand la température est suffisamment élevée pour conclure à un danger – alors un plan de prévention sera lancé –, et non pas dès qu'elle est un peu plus élevée que d'habitude.

M. le Rapporteur : Vous nous avez envoyé un document, daté du 15 décembre dernier, relatif aux décès survenus entre le 4 et le 18 août, et qui donne une répartition département par département, entre domicile, hôpitaux, cliniques privées, maisons de retraite, voie publique et autres.

Ma première question concerne les personnes âgées qui vivaient en maison de retraite mais qui sont décédées à l'hôpital : leurs décès ont bien été enregistrés à l'hôpital ?

M. Denis HEMON : Tout à fait.

M. le Rapporteur : Seconde question : certaines maisons de retraite sont gérées dans le cadre d'un CHU ou d'un CH. Ces maisons de retraite figurent-elles au chapitre « maisons de retraite » ou « hôpitaux » ? Cette question nous intéresse, car c'est justement dans les unités de soins longue durée accolées à hôpital qu'il y a eu – semble-t-il– le plus de décès.

M. Eric JOUGLA : Vous m'avez déjà posé la question et je ne peux toujours pas vous répondre de façon précise. Il s'agit en effet d'une déclaration qui est faite au niveau de la mairie par les personnes qui déclarent le décès. Il y a donc sûrement des imprécisions sur ce point.

M. Gérard BAPT : Ces unités figurent certainement au chapitre « hôpitaux », puisque le directeur est celui de l'hôpital ; le service de long séjour est géré par l'hôpital. Au CHU de Toulouse, les 180 lits long séjour font partie de l'hôpital.

M. le Rapporteur : L'augmentation de la mortalité dans les maisons de retraite a été nettement supérieure à celle des hôpitaux, comparativement à la période 2001/2002. Entre le 4 et le 18 août, voici le nombre de décès dans les maisons de retraite : une moyenne de 1 964, pour la période 2000/2002, 4 610 en 2003 ; dans les hôpitaux, pour la même période : 9 709 et 15 927 ; le nombre de décès à domicile passe de 5 032 à 10 414 ; pour les cliniques privées, il passe de 1 720 à 2 178. Sur la voie publique, le chiffre ne change guère.

Il est donc évident que le principal problème se pose dans les maisons de retraite. Mais une fois que l'on a dit cela, on constate de sérieuses disparités selon les départements.

Sur trois départements, le 78, le 91 et le 94, la mortalité, dans les maisons de retraite, est multipliée par six ! Alors que la dispersion, dans les hôpitaux, est moins forte, puisqu'elle est rarement supérieure à deux.

Dans le département 91, on passe, toujours en maisons de retraite, de 23 décès pour la période 2000/2002, à 135 pour août 2003 ; dans le 94, on passe de 15 à 94, et pour le 78, de 27 à 153.

Disposez-vous d'éléments éventuels d'explication sur ce point ?

M. Denis HEMON : Non, pas encore, mais des travaux sont en cours à l'InVS.

Lorsque vous lisez ce type de chiffres, il convient tout de même de faire attention aux petits chiffres ; si nous comptons 15 000 décès en trop sur la France au mois d'août, nous amenuisons ensuite les aires géographiques que l'on étudie. Si nous comparons les départements entre eux, il convient d'être prudents, les chiffres étant très faibles, donc très variables.

Sur les parties qui concernent des chiffres plus importants, nous n'avons pas d'information pour analyser la situation. En revanche, deux enquêtes sont en cours à l'InVS : une sur les décès à domicile, l'autre en institution.

Quels sont les facteurs qui ont pu jouer un rôle important : l'excès de température localement, l'état de santé des personnes, la capacité de prise en charge de l'institution en question. Les enquêtes sont donc en cours, nous n'avons pas encore les résultats.

M. Eric JOUGLA : Outre les disparités qui existent entre les départements, la surmortalité a été forte dans les maisons de retraite et à domicile.

En ce qui concerne les maisons de retraite, il n'y a pas de raison de penser que la confusion qui peut exister entre l'hôpital et le service long séjour n'existait pas pour les années de référence ; elle n'a donc pas joué pour déterminer s'il y a eu ou non surmortalité en maisons de retraite.

En revanche, le transfert de malades, des maisons de retraite à l'hôpital doit être pris en compte durant la période de la canicule. Je dirais même que l'on a peut-être minimisé la surmortalité dans les maisons de retraite.

Nous n'avons pas eu pour mission d'effectuer une analyse départementale des raisons de ces disparités, mais il est évident que la prévention doit se faire, de façon prioritaire, dans les maisons de retraite et au domicile des personnes âgées.

Un élément est à prendre en compte : la surmortalité des femmes par rapport aux hommes, notamment en ce qui concerne les décès à domicile. Notre hypothèse est que les femmes sont le plus souvent seules ; cette hypothèse est notamment fondée sur une variable que l'on analyse en ce moment : le statut matrimonial des personnes au moment du décès.

M. le Rapporteur : Nous avons envoyé un questionnaire aux DDASS, leur demandant combien de personnes étaient décédées, d'une part, en maisons de retraite, et, d'autre part, en dehors. Les retours que nous avons ne sont pas, selon nous, d'une fiabilité absolue.

M. Gérard BAPT : J'avais trois questions à vous poser. Vous avez déjà répondu à la première, puisqu'elle concernait l'éventuelle « sous-mortalité » du mois de septembre. En 1976, d'après les informations que nous avions, il n'y avait pas eu non plus de sous-mortalité en juillet, mais nous n'avions pas suivi les statistiques des mois suivants.

Au mois de septembre, je vous avais interrogés sur les situations d'alerte ou de non alerte – à Marseille, chaque fois qu'il fait plus chaud, le laboratoire de santé publique diffuse des messages d'alerte. Vous m'avez communiqué des chiffres, concernant les départements 06 et 13, qui ne sont pas très significatifs : + 50 % de mortalité dans les Alpes-Maritimes et + 40 % dans les Bouches-du-Rhône pour les personnes de 70 à 85 ans ; en ce qui concerne les personnes de plus de 85 ans, la mortalité a augmenté de 95 % dans les Alpes-Maritimes contre 40 % dans les Bouches-du-Rhône.

En termes statistiques, les chiffres portant sur quelques centaines d'individus sont-ils significatifs ?

Ma troisième question porte sur les suites constatées en juin 1976, et notamment la surmortalité. Une carte avait été établie, reproduisant les pics de surmortalité les plus importants – comparables à ce que nous avons connu au mois d'août.

A cette époque, la directrice de la section « Informations, statistiques » de l'INSERM, le Dr. Madeleine Guy-Devos, avait annoncé que des études allaient être menées dans les départements concernés, afin de déterminer s'il y avait eu une sous-mortalité par la suite. Pour cela, il était nécessaire « *d'attendre l'exploitation de tous les certificats des mois de juin et de juillet, qui permettra de rapprocher statistiquement ces données d'autres paramètres climatologiques en particulier* ». La nuit du 27 au 28 juin 1976 avait été la nuit la plus chaude du siècle.

Malheureusement, je n'ai eu aucune information sur les suites de ces travaux. Savez-vous s'ils ont débouché sur des résultats significatifs ?

M. Serge BLISKO : J'ai bien compris que le système actuel a ses imperfections, et que vous cherchez à être le plus précis possible dans vos analyses. De ce fait, notre regard sur ces chiffres est rétrospectif ; et ce système ne peut, en aucun cas, être considéré comme un capteur de situations d'urgence.

Une des recommandations que nous pourrions formuler, M. le Rapporteur est la suivante : créer un système d'une philosophie différente – comme il en existe dans certains pays étrangers – qui pourrait analyser très rapidement 90 ou 95 % des décès – il n'est pas indispensable d'attendre d'avoir la totalité des certificats. Il aurait le mérite de repérer rapidement un syndrome ou une maladie rare.

Enfin, 12 000 causes de décès, n'est-ce pas énorme pour un statisticien ? Ne peut-on pas envisager une simplification ? Y en a-t-il autant dans les autres pays européens ?

M. Eric JOUGLA : Vous décrivez là, M. le député, un projet que l'INSERM réclame depuis quelque temps, et qui est maintenant lancé, grâce à l'appui du ministère et de la DGS ; un groupe de travail a été constitué sur ce sujet. L'objectif est que le médecin nous envoie, par certificat électronique, le certificat médical de décès.

Premier intérêt : une réduction du délai, notamment pour la connaissance du nombre de décès. Le codage des causes médicales de décès, quant à lui, est un processus extrêmement long ; par exemple, lorsque le médecin a mal rempli le certificat, nous tentons de le joindre pour le compléter.

Deuxième intérêt : pouvoir pointer certaines pathologies plus importantes à suivre en alerte, à un moment donné, afin de coder plus facilement les certificats comportant une de ces pathologies.

L'INSERM a fait beaucoup d'effort en ce qui concerne le codage lui-même ; il s'agit maintenant d'un codage assisté, automatique – car c'est ce problème, en amont, qu'il convient de résoudre.

Quant aux 12 000 catégories, il s'agit de la classification internationale des maladies. Il est important que tous les pays utilisent la même.

Nous sommes également considérés comme centre OMS pour la classification internationale des maladies, nos groupes de travaux faisant évoluer cette classification.

Ces 12 000 catégories ne sont pas toutes utilisées pour la mortalité ; elles concernent aussi le codage de la morbidité. Nous en utilisons bien moins, mais ce qui est important, c'est d'utiliser les mêmes règles pour déterminer la cause initiale de décès. Toutes les statistiques sont fondées sur une seule cause de décès ; si un pays code « dépression » et un autre « suicide », pour une dépression qui a entraîné un suicide, nous ne pourrons plus comparer le taux de suicides entre les différents pays.

Par ailleurs, pour la surveillance, nous avons une liste d'une centaine de catégories et de sous-catégories de causes de décès ; mais il est important, pour la codification, que nous ayons des détails. Actuellement, par exemple, nous travaillons sur des causes professionnelles de décès – des personnes qui ont été exposées à certains risques – mais nous avons besoin de connaître la cause individuelle très précise.

Dans le cadre de notre rapport, nous avons demandé à Météo France de nous communiquer les gros épisodes précédents de canicule. Il y en a eu deux : 1976 et 1983. Celle de 1976 était intéressante dans le sens où la météo était très proche de celle de 2003 – elle a couvert le pays, avec une montée rapide et a duré environ 15 jours. A cette époque, la surmortalité a été de 6 000 décès.

Nous avons effectué des recherches bibliographiques mais nous n'avons pas trouvé d'articles scientifiques à ce sujet.

M. Jean-Paul BACQUET : Vous nous avez dit que les femmes ont été davantage victimes de la canicule que les hommes. Je suppose que vous avez réalisé des histogrammes selon les tranches d'âge ; nous avons bien les mêmes tranches d'âge sur la répartition de la population française ?

M. Denis HEMON : Les femmes ayant une plus grande longévité que les hommes, il y a plus de femmes octogénaires. Or, l'âge étant un facteur important, les femmes ont davantage souffert de surmortalité. Cependant, en comparant les pyramides d'âge, année par année, on note une surmortalité d'environ 20 % chez les femmes ; deux raisons sont possibles : un isolement plus important – puisqu'elles vivent plus longtemps que les hommes – ou une physiopathologie plus sensible à la chaleur pour une raison qui resterait à élucider.

M. Bapt, effectivement, il n'y a pas eu de sous-mortalité fin août et au mois de septembre ; la mortalité a été conforme à ce que l'on attendait. Nous allons évidemment suivre cela de près sur les prochains mois.

Je voudrais simplement vous dire que l'on ne peut pas prédire que la mortalité, qui est parfaitement normale en septembre, redescendra en octobre. Par ailleurs, si la relation de causalité « vague de chaleur/surmortalité » était évidente cet été, en septembre, octobre, novembre et décembre, même s'il y a des variations par rapport aux années précédentes, elles ne seront pas forcément dues à ce qui s'est passé au mois d'août. Il pourrait y avoir, par exemple, une petite surmortalité due à une vague de froid.

Par ailleurs, vous avez cité des chiffres concernant les Alpes-Maritimes et les Bouches-du-Rhône. Or, nous n'avons pas l'impression, sur ces chiffres, que la différence soit si significative que cela – ils dépendent des classes d'âge, du sexe, etc. et les effectifs ne sont pas suffisamment importants. Mais j'ai compris dans votre question que vous y voyiez là une voie pour la prévention.

En 1991, deux vagues de chaleur successives très importantes ont envahi Chicago. Pour la première, la ville n'était pas prête, ne possédait pas de système de prévision par la température sur la survenue d'un risque de mortalité – elle a causé environ 900 morts.

Des mesures ont été prises et lorsque la seconde vague de chaleur est arrivée, la mairie de Chicago avait mis en place une cellule d'environ 200 personnes qui avaient pour mission de téléphoner à toutes les maisons de retraite, aux hôpitaux, aux personnes isolées, etc., afin de leur rappeler les mesures de prévention élémentaires. Résultat : aucune surmortalité.

Des mesures très simples, répétées avec insistance : « *buvez de l'eau, fermez non seulement vos volets mais aussi vos fenêtres, entourez-vous d'un linge mouillé pour dormir, douchez-vous régulièrement, etc.* », sont efficaces. J'insiste sur ce point, car je travaille sur les relations entre l'environnement et la mortalité, et ce qui me frappe, c'est que l'on a besoin de savoir qu'il y a un surcroît de décès pour réagir ; alors que la prévention consiste à surveiller, non pas le risque, mais le facteur. Or, surveiller la mortalité et le facteur n'est pas incompatible.

Dans le domaine de la radioprotection, par exemple, les normes prises sont établies pour que l'on soit un millième de fois en dessous des doses démontrées dangereuses. Un système de surveillance de la température et une alerte ferme sont absolument fondamentaux pour prévenir les événements à venir. Car cet été, lorsque la mortalité est devenue visible, il était trop tard, le processus était enclenché. Une capacité de prévision à 72 heures changera beaucoup de choses pour la prévention.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Quand pourrez-vous nous communiquer les chiffres des mois d'octobre, novembre et décembre ? A Chicago, deux ans après la vague de chaleur, aucune sous-mortalité n'avait été identifiée – après six mois pour Marseille non plus. Je vous pose cette question, car cette gestion de la « sous-mortalité » est importante ; certains prétendent que ces personnes sont simplement mortes un ou deux mois plus tôt. Ce genre de discours ne favorise pas la mise en place d'un système de prévention.

Par ailleurs, avez-vous été sollicités par des départements ou des régions pour mener un travail plus spécifique ?

Enfin, vous m'avez communiqué les chiffres du département du Doubs – qui n'ont aucun intérêt globalement –, et je voulais vous faire remarquer que dans le Haut-Doubs, il faisait frais et on dormait très bien ; la meilleure solution aurait été d'emmener toutes les personnes âgées en montagne. Je vous dis cela pour vous faire comprendre que les chiffres ne sont pas « parlants » dans un département composé d'une zone de montagne et d'une plaine.

Si nous voulons faire un travail de fond, nous devons être d'une vigilance extrême dans les dispositifs d'analyse et de remontée d'informations.

M. Denis HEMON : Mme la députée, nous aurons les chiffres du mois de décembre fin mars, début avril.

M. le Président : Et nous aurons, pour le rapport, les chiffres du mois d'octobre ; nous pourrons ainsi vérifier si la situation de septembre est confirmée.

M. Denis HEMON : Effectivement, madame, les chiffres que vous avez pour le Doubs sont globaux. Mais il est prévu que l'on fasse une analyse détaillée – mais pas dans l'immédiat – avec Météo France sur la disparité géographique de mortalité en fonction de tous les paramètres qui peuvent jouer – température, altitude, écarts de température, structure urbaine, structure démographique, etc.

Vous avez évoqué la question d'une sous-mortalité postérieure à la canicule et de la prévention : que voulez-vous dire précisément ?

M. le Président : Je comprends bien ce qu'a voulu dire Mme Guinchard-Kunstler. D'aucuns ont affirmé que cette commission d'enquête ne servait à rien, car ces personnes décédées en août seraient, de toute façon, décédées un peu plus tard. Ils affirment que nous avons donc été confrontés à un phénomène naturel, et que nous ne pouvions rien faire pour éviter leur décès.

Alors il est vrai que si l'on constate, dans les mois qui ont suivi la vague de chaleur, une sous-mortalité, cela voudra dire que ces personnes sont mortes prématurément.

Aujourd'hui, vous nous dites qu'il n'y a pas eu, au mois de septembre, de sous-mortalité ; on ne peut donc pas encore considérer que les personnes décédées au mois d'août sont simplement décédées trois semaines plus tôt – bien entendu nous devons attendre les chiffres des mois d'octobre, novembre et décembre.

Cela étant dit, ce n'est pas parce que ces personnes seraient décédées, éventuellement, trois mois plus tard, qu'il n'y avait aucune mesure à prendre pour éviter qu'elles décèdent trois mois plus tôt ! L'évaluation des chiffres ne doit pas nous faire baisser la garde sur le fait qu'il y avait tout de même des mesures à prendre !

M. le Rapporteur : Il est vrai que le mois de septembre ne démontre aucune sous-mortalité. Mais hier, les chiffres qui nous ont été communiqués concernant la Côte d'Or montrent plus ou moins le contraire. Les situations sont extrêmement diversifiées, il convient donc de se méfier des chiffres globaux.

M. le Président : Il serait en effet intéressant que vous regardiez les chiffres de la Côte d'Or, car ceux qui nous ont été donnés hier ont été simplement évalués ; il serait donc souhaitable qu'ils soient comparés à vos statistiques.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : L'Est Républicain, début janvier, a publié un article annonçant « aucune surmortalité » dans le département du Doubs cet été – par rapport aux années précédentes.

Ce genre d'information m'inquiète, car l'on accrédite l'idée que les personnes décédées sont simplement mortes un peu plus tôt que prévu. Par ailleurs, de ce fait, le travail d'analyse qui est essentiel après un tel événement n'est pas mené. C'est la raison pour laquelle, messieurs, le travail que vous réalisez est très important et qu'il nous appartiendra de le publier afin de déterminer, par la suite, une véritable politique de prévention.

M. Eric JOUGLA : La canicule a tué 15 000 personnes ; or l'on compte 550 000 décès annuels ; la répercussion n'est pas énorme, c'est vrai. Il s'agit surtout d'un phénomène massif.

En ce qui concerne les analyses infra départementales, elles sont plus difficiles. Je prendrai l'exemple du Doubs, où l'on ne compte que 100 décès supplémentaires.

Quel que soit le département, nous avons une constante de surmortalité : elle est de 3 pour les maisons de retraite dans le Doubs et en Côte d'Or. Cette constante peut se traiter au niveau national.

M. le Rapporteur : Nous devrons tout de même nous méfier des chiffres de 2003, car la grippe n'a pas frappé cette année ; la statistique de mortalité est donc inférieure aux années précédentes. Prendre les chiffres d'une année est donc arbitraire, ce qui nous intéresse c'est avant tout la période de canicule.

M. Gérard BAPT : Si vous n'avez pas trouvé d'études scientifiques qui auraient été menées en 1976, les chiffres, en revanche, doivent pouvoir se trouver ; si tel était le cas, il serait intéressant de les mettre en parallèle avec ceux de cette année.

Je voudrais également revenir sur les chiffres relatifs aux Alpes-Maritimes et aux Bouches-du-Rhône, qui ne sont pas, selon vous, significatifs. Cependant, il est intéressant de noter que le nombre de décès dans les hôpitaux est à peu près le même que les années précédentes dans les Bouches-du-Rhône, mais qu'il est le double dans les Alpes-Maritimes. Quelle conclusion devons-nous en tirer ?

M. Serge BLISKO : 10 à 15 % des personnes décédées pendant la canicule étaient jeunes avec des pathologies diverses ; dans le Morbihan, les trois décès qui ont été immédiatement

signalés concernaient des ouvriers du bâtiment – donc moins de 60 ans –, morts d'un coup de chaleur le 6 août.

Etes-vous en mesure, à l'INSERM, de nous communiquer les pathologies associées à ces morts ? Je m'intéresse en particulier aux psychotropes, puisqu'il semblerait que de nombreuses personnes prenant ces médicaments n'avaient pas été prévenues qu'ils favorisaient le coup de chaleur toxique ou suraigu.

M. Jean-Paul BACQUET : Selon vous, cette vague de chaleur doit-elle être considérée comme une catastrophe naturelle ou une catastrophe sanitaire ?

M. Eric JOUGLA : M. Bapt, ce que vous dites concernant le nombre de décès à l'hôpital dans les Bouches-du-Rhône et dans les Alpes-Maritimes est très intéressant ; il est vrai qu'à Marseille, la surmortalité dans les hôpitaux a été très faible. Ce qui prouve qu'il faut absolument s'inspirer de l'expérience de cette ville.

M. le Président : Nous aurons l'occasion d'auditionner M. San Marco le 4 février.

M. Eric JOUGLA : Concernant les pathologies, nous avons effectivement l'intention de les analyser. Nous avons déjà noté qu'il y a eu une surmortalité importante chez les personnes atteintes de troubles mentaux.

M. le Président : Un certain nombre de questions que nous nous posons ne pourront obtenir de réponses de la part de l'équipe de l'INSERM avant la fin de nos travaux ; mais nous allons réfléchir à un moyen de vous les communiquer, même après la fin de notre commission.

M. Denis HEMON : Je répondrai pour ma part à la dernière question : il s'agit, clairement, d'une catastrophe sanitaire – même si elle est, évidemment, d'origine naturelle.

Nous savions, après que des phénomènes identiques aient eu lieu aux Etats-Unis et en Grèce, que les vagues de chaleur importantes sont accompagnées d'une surmortalité. Il se trouve que les connaissances et les réflexions tirées de ces événements n'ont pas été suffisamment rassemblées pour que soit mis en place un système d'alerte sur la température. La rencontre entre les météorologues et les chercheurs de l'InVS n'ayant pas eu lieu, nous ne disposions pas d'un système d'alerte lié à la météo.

Mais oui, il y avait des connaissances, alors oui, il s'agit d'une catastrophe sanitaire ; nous devons avoir la modestie de le reconnaître.

M. le Président : Messieurs, je vous remercie. Vos travaux suscitent un si grand intérêt chez mes collègues que nous allons mettre en place une procédure permettant de les informer de leur suite après la fin de cette commission d'enquête.

Audition conjointe de Mme Michèle FROMENT-VEDRINE, directrice générale de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale, et de M. Denis ZMIROU, directeur scientifique

(Extrait du procès-verbal de la séance du 21 janvier 2004)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

Mme Michèle FROMENT-VEDRINE et M. Denis ZMIROU sont introduits.

M. le Président : Madame, vous avez été entendue par la mission d'information le 19 septembre dernier conjointement avec le Président de Météo France, ce qui n'était pas les meilleures conditions, ni pour l'un, ni pour l'autre. C'est pourquoi nous avons souhaité vous recevoir à nouveau.

Nous voudrions reprendre avec vous la manière dont vous avez vécu les événements, mais aussi les leçons que vous en tirez. Sans doute nous le direz-vous, mais je rappelle à l'attention de mes collègues que l'Agence de sécurité sanitaire environnementale est une institution relativement récente comparativement à d'autres agences de sécurité sanitaire dans notre pays. De ce point de vue, il serait intéressant de savoir où en est la montée en charge de votre agence.

M. le Président leur rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête leur ont été communiquées. A l'invitation du Président, Mme Froment-Védrine et M. Zmirou prêtent serment.

Mme Michèle FROMENT-VEDRINE : Je vous remercie d'avoir demandé à l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale de venir témoigner.

Avant d'aborder le sujet qui nous réunit, je replacerai rapidement l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale à la fois dans le temps et dans ses missions.

L'Agence, que je dirige depuis avril 2002, est un établissement public administratif créé par la loi du 9 mai 2001, sous la double tutelle des ministères de l'environnement et de la santé. Elle est la dernière agence du processus de couverture des questions de santé publique débuté en 1998. Sa création a fait l'objet de nombreux débats, tant sur son opportunité que sur son champ d'attribution, qui ont considérablement retardé sa création, puis sa mise en place par le décret du 1er mars 2002. La plupart des autres agences sanitaires datent de 1999 et sont des regroupements de structures.

J'ai été nommée le 11 avril 2002 pour créer cet établissement *ex nihilo*, c'est-à-dire sans locaux, sans personnel et sans budget. Pendant une période de sept mois, j'ai préparé les premiers pas de l'agence, accompagnée du Pr. Denis Zmirou, à temps partiel, et d'un administrateur civil de l'IGAS, également à temps partiel, tous deux mis à disposition.

Un premier président de conseil d'administration a été nommé en avril 2002, en même temps que moi. En raison de l'absence de budget et de conseil, il a démissionné en septembre 2002.

Fin 2002, l'agence a été dotée d'un conseil d'administration et d'un conseil scientifique ; elle a été inaugurée le 27 novembre lors de son installation à Maisons-Alfort. Le budget n'a été opérationnel que courant décembre 2002. Il était de 2 millions d'euros en fonctionnement et de 1,5 million d'euros en recherche, avec douze emplois à créer.

En 2003, le budget s'élevait à 3,52 millions d'euros et à 1,5 million de crédits de recherche, avec 29 postes autorisés au total. En 2004, le budget s'élève à 6 millions d'euros, dont 1 million d'euros de crédits « fléchés » au titre du plan cancer et 1,5 million de crédits d'investissement pour la recherche en santé environnementale.

Les personnels n'ont pu être recrutés qu'à partir de février 2003, c'est-à-dire récemment, après une autorisation dérogatoire du ministre du budget, en l'absence de statut applicable aux personnels de l'AFSSE. Les quatre premiers personnels scientifiques sont arrivés courant avril, puis deux en mai, un en juin, quelques-uns en août 2003, pour atteindre un personnel présent total de 16,5 équivalents temps plein au mois d'août, y compris les administratifs, ce qui correspond à 8,9 scientifiques, 9,9 si comptez mon poste et 23,4 en décembre 2003. Il est en effet très long de recruter des personnels seniors compétents et présentant un profil d'experts indépendants des entreprises privées. L'effectif autorisé pour 2004 sera au total de 38 postes.

Le rôle de l'AFSSE a été défini par la loi. Elle est chargée de contribuer à assurer la sécurité sanitaire environnementale et l'évaluation des risques liés à l'environnement, d'éclairer les gouvernements sur sa politique de sécurité sanitaire dans ce domaine, de rassembler l'expertise scientifique en vue d'élaborer des dispositions législatives et réglementaires. Elle prend appui, pour ces missions, sur les services de l'Etat et sur les établissements publics compétents, autour desquels elle est chargée d'organiser un réseau. Elle fait réaliser ou réalise elle-même des expertises. Elle contribue à la recherche en santé environnementale.

En juin 2003, donc très récemment, l'AFSSE a reçu une lettre de mission qui lui indique des priorités dans le champ de ses compétences attribuées, à savoir la mise en réseau de cinq établissements prioritaires, l'AFSSA, l'InVS, l'IFEN, l'INERIS et l'INRS, afin de structurer et de cordonner l'expertise produite, de proposer des actions thématiques dès 2003, notamment sur les produits chimiques, et, pour la fin de l'année, de permettre l'accès du public à une information validée dans ce champ. Les premiers travaux de l'AFSSE ont évidemment été de constituer le minimum de trame administrative et comptable nécessaire à son démarrage – locaux, budget, achat de mobilier, création d'un réseau informatique, téléphonique, comptable… Je passe sur les difficultés, connues de tous, de mise en place de ces formalités dans l'administration.

En 2003, l'AFSSE a reçu diverses commandes des ministères : sur le mercure, les nuisances sonores, les conséquences du naufrage du *Prestige*, l'Observatoire des résidus des pesticides, les méthodes d'évaluation des risques, le réseau de toxico-vigilance des centres antipoison, les éthers de glycol.

L'AFSSE a établi un état des compétences scientifiques en mettant en place un réseau adapté au sujet avec les autres établissements concernés. Elle a élaboré divers outils méthodologiques, tels qu'une étude des priorités en santé environnementale, des

référentiels en métrologie environnementale, autrement dit des laboratoires capables de faire des mesures, l'établissement de certaines valeurs toxicologiques de référence portant essentiellement sur des produits chimiques, particulièrement les produits toxiques pour la reproduction humaine.

Elle s'organise en réseau avec les cinq partenaires désignés. Elle a également débuté le recrutement de ses comités d'experts indépendants, notamment dans le domaine de la chimie.

Enfin, depuis plusieurs semaines, elle prépare l'organisation et le secrétariat scientifique de la commission interministérielle chargée d'établir un bilan des connaissances, qui formulera des recommandations en vue du Plan national « Santé environnement », qui sera rendu public en juin 2004. Cette commission a été commandée au mois d'août à l'AFSSE pour être installée le 17 septembre.

Il s'agit donc d'une très jeune agence d'objectifs, dotée de faibles moyens, chargée de mettre en réseau une expertise scientifique extrêmement dispersée, de nature très différente, puisque, dans certains cas, il s'agit de chercheurs, dans d'autres d'ingénieurs ou encore de médecins. Elle n'a pas de fonction d'alerte immédiate. D'ailleurs, dans son discours inaugural de novembre 2002, M. Mattei donnait comme mission à l'AFSSE « de créer des liens, des flux de connaissances entre ministères, agences, milieux de vie, d'être interdisciplinaire. » Les missions affichées par les textes fondateurs sont donc larges, les acteurs très nombreux et les sujets limités au champ de l'expertise.

A titre personnel, le drame de cet été m'attriste profondément, mais, en tant qu'AFSSE, je note que notre participation à l'action dans l'urgence n'existe pas. A l'époque, nous n'avions, en tout cas, pas les moyens, que peut-être possède un établissement d'expertise de plus grande taille, de mettre en réseau des informations extrêmement dispersées. Les conditions climatiques extrêmes que nous avons vécues ne concernaient pas les sujets confiés à l'AFSSE. Néanmoins et le Pr. Zmirou vous l'expliquera davantage, nous avons relayé sur notre site et corrigé un des messages de la direction générale de la santé, sans pour autant mener d'expertise particulière sur le sujet.

Dans notre décret d'attribution, Météo France figure parmi les établissements avec lesquels nous devons travailler en réseau. Les contacts que nous avons pris avec Météo France au début de l'année 2003 n'ont pas permis d'aboutir à un travail en cohérence : d'une part, parce que Météo France, à cette époque, était polarisée sur le problème des inondations ; d'autre part, parce que Météo France souhaitait, pour tous travaux, être dédommagée. Nous n'avons toujours pas de moyens pour répondre à des commandes qui pourraient être passées aux établissements formant notre réseau.

M. le Rapporteur : Je suis quelque peu perplexe, dans la mesure où j'ai le sentiment que l'implication de l'AFSSE n'a pu être très importante – c'est un euphémisme que de le dire – dans l'affaire de la canicule, compte tenu du manque de moyens. Malgré les missions qui lui sont dévolues, on ne voit pas très bien quelle a été sa valeur ajoutée.

Une question néanmoins : l'AFSSE existait, avec des moyens faibles. A partir de quelle date a-t-elle eu conscience de la gravité de la canicule ? D'ailleurs, était-elle ouverte pendant l'été ?

Mme Michèle FROMENT-VEDRINE : L'AFSSE était ouverte au cours de l'été. Le Pr. Zmirou était présent ou de permanence, moi de même. Nous avons eu des échanges avec les équipes présentes. Il se trouve que, parmi elles, une personne participe à la commission biométéorologie du ministère de l'équipement. A titre tout à fait personnel – et non au titre de l'AFSSE –, en recevant des messages de la DGS, elle a renvoyé une information corrigée le 12 août, certes de l'AFSSE, mais on peut considérer qu'elle l'a renvoyée en sa qualité de membre de la commission biométéorologie. A aucun moment, l'AFSSE n'a été sollicitée. Elle n'a reçu aucun message, que ce soit des administrations, de médecins ou d'associations de consommateurs. Comme tous les Français, nous avons péniblement vécu la canicule, que ce soit dans nos bureaux ou ailleurs, mais nous n'avons pas reçu pendant la période qui nous concerne, entre la fin du mois de juillet et le 14 août, de messages alarmants nous orientant vers des travaux spécifiques.

M. le Rapporteur : Si une telle canicule devait se reproduire, pourriez-vous mieux faire face que l'été dernier ou du moins faire autre chose ?

M. le Président : Quels sont les modes d'organisation que vous avez modifiés en interne, en lien avec d'autres institutions, au regard des leçons que vous avez tirées de cette période de canicule ?

Mme Michèle FROMENT-VEDRINE : Pardon de le dire, mais je ne pense pas que ce soit ainsi qu'il convient de poser les questions ; il faut plutôt s'interroger sur les réorganisations intervenues depuis, non à l'AFSSE, mais dans les agences sanitaires. L'Institut de veille sanitaire a reçu, depuis l'affaire de la canicule, une lettre de mission lui demandant de mettre en œuvre l'ensemble des moyens nécessaires pour l'urgence et la veille dans tous les domaines de la santé publique. C'est donc ce que l'Institut de veille sanitaire a mis en place ou tente de mettre en place, en particulier avec Météo France. Nous n'avons pas été sollicités sur le domaine direct, ni de la canicule ni du grand froid. En revanche, la direction générale de la santé nous a saisis techniquement sur un sujet qui, pour l'avenir, peut concerner une canicule : il s'agit de la climatisation des établissements pour personnes âgées ; cette saisine est en cours d'examen.

Quant aux sujets comme le grand froid, le grand chaud, la grande humidité, il s'agit là de points d'entrée en général, par pathologie. L'Institut de veille sanitaire en est désormais chargé dans le cadre de ses études épidémiologiques et de sa fonction d'alerte. La réorganisation s'accompagne également de la mise en place d'une réunion hebdomadaire avec le directeur général de la santé, en présence de toutes les agences sanitaires où sont évoquées l'ensemble des informations relatives aux problèmes sanitaires survenus au cours de la semaine.

M. le Président : La réunion du mercredi matin.

Mme Michèle FROMENT-VEDRINE : Exactement. Et puis nous mettons en place progressivement des échanges d'informations, de travaux ou d'expertises, avec l'AFSSA, l'INERIS et d'autres établissements.

M. le Rapporteur : Vous avez cité l'étude sur la climatisation. Une autre étude est menée par la DGAS. S'agit-il de la même ? Y a-t-il une coordination ? Nous ne voudrions pas imaginer que plusieurs organismes réfléchissent sur la même étude, même si le sujet est important.

Mme Michèle FROMENT-VEDRINE : La direction générale de la santé a saisi l'AFSSE au mois de novembre d'une étude sur le rapport qualité-prix lié à la mise en place de la climatisation dans les établissements de santé en général. Elle a restreint récemment sa proposition aux établissements recevant des personnes âgées, ce qui, à peu de chose près, revient au même.

En commençant à travailler sur cette saisine, nous avons relevé que, de son côté, la DGAS avait organisé des travaux à l'instar de la direction des hôpitaux ainsi que d'autres établissements publics ou privés. Nous allons par conséquent procéder à la synthèse de ce qui est déjà mis en œuvre et des risques des différentes techniques.

Lorsque la climatisation est d'ores et déjà en place, la question qui se pose est celle de la prévention, de l'entretien, question qui n'est jamais abordée, et de l'information des populations.

M. Jean-Paul BACQUET : Je ne vous poserai aucune question sur la gestion de la crise, puisque vous l'avez dit à la mission : « *L'Agence n'a pas mené de travaux sur les risques sanitaires climatiques, car elle n'a pas été saisie sur ce sujet. Sa mission comme sa taille ne lui auraient pas permis de faire face à la crise*. » Si donc vous n'y avez pas été mêlés, nous n'avons aucune question à vous poser à ce titre.

En revanche, je vous demanderai si, *a posteriori*, vous considérerez cette crise comme une catastrophe sanitaire ou une catastrophe naturelle ? S'il s'agit d'une catastrophe naturelle, nous ne pouvions rien faire. Quels que soient les moyens, cela n'aurait rien changé, notamment cela n'aurait pas influé sur la mortalité. Je le relève, car cela nous a été dit. S'il s'agit d'une catastrophe sanitaire, nous aurions pu nous donner les moyens de la résoudre, ou du moins d'y faire face, grâce à la connaissance, etc. Une intervention aurait changé les résultats.

M. Denis ZMIROU : Avant tout, je veux dire combien j'ai été traumatisé par ce tragique été et ce, à double titre : d'abord, comme tout le monde, par le drame du nombre de décès des personnes les plus fragiles de notre société ; ensuite, en tant que professionnel de santé publique profondément traumatisé par la lumière que cet épisode a jeté encore une fois sur la déshérence de notre système de santé publique.

M. Gérard BAPT : Quelles sont vos fonctions ?

M. Denis ZMIROU : Je suis directeur scientifique de l'AFSSE ; par ailleurs, professeur de santé publique à l'université de Nancy, responsable d'une équipe de recherche de l'INSERM sur l'évaluation des risques professionnels et environnementaux. J'ai été, dans une vie antérieure, président de la société française de santé publique.

Votre mission, j'imagine, est de dresser l'inventaire des raisons de cette impréparation de notre société à faire face à l'assaut brutal du climat. Il n'y a pas que le caractère naturel, brutal et exceptionnel de cet épisode climatique. Depuis des lustres, depuis notre plus jeune âge, nous vivons dans la connaissance que notre pays jouit d'un climat dit « tempéré ». Ce n'est pas rien. Il y a une part profonde d'impensable, et donc d'impensé dans le caractère exceptionnel au regard de l'histoire de la météorologie nationale, tant par l'intensité que par la durée, de cet épisode de canicule. Nous savons dorénavant et pas depuis si longtemps que cela – cela revient à un rythme de métronome – qu'il faut mieux gérer les inondations et les crues d'automne. Nous savons, davantage que

par le passé, faire face aux à-coups des hivers très rudes. Nous avons enregistré beaucoup de morts dans le passé, mais nous ne savions pas encore que ces étés torrides pouvaient tuer des milliers de personnes. Et pourtant, vous venez d'entendre deux chercheurs qui nous ont rappelé voilà trois mois qu'il y avait eu 6 000 morts en 1976. Qui en a parlé ?

M. le Président : La presse de l'époque.

M. Denis ZMIROU : Le deuxième facteur est celui d'une profonde impréparation. J'ouvre la porte sur ce monde difficile, ingrat et ô combien déroutant pour quelqu'un qui croit beaucoup à la santé publique : celui de la faiblesse de notre potentiel de recherche en santé publique.

Après le ministère de l'environnement, l'AFSSE gère l'appel d'offres Environnement-Santé. Nous avons dressé l'inventaire depuis 1996. Sur 180 projets de recherches financés, pas un ne concernait les événements climatiques extrêmes. Un seul concernait les suites d'un événement météorologique, en l'occurrence, les conséquences psycho-sociales de Vaison-la-Romaine. Cet état de fait avait, du reste, été souligné par le rapport de Mme Lalande.

Dans l'appel d'offres de l'INSERM, sur les centaines de projets, pas un seul ne concernait les événements climatiques extrêmes. Nous citerons tous ici, pourtant, un visionnaire unique, exceptionnel et isolé en France qui a décrit – il est cruel de le lire *a posteriori* – en totalité l'événement, un an avant. Cela montre comment, dans un pays qui ne se donne pas les moyens d'alimenter un courant de recherches en amont, il n'y a pas de chercheurs, pas d'expertises, pas de déclencheurs d'alerte pour préparer les pouvoirs publics à faire face au déroulement d'un drame. Chicago sera toujours moins instructif que Vaison-la-Romaine. Autrement dit, la production scientifique mondiale, qui existe, n'a été ni entendue, ni lue, ni reprise par la communauté scientifique française, trop rare dans ce champ particulier, comme elle est rare dans le champ plus général de la santé publique ou dans celui du champ environnement-santé que je connais particulièrement. On ne compte pas plus de vingt ou trente équipes de chercheurs spécialisés dans ce domaine en France. Notre pays n'était pas non plus préparé à entendre et à assimiler les résultats des travaux publiés à Chicago, en Grèce, voire en Belgique ou encore à Madrid. C'est après la catastrophe qu'on les lit et que l'on entend les messages.

Le troisième facteur d'impréparation réside dans l'insuffisance de moyens que notre société accorde en général à la santé publique : 0,3 % des richesses du pays. Cela se paie au prix fort : par notre incapacité à disposer d'un système de surveillance sanitaire de qualité. Nous ne connaissons, dans le détail, les causes médicales de décès que trois ans après leur intervention, lorsque l'INSERM, avec le service dont Eric Jougla a la responsabilité, a traité les dossiers.

La nouvelle loi d'orientation en santé publique améliorera la situation.

Au moins, dans les données brutes non médicalisées, nous travaillerons dorénavant en temps réel. Les systèmes médicalisés d'information fonctionnent également en temps différé et sont conçus, non pas pour l'alerte épidémiologique, mais pour la comptabilité hospitalière. C'est tout cela que nous payons aujourd'hui. Cette impréparation, cette insuffisance de l'ensemble de notre système de santé publique, notamment de nos systèmes de retour d'information sur la situation de l'état sanitaire de la population. En Grande-Bretagne, en Suède, nos collègues sont capables de décrire les cas de cancer à un niveau territorial qui est celui du quartier et cela sur l'ensemble du pays. C'est totalement

impensable en France. Le courant de recherches scientifiques qui naît de cette insuffisance de connaissances s'en ressent. Il ne faut pas s'étonner que notre pays ne sache, hélas ! progresser qu'au rythme de crises aussi dramatiques et qui, malheureusement, nous en avons l'expérience, dès l'alarme passée, replonge dans la léthargie où il est habituellement plongé.

Quant à savoir s'il s'agit d'une catastrophe naturelle ou d'une catastrophe sanitaire, l'événement est d'origine naturelle, les conséquences sont sans doute, pour une large part, d'origine humaine. Des expériences ont eu lieu dans certains endroits, non dans certains pays, car il ne faut pas croire que les Etats-Unis sont Chicago. Il y a donc eu des expériences, mais la situation américaine est, si ce n'est aussi déplorable, du moins peu brillante à l'échelle du territoire. A la suite du dramatique épisode de Chicago, des villes, des régions ont pris des dispositions en prévision d'événements futurs. Les conséquences des événements climatiques – que nous ne pouvons pas parer – seront moindres que ce qui se produirait si l'expérience se renouvelait dans le même état d'impréparation.

M. Gérard BAPT : Les écrits d'une personne n'ont pas retenu l'attention, avez-vous dit. Parliez-vous du Pr. Besancenot ou du Pr. San Marco ?

M. Denis ZMIROU : Du Pr. Besancenot.

M. Gérard BAPT : Il avait organisé un colloque avec Météo France au cours duquel ces questions avaient été traitées.

M. le Président : Il a également été publié.

M. Gérard BAPT : Je m'adresse au responsable éminent de la santé publique française que vous êtes : j'ai été interloqué par ce qui nous a été dit par le ministre et le DGS. En effet, lors de la préparation et de l'élaboration du projet de loi de santé publique, des réunions régionales ont été organisées visant à faire remonter les sujets qui méritaient d'être inscrits et traités. Or, nulle part n'aurait été évoqué le problème des conséquences sanitaires de la canicule. Je ne connais pas le Pr. Besancenot ; je ne lui ai pas donc pas posé la question, mais nous allons recevoir le Pr. San Marco auquel je la poserai. Le sujet n'a-t-il vraiment été soulevé nulle part, dans aucune conférence régionale de santé ?

Ma seconde remarque porte sur l'importance des propos de M. Bacquet et sur la façon dont des esprits éminents de la santé publique en France ont traité de la question. J'ai personnellement été très choqué de lire une tribune libre dans Le Monde de cet été, sous la signature d'un professeur de santé publique, indiquant, qu'il ne s'agissait pas d'une catastrophe, qu'au reste il ne convenait pas de parler de catastrophe, car, dès lors, comment devrait-on nommer ce qui se passe en Afrique ? Le signataire ajoutait que c'était là un phénomène naturel et que les morts étaient inévitables et que, quoi qu'il en soit, ce n'était que des pertes d'espérance de vie.

En tant que médecin, une telle expression m'a choqué. Mais je n'ai pas constaté que cela ait suscité des contradictions de la part d'autres esprits éminents de la santé publique. Vous avez été Président de la société française de santé publique, comment avez-vous reçu cet article ? J'ai personnellement réagi en envoyant au journal Le Monde une réponse, qui ne fut pas publiée ; en tout cas, à ma connaissance, personne d'autre n'a réagi.

En matière d'environnement, bien d'autres phénomènes qu'une canicule sont susceptibles de se produire, que l'on n'appréhende pas aujourd'hui. Ce peut être un nouveau virus. On insiste beaucoup à l'heure actuelle sur la toxicité des pesticides. Ce n'est sans doute pas un hasard si certains syndicats de communes qui fournissent l'eau potable ont interdit temporairement, dans certaines régions, la consommation d'eau. On pense aussi aux cancers et à d'autres infections. Selon vous, l'état de nos moyens ne nous permettrait pas de prévoir l'arrivée d'un phénomène qui serait plus lent, mais tout aussi grave.

M. Denis ZMIROU : Nous ferons face à des drames que nous mettrons du temps à diagnostiquer, à identifier. Je parle, hélas ! d'expérience : au cours des années 90, ayant fait partie de la toute petite dizaine de personnes qui a alerté sur la pollution atmosphérique, quel mal avons-nous eu à faire intégrer, d'abord dans la communauté scientifique, puis dans la communauté médicale, enfin, chez les responsables politiques et administratifs, que nous étions confrontés à un véritable et grave problème de santé publique ! A l'époque, il existait des centaines de publications de par le monde. Il a fallu la première publication française sur le nombre de morts précipitées à Paris en février 1996 pour que cela devienne « une affaire ». Nous travaillons beaucoup à l'AFSSE, non pas sur les relations à court terme entre les évolutions de la qualité de l'air et la mortalité précipitée, qui forme depuis dix ans un travail prioritaire de l'InVS, mais sur le moyen et le long terme. Dans un mois, nous publierons un rapport chiffrant le nombre de morts par cancers, par maladies cardiovasculaires, liés à la qualité de l'air sur les cinq-six dernières années ; il portera également sur les prospectives des dix prochaines années afin d'alerter sur l'importance des efforts à entreprendre pour éviter les milliers de morts que nous chiffrons aujourd'hui.

L'agence est extrêmement préoccupée par le problème de la diffusion, dans nos milieux de vie, de substances chimiques à caractère toxique pour la reproduction. Voilà, pensons-nous, un problème d'une grande acuité sur le plan scientifique et potentiellement sur le plan de la santé publique. Il faut améliorer notre système de retour d'information, de mesure de l'ampleur du problème, il faut que nous développions la recherche sur le danger de familles de substances chimiques. C'est une des priorités claires de l'agence, qui investit à ce titre des moyens importants, en expertises collectives, en procédures d'évaluation des dangers des substances chimiques, en recherche.

Sans doute devrons-nous également faire face prochainement à des épisodes d'échec à toute antibiothérapie du fait de nos pratiques d'usage immodéré d'antibiotiques, aussi bien en élevage qu'en thérapeutique humaine. C'est pourquoi améliorer rapidement notre capacité à repérer les messages et à modifier les pratiques s'impose.

Mme Michèle FROMENT-VEDRINE : Nous travaillons sur les milieux et les produits à moyen et long terme. Ce qui nous manque, ce sont des indicateurs. Si nous parlons de reprotoxicité, nous savons que certains produits sont reprotoxiques. En revanche, nous ne savons pas exactement à quelle dose. Par ailleurs, si nous savons qu'il y a une augmentation de la stérilité comme des anomalies à la naissance, qu'elles soient dites « congénitales » ou « génétiques », nous ne pouvons pas les chiffrer, faute d'indicateurs. Nous travaillons sur les produits et sur les publications étrangères.

M. Gérard BAPT : Je reviens à cette forme de cohérence intellectuelle, que nous avons constatée ici lorsque nous avons interrogé les principaux responsables du ministère de la santé publique, qui semblent être issus du même moule, ce qui peut sans doute expliquer un

certain manque de réactivité, le fait qu'ils soient sur une même ligne, un peu caricaturée par cet article.

M. Denis ZMIROU : Il est injuste de parler d'un même moule. J'ai lu l'article auquel vous faites référence au sortir de l'été. J'en ai été, je l'avoue, très mal à l'aise. Un de nos collègues appelait, par Internet, à s'associer à cet écrit ; je ne l'ai pas fait, considérant que c'était inapproprié. Certes, je n'ai pas jeté un cri scandalisé ; mais je ne partageais pas le point de vue développé dans l'article. La communauté de la santé publique n'est pas traversée par une pensée unique. Les avis sont extrêmement diversifiés. Cela fait sa richesse, ses débats. C'est ce qui constitue les signaux d'alerte, mais la communauté de la santé publique est tellement faible, tellement rare… Augmentez-la, augmentez les moyens ! C'est urgent !

M. le Président : Merci de votre éclairage, même si, sur les événements eux-mêmes au regard de l'histoire de l'agence et du fonctionnement institutionnel, vous n'avez pas été directement présents. On ressent toutefois que vos préoccupations recoupent les causes des événements que nous avons connus.

Audition conjointe de MM. François FILLON,
ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité,
et Hubert FALCO,
secrétaire d'Etat aux personnes âgées

(Extrait du procès-verbal de la séance du 28 janvier 2004)

Présidence de M. Claude EVIN, Président

M. François FILLON et Hubert FALCO sont introduits.

M. le Président : Nous arrivons presque au terme de nos travaux et nous souhaitons faire le point avec vous sur la gestion de la crise elle-même. Entendus par la mission d'information à la fin du mois de septembre, vous aviez déjà fait part de la manière dont vous aviez réagi pendant la période de crise. Il ne serait pas inintéressant d'y revenir aujourd'hui.

Les derniers travaux de l'INSERM montrent que les décès dans les maisons de retraite ont été beaucoup plus nombreux qu'il avait été estimé dans un premier temps. On constate de fortes disparités, non seulement entre les départements –parce qu'on voit bien qu'il y a là des régions plus touchées que d'autres –, mais aussi entre établissements d'un même département. Il serait intéressant que vous nous donniez votre analyse sur ce point parce que je pense que vous vous êtes interrogés sur ces derniers chiffres.

L'IGAS a été chargée d'une mission spécifique sur le sujet et peut-être pourrez-vous nous en donner les premières conclusions.

Par ailleurs, nous avons entendu un certain nombre de responsables de maisons de retraite. Ils nous ont fait part des graves problèmes de personnel – en termes quantitatifs mais aussi qualitatifs – auxquels ils étaient confrontés. Ces questions d'encadrement et de moyens ont été par ailleurs évoquées par les services d'aide et de soins à domicile dont vous avez aussi la charge.

Vous pourrez donc nous donner votre appréciation sur cet encadrement, à la fois dans les établissements et pour les services à domicile.

Nous souhaiterions également connaître les réformes qui sont en cours, celles que vous avez déjà annoncées depuis votre audition devant la mission, mais aussi celles que vous envisagez de mettre en œuvre, dans l'hypothèse où nous serions malheureusement confrontés à une situation semblable dans les mois à venir.

Se pose aussi la question de la responsabilité de l'administration dont vous avez la charge vis-à-vis des personnes âgées, et donc de l'articulation entre la direction générale de l'action sociale et les autres directions du ministère. Pour dire autrement les choses, il s'agira de débattre de la séparation entre le sanitaire et le social. Si j'étais plus impertinent, je parlerais de l'organisation même du gouvernement. Je sais qu'elle ne dépend

pas de vous, M. le ministre, mais que penser d'un ministre chargé des personnes âgées qui n'a pas compétence dans le secteur de la santé, ou d'un ministre de la santé qui n'a pas en charge les personnes âgées ? N'est-ce pas de nature à renforcer ce cloisonnement du sanitaire et du social ?

M. le Président leur rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête leur ont été communiquées. A l'invitation du Président, M. Fillon et Falco prêtent serment.

M. Pascal TERRASSE : On vient de nous remettre à l'instant les données de l'INSERM portant sur la mortalité pendant la période. J'avais demandé, il y a maintenant plusieurs semaines, qu'on puisse disposer des chiffres de la mortalité sur l'ensemble de l'année, travail qui est mené par l'INSERM.

M. le Président : C'est un sujet que nous avons évoqué la semaine dernière en recevant les experts de l'INSERM. Ils nous ont donné un certain nombre de précisions, notamment sur la procédure de collecte des certificats de décès. Les experts nous ont précisé que cette procédure demandait deux mois et demi et nous ont fourni les chiffres de mortalité pour septembre. Les chiffres pour octobre seront disponibles début février.

M. le Rapporteur : Les chiffres sur la mortalité totale et complète 2003 ne seront pas connus avant le mois d'avril. Nous ne pouvons avoir aujourd'hui que les chiffres concernant août et septembre 2003.

Nous avons demandé à pouvoir disposer, avant la publication du rapport, des chiffres d'octobre 2003, et disposerons donc des dix premiers mois de mortalité sur 2003, ce qui permettra de faire des comparaisons avec les dix mois des années précédentes.

M. le Président : L'INSERM nous a indiqué que le chiffre de la mortalité en septembre n'est pas en diminution et ne confirme pas l'hypothèse selon laquelle les personnes qui sont décédées en août seraient décédées « prématurément ». Par ailleurs, le taux de mortalité dans les maisons de retraite a été très important et même plus important qu'il n'avait été identifié dans un premier temps.

M. François FILLON : L'Assemblée nationale a souhaité qu'une commission d'enquête parlementaire puisse faire toute la lumière sur la gestion de la crise liée à la canicule de l'été dernier, et qu'elle en tire toutes les propositions utiles pour améliorer la prise en charge des personnes âgées face à de tels risques.

Comme j'ai déjà eu l'occasion de le faire devant les missions d'information de votre assemblée le 15 septembre et du sénat le 13 janvier dernier, nous voulons d'abord vous apporter, M. Falco et moi-même, les informations que vous attendez concernant les actions qui ont été menées avant et pendant la canicule et, dans un deuxième temps, je me propose de rappeler brièvement les orientations que le gouvernement a retenues pour améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Au-delà des multiples informations déjà recueillies grâce au travaux de l'INSERM et de l'InVS, il m'a semblé utile de diligenter une mission de l'Inspection générale des affaires sociales afin que les pouvoirs publics puissent connaître, de façon détaillée et très concrète, la façon dont cette canicule a été gérée au plan local.

En effet, la statistique, même scientifiquement établie, ne donne qu'une vision abstraite ou trop synthétique des réalités. Elle ne remplace pas l'enquête de terrain.

Le rapport de l'IGAS sur la prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003 vient de me parvenir et je propose au Président de vous en remettre un exemplaire.

Je voudrais tout d'abord faire un point sur l'action ministérielle avant et pendant la canicule.

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

Je voudrais dire, toutefois, que des dispositions avaient été prises bien avant cet événement climatique exceptionnel pour en prévenir ou, en tout cas, pour en atténuer les conséquences. Ces instructions ministérielles relatives à la prévention de la déshydratation datent du 12 juillet 2002 et du 27 mai 2003. Elles n'ont pas suffi dans un grand nombre d'établissements pour personnes âgées. Toutefois, dans certains départements, quelques initiatives ont été prises pour diffuser ces instructions ministérielles, comme le montre justement le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales. C'est le cas, par exemple, de la DDASS des Bouches-du-Rhône qui, le 4 juillet, a contacté les professionnels des établissements et les services pour personnes âgées, y compris les CLIC, et les services de soins infirmiers à domicile.

C'est aussi le cas de la Creuse où la DDASS a adressé, dès le 16 juillet, aux directeurs d'établissements et aux services une note sur la prévention de la déshydratation chez la personne âgée, accompagnée d'ailleurs d'un article de l'université du troisième âge de Toulouse. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales souligne aussi des initiatives prises par quelques municipalités et notamment à Grenoble.

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

La vague de chaleur exceptionnelle s'est installée en France vers le 2 août. Jusqu'au 8 août, aucun signalement de décès massif n'a été fait à la direction générale de l'action sociale par les DDASS et le premier appel arrivé à la permanence du cabinet du secrétaire d'Etat aux personnes âgées date du 10 août.

Les 11 et 12 août, plusieurs communiqués de presse ont rappelé les risques encourus et les recommandations relatives à la déshydratation ainsi qu'à la température des locaux.

Une circulaire aux préfets du 16 août et une réunion le 19 au cabinet du secrétaire d'Etat aux personnes âgées ont permis de mettre l'accent sur l'importance d'un accompagnement des personnes âgées isolées à l'occasion de leur retour à domicile après la phase d'hospitalisation.

Au terme de ce rappel chronologique, je crois qu'un constat s'impose : dès le début de la canicule, aucune remontée officielle de difficultés n'est venue, ni des DDASS, ni des conseils généraux, ni des CCAS, ni des établissements hébergeant des personnes âgées ou des services d'aide ou de soins à domicile.

Cette situation peut paraître singulière après neuf jours, voire plus, d'exposition continue à une température supérieure à 35 degrés. Il est difficile de l'expliquer. Je vous propose toutefois quelques pistes.

D'abord la surmortalité, qui est apparue massive *a posteriori*, dès septembre, par agrégation statistique au plan national, n'a pas été perçue de cette façon par les gestionnaires des établissements qui, individuellement, dans la plupart des cas, n'ont repéré que quelques décès supplémentaires. Même s'il y a eu des exceptions, l'IGAS souligne cette dilution de l'information durant les premiers jours de la canicule en indiquant que deux décès supplémentaires dans un établissement de 60 lits n'est pas immédiatement significatif.

Il en va de même, selon l'IGAS, pour les services intervenant au domicile des personnes âgées. 4 000 décès supplémentaires – ce qui est évidemment beaucoup au plan national – pour 4 millions de personnes âgées de plus de 75 ans vivant à leur domicile, soit 1 pour 1 000, n'étaient pas faciles à repérer sur l'instant.

L'IGAS indique d'ailleurs que les grands réseaux associatifs d'aide à domicile n'ont pas fait état de remontées d'informations alarmantes en provenance de leur base durant la canicule.

Au total, la prise de conscience a été tardive en raison de la dilution statistique et n'a vraiment été réalisée qu'à travers les reportages des médias. La suractivité des urgences hospitalières et l'engorgement de certaines chambres mortuaires sont finalement les événements qui ont permis de prendre conscience de la gravité de la situation.

La canicule 2003, rapporte l'IGAS, se caractérise par son caractère insidieux et peu alarmant, du moins jusqu'à ce que la croissance massive des décès ne devienne perceptible dans les grandes agglomérations et certains établissements de province.

De plus, comme l'indique ce rapport, dans un même département, à chaleur identique, la température intérieure des maisons de retraite a varié selon le degré d'isolation, la présence ou non de verrières, l'existence de volets intérieurs, la présence d'une salle en sous-sol ou le degré de ventilation…

J'en tire immédiatement une première conséquence : l'architecture des bâtiments pour le grand âge mérite d'être révisée. Dans l'immédiat, une étude est en cours sur les normes techniques et juridiques qu'il convient d'adapter ou de créer pour mettre en place une climatisation minimale dans les établissements.

Une autre explication tient au fait que, dans la crise, l'adaptation s'est réalisée par réaction avec un certain décalage, au fur et à mesure du déroulement de la crise. Cette mobilisation a été d'autant plus importante que l'anticipation de la canicule a été rare.

L'IGAS signale n'avoir rencontré, dans huit départements, qu'un seul directeur d'établissement ayant consulté Météo France le 6 août 2003 et mis en place des mesures d'hydratation des personnes et de rafraîchissement des locaux. Cette maison de retraite n'a d'ailleurs connu aucun décès au mois d'août.

Enfin, force est de reconnaître que lorsque l'information existait, celle-ci n'est pas remontée vers le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité. La direction générale de l'action sociale indique, comme elle a pu vous le confirmer le 6 janvier dernier, que tout au long de cette crise, elle n'a pas eu de remontées d'informations de terrain lui permettant d'appréhender et d'apprécier en temps réel les difficultés rencontrées.

Après ce rappel des faits, je voudrais vous indiquer les actions réalisées et les orientations retenues pour éviter le renouvellement de cette crise – ou d'autres crises d'ailleurs –, et pour en tirer les leçons.

Il a d'abord paru nécessaire de faciliter le retour des personnes hospitalisées suite à la canicule vers leur lieu de vie habituel, c'est-à-dire vers leur domicile ou vers leur maison de retraite. C'est la raison pour laquelle le gouvernement a dégagé, dès le 15 septembre, une enveloppe exceptionnelle de 40 millions d'euros pour financer les heures supplémentaires ou les remplacements de personnels nécessaires à l'accompagnement des personnes âgées les plus fragiles. L'attribution de cette enveloppe a été réalisée par la circulaire du 19 septembre 2003.

Et surtout, le Premier ministre a souhaité tirer plus durablement les leçons de la canicule et, à cette fin, il a demandé la réalisation d'un diagnostic partagé sur les modes d'organisation et de fonctionnement des dispositifs d'accueil et d'hébergement. Ce travail a été réalisé par plusieurs groupes thématiques durant tout le mois de septembre, avec les différents représentants du secteur des personnes âgées. Il a servi de base à l'élaboration de la réforme de la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées annoncée le 6 novembre dernier.

Concernant les personnes âgées, je vous rappelle que ce programme s'articule autour de plusieurs orientations de fond.

La première orientation a pour but de développer l'autonomie personnelle en favorisant le plus longtemps possible la vie à domicile. Elle répond à l'attente prioritaire des personnes âgées et est d'ailleurs conforme au choix qui a été réalisé par le plus grand nombre d'Etats membres de l'Union européenne.

C'est pourquoi le plan se donne pour objectif de renforcer de manière significative le nombre de places de service de soins infirmiers à domicile pour tendre vers 100 000 places en 2007, et d'accélérer la création de places en hébergement temporaire ou en accueil de jour qui sont aujourd'hui insuffisamment développées.

Le plan pérennise également le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui concerne, pour environ les deux tiers, les personnes âgées dépendantes vivant chez elles. Elle concourt ainsi au développement de l'aide à domicile.

La deuxième orientation est liée à la médicalisation accrue des établissements d'hébergement. Cette orientation part du constat que les progrès de la prévention et de la

médecine, ainsi que l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, permettent une entrée en institution beaucoup plus tardive qu'il y a quelques années. Mais ce constat a évidemment une contrepartie : il exprime un besoin accru de médicalisation et, compte tenu de l'évolution démographique de notre pays, la nécessité de créer progressivement des places supplémentaires en établissements au rythme des besoins mais aussi au rythme des capacités de formation des personnels soignants.

La mise en œuvre de ce programme repose sur un financement nouveau qui mobilisera 850 millions d'euros par an, en plus des 400 millions d'euros supplémentaires destinés à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Ce financement s'ajoutera aux moyens dégagés chaque année par le projet de loi de financement de la sécurité sociale, au titre de l'ONDAM médico-sociale. Son utilisation exclusive pour la prise en charge des personnes dépendantes sera garantie par la création d'une caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. L'affectation de la ressource nouvelle et de son emploi bénéficiera ainsi de la gestion transparente de cet établissement public autonome.

Le projet de loi correspondant a été adopté au conseil des ministres du 14 janvier dernier. Il contient les dispositions suivantes.

Une première série de mesures correspond à la mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte – nous avons tiré les enseignements de ce qui s'est passé au mois d'août –, destiné à prévenir les risques exceptionnels, qu'ils soient climatiques ou non. Ce dispositif sera arrêté dans chaque département, conjointement par le préfet du département et le président du conseil général. Mais il sera mis en œuvre sous l'autorité du préfet pour venir en aide, dans le cadre communal, aux personnes âgées ou handicapées qui en auront fait préalablement – c'est un sujet sur lequel une discussion peut d'ailleurs être engagée parce que ce n'est pas un sujet facile – la demande et dont la situation le justifie. J'insiste sur ce point parce que nous avions imaginé, dans la rédaction initiale du texte, ne pas faire cette restriction aux personnes qui en ont fait la demande, mais le Conseil d'Etat nous l'a imposé pour être conforme aux règles qui sont les nôtres en matière constitutionnelle.

Le rapport précité de l'IGAS souligne que les personnes âgées les plus vulnérables ne sont pas seulement celles qui vivent seules à domicile, mais aussi celles qui vivent dans un véritable isolement social. C'est le cas des personnes sans relation avec leur famille, leur voisinage ou avec un service d'aide à domicile. L'enjeu est donc bien de substituer à cette situation d'isolement un repérage local des personnes en difficulté pour leur proposer une offre de service.

La deuxième mesure crée une journée de travail supplémentaire non rémunérée dénommée « journée de solidarité » pour financer la réforme en faveur des personnes âgées ou des personnes handicapées. Cette journée correspond au lundi de Pentecôte ou, le cas échéant, à un autre jour si un accord de branche ou d'entreprise le prévoit.

Une contribution de 0,3 % acquittée à ce titre par les employeurs privés et publics, ainsi qu'une contribution de solidarité de même niveau sur les revenus du patrimoine et des placements permettront, à partir du 1er juillet 2004, de consolider l'APA et d'assurer le nouveau financement destiné à rénover l'action publique en faveur des personnes dépendantes.

Ce projet de loi ne représente cependant que la première partie d'un dispositif plus large destiné à renforcer le rôle des conseils généraux dans l'action de proximité auprès des personnes âgées.

La décentralisation de l'aide sociale, il y a maintenant plus de vingt ans, et la création de l'allocation personnalisée d'autonomie en 2001, ont permis aux départements et à leurs équipes médico-sociales d'acquérir une compétence qu'il paraît aujourd'hui utile de conforter. Et le projet de loi relatif aux responsabilités locales devrait y contribuer, sous réserve du vote du Parlement, en confiant le pilotage des schémas gérontologiques et des comités locaux d'information et de coordination aux départements.

Enfin, la mission d'expertise confiée par le Premier ministre à M. Briet, conseiller maître à la Cour des Comptes, et à M. Jamet, directeur général des services du département du Rhône, devrait permettre, en concertation étroite avec les partenaires concernés, de proposer des modalités d'association des collectivités départementales au fonctionnement administratif et financier de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sans créer – je veux beaucoup insister sur ce point – une prise en charge médicale différenciée des soins aux personnes âgées.

Ce partenariat d'un type nouveau reste à construire dès que nous connaîtrons, en mai prochain, les conclusions de ces travaux.

Au-delà de la nécessité d'ouvrir ce vaste chantier, la canicule a révélé, en définitive, que nous n'avions pas suffisamment pris en compte les conséquences du vieillissement dans notre pays et de ce qu'on a appelé la révolution de la longévité. Les dispositions adoptées ou en cours ne sont pas seulement des mesures budgétaires ou techniques, elles forgent surtout un projet de société plus attentif aux besoins du grand âge et à l'isolement d'un trop grand nombre de nos aînés.

Dans ce projet, l'Etat apporte sa part. Il renforce réellement ses moyens d'action, c'est-à-dire les finances. Il suscite à ce titre une impulsion et une cohésion collective, mais ce projet ne peut prendre tout son sens que s'il peut s'appuyer sur la solidarité familiale, associative ou de voisinage, et s'il peut trouver les relais de proximité que constituent les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale.

M. Hubert FALCO : J'ai été personnellement très affecté par la mort prématurée de nombreux de nos aînés, et j'ai partagé avec bien d'autres l'émotion et la douleur des familles et des proches des victimes. Je veux leur exprimer une nouvelle fois ma plus profonde peine.

Cette commission d'enquête va contribuer, après la mission d'information qui l'a précédée et avec celle actuellement en cours au Sénat, à définir les moyens de prévenir une catastrophe similaire à celle que nous avons connue cet été.

Je tiens, par mon audition de ce jour, à concourir activement à cet objectif en vous apportant tous les éléments d'information sur mon action de cet été et, plus largement, depuis mon arrivée aux responsabilités qui sont les miennes.

Je vous indiquerai également les dispositifs que nous avons commencé à mettre en place pour prévenir de telles catastrophes à l'avenir.

Le Secrétariat d'Etat aux Personnes âgées a la responsabilité de la prise en charge sociale des personnes âgées.

Dès ma prise de fonction, j'ai souligné que la prévention était un volet essentiel de la politique en faveur de nos aînés. C'est un axe majeur de la politique que nous avons engagée.

Des dispositions ont été prises dès mon arrivée, soit bien avant l'événement climatique exceptionnel de cet été. Le 12 juillet 2002, quelques semaines après l'installation du gouvernement, j'adressais aux préfets et aux DDASS une circulaire de recommandations écrites sur la qualité de la prise en charge des personnes âgées pendant la période d'été. Cette circulaire insistait très précisément, dans son paragraphe 4, sur la prévention de la déshydratation, sur la nécessité de rafraîchir les locaux et de donner à boire plusieurs fois par jour aux personnes âgées…

Elle concluait sur la nécessité de diffuser ces quelques préconisations d'application simple à tous les directeurs d'établissements pour personnes âgées de chacun de nos départements.

Ces instructions de bon sens ont malheureusement suscité, au moment de leur parution, des remarques ironiques de la part de certains médias et même de certains professionnels. C'est dire si la culture de la prévention n'est pas encore intégrée dans notre pays.

La priorité de la prise en charge des personnes âgées pendant la période estivale a été réaffirmée par une circulaire du 27 mai 2003 qui attirait l'attention sur les difficultés liées à l'isolement des personnes âgées durant la période d'été, et sur la vigilance à maintenir à domicile grâce aux services d'aide ou de soins à domicile. Ce repérage des personnes âgées isolées est un des éléments du dispositif de veille et d'alerte en cours d'élaboration.

Par ailleurs, le drame que nous avons vécu tient en partie à l'absence de soins prodigués à nos personnes âgées. Il relève, à ce titre, d'une certaine forme de maltraitance, la maltraitance par omission, ignorance ou délaissement. Dès mon arrivée au gouvernement, j'ai mis l'accent sur la maltraitance qui touche 800 000 de nos aînés. Le 19 novembre 2002, j'ai installé, dans l'indifférence générale, un comité national de vigilance sur cette question. En janvier 2003, nous avons lancé un programme de prévention et de lutte avec huit objectifs axés notamment sur l'information, la prévention, la détection, le traitement, la formation et le suivi.

Depuis mon arrivée au gouvernement, les signalements de cas de maltraitance aux établissements ont été systématiquement suivis d'enquête.

Par ailleurs, une enquête qualitative a été lancée sur ce qu'on appelle la maltraitance ressentie par les personnes âgées. Un système d'information est en cours d'élaboration pour permettre le recueil et le traitement des données relatives aux situations de maltraitance en établissement.

Enfin, le comité de vigilance a élaboré une brochure expliquant ce qu'est la maltraitance afin de sensibiliser la population.

Venons-en maintenant à la chronologie des événements du mois d'août. Je me concentrerai sur mon action et sur celle de mon cabinet.

La première remontée d'informations date du dimanche 10 août à 17 heures. La personne chargée de la permanence à la direction générale de l'action sociale appelle M. Héritier, conseiller technique à mon cabinet, pour l'informer du signalement par un établissement pour personnes âgées à Suresnes, de difficultés liées à l'absence de places en funérarium. Il lui est demandé de prendre contact avec la préfecture et de faire un point plus large sur les décès constatés.

Parallèlement, M. Héritier, ce même 10 août, me communique ces informations ainsi qu'à mon directeur de cabinet, M. Le Divenah, et à un autre de mes conseillers techniques, M. Guillerm, vers 17 h 45.

Je demande qu'on procède à une évaluation des causes précises de décès et qu'on réactive les recommandations relatives aux conséquences de la chaleur sur les personnes âgées.

Le lundi 11 août, je me rends aux urgences de ma ville – car j'étais à ce moment-là à Toulon. Je demande à mon cabinet de s'informer davantage et de se coordonner avec les autres cabinets concernés. Je m'entretiens dans la matinée avec M. le Premier ministre.

M. Héritier appelle M. Coquin, adjoint du directeur général de la direction générale de la santé, et M. Guillerm s'entretient avec un conseiller technique au cabinet du ministre de la santé pour lui signaler des cas de surmortalité anormale dans les maisons de retraite, et lui demander une réunion de coordination rapide pour faire le point sur les modalités d'évaluation de la situation et des initiatives à prendre.

M. le Président : Pouvez-vous préciser à qui ? C'est au cabinet du ministre de la santé qu'est formulée cette demande durant la journée du 11 août ?

M. Hubert FALCO : Tout à fait. Cet appel est suivi, à 13 h 59, d'un mail de M. Guillerm à Mme Bolot-Gittler, directrice adjointe du ministre de la santé, l'informant de mon communiqué de presse et de mon entretien avec le Premier ministre, et renouvelant la demande d'une action coordonnée des deux cabinets.

En outre, un fax a été envoyé à Mme Bolot-Gittler à 13 h 55 pour l'informer de la note adressée à ma demande par l'un de mes conseillers à M. Cirelli, directeur adjoint du cabinet du Premier ministre. Cette note transmettait à M. Cirelli les deux circulaires précitées du 12 juillet 2002 et du 27 mai 2003.

Dans l'après-midi, des contacts sont pris avec l'Institut de veille sanitaire, l'Institut national de la statistique et des études économiques, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et la direction de la recherche des études, d'évaluation et des statistiques.

Comme l'a indiqué François Fillon, après le communiqué de presse adressé lundi 11 août qui réactive les recommandations des deux circulaires précitées, je fais envoyer le lendemain, 12 août, un nouveau communiqué à l’AFP qui complète les

recommandations déjà adressées aux professionnels et qui fait appel à la mobilisation et à la vigilance des bénévoles et de chaque citoyen.

Dans le même temps, nous préparons un dispositif de remontée d'informations sur la surmortalité en établissement, ainsi qu'un déplacement avec M. Mattei pour le lendemain. Le 13 août, je me rends avec le ministre de la santé au service d'urgences de Bordeaux et de la Pitié-Salpêtrière, ainsi qu'à l'unité de long séjour de cet établissement.

Le 14 août, se tient une réunion de coordination à Matignon sous la présidence de M. le Premier ministre. Dans la conférence de presse qui suit, j'appelle à la responsabilité des élus locaux pour réaliser une permanence santé dans les maisons de retraite dans leurs départements et dans leurs communes. Le même jour, un de mes conseillers envoie un mail à 10 h 38 à la directrice adjointe du cabinet du ministre de la santé, puis s'entretient avec elle par téléphone sur le dispositif de recueil et d'analyse des décès liés à la canicule. Sa nouvelle demande de coordination des démarches est reformulée.

Un projet de circulaire aux DRASS et DDASS, relative à l'évaluation de la surmortalité en établissement pour personnes âgées, est envoyé pour avis à la DGAS. Cette circulaire est signée par le directeur général de l'action sociale et diffusée le jour même. Les informations ainsi recueillies ont ensuite été transmises aux différents experts chargés d'enquêter sur les événements de cet été.

Le 15 août, je prépare mon déplacement avec le Premier ministre prévu pour le lendemain, ainsi que la circulaire relative à la vigilance nécessaire dans la phase de retour d'hospitalisation.

Le lendemain, 16 août, je me rends à Fleurey-sur-Ouche avec le Premier ministre. Je signe et fais diffuser aux préfets et DDASS la circulaire précitée sur le retour d'hospitalisation dans laquelle je leur demande de sensibiliser les communes et les centres communaux d'action sociale sur l'importance d'un accompagnement des personnes âgées isolées à l'occasion de leur retour à domicile après la phase d'hospitalisation. Les recommandations de prévention sont renouvelées à cette occasion.

Le 18 août, nous préparons deux réunions avec les organisations représentatives des établissements hébergeant des personnes âgées et les organisations de service d'aide à domicile. Une réunion de coordination se tient à Matignon avec les cabinets du ministre de la santé et du ministre délégué aux libertés locales.

Le 19 août, se tiennent une nouvelle réunion de coordination à Matignon avec les cabinets du ministre de la Santé et du ministre de l'Intérieur, ainsi que les deux réunions précitées au Secrétariat d'Etat aux Personnes âgées. Elles ont été l'occasion de constater que la canicule avait frappé un grand nombre de personnes âgées fragiles, au premier rang desquelles il convient de signaler les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elles ont permis de mettre l'accent sur les capacités de mobilisation des établissements et des services d'aide à domicile, et d'engager déjà les pistes de réflexion visant à renforcer leurs moyens.

A ce stade de mon exposé, je tiens à souligner, comme l'a fait François Fillon, le problème de la remontée d'informations. Le Secrétariat d'Etat aux Personnes âgées n'a, en effet, pas été destinataire de messages d'alerte, que ce soit des DDASS, des conseils

généraux ou des gestionnaires d'établissement. Ceci s'explique probablement par le champ de compétence du secrétariat d'Etat qui ne couvre pas les questions sanitaires.

Ceci explique aussi pourquoi la direction générale de l'action sociale n'a pas eu de remontées du terrain, l'interlocuteur attitré pour ce type de problématique étant plutôt la direction générale de la santé.

La situation de crise a vraisemblablement renforcé le caractère privilégié des relations entre acteurs de compétence sanitaire.

Je ne reviendrai pas sur l'absence de remontée en temps réel du nombre de décès, ni sur l'absence de dispositif d'alerte dans notre pays pour prévenir et faire face à un tel événement, jusque là, du reste, jamais envisagé, ni dans son occurrence, ni dans sa gravité. Je tiens néanmoins à préciser que l'information en provenance de près de 10 000 maisons de retraite dont bon nombre ne relèvent pas d'une organisation pyramidale, ne peut effectivement remonter vers les instances nationales que dans le cadre d'un partenariat étroit avec l'échelon local et en parfaite coordination avec lui.

L'organisation des maisons de retraite ne répond pas à un régime juridique uniforme, loin de là. Rappelons que certains établissements sont sous statut privé, que nous avons des structures associatives, des établissements publics, des structures communales, des structures départementales..., ce qui complique considérablement l'organisation des remontées d'informations.

Au moment du drame, aucun mécanisme de prévention, aucun dispositif d'alerte n'existait dans notre pays pour prévenir et faire face à un tel événement.

Un des enseignements que nous en avons tirés nous a conduit à mettre au point un dispositif de veille et d'alerte en lien avec les services de Météo France. Ce plan est institué par l'article premier du projet de loi relatif à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées présenté en conseil des ministres, le mercredi 14 janvier dernier, par François Fillon.

Dans chaque département sera instauré un dispositif d'alerte et d'urgence arrêté conjointement par le préfet et le président du conseil général. Les communes devront recueillir des éléments relatifs à l'identité, l'âge et le domicile des personnes âgées et des personnes handicapées afin de favoriser l'intervention des services sociaux en cas de mobilisation du plan d'alerte. En effet, lors de la canicule, des personnes âgées n'ayant plus aucun lien familial et social, confinées à leur domicile, n'ont pu être sauvées faute de contact ou de secours appropriés. L'objectif de l'opération est de connaître ces personnes et de pouvoir intervenir rapidement auprès d'elles, y compris à titre préventif.

Par ailleurs, je rappelle que le dispositif comportera les éléments suivants : trois niveaux d'alerte, une chaîne d'alerte entre Météo France, l'Institut de veille sanitaire et le ministère de la santé ; des référentiels de bonne pratique préventive des risques sanitaires liés à la canicule et à la pollution ; des plans bleus, équivalents du plan blanc pour l'hôpital, dans toutes les institutions accueillant des personnes âgées.

Ce dispositif d'alerte s'inscrit dans une réforme plus vaste, une réforme de solidarité pour les personnes dépendantes, dont les travaux d'élaboration ont été lancés dès la fin du mois d'août et qui a été annoncée par le Premier ministre le 6 novembre dernier. Cette réforme est destinée à remédier aux carences que l'on a constatées depuis des décennies en matière de prise en charge de nos aînés.

Le gouvernement s'est efforcé de présenter un plan interministériel global qui concerne tous les aspects de la vie des personnes âgées et un plan ambitieux puisqu'il est doté de 4,1 milliards d'euros sur quatre ans, de 2004 à 2007.

Je rappelle en outre que, pour 2004, nous allouons 480 millions d'euros à la médicalisation des établissements.

Je ne reviendrai pas sur l'exposé des principes et des orientations de ce plan déjà exposés par François Fillon. Sachez que son application a d'ores et déjà commencé. Ainsi, le 19 décembre dernier, j'adressais aux préfets, DRASS et DDASS, une circulaire leur demandant d'accélérer la conclusion des conventions tripartites avec les établissements. Dans quelques jours, nous leur enverrons des instructions précises quant aux moyens dont ils disposent pour 2004 au titre de l'ONDAM afin que l'ensemble de ces crédits puissent être mobilisés cette année.

M. le Rapporteur : Je voudrais remercier Messieurs les ministres des explications qu'ils viennent de nous donner. Je voudrais d'abord revenir sur la prévention. M. Falco, vous nous avez dit qu'il y avait eu les circulaires de juillet 2002 et du 27 mai 2003, ce qui est tout à fait positif. Elles donnent quand même l'impression d'avoir été assez peu relayées sur le terrain. Quelles explications peut-il en être donné ? A qui étaient-elles adressées ? Il me semble qu'elles l'étaient aux préfectures. Ont-elles été transmises des préfectures aux DDASS ? Les DDASS ont-elles fait le relais vers les maisons de retraite ?

Deuxième point : pour en revenir au calendrier, le lundi 11 août est un jour important parce que c'est un jour de première alerte alors que la direction de la santé a déjà été informée d'un certain nombre de faits avérés depuis quatre ou cinq jours. Vous nous dites que vous avez alerté vous-même le cabinet du ministre de la santé, ce lundi, en fin de matinée. Une réunion était organisée ce même matin à l'Assistance publique de Paris – réunion qu'on pourrait qualifier de mise en alerte –, à la demande de l'Assistance publique et du cabinet de M. Mattei. Etiez-vous au courant ? Autrement dit, avez-vous été informé, le lundi, des actions qui étaient menées par le ministère de la santé ?

Troisième question d'ordre plus structurel : on constate, au travers des informations qui nous sont maintenant remontées, de grandes différences suivant les maisons de retraite compte tenu du degré de dépendance des personnes qui sont accueillies et donc des GIR moyens, de l'âge, des pathologies ou d'éléments plus matériels tels que l'architecture, le degré de médicalisation, la présence, ou non, d'un médecin coordinateur, l'efficacité du fonctionnement des maisons de retraite, pendant l'été, avec les problèmes de remplacements liés à des questions de personnel, etc. Je voudrais savoir quels sont les enseignements que vous en tirez. Vous avez fait, par ailleurs, une déclaration, il y a quelques semaines, sur le fait qu'un certain nombre de maisons de retraite – plusieurs centaines – sur les 10 000 comptabilisées étaient dans un état assez déplorable. On s'aperçoit, en regardant les statistiques qui ont été données département par département, qu'on cumule une forte mortalité dans certaines maisons de retraite par rapport au nombre de lits installés – il n'y en a heureusement pas beaucoup. Ce taux de mortalité va au-delà de 50 % dans un ou deux cas. Ils ne peuvent évidemment pas être considérés comme

significatifs, mais il y a quand même quelques dizaines de cas où le taux de mortalité est situé au-dessus de 25 à 30 % par rapport aux lits installés. Et il s'agit d'un problème récurrent puisque si on n'en était pas à ce point-là les années antérieures, les chiffres des décès étaient cependant déjà inquiétants.

Des questions peuvent également se poser sur le contrôle qui peut être appliqué à ces établissements en constatant notamment que les GIR moyens n'y sont pas très élevés.

Ma dernière question porte sur la relation entre les maisons de retraite – vous l'avez évoqué, M. le secrétaire d'Etat –, et l'administration centrale. On est dans une situation de relations peu formalisées, voire non formalisées. Une formalisation plus forte – on est très loin d'une tutelle – aurait-elle, selon vous, plus d'efficacité dans des crises de ce type, ou faut-il s'en tenir à des solutions plus décentralisées au niveau des départements ou des communes ?

M. François FILLON : Il faut évidemment que nous nous interrogions sur la question de savoir – et nous l'avons fait – pourquoi les mesures prises en matière de prévention ont eu aussi peu d'échos sur le terrain, ce qui nous ramène à la dernière question du Rapporteur sur la nature des relations entre les pouvoirs publics, l'administration et les différents établissements qui sont de statuts très divers, comme l'a rappelé Hubert Falco tout à l'heure, et n'ont pas de relations très formalisées avec les pouvoirs publics.

La réponse à cette question va dans le sens d'un renforcement du pouvoir du préfet dans le département. Il est le représentant de l'ensemble des administrations de l'Etat, il représente tous les ministres du gouvernement, et il faut qu'il existe un véritable commandement opérationnel en cas de situation de crise.

Je pense, en outre, que les préfets et leurs administrations ont une grande habitude de la gestion des crises, ils sont donc parfaitement adaptés à ce type de situation – avec naturellement les services compétents des DDASS, etc., pour les assister.

C'est la raison pour laquelle nous allons vous proposer – c'est inscrit dans le projet de loi – de débattre d'un système qui donne au président du conseil général et au préfet la responsabilité d'établir le schéma de gestion des crises, mais qui donne ensuite au préfet l'ensemble des moyens d'intervention en cas de déclenchement de ces crises.

M. Hubert FALCO : Pour répondre à M. le Rapporteur, j'ai adressé les deux circulaires du 27 mai 2002 et du 27 mai 2003 aux préfets, aux DRASS et aux DDASS en leur demandant de les transmettre à chacun des établissements de leur département.

M. le Président : Comme le Rapporteur le demandait, on peut s'interroger sur le fait de savoir pourquoi le message ne semble pas avoir été relayé alors que le texte de la circulaire identifiait bien le destinataire. Il y a peut-être plusieurs explications.

M. Hubert FALCO : Il y a, en effet, plusieurs explications. Il y a tout d'abord une explication générale. C'est la raison pour laquelle j'ai insisté sur le traitement ironique de ma première circulaire, celle de juillet 2002. Je peux dire que cette circulaire n'a pas été prise au sérieux. J'ai à votre disposition certaines réactions de médias, de professionnels et

autres, qui disaient à ce moment-là que la première des choses que je faisais en arrivant à mon poste était de dire qu'il fallait donner à boire aux personnes âgées en période d'été. Ce sont pourtant exactement les préconisations prises par les plus grands professeurs de gérontologie durant la crise.

Pourquoi ces circulaires n'ont-elles pas été relayées comme elles auraient dû l'être ? Je n'ai pas de réponse précise.

Il faut bien avouer qu'anticiper et accompagner le vieillissement, en juillet 2002, n'était peut-être pas au centre des préoccupations de beaucoup.

M. le Rapporteur, vous m'avez posé une réponse précise sur le 11 août. Je pense vous avoir indiqué, dans ses moindres détails, ce que mon cabinet avait fait. Le 11 août, M. Guillerm, mon conseiller technique de permanence au cabinet, s'est mis plusieurs fois en contact avec le cabinet du ministère de la santé, confirmant l'entretien téléphonique du matin, renouvelant sa demande de réunion de coordination et lui demandant les modalités d'évaluation de la situation sanitaire – parce que j'ai des conseillers qui ont des connaissances sanitaires mais le secrétariat d'Etat n'a pas de compétence en ce domaine – dans le contexte de la canicule que nous connaissions et les initiatives complémentaires qu'il y aurait lieu de prendre, le cas échéant, en matière sanitaire.

M. le Président : Que vous a-t-il été répondu ?

M. Hubert FALCO : Il nous a été indiqué qu'un numéro vert était en préparation.

M. le Président : Avez-vous demandé ce jour-là une réunion de coordination dès le 11 août ?

M. Hubert FALCO : Oui, tout à fait. Je l'ai d'ailleurs redemandé le 13 août.

M. le Rapporteur, vous m'avez aussi posé une question sur les taux d'encadrement et la situation des maisons de retraite. En France, le taux d'encadrement équivalent à temps plein par place en personnel soignant, toutes structures confondues, publiques, privées et associatives était de 0,12 % en 1996 et est évalué à 0,15 % en 2003, tous types de personnels confondus – soignants administratifs, services. Il est à 0,4 % dans les structures médicalisées.

Dans les structures médicalisées, tous personnels confondus, soignants et non soignants, le taux est de 0,4 % en Belgique et au Royaume-Uni, de 0,5 % en Espagne, de 0,6 % en Finlande, de 1,2 % en Allemagne et de 0,4 % en France.

J'ai effectivement fait un état de la situation des maisons de retraites sur la base des données recueillies par les directeurs d'établissements eux-mêmes : 30 % des établissements seraient à rénover partiellement, ce qui suppose des travaux d'entretien et de maintenance, 10 à 15 % des maisons de retraite ne sont plus aux normes de sécurité, leur architecture étant inadaptée. Bon nombre de difficultés rencontrées par les personnes âgées trouvent leurs origines dans un environnement bâti ne prenant pas suffisamment en compte leur aspiration à vivre chez soi, dans des conditions adaptées à leur état, à leurs besoins, ainsi qu'à la nécessité de compenser les incapacités temporaires ou définitives qu'elles rencontrent.

Nous avons fait ce constat. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons y remédier par des dispositions que nous avons prises et que nous allons prendre : la rénovation des établissements sera amplifiée et s'accompagnera de mesures pour améliorer la qualité de l'environnement bâti.

Ces efforts, comme nous le savons tous ici, ne peuvent reposer sur le seul engagement de l'Etat. Les contrats de plan Etat-Régions sur la rénovation des bâtiments vétustes seront réactivés puisque nous avons reconduit 29 millions d'euros de crédits d'investissements pour l'année à venir ainsi que les crédits prévus pour la mise aux normes des maisons de retraite pour chacune des années 2003 et 2004, ce qui fait que nous disposons de 58 millions d'euros au total dans nos contrats de plan.

La mise en œuvre des contrats sera poursuivie. Il est envisagé une participation de la Caisse des dépôts et consignations pour permettre aux départements d'avoir des taux très faibles qui leur permettront d'abonder ces crédits de rénovation et d'amélioration des établissements.

En contrepartie de la gestion de cette enveloppe, les départements s'engageraient à garantir l'emprunt de l'établissement et à subventionner l'opération dans la mesure où elle serait en cohérence avec le schéma gérontologique.

Voilà ce que je souhaitais vous apporter comme précisions. Un bilan exhaustif de la sécurité dans les établissements est actuellement mené par les DDASS. Il recense les établissements ayant reçu un avis défavorable d'une commission de sécurité.

M. le Président : Nous pourrons y revenir.

Revenant à la troisième question du Rapporteur, le niveau important de mortalité n'est pas nécessairement lié à l'état de vétusté de l'architecture, il faut peut-être aussi se poser d'autres questions sur l'encadrement et sur la qualité du service rendu...

M. Hubert FALCO : Je répondais à une demande précise du Rapporteur sur l'état architectural des établissements.

M. Georges COLOMBIER : Dans son ouvrage, Lucien Abenhaïm, le précédent directeur général de la santé, met l'accent sur le manque de pièces climatisées dans les établissements. Les directeurs d'établissement, qui ont été auditionnés précédemment, avouaient ne pas avoir les moyens de financer de tels équipements.

Par ailleurs – on en parle actuellement beaucoup –, se pose le problème récurrent de la légionellose.

Où en est la réflexion du ministère sur ce sujet ? Et de quelle manière comptez-vous vous impliquer pour que chaque établissement dispose d'une pièce climatisée ou rafraîchie ?

M. Pierre HELLIER : Je crois que nous sommes tous bien conscients que l'alerte n'a pas fonctionné. Les premières alertes ont porté sur l'afflux de personnes dans les services d'urgence et dans les hôpitaux mais pas sur ce que je pense être le vrai diagnostic qui est celui de l'hyperthermie. On n'a parlé d'hyperthermie que bien après cette canicule.

La prévention n'a pas marché parce qu'elle portait aussi sur la déshydratation. Or, la cause essentielle et primitive des décès est l'hyperthermie qui peut être cause de déshydratation. Il ne suffisait pas de faire boire et de perfuser, surtout avec des perfusions à la température ordinaire. La climatisation dont vient de parler Georges Colombier est l'une des solutions mais il faudra, bien sûr, réfléchir à l'incidence de la légionellose pour savoir s'il faut réellement climatiser ou pas. La première chose était cependant d'arrêter la montée de température. Or, l'alerte n'a jamais pratiquement porté là-dessus.

On s'est aperçu du problème au bout de quelque temps alors que la canicule était, heureusement, en train de s'atténuer à ce moment-là, sinon les dégâts auraient été encore plus importants.

Par ailleurs, M. François Fillon nous a dit que le maintien à domicile était nécessaire. C'est un souhait et, en plus, une nécessité mais il faudrait le sécuriser. Des coordinations se mettent actuellement en place avec les CLIC qui sont un peu inquiets sur la pérennisation de leur structure et de leur financement. Il serait donc important, dans ce maintien à domicile, de les conforter, de conforter les soins infirmiers à domicile et de conforter les portages de repas. Tout cela contribuerait à sécuriser ce maintien à domicile qui, sinon, ne serait pas satisfaisant.

M. Pascal TERRASSE : Avant de poser une question, je voudrais avoir une précision de la part de François Fillon s'agissant des créations de nouveaux établissements. Il me semble qu'il a parlé de 100 000 lits complémentaires. Or, j'ai sous les yeux le plan qui parle de 10 000 lits.

M. François FILLON : Il y a deux choses différentes : il y a les places à domicile et les établissements. L'objectif est d'atteindre 100 000 places à domicile à la fin du plan.

M. Pascal TERRASSE : J'ai le chiffre de 17 000 places.

M. François FILLON : Il s'agit d'atteindre 100 000 lits, il ne s'agit pas de 100 000 créations. L'objectif est d'atteindre 100 000 lits. Et l'objectif est, deuxièmement, de 10 000 places supplémentaires, d'ici 2007, dans les établissements.

M. Pascal TERRASSE : Je voudrais d'abord faire une remarque et dire que depuis que j'assiste à cette commission d'enquête, François Fillon a été le seul ministre à dire sa responsabilité dans le drame de la canicule. Il nous a dit préalablement, dans son intervention, que les pouvoirs publics comme les ministres avaient leur part de responsabilité.

M. le Président : Je dois à l'honnêteté de dire qu'un autre ministre l'a fait.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : M. Falco l'a dit aussi à la mission d'information.

M. Pascal TERRASSE : Je n'y étais pas.

Je le fais remarquer parce qu'un autre ne l'a toujours pas fait, ce qui est dommage parce que j'avais mis en évidence en son temps – c'était précisément le 17 août – que le nombre de décès serait vraisemblablement estimé de 15 000 à 20 000 – le communiqué de presse pourra vous être donné – et on m'avait pris, à l'époque, pour un farfelu. Et quelles n'avaient pas été les positions des uns et des autres lorsque, par ailleurs, j'avais parlé de responsabilité ! Je suis donc content de voir, aujourd'hui, qu'un certain nombre de ministres prennent part à la responsabilité de ce qui s'est passé.

Les questions que je voudrais poser reposent à la fois sur ce qui s'est passé pendant la période et les décisions qui vont être prises dans les mois qui viennent. Comme le Rapporteur l'a rappelé tout à l'heure, il ne suffit pas de prendre une circulaire depuis Paris pour qu'elle soit appliquée sur place. A titre d'information, la circulaire du 27 mai 2003 envoyée par le ministère a été lue par les directeurs d'établissement du département de l'Ardèche – ou en tout cas reçue – le 19 août 2003. Des décisions sont prises sur le plan national, dont les préfets de région, les DRASS, les DDASS et vraisemblablement les préfets de département, sont destinataires, et toutes ces circulaires se perdent.

En tant qu'ancien chef d'établissement, j'ai en mémoire certaines circulaires que je recevais très tardivement.

Ma deuxième question porte sur le plan que vous allez mettre en place. Les crédits de l'ONDAM seront-ils délégués à la caisse nationale que vous allez créer ou pas ? C'est une information sur laquelle nous avons besoin de précisions parce qu'il existe une forte inquiétude de la part des professionnels.

Par ailleurs, quel nombre de signatures de conventions tripartites prévoyez-vous précisément en 2004 en fonction des crédits qui seront affectés ? Vous indiquez que 480 millions d'euros seront mobilisés. Je lis le budget comme vous, en tant que membre de la commission des finances, et je constate que 180 millions d'euros y sont inscrits. Ces crédits seront-ils abondés ?

Troisième question : vous nous dites, M. Falco, que le contrat de plan prévoit l'humanisation de certains secteurs hospitaliers, ce que nous savons puisqu'il porte sur plusieurs années. Mais nous avons constaté, pour l'année 2003, un gel de plus de 60 % des crédits du titre VI affectés à l'immobilier ; l'un de vos collaborateurs à la DGAS nous disait d'ailleurs que ces crédits avaient été dégelés en fin d'année. Or, je constate qu'il n'en est rien.

Cela renvoie évidemment à la problématique des investissements, le plan tel que présenté aujourd'hui ne prévoyant absolument rien sur le sujet. Il n'y a pas un centime sur les investissements dans le plan vieillissement. On peut renvoyer aux contrats de plan puisque c'est un élément qui est contractualisé à travers les régions et l'Etat, mais il n'y aura rien de plus que ce qui est actuellement prévu.

Une étude a été mise en place en Bourgogne qui met en évidence que 15 % des établissements n'étaient pas aux normes, 35 % des établissements ne sont pas aujourd'hui adaptés sur le seul département de la Côte d'Or. Ne faut-il pas commencer aussi par là sans compter, évidemment, toute la problématique des foyers-logements qui ne sont plus du tout adaptés à recevoir des personnes qui sont évidemment de plus en plus invalides ?

Enfin, une remarque sur les consignes de votre circulaire du mois de juillet. Je suis convaincu que les chefs et les personnels d'établissement n'attendent pas une circulaire pour prendre des dispositions car tout cela fait partie de n'importe quelle formation de cadres, d'infirmiers et d'infirmières, d'aides soignantes ou d'ASH. On n'attend pas d'avoir une circulaire pour hydrater les personnes âgées car cette cause de mortalité est très connue.

C'est toute la communication autour de cet événement qui a peut-être manqué. J'ai entendu M. Falco nous dire qu'il avait demandé, le 11 août, une réunion auprès du cabinet du ministre de la santé. Il ne me semble pas que le cabinet en question nous ait fait part de cette demande.

M. Gérard BAPT : Notre excellent collègue, M. Hellier, a dit à plusieurs reprises qu'il n'y avait pas eu de diagnostic d'hyperthermie. Je le renvoie tout de même à la page 38 du tome 2 de la mission d'information où on peut lire que l'AP-HP acte 140 diagnostics d'hyperthermie le 8 août, et 500 diagnostics d'hyperthermie le 10 août. Des diagnostics d'hyperthermie ont bien été faits dans les hôpitaux.

Concernant d'abord les mesures de prévention, vous avez dit, M. Fillon, qu’elles avaient eu peu d'écho sur le terrain. Je confirme, pour l'avoir vu à Toulouse, qu'il n'y a pas eu de surmortalité dans les établissements qui ont bien fonctionné. La directrice d’une MAPAD à Toulouse m'a ainsi indiqué qu'elle avait vu en juillet qu'il allait faire chaud et qu'elle était allée acheter de gros ventilateurs qu'elle n’aurait plus trouvés quinze jours après. Puis il y a eu les médecins coordinateurs.

La prévention, lorsqu'il s'agit d'établissements suffisamment dotés en personnels suffisamment formés, a pu éviter une surmortalité dans de très nombreuses maisons de retraite. Je pense que cette surmortalité en établissements était largement évitable, pas simplement pour des problèmes architecturaux, mais aussi, tout simplement, pour des problèmes de formation et d'encadrement.

Je voudrais vous poser une question à ce propos : je vous avais interrogé – et vous ne m'avez pas encore répondu – sur votre arrêté du 31 juillet 2003 qui a annulé l'extension de l'accord national professionnel prévoyant la revalorisation salariale des auxiliaires de vie en matière de maintien à domicile. J'étais encore dans une réunion d'économie sociale, ce matin, où les représentants parlaient des difficultés qu'ils avaient eues à la suite de cet arrêté d'annulation paru au Journal Officiel au tout début août 2003, et qui va, à l'évidence, à l'opposé de ce qui est souhaitable pour l'attractivité des métiers du maintien à domicile d'une part, et pour élever la qualification de ces personnels, d'autre part.

M. Falco, je note que vous étiez aux urgences à Toulon dès le 11 août...

M. Hubert FALCO :... dès le 10 août.

M. Gérard BAPT : Vous avez donc été le premier ministre ou le premier membre du cabinet à vous rendre dans un service hospitalier d'urgence. Et vous envoyez, dès le 11 août, un communiqué alertant les responsables d'établissements. Vous avez été très réactif, et je regrette d'autant plus que vous n'ayez pas eu en main à la fois la compétence de l'hébergement et la compétence sanitaire. Le seul regret qu'on peut avoir, compte tenu des autres réactions, c'est qu'il ne se soit agi que d'un communiqué et que vous n'ayez pas

donné l'alerte de manière plus vigoureuse, comme ont pu le faire des médecins, notamment le 10 août au soir à la télévision, ou d'autres médecins le 11 août dans la presse – je pense au Dr. Coquin ou au Pr. San Marco. Ceci dit, je vous remercie de nous avoir ainsi détaillé la façon dont votre cabinet et votre ministère ont été réactifs les 11 et 12 août, ce qui contraste singulièrement avec le ministère voisin.

M. Edouard LANDRAIN : Plus ça va et plus je me rends compte que ce ne sont pas les hommes qui sont en cause mais le système. On se rend compte que, dans les maisons de retraite, le bricolage, la bonne volonté, le bon sens, l'intelligence des personnels et des directeurs ont fait qu'on n'a pas eu de très gros problèmes là où la prise de conscience a été suffisamment rapide.

Une question à propos des systèmes : vous êtes arrivés dans vos ministères au mois de juin 2002, et le drame est arrivé en 2003, c'est-à-dire un an après. Avez-vous trouvé en arrivant, en 2002, des documents prévoyant qu'il pourrait se passer quelque chose, un drame aussi important ? Y avait-il un plan « canicule » ? Il me semble que non.

Les systèmes de remontée d'informations étaient ils prévus, pensés ? On nous dit qu'il a fallu neuf jours pour que la remontée se fasse à partir des départements. N'avez-vous trouvé nulle part de systèmes qui auraient permis normalement, logiquement, cette remontée d'informations –c'est l'honneur de l'Etat d'avoir une suite dans les ministères ? Des alertes importantes avaient pourtant déjà eu lieu en 1976 sur tout le territoire puis à Marseille où le Pr. San Marco a mis en place tout un dispositif de prévention et d'alerte. Des catastrophes se sont produites à l'étranger, aux Etats-Unis en particulier.

Y avait-il dans les cartons du ministère, quand vous êtes arrivé, des documents et des préconisations qui tenaient compte de tous ces éléments et qui indiquaient la position à prendre si cela arrivait ?

Par ailleurs, existait-il un recensement correct de la qualité des établissements en France ? Y avait-il un plan de réorganisation et de réaménagement de l'ensemble des maisons de retraite ?

Enfin, j'aimerais que vous puissiez nous préciser ce que vous attendez des spécialistes de l'architecture pour que les maisons de retraite soient demain plus adaptées aux difficultés qui pourraient survenir.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Je répondrai à M. Landrain parce que ce n'est pas la première fois qu'il pose ces questions, et je vais profiter de la présence de M. Fillon et de M. Falco pour leur faire part de l'ensemble des éléments de réflexion qui sont les miens pour avoir participé le plus possible à cette commission d'enquête. Je le dis d'autant plus que je crois que nous avons tous progressé dans la compréhension du drame survenu cet été.

Deux exemples m'ont beaucoup marquée depuis trois mois.

J'ai d'abord été très marquée par l'émission « Envoyé Spécial » présentant le travail des pompes funèbres à Paris et par la réflexion du directeur de la SEM disant que s'il

avait voulu filmer ce qui se passait, c'était parce qu'il se rendait bien compte que les gens n'allaient pas le croire. Il voulait donc que les gens le voient et que ce soit enregistré pour l'Histoire.

Un des employés des pompes funèbres qui enlevait les corps disait, à un moment donné : « *Mais pourquoi ne lancent-ils pas l'alerte* ? ». C'est une question très importante. Pourquoi, en fin de compte, n'avons-nous pas pu – et aucun d'entre nous – lancer l'alerte ?

Je n'ai pas le sentiment, pour vous parler très franchement, que la réponse se trouve dans l'absence d'organisation d'un dispositif d'alerte. Ce n'est pas non plus parce que les préfets n'ont plus de compétence en la matière. Dans ma région, l'ARH qui était sur le terrain dès le début, ce n'était pas la préfecture.

Ce n'est pas dans l'organisation ni dans le défaut des systèmes qu'il faut trouver la réponse à la question du manque d'alerte, mais plutôt dans le rapport à la grande vieillesse qu'entretient notre société. Nous avons peur de prendre en charge la grande vieillesse. Il faudra demander au Pr. San Marco la semaine prochaine pourquoi, à son avis, il n'a pas été entendu et pourquoi ses travaux n'ont pas été publiés.

Quand je l'ai vu personnellement, je lui ai demandé pourquoi il n'était pas venu me parler de son expérience quand j'étais au gouvernement. Il m'a répondu très justement et très simplement que les vieux n'intéressaient, en fin de compte, personne, et que l'ensemble du monde sanitaire, y compris du monde scientifique, n'était pas intéressé quand il parlait des personnes âgées.

Non, il n'y avait pas de dispositif d'alerte préexistant à votre arrivée, et on voit bien qu'il était important de lancer tout un travail en direction du public fragile que sont les personnes âgées dont personne ne s'occupait jusqu'à présent.

Par ailleurs, je vais m'appuyer sur l'expérience que nous ont relatée les responsables de l'INSERM, M. Jougla et M. Hémon, la semaine dernière, sur Chicago. Des enfants y sont morts en 1996, et pas seulement des personnes âgées. Ils nous ont bien expliqué que la culture du risque de la canicule pour les enfants n'était pas alors connue aux Etats-Unis et que des mères de famille, qui allaient faire leurs courses en laissant leurs enfants devant les caisses, les retrouvaient morts parce qu'il faisait trop chaud.

Cette culture qu'on a dans toute la France sur le risque de déshydratation des enfants n'était pas connue là-bas. C'est donc bien le risque de l'hyperthermie lié à la canicule qui n'était pas culturellement connu cet été. Ce n'était pas un problème de déshydratation ou quoi que ce soit d'autre. C'est quelque chose qu'il faut que nous assumions tous ensemble, y compris le monde médical, le monde sanitaire et le monde universitaire-médical qui a, de toute façon, traité les gériatres de façon négligeable depuis des années pensant que ce n'était pas essentiel.

Mais je ne peux pas m'empêcher, en même temps, de dire aux ministre, qu'à partir du moment où l'ensemble d'une société, pour de multiples de raisons, n'est pas sensible à un problème parce qu'il fait peur – parce que s'occuper des personnes âgées et des grands vieillards est compliqué et qu'il n'y a pas de groupe de pression – le responsable politique a, du coup, encore plus d'importance parce que c'est toute la noblesse du politique que de s'occuper de champs qui n'intéressent personne et qui ne sont portés par aucun

groupe de pression.

M. Fillon, M. Falco, si les premiers morts avaient été des enfants – sept morts et ensuite cinquante morts –, pouvez-vous dire avec le recul que vous auriez réagi de la même façon ?

Je défends l'idée que notre société n'a pas voulu, jusqu'à présent, assumer cette prise en charge de la grande vieillesse, mais je ne peux quand même pas m'empêcher de penser qu'il y a une responsabilité politique.

Vous avez la responsabilité d'avoir suspendu les crédits qui étaient lancés pour les maisons de retraite ; vous avez chacun de vous la responsabilité d'avoir utilisé de façon politicienne la montée en charge très rapide de l'APA, nous accusant de ne pas avoir financé l'allocation personnalisée d'autonomie alors que vous savez fort bien que nous aurions nous aussi adapté le système de financement.

Je crois pouvoir dire très simplement, devant cette commission d'enquête, que vous avez, du coup, la responsabilité de ne pas avoir poursuivi l'effort du précédent Gouvernement alors qu'il fallait accompagner l'évolution nécessaire de notre société vers la prise en charge du grand âge. Vous avez cette responsabilité, y compris d'avoir donné des chiffres faux à un moment donné. Il y a une responsabilité de la société mais il y a aussi une responsabilité politique précise, d'autant plus importante que la société n'était – elle – pas prête à assumer ce regard sur le grand âge.

M. François FILLON : La première question posée était celle liée au problème des bâtiments, et notamment à celui de la climatisation. Nous voyons dans l'enquête de l'IGAS le lien qui existe entre la surmortalité et l'architecture des bâtiments. Ce n'est pas seulement la question du bâtiment qui serait vétuste, ce n'est pas le sujet, car il y a des vieux bâtiments qui n'ont pas du tout eu les mêmes effets que des bâtiments très récents mais mal construits dans ce domaine. Il y a, en effet, la question de l'absence de salles climatisées, mais il y a aussi la question de l'absence d'isolation suffisante, notamment dans des locaux industrialisés anciens – ceux qu'on appelle les V 120 – où les excès d'espaces vitrés dans des locaux récents et modernisés, les verrières, les puits de lumière, etc., étant très à la mode, ont eu des effets considérables dans de telles conditions climatiques.

On a lancé une étude à la fois juridique et technique sur tous ces sujets pour voir si on pouvait tenir compte de cette expérience dans les préconisations qui sont faites et dans les réglementations. La question de la climatisation est très importante et doit être étudiée avec beaucoup de sérieux.

C'est évidemment le ministère de la santé qui est d'abord compétent pour donner des réponses sur ce sujet.

On a l'expérience de maisons de retraite qui ont bricolé des systèmes de climatisation avec un certain succès. J'en ai vu une qui m'a beaucoup frappé où la climatisation était tellement vétuste qu'elle sautait dès que la température dépassait 30 degrés et, pour l'éviter, le technicien de la maison de retraite avait installé une douche qui arrosait en permanence le moteur du climatiseur pour tenir. On voit bien que des efforts considérables ont été faits, mais tout cela mérite une analyse technique.

Deux problèmes se posent face à une généralisation de la climatisation : il y a

d'abord un problème financier qui fait que les choses prendront un certain temps et il y a aussi le risque infectieux qui mérite d'être examiné. C'est pour cela qu'on ne peut pas aujourd'hui répondre clairement à la question de savoir s'il faut climatiser entièrement les maisons de retraite ou créer en chacune une salle climatisée, mais il faut y répondre dans les meilleurs délais pour que les programmes puissent s'engager.

Je ne peux pas répondre à la question de M. Hellier sur l'hyperthermie parce que je n'ai aucune compétence dans ce domaine n'étant ni en charge de l'action sanitaire ni médecin moi-même, mais cela me permet de dire un mot d'une question que le Président de la commission a évoquée qui est celle de savoir si le cloisonnement des responsabilités peut avoir des conséquences dans la gestion de cette crise. Je pense que ce cloisonnement n'existe pas sur le terrain. J'ai entendu dire sur le terrain que les préfets n'étaient pas compétents. Pardonnez-moi de dire que ce n'est pas vrai. Ce sont les DDASS et les DRASS, sous l'autorité des préfets, qui ont aujourd'hui la compétence en matière sanitaire. Les ARH ont des responsabilités de planification et de restructuration hospitalières.

Ce n'est peut-être pas ressenti suffisamment clairement, mais si je m'en tiens aux textes, la compétence en matière sanitaire reste celle du DDASS, le DDASS étant sous l'autorité du préfet. Il est vrai que la multiplication des structures a conduit les responsabilités à apparaître comme diluées – elles sont en tout cas ressenties comme telles par ceux qui les exercent eux-mêmes. C'est pour cela qu'il faut très clairement repréciser les choses sur le rôle du préfet, en tout cas tant qu'on reste dans un système où les ARH n'ont pas de responsabilité élargie à d'autres domaines.

Le découpage qui a été choisi n'est pas forcément le meilleur. Je l'ai d'ailleurs déjà dit devant la mission d'information. J'ai une idée sur ce sujet depuis longtemps que je me permets d'évoquer, ce qui fera peut-être progresser un peu la question.

Il faudrait inscrire quelque part, dans un texte législatif, la structure des ministères de manière à ce qu'il faille un acte bien pesé si on veut en changer, parce que la société change, ce qui est normal. Mais le découpage des fonctions gouvernementales, à la faveur de chaque renouvellement, a des conséquences beaucoup plus graves qu'on ne l'imagine sur l'organisation de l'administration. A chaque fois qu'on change la structure, tout un maelström de modifications, qu'on n'imagine pas quand on décide de nommer untel ou untel avec telle fonction, s'engage derrière.

Il se trouve que, dans ma vie gouvernementale, j'ai structuré un ministère qui était celui de l'enseignement supérieur et de la recherche. Des efforts considérables ont été déployés, pendant deux ans, pour déplacer des gens ou pour arracher des crédits au ministère de l'éducation nationale ou à tel autre ministère pour créer l'entité, pour finalement aboutir, au bout de deux ans, à rechanger la structure, tout repartant dans le sens opposé. Il faut aussi se mettre à la place de l'administration : c'est beaucoup d'argent et beaucoup d'énergie gâchés. Ce serait donc une très bonne idée de pouvoir figer les choses pour que ces changements soient moins fréquents.

M. Terrasse a fait remarquer que nous avions évoqué notre responsabilité. Je pense que nous ne pouvons pas ne pas le faire devant un pareil échec collectif. Quelles que soient les causes de cette canicule et quelles que soient les comparaisons possibles avec les autres, c'est un échec collectif, et les pouvoirs publics ont naturellement leur part de responsabilité ainsi que ceux qui sont à la tête des organisations.

Pourquoi a-t-on mis autant de temps à réagir, les uns et les autres, comme

l'ensemble du système ? Parce que j'ai dit que nous n'avions eu aucune remontée de terrain, c'est-à-dire que le terrain même ne réagissait pas autant que nous aurions pu le penser. Il ne faut pas engager de débat polémique sur la question de savoir si c'est de la faute de telle ou telle équipe gouvernementale... Il y a, derrière cela, le fait que notre structure administrative, sans doute un peu lourde dans sa capacité de réaction, réagit bien sur ce qu'elle connaît. Elle réagit quand elle a à affronter des situations qui ont déjà été rencontrées et qui sont connues, pas quand elle est face à une situation qui n'a jamais existé. La situation n'était quand même pas exactement la même en 1976 et, en plus, cela date. Et Chicago, ce n'est pas chez nous. On n'a jamais pensé que la chaleur pouvait tuer dans un pays tempéré comme le nôtre et on a, de ce fait, manqué d'anticipation.

Il faut y penser pour la suite car maintenant que tout ce qu'il faut va être mis en place pour lutter contre la canicule, c'est sans doute autre chose qui se passera demain et qui pourra avoir des conséquences graves.

Sur les crédits : les crédits de l'ONDAM iront vers la caisse nationale de solidarité et uniquement les crédits liés à l'aspect médico-social des établissements et services, et rien en ce qui concerne un dispositif sanitaire spécifique. Ce n'est pas un cinquième risque que nous mettons en place, et ce n'est pas « une sécurité sociale pour les vieux » pour simplifier les choses. Cette idée, qui a pu être évoquée à un moment par les uns ou par les autres parce qu'elle a une certaine cohérence, heurte, à juste titre, notre souci que le dispositif de santé soit le même pour l'ensemble de la population.

Nous avons prévu 1 800 signatures de conventions tripartites en 2004. M. Falco donnera des chiffres plus précis.

Il faut aussi que nous soyons conscients que l'Etat ne pourra pas tout faire du point de vue des investissements. La responsabilité en la matière est d'ailleurs partagée entre l'Etat et les collectivités locales.

Ayant été président de conseil général pendant un certain nombre d'années, je peux dire que c'est bien une responsabilité du département – en tout cas pour une part importante –, et chaque département devra faire l'inventaire de ce qu'il a fait et de ce qu'il n'a pas fait dans ce domaine.

M. Bapt a évoqué la question de la prévention en disant qu'il y avait des établissements où le système avait bien fonctionné et d'autres où il n'avait pas fonctionné. Il y a vraiment de très grandes inégalités dans la qualité des réactions, et il est très difficile de tirer des enseignements parfaitement concluants parce que, comme vous le verrez dans le rapport de l'IGAS, il n'est pas possible de recouper la carte des décès avec, par exemple, la carte des taux d'encadrement, de même qu'il n'est pas possible de recouper la carte de l'âge dans les maisons de retraite avec une autre.

Il y a trois phénomènes :

– incontestablement les locaux ont joué un rôle important ;

– le personnel, sa capacité à réagir, à innover, à inventer des choses a été

déterminant. Cette capacité peut parfois tenir au taux d'encadrement mais on voit dans les rapports que ce n'est pas toujours le cas et que le taux d'encadrement n'est pas si différent des autres pays européens, contrairement à ce qui a été dit et véhiculé par les uns et les autres. Nous ne sommes pas parmi les meilleurs pays européens mais il n'existe pas non plus ce décrochage pourtant souvent mis en avant ;

– l'âge des personnes a compté. Le pourcentage de gens très âgés n'est pas le même d'un établissement à l'autre. Un établissement peut avoir un taux d'encadrement très important, mais des gens très âgés, la mortalité étant naturellement plus grande à ce moment-là.

Je réponds tout de suite à M. Bapt sur les aides à domicile. L'arrêté de juillet 2003 a annulé l'extension d'un accord de branche de 2002 qui n'avait pas fait l'objet d'agrément préalable. Et un nouvel arrêté a agréé l'accord de branche qui autorise une augmentation des salaires de l'aide à domicile de 24 % sur quatre ans.

Mais il y avait une difficulté sur le premier texte, en ce sens qu'il n'y avait pas d'accord avec l'ensemble des parties prenantes, c'est-à-dire qu'il y a ceux qui payent et les organisations syndicales.

J'ai répondu à la question de M. Landrain qu'il n'y avait pas de plan existant. Je pense qu'il faut vraiment éviter d'en faire un sujet de polémique pour les raisons que j'évoquais tout à l'heure mais c'est vrai dans les deux sens, c'est-à-dire qu'il faut analyser les faiblesses de notre système administratif et sa capacité de réaction pour en tirer toutes les bonnes conséquences.

A propos de l'alerte, les choses se seraient-elles passées différemment si c'étaient des enfants ? Je réponds oui tout de suite pour la raison simple que la mort d'un enfant n'est pas naturelle alors que celle d'une personne qui est en fin de vie est moins anormale.

L'IGAS juge dans son rapport que le nombre de décès supplémentaires dans les maisons de retraite n'était pas suffisamment significatif pour donner l'alerte, au moins pendant toute la première période de la canicule, ce qui n'est pas vrai quand on est aux pompes funèbres et qu'on voit arriver des personnes décédées venant de plusieurs endroits. Nous n'avons cependant pas eu le moindre contact des pompes funèbres pour nous alerter de quoi que ce soit durant cette période jusqu'à ce que cette affaire devienne suffisamment médiatique pour que tout le monde soit au courant.

Enfin, il est tout à fait inexact de dire qu'il y a eu la moindre conséquence des décisions qui ont été prises en matière d'APA sur la situation, mais je vais maintenant laisser M. Falco répondre.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Ce que je dis n'est pas du tout polémique. Je fais vraiment la différence entre la responsabilité de la société et la responsabilité politique en charge de dispositifs. Je ne pense à aucun moment que les décisions de remise en cause de l'attribution de l'APA aient eu des conséquences – les choses sont très claires. Je regrette le fait que vous n’ayez travaillé que sur les problèmes financiers et que vous n’ayez pas continué le grand travail engagé sur la grande vieillesse. C'est uniquement ce

que je dis en terme de responsabilité. Le dossier était tellement important qu'il est dommage de l'avoir utilisé uniquement en termes financiers et de façon politicienne.

M. Hubert FALCO : M. Terrasse, j'ai toujours dit dans mes déclarations, durant cette crise, que le chiffre de 10 000 morts était plausible, je n'ai jamais dit le contraire.

M. Pascal TERRASSE : Je vous transmettrai ce qui a été dit à RMC le 19 août.

M. Hubert FALCO : J'ai toujours dit personnellement que le chiffre de 10 000 morts était plausible, tout simplement parce que j'ai demandé à mes services de faire très rapidement, par téléphone, une évaluation sur une centaine de maisons de retraite et je n'ai pas eu besoin de grandes données, à partir de cette évaluation, pour me douter que le chiffre des morts serait très important.

Vous me dites que les établissements n'attendent pas les circulaires pour agir. Si on n'avait pas pris de circulaires, on nous aurait reproché de ne pas en prendre, quand on les prend, on nous dit qu'on ne les attend pas et on nous demande ce que fait l'Etat et quelle est sa responsabilité.

Quand je suis arrivé, j'ai tout naturellement pris les dispositions qui me semblaient justifiées. Vous me dites que la circulaire de mai 2003 est arrivée en août. Celle de juillet 2002 est certainement arrivée avant la canicule de 2003...

Pour les crédits, je vais être bref et clair ; je ne vais surtout pas polémiquer, et je vais donner les chiffres que chacun peut vérifier. Je réponds tout d'abord à M. Hellier qu’il y avait 272 CLIC fin 2002, 400 CLIC sont dénombrés fin 2003. 22,2 millions d’euros de crédits ont été débloqués en 2003 et 22, 2 millions d’euros en 2004.

Pour les conventions – je donne là aussi les chiffres que j'ai et que vous pouvez vérifier car ils sont à votre disposition –, 325 conventions ont été signées en 2001, et 84 millions d’euros alloués par l'ONDAM ont été consommés. 1 117 conventions ont été signées en 2002, dont 700 au deuxième semestre, et 262 millions d’euros de crédits ont été consommés. 1 054 conventions ont été signées en 2003, et 225 millions d’euros de crédits ont été utilisés.

M. Pascal TERRASSE : Il me paraît important, M. le ministre, de savoir à quel moment sont arrivées les circulaires d'application sur la réforme de la tarification.

M. le Président : M. Terrasse, les questions sur la mise en place des politiques en faveur des personnes âgées sont importantes mais j'attire l'attention de l'ensemble des commissaires sur le fait que ce n'est pas non plus le nœud central de la commission d'enquête. Ce sujet doit être abordé dans cette maison, notamment devant la commission des affaires sociales, mais le débat ici ne doit pas dériver sur les modalités très précises et techniques de la mise en place de décisions. La question centrale reste celle de la canicule.

M. Hubert FALCO : Je suis tout à fait de votre avis. M. Terrasse disait qu'il y avait d'autres lieux mais c'est lui qui a posé la question.

M. le Président : M. Terrasse est très préoccupé, et à juste raison d'ailleurs.

M. Hubert FALCO : Il est normal, M. le Président, que je réponde avec précision, étant donné le serment de vérité que j'ai fait tout à l'heure, aux questions précises que m'a posées M. Terrasse.

Il m'a demandé d'où viendront, en 2004, les crédits que nous avions annoncés. Je lui réponds précisément que l'effort en faveur de la médicalisation des établissements sera particulièrement important puisque 470 millions d'euros y seront consacrés dont 300 millions d'euros viendront de l'ONDAM et 80 millions d'euros proviendront de mesures nouvelles pour l'année 2004, qui seront disponibles dès le début 2004. 170 millions d'euros proviendront également de la Caisse nationale de solidarité qui vient d'être créée et seront disponibles à partir du 1er juillet.

Je répondrai à M. Landrain que le dernier recensement sur la qualité des établissements date de 1996.

Mme Guinchard-Kunstler, je crois que nous sommes d'accord sur le constat que le sujet du vieillissement est un sujet tabou qui n'intéresse personne. On veut bien vieillir dans ce pays mais on ne veut pas en parler – vous avez raison. Depuis des décennies, gouvernements de gauche ou de droite, nous n'avons pas accompagné ni anticipé le vieillissement par des politiques. J'ai pris ma part de responsabilité comme les autres et je vous remercie de l'avoir reconnu. Comme le disait François Fillon, nous avons une responsabilité collective.

Je ne vais pas polémiquer sur l'APA. Je vous réponds simplement que les mesures que nous avons prises pour financer l'APA n'étaient pas rétroactives et qu'elles ne touchaient pas les maisons de retraite. Elles n'étaient pas rétroactives en ce sens que les 670 000 bénéficiaires de l'APA n'ont pas été touchés au mois de mai 2003, à la veille de la canicule. Je n'en dirai pas plus.

M. Jean-Paul BACQUET : J'ai toujours dit – et je vais redire ce que je dis d'habitude – qu'on ne peut pas aborder le problème que nous traitons ici sans beaucoup d'humilité et beaucoup de modestie, et je voudrais personnellement remercier M. Fillon d'avoir eu le courage de dire qu'il assumait pleinement les responsabilités qui étaient des responsabilités collectives, même s'il avait, lui aussi, à assumer un certain nombre de responsabilités au poste qu'il remplissait. Il ne les fuit pas, il les assume.

De la même façon, je remercie M. Falco qui a eu la franchise de dire que, lorsqu'il fait passer une circulaire en juillet 2002, elle n'est pas suivie d'effet, elle n'est même pas prise au sérieux. Des questions peuvent se poser : est-ce parce qu'il est secrétaire d'Etat et non ministre ? Est-ce parce que ce sont des personnes âgées et que ce sujet n'intéresse personne ? Est-ce parce qu'on n'a pas non plus la culture de ce qu'est l'hyperthermie, et qu'on a considéré cette circulaire comme un amalgame de banalités ?

J'explique encore, en tant que médecin depuis vingt-huit ans, qu'il ne faut pas couvrir un enfant quand il a de la fièvre, mais au contraire le découvrir.

Je vous remercie parce que vous avez eu la franchise de dire tout cela.

Je vais vous poser une question très personnelle et j'aimerais que vous me répondiez avec la même franchise que celle vous avez eue tout à l'heure : à votre avis, pourquoi ne vous a-t-on pas écouté, le 11 août, quand vous avez demandé une réunion, et

quand vous en avez demandé d'autres derrière ? Pourquoi ne vous a-t-on pas pris au sérieux alors que vous aviez compris, vous, qu'il se passait quelque chose d'anormal, même si vous n'aviez pas tout compris – ce que personne ne peut vous reprocher ?

M. Fillon, vous avez insisté sur le rôle très important des préfets, en particulier en matière sanitaire. Pensez-vous qu'il faut leur redonner une prééminence et supprimer les ARH ?

Troisième question à laquelle je souhaiterais que vous répondiez tous les deux : pour vous, a-t-on eu affaire à une catastrophe naturelle ou a-t-on eu affaire à une catastrophe sanitaire ? La catastrophe naturelle signifierait que, quoi qu'on ait fait, cela n'aurait rien changé, et la catastrophe sanitaire implique qu'on pouvait faire quelque chose.

Dernière question, qui n'est pas du tout polémique mais vous êtes libres d'y répondre ou pas : cinq mois après, comment vivez-vous cette situation quand vous la regardez avec recul ? Ressentez-vous quelquefois un certain nombre de regrets, comme chacun d'entre nous ?

Je vous pose cette question parce que d'autres à votre place ont répondu qu'ils ne pouvaient pas avoir de regrets car, pour en avoir, il faudrait avoir un sentiment de culpabilité.

M. le Rapporteur : J'ai à poser une question concernant la situation un peu particulière des maisons de retraite et des Unités de Soins Longue Durée (USLD) liés à un centre hospitalier ou à un CHU. On a l'impression –ce qu'il faudrait vraiment corroborer – que les maisons de retraite attenantes à un CHU ont eu plus de problèmes – comme dans le cas de Dijon – que les maisons de retraite qui sont gérées de façon plus autonome. Pour l'avenir, pensez-vous qu'il ne faudrait pas, sans vouloir systématiser, préférer des maisons de retraite un peu autonomes aux maisons de retraite intégrées dans le cadre d'un centre hospitalier ou d'un CHU ?

M. le Président : C'est un sujet qui était en débat avant même la canicule et qui le reste naturellement.

M. François FILLON : Je réponds, à la première question de M. Bacquet, qu'il ne faut pas supprimer les ARH mais qu'il faut les cantonner au rôle qui est le leur. Leur rôle est d'établir des schémas, de gérer des crédits et de piloter des restructurations. Elles n'ont pas une compétence générale en matière sanitaire.

Une certaine confusion s'est installée dans les esprits sur ce point à laquelle il faut mettre fin. Nous le faisons de deux manières, ou bien en créant des agences régionales de santé qui ont une compétence générale –c'est un projet –, ou bien en ramenant les ARH sur leurs missions précises, celles-ci ayant montré une efficacité réelle dans le travail de restructuration. Honnêtement, je ne pense pas que l'administration, telle qu'elle fonctionnait par le passé, aurait pu conduire ce travail de restructuration.

Je ne suis pas sûr que les préfets soient les mieux à même pour conduire des opérations aussi difficiles et aussi impopulaires – disons les choses – dans la durée. En revanche, le pilotage des politiques sanitaires et de l'urgence est vraiment une responsabilité du DDASS, donc du préfet. Et je souhaite que le préfet retrouve toute son autorité. La question peut d'ailleurs se poser sur beaucoup d'autres sujets. Il n'y a pas de

raison que les administrations de l'Etat se développent dans les territoires de manière complètement désordonnée et n'acceptent plus, d'une certaine manière, l'autorité du préfet. Il n'est pas le représentant du ministère de l'intérieur, mais le représentant de l'ensemble du Gouvernement sur le territoire, ce qu'on a tendance à oublier.

Est-ce une catastrophe naturelle ou une catastrophe sanitaire ? Vous avez vous-même apporté la réponse. Il est évident qu'un certain nombre de mesures – à mon avis pas immédiates mais sans doute plus anticipées – auraient permis d'aboutir à un résultat moins dramatique que celui que nous avons connu. Oui, il y a eu des défaillances dans le système et dans l'organisation de notre système de soins.

Sur les regrets, comment ne pas en avoir ? Quand on a des responsabilités et que de tels événements se produisent – et surtout une fois que l'histoire est terminée et qu'on voit quelles actions auraient pu, ici ou là, être entreprises –, tout responsable éprouve naturellement des regrets devant ce que j'appelais tout à l'heure un formidable échec collectif.

M. Hubert FALCO : Pour la question précise posée par M. le Rapporteur, les établissements liés aux hôpitaux accueillent effectivement les patients les plus âgés et les patients les plus dépendants. Et malgré un taux d'encadrement correct, de 0,6 %, c'est là que nous avons constaté la surmortalité la plus forte due à cette situation particulière.

Il serait mieux, en effet, d'avoir des établissements autonomes mais à la condition qu'ils soient médicalisés et qu'un médecin coordinateur fasse la liaison entre le sanitaire et la maison de retraite.

Concernant la question de M. Bacquet, quand j'ai demandé une réunion le 11 août, on m'a répondu qu'un numéro vert était en train d'être installé et que les choses allaient se mettre en place à travers ce numéro vert.

Sur les regrets, peut-on rester insensible à la mort de 15 000 personnes lorsqu'on a des responsabilités ? Ce drame nous a touchés, nous a blessés et il restera certainement en moi toute ma vie. Oui, nous avons des regrets. Ces regrets sont peut-être ceux de ne pas avoir crié assez fort sur le manque de moyens, sur le manque de crédits, sur le fait que le vieillissement n'a pas été pris à sa juste cause depuis des années. Il méritait peut-être mieux qu'un Secrétariat d'Etat aux Personnes âgées.

Vous verrez que la longévité en général et le vieillissement devront être, demain, une responsabilité importante parce qu'elle engage aujourd'hui des millions de personnes. Un Français sur trois aura passé la barre des 60 ans dans vingt ans. Il faudra bien le prendre en compte.

Et cette situation a décuplé mes forces pour crier et me battre très fort pour avoir des moyens. Nous mettons aujourd'hui en place un plan « Vieillissement et Solidarités » qui paraît insuffisant à certains. Je leur laisse cette responsabilité. Il est vrai que c'est toujours insuffisant mais reconnaissons que les moyens mis en place sont sans aucune mesure avec les moyens que j'ai eus en arrivant aux responsabilités qui sont les miennes.

Audition du Professeur Jean-Louis SAN MARCO

(Extrait du procès-verbal de la séance du 4 février 2004)

Présidence de M. Claude EVIN, Président,

puis de M. François d'AUBERT, Rapporteur

M. Jean-Louis SAN MARCO est introduit.

M. le Président : M. le Pr. San Marco, je vous souhaite la bienvenue. Je vous remercie d'avoir répondu à notre invitation. Vous aviez d'ailleurs été déjà auditionné par la mission d'information le 15 septembre. Je crois que, depuis cette date, votre réflexion a progressé quant aux leçons à tirer du drame de cet été. Votre nom a été souvent prononcé au sein de cette commission. On a fait référence à l'action que vous aviez menée à Marseille et aux mesures de prévention que vous avez mises en œuvre depuis. Cette action peut sans doute être mise en relation avec le chiffre de personnes décédées dans les Bouches-du-Rhône qui a été inférieur à ce qu'il a été dans des départements voisins. Vous pourrez nous dire quelle appréciation vous avez à ce sujet.

On peut s'interroger sur la manière dont la communication a fonctionné lors de la crise de cet été. Suite à l'audition d'un journaliste du Parisien, on sait que vous avez appris, de votre lieu de vacances, la situation que nous vivions en France et que vous avez appelé la rédaction de ce journal pour faire part de vos craintes. Vous aviez déjà formulé un certain nombre de recommandations plusieurs semaines auparavant dans les Bouches-du-Rhône, à Marseille et votre message n'avait pas alors été relayé. On peut se demander pourquoi vous n'avez pas avisé le ministère dans le même temps, puisque vous avez déclaré dans la presse : « *Nous sommes face à un drame humain et une hécatombe sans doute jamais vus en France et pourtant règne l'impression d'un silence radio, cela me donne envie de hurler*. »

Sans provocation excessive, pourquoi n'avez-vous pas éprouvé le besoin d'aviser les pouvoirs publics qui auraient peut-être été susceptibles de prendre conscience du fait qu'il était réellement en train de se passer des choses assez extraordinaires ?

Par ailleurs, il sera aussi intéressant que vous nous disiez ce qu'il vous semble nécessaire de mettre en œuvre pour éviter de se retrouver dans des situations semblables.

M. le Président lui rappelle que les dispositions législatives relatives aux commissions d'enquête lui ont été communiquées. A l'invitation du Président, M. San Marco prête serment.

M. Jean-Louis SAN MARCO : Avant de répondre précisément à vos questions, je voudrais insister en quelques mots sur deux points.

Pourquoi cette crise a-t-elle donné cette impression de mauvaise gestion ?

Quelles sont les propositions que l'on peut envisager pour que, devant une même crise thermique, on n'assiste pas à la même crise sanitaire ?

Il me semble y avoir plusieurs raisons à cette impression de non-gestion qui sont différentes. La première tient à la nature de l'agent causal : la température. La deuxième tient à la nature de la population cible des victimes. La troisième tient aux modalités de l'agression thermique et à la façon dont répond l'organisme. Et la quatrième enfin porte sur la façon dont a été prise en charge la crise.

L'élément essentiel pour la température, c'est qu'elle a une représentation dans notre population et parmi nous tous extrêmement positive. Il suffit d'entendre en ce moment les commentateurs « roucouler » quand ils font leur présentation : « *C'est merveilleux, il fait très chaud en février* ». Demandez aux agriculteurs ce qu'ils en pensent, avec la crainte d'un coup de gel sur des germes. Nous avons donc une représentation très positive de la chaleur. Le grand froid, ce n'est pas la même chose. C'est menaçant et on sait s'en méfier. Cela tue dans la rue, alors que la chaleur est un danger beaucoup plus insidieux. Et personne ne sait à partir de quand elle devient dangereuse. Quand je dis que l'on ne sait pas, les auteurs vont de 25°C de température maximale en Hollande à 41°C à Séville avec une variation forte et des indicateurs qui peuvent être différents.

Le deuxième point essentiel est que les victimes de la chaleur sont des victimes invisibles, quasiment clandestines. D'une part, elles meurent de façon très discrète chez elles ou en institution. D'autre part, elles meurent pour 95 % d'entre elles de mort naturelle. Elles meurent car elles sont vieilles, elles sont malades. Elles ne meurent pas de chaleur, mais parce qu'il fait chaud. On a toujours tendance à insister sur l'autre élément qui est leur âge et leur maladie.

Le troisième élément est que la chaleur ne tue pas tout de suite. Comparativement aux autres agressions climatiques, un incendie, un tremblement de terre ou une inondation où vous avez des cadavres que l'on voit ; là, on ne voit rien. La mort va survenir en plusieurs temps avec une première phase totalement asymptomatique et une deuxième phase clinique qui a ceci de redoutable, c'est que, dès lors qu'elle s'est instaurée, pour bon nombre de patients, ils n'en reviendront pas quoi que l'on fasse. Ils ont déjà des signes cliniques, ils peuvent être entrés dans un processus mortel. Ceci fait que, quand on annonce les morts à cause de ce processus, au jour J, on va être, le jour d'après, démenti par les morts du lendemain qui seront plus nombreux et ceci tout au long de la crise.

Le quatrième élément, ce sont les modalités de la prise en charge. On s'est focalisé sur les malades ou sur les morts. Quand on a en face de nous soit des malades éventuellement atteints très gravement, on ne peut plus les rattraper et c'est une gestion beaucoup trop tardive ; on a eu une attitude beaucoup trop thérapeutique alors qu'il aurait fallu une attitude préventive.

Cet ensemble de causes explique que la sous-déclaration soit la règle. Les Américains considèrent qu'ils ont en moyenne 400 morts par an liés à la chaleur. En France, en 1976, tout le monde se rappelle de l'épisode de canicule qui a entraîné l'impôt sécheresse, mais l'INSERM a publié en septembre 2003 un rapport disant qu'il y a eu 6 000 morts qui sont passés inaperçus. Cela veut dire que ce n'est pas dérisoire. C'est vraiment monstrueux.

Jean-François Mattei, quand il a été auditionné par la mission d'information parlementaire, a annoncé 4 700 morts en 1983. En dehors des 500 morts marseillais, je n'en

avais jamais entendu parler. Ce qui signifie que l'on peut parfaitement passer à côté. Cela me paraît relativement grave.

Maintenant que peut-on faire ? Il faut vous présenter comment on lutte contre la chaleur et voir s'il peut y avoir une réponse technique ou éducative.

On lutte contre la chaleur exclusivement en transpirant. On évacue de la transpiration, elle s'évapore, elle refroidit la peau, le sang, le corps. Un système peut défaillir de deux façons, soit par excès, soit par défaut. Il peut défaillir par excès, c'est le cas de ce qui était la surmortalité des nouveau-nés. Ils ont une faible réserve, ils transpirent un peu, d'un seul coup ils ont trop perdu, on les transforme en étoupe et ils vont mourir desséchés. Cette mortalité a disparu dans notre pays car les mères savent gérer ce problème. On a une difficulté presque identique chez les adultes jeunes qui maintiennent une activité sportive ou professionnelle et qui peuvent donc, du fait de cette thermogenèse exagérée, malgré leur forte réserve, s'effondrer et mourir. On a eu des morts cette fois-ci – on n'a pas eu de morts chez les nouveau-nés et les nourrissons – chez des gens qui ont maintenu une activité professionnelle ou sportive pendant les périodes de chaleur.

En fonction de ceci, comment peut-on lutter ?

Deux réponses : une réponse technique, on empêche la confrontation avec la chaleur par la climatisation ; une réponse éducative, on permet aux gens de faire face à la chaleur.

La réponse technique est la climatisation. Il faut la décliner en fonction de populations qui sont totalement différentes. Une climatisation dans tous les appartements dans un pays pour lequel ce n'est pas la culture générale, – nous ne sommes pas aux Etats-Unis – est difficilement généralisable ; un certain nombre de gens n'en bénéficieront pas.

Par contre, pour les personnes âgées qui sont dans des maisons de retraite, – cela a déjà été fait de façon importante dans notre département et notre région – la grande pièce climatisée permet de passer au frais pendant quelque temps et ainsi de lutter efficacement et de se revigorer avant la prochaine agression.

Pour les personnes adultes mobiles, il faut leur préconiser le passage dans des lieux frais, et il y en a beaucoup. Selon leur préférence, on peut d'abord penser aux grands magasins, mais il y a les églises, les musées, les bibliothèques, de nombreux lieux frais dans lesquels le passage de plusieurs heures est intéressant car il coupe l'agression et permet le repos. Les modifications des horaires de travail telles qu'elles interviennent en Italie ou en Espagne ne sont pas culturellement acceptées en France et là peut-être, dans ces circonstances, faut-il l'envisager. Certaines structures publiques l'ont fait cette année, c'était sans doute une bonne chose.

Ensuite, l'éducation pour permettre aux gens de faire face. Il faut voir que l'agression est totalement différente chez les enfants et les personnes âgées.

Chez les enfants, étant donné qu'ils se dessèchent, il faut les remplir en sachant qu'il n'y a pas de risque. Si on leur donne trop à boire, ils urineront et élimineront sans danger.

Chez les personnes âgées, le risque est totalement différent. Je vous ai dit tout à l'heure qu'il y avait deux modalités de défaillance et je ne vous ai donné que la première. La modalité de défaillance chez les personnes âgées pour les glandes sudoripares comme pour les autres glandes, c'est une relative dégradation du système glandulaire. Elles vont se mettre en train, pour une stimulation plus forte, moins vite, moins longtemps, la sécrétion sera moins importante, la transpiration chez la personne âgée s'effondrera plus rapidement et elle aura besoin de plus longtemps pour se reposer. S'il n'y a pas de nuit de repos, le deuxième jour, elle sera encore plus fragilisée. Si la deuxième nuit est chaude, à partir du troisième jour, les personnes âgées vont commencer à mourir. C'est dire que ce n'est pas du tout le même danger, les mêmes modalités et les mêmes prises en charge. Si on les fait boire de façon excessive, on risque de les braquer car elles n'ont pas soif, de les faire vomir, elles sont très fragiles. Plus elles sont âgées, plus elles sont fragiles. Le système digestif, le système circulatoire, le système rénal sont très fragiles et, de ce fait, on risque de créer des accidents thérapeutiques. *A contrario*, étant donné qu'elles ne transpirent pas, il faut leur mouiller la peau, les avant-bras, le visage avec des linges ou un brumisateur. Cette possibilité est facile chez les sujets autonomes, mais chronophage et très lourde en termes d'activité professionnelle chez les sujets qui ne sont pas autonomes ; il faut savoir que cela coûte cher en temps de personnel soignant. Rien n'empêche, par contre, de croiser les deux méthodes chaque fois que l'on peut le faire.

Il existe une méthode de substitution : c'est le refroidissement. Dans nos régions, on a l'habitude, par exemple, de mouiller la véranda, de fermer les fenêtres au soleil et d'avoir une espèce de rotation pour maintenir autant que possible la température dans des conditions vivables ou, en tout cas, moins dangereuses qu'elles ne le sont. Cela demande d'envisager un message. Mais il faut prendre cela très en amont, car un message instantané pendant une crise peut n'avoir aucun effet.

Par ailleurs, le message pourra être techniquement parfait, justifié sur le plan physiologique, correct sur le plan communication mais il faut que la population qui le reçoit ait les éléments qui le rendent crédible. Sinon, il ne sert à rien. C'est toute la différence avec ce que j'ai pu faire à Marseille. En effet, en 1983, nous avons été confrontés à cette canicule, nous avons eu des morts et, « culturellement », ils ne s'étaient pas défendus. On a eu 500 morts pendant cette période, à peu près 400 pendant la canicule et une centaine d'une mort secondaire après. Tout ce que l'on a pu faire cet été – et notamment les messages que l'on a pu lancer –vient de ce que l'on avait compris le problème, on l'avait enregistré et la population à laquelle on s'adressait le gardait dans sa mémoire et pouvait nous entendre.

Nous avons commencé nos messages fin juin et début juillet, comme vous l'avez dit, d'abord avec l'assistance publique de Marseille, ensuite avec la municipalité. Nous n'avons pas été repris sur le plan national mais c'est un peu normal, car le problème était à ce moment-là purement loco-régional et les loco-régionaux l'ont repris partiellement, plus ou moins bien. Les critiques que j'ai formulées sur la reprise tenaient à ce que le message n'était pas complet. Il était meilleur sur le plan de la déshydratation que sur le plan de la chaleur car, dans notre représentation, on assimile plus chaleur et déshydratation que coup de chaleur par inefficacité de la transpiration.

Je reviendrai sur l'exemple de Chicago qui me permettra de faire bien comprendre ce que je veux dire. La vague de chaleur de 1999 a été parfaitement gérée car la ville en avait été victime quatre ans plus tôt avec 700 morts en quatre jours. Ils ont été parfaits, ils ont réduit la surmortalité attendue d'un facteur 2. On peut faire mieux encore, mais ils l'ont réduite. A 450 kilomètres au sud-est de Chicago – le Missouri est contigu à l'Illinois – vous avez Saint-Louis qui, 15 ans avant, avait été aussi victime d'une vague de chaleur qui avait fait plusieurs centaines de morts. Il n'y a pas eu à Chicago la moindre alerte car cela s'était passé à Saint-Louis, ce n'était pas leur problème. C'est un élément absolument fondamental.

Vous me demandez pourquoi j'ai hurlé. Je croyais, dans ma naïve candeur, comme un certain nombre de gens, que nous étions, à Marseille, les seuls exposés comme on l'avait été auparavant. Mais, en surfant sur le Web, j'ai réalisé qu'il y avait des températures attendues à 7 jours qui étaient sur le plan national équivalentes à ce que nous allions subir nous, j'ai donc essayé d'alerter. Il faut être reconnu, ce n'était pas mon cas – j'entends sur le plan national. J'ai essayé de passer par l'INPES, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, dont ce n'est pas la mission mais, étant donné que je préside le conseil d'administration, j'ai alerté le directeur général à qui j'ai dit : « *Il se passe sur le plan national ce que nous avons vécu à Marseille, essayez de voir ce que l'on peut faire* ». Il m'a fallu le convaincre. Je lui avais envoyé un article pour montrer l'efficacité au moins relative des actions que l'on avait menées sur le plan marseillais. Il a transmis ou fait transmettre une demande car le contact entre l'INPES et la DGS passe par les structures de communication. La responsable de la communication chez nous a donc appelé son homologue à la DGS qui lui a répondu qu'il n'y avait pas de problème, qu'ils savaient faire. Cela m'a un peu énervé. J'avais réussi à faire passer un message à une population susceptible de l'entendre alors que pour une population nouvelle, il n'y avait pas d'écho.

J'ai pensé à appeler Jean-François Mattei car nous avons une complicité locale de médecins, nous avons été médecins au même hôpital, lui est pédiatre et moi médecin d'adultes. Le communiqué de la DGS, formellement, était nul. Sur le fond, il était correct, il n'y avait aucun problème, tous les mots y étaient. Mais ce n'était pas un message de combat, de lutte disant : « *on se redresse les manches, il y a un danger, on va se battre* ». Je me suis donc dit que j'allais passer par la presse.

J'étais en vacances en Italie, mais je me tenais au courant en permanence de ce qui se produisait. Avant d'avoir le journaliste du Parisien qui avait sorti un papier, je suis tombé sur un certain nombre de répondeurs car les journalistes aussi étaient en vacances. Ou alors, je suis tombé sur des gens qui m'ont dit : « *Je n'en ai rien à faire*. »

M. le Président : On n'a pas la liste des journalistes en question ?

M. Jean-Louis SAN MARCO : Je ne me souviens pas de leur nom. Ai-je eu tort ou pas de ne pas appeler Jean-François Mattei, je n'en sais rien. Ai-je eu tort de ne pas appeler d'autres personnes susceptibles de relayer mon message, c'est une question qui me taraude, mais j'avais tellement l'impression que la structure administrative voyait cela tranquillement. En outre, je savais que mon message était difficilement audible, pour les raisons que j'ai dites. J'ai donc essayé de passer par la voie de la presse. J'ai réussi enfin à joindre le Parisien après plusieurs jours. Ma communication a dû avoir lieu le samedi, je ne me souviens plus très bien du jour.

M. le Président : L'article du Parisien était le samedi 9.

M. Jean-Louis SAN MARCO : Donc, c'était la veille au soir. Je ne me souviens plus. J'avais commencé à lancer cette alerte vers le 4. Quand vous avez quelque chose à dire et que vous n'êtes pas entendu, cela donne envie de hurler. C'est quelque chose que je regrette beaucoup car nous avions collectivement vécu en 1976 cette mortalité. Si l'alerte avait été donnée en 1976, on n'aurait sans doute sauvé personne mais on aurait pu créer les conditions pour que 1983 soit moins mortel. En 2003, on avait les expériences de 1976 ratées, de 1983 partiellement ou majoritairement ratées. On aurait pu à cause de ces deux expériences faire quelque chose de bien.

Le premier élément, c'est la mauvaise communication. Les gens n'ont pas cru au phénomène, mais pouvaient-ils les uns et les autres croire à quelque chose auquel ils n'avaient pas été confrontés ? Je pense que la première fois, on rate toujours. En 1983, quand on a été confrontés au problème, pendant 15 jours, on a essayé de faire des messages. Il a fallu violer la résistance de FR 3, mais je n'ai pas réussi avec la DDASS qui m'a conseillé d'aller faire une prière à Notre Dame de la Garde. Le médecin m'a dit : « *C'est une économie car les vieux meurent et cela va s'arrêter au premier mistral. Si vous êtes tellement énervé, allez donc faire une prière à Notre Dame de la Garde*. »

Vous comprenez pourquoi cette accumulation de tentatives, alors qu'on a un message important à faire passer, vous donne une véhémence peut-être un peu abusive.

M. le Président : Vous qui avez travaillé sur ces questions, comment expliquez-vous le fait que la relation effets des températures extrêmes et santé publique n'ait jamais été identifiée jusqu'alors dans les différents travaux qui ont été menés, y compris dans la période récente pour la préparation du projet de loi de santé publique ? La DGS qui avait préparé le texte et les responsables de l'INSERM nous ont dit que cela n'avait jamais été évoqué ni pris en compte comme axe de recherche, ni comme élément politique de santé publique préventive à mettre en œuvre.

M. Jean-Louis SAN MARCO : J'ai lu les comptes rendus de ces auditions. Un des intervenants m'a mis nominalement en cause en disant que je ne l'avais pas prévenu. C'est tout à fait exact à un détail près, je n'ai ni participé ni été convoqué à ces groupes de travail.

M. le Président : Dans les travaux de recherche, les communications dont vous avez eu connaissance, jamais ce sujet n'avait été évoqué ?

M. Jean-Louis SAN MARCO : En France, non. J'ai le souvenir d'une communication à l'ADEF, l'Association des épidémiologistes de langue française. Mais la discussion n'avait porté que sur des détails techniques. C'était une chose qui pouvait toucher les marseillais, mais bien entendu que les marseillais.

M. le Président : Il ne pouvait faire chaud qu'à Marseille !

M. Jean-Louis SAN MARCO : Cela correspond au problème du déni de 1976 car il faut appeler cela un déni : 6 000 morts ont été enregistrés.

M. le Président : Je peux même vous indiquer que l'on a retrouvé des articles de presse qui le disent. Tout le monde les avait oubliés.

M. Jean-Louis SAN MARCO : J'ai retrouvé quatre articles de presse, mais peu importants. Ce n'était pas une alerte. Le rapport de l'INSERM annonçait – il y a eu un petit rapport en octobre 1976 – des travaux ultérieurs et faisait état d'une augmentation jusqu'à 25 % de mortalité dans certains départements, mais le problème traité était essentiellement le sujet des causalités de cette mortalité : pathologies cardiovasculaires, respiratoires, etc.

Je reviens encore sur l'exemple de Chicago, ils ont été merveilleux en 1999, ils avaient été nuls en 1995 car ils n'avaient pas tenu compte de Saint-Louis en 1980.

M. le Rapporteur : Je voudrais revenir sur l'effet cumulatif que vous avez évoqué. Les difficultés de la deuxième nuit viennent s'ajouter à celles de la première qui ne disparaissent donc pas au cours du deuxième jour. Pourriez-vous aller un petit peu plus loin dans cette description ?

La deuxième question est en rapport avec celle-là. Pourriez-vous nous décrire ce processus d'hyperthermie ?

La troisième question est un peu du même ordre. On imagine assez bien qu'il peut y avoir des chocs thérapeutiques. Les gens sont soignés mais il y a sans doute des incompatibilités fortes – je ne sais pas s'il y a eu des études dans ce domaine, on n'en a pas beaucoup trouvées – entre une très grande chaleur et certaines thérapies. On nous a cité en particulier pour les parkinsoniens la difficulté de concilier à la fois une très grande chaleur et les médicaments qui leur sont donnés.

M. Jean-Louis SAN MARCO : Je vais essayer de répondre dans l'ordre. L'effet cumulatif tient essentiellement au fait que nous sommes tous capables de transpirer pendant un certain temps, pendant un certain nombre d'heures et éventuellement de façon très abondante. Un coureur du Tour de France qui monte un pic peut transpirer six litres d'eau, donc, il a besoin de se réhydrater en permanence, sinon les accidents qu'il peut avoir sont assez dramatiques.

Nous avons tous besoin d'une phase de récupération, qui peut être plus ou moins brève. L'acclimatation se traduit par le raccourcissement de la phase nécessaire pour résister à une deuxième agression.

Les personnes âgées ont une phase réfractaire plus longue. Ce n'est pas propre aux glandes sudoripares. Toutes nos glandes au fur et à mesure que l'on prend de l'âge ont une capacité de réaction moins forte et une nécessité de récupération plus longue. C'est banal. Si l'on accumule les difficultés et si l'on ne donne pas le temps de la récupération – c'est-à-dire une nuit fraîche – on ne se rétablit pas.

A Marseille en 1983, nous avons naïvement pensé que nous étions les seuls touchés. A Orange, il avait fait aussi chaud que chez nous, c'est-à-dire 40°6 C dans la journée, mais ils n'ont pas noté de surmortalité car les nuits étaient fraîches à 17° C à cause d'un vent coulis qui descendait la vallée du Rhône. A Saint-Raphaël, il y avait des températures identiques maximales diurnes, mais là aussi des nuits fraîches. Ce qui a entraîné la mortalité, ce n'est pas la température maximale, mais le non-repos nocturne.

Pour les personnes âgées, la capacité de réponse aux agressions climatiques décroît régulièrement et devient quasi inexistante au bout de plusieurs jours s'il n'y a pas eu de repos nocturne.

Sur l'hyperthermie, excusez-moi, je vais faire le professeur. L'homéothermie est un processus extrêmement fragile qui nous donne la possibilité de vivre dans n'importe quelle température et d'avoir un système qui nous permet de garder une autonomie et une température centrale identique, laquelle est la résultante de la thermogenèse, fabrication de température par le moteur humain, et la thermolyse qui empêche cette température de s'emballer. C'est entre 36°1 C et 37°8 C que les centres nerveux peuvent vivre correctement. Quand on fait baisser la fièvre brutalement chez un patient septicémique ou fiévreux, c'est pour protéger ses centres nerveux. Plusieurs jours de température vont entraîner des dégradations irréparables.

Comment cela passe-t-il ? A température ambiante, nous déversons notre chaleur par convection. Cela se fait de façon passive. Si la température monte, il va y avoir un premier système d'adaptation vasodilatation périphérique, vasoconstriction splanchnique centrale de telle façon que le sang soit plus disponible pour passer en périphérie, accélération du rythme cardiaque, augmentation du volume d'éjection, donc, un débit cardiaque augmenté. C'est essentiellement pour permettre à la périphérie de donner cette transpiration et cette évacuation.

Les personnes âgées vont avoir des centres nerveux qui finissent par être lésés. A partir de quelques jours, on a des signes cliniques, la peau devient sèche, le sujet est agonique, atone. On peut en récupérer un certain nombre, mais d'autres vont mourir soit instantanément, soit – et c'était ce qui nous avait tellement bouleversés à Marseille quand on avait été confrontés à cela – ceux que l'on a récupérés, que l'on a réhydratés, rééquilibrés au niveau de leur coagulation, parfaits sur le plan biologique font trois semaines plus tard ce que les médecins appellent un syndrome de glissement et se laissent aller car ils ont eu des liaisons cérébrales irréversibles.

Maintenant pour répondre à votre troisième question, il y a les incompatibilités médicamenteuses maladives d'une part et thérapeutiques d'autre part. Il s'agit de certaines maladies, en particulier du système nerveux central et au premier chef celle de Parkinson, mais on peut évoquer plus généralement tous les traitements neuroleptiques ou psychotropes à doses importantes, qui donnent une incapacité d'adaptation instantanée des centres nerveux, hypothalamiques en particulier – ceux qui règlent la température – et de ce fait fragilisent encore plus ce que je vous avais décrit comme la faiblesse due simplement à l'âge. En plus des neuroleptiques, il y a les diurétiques. Là-dessus, très honnêtement, j'ai essayé de refaire la bibliographie. Ce n'est pas nul, mais je n'ai pas vu un corpus solide qui permette de constituer un message et de pouvoir le donner.

M. le Rapporteur : Je voudrais revenir sur un point. Y a-t-il une température vraiment critique ? On nous a dit 41°C. Je pensais, lorsque le corps humain avait atteint cette température, que c'était irréparable.

M. Jean-Louis SAN MARCO : Quand le corps humain dépasse une température de 40°6 – une traduction en Celsius d'une température en Fahrenheit – et qu'il n'y a pas de cause, c'est la définition officielle de la mort de chaleur. Température rectale égale ou supérieure à 40°6 C, pas d'autre cause de mortalité et exposition à une température chaude. 41°C n'est pas en soi une température mortelle. Lorsqu'une température monte à 41°C et qu'elle redescend, ce n'est pas mortel. C'est quand elle y reste qu'elle le devient. Là,

personne ne sait dans quels délais. Il y a très peu d'études. Toute la littérature que j'ai pu trouver est descriptive. Le seul cas pratique, ce sont ces personnes à autonomie faible dans des lieux déshérités à Chicago que l'on a mis dans des lieux frais pour leur permettre de survivre à la vague de chaleur de 1999.

M. Serge BLISKO : Vous avez cité des expériences comme Saint-Louis pour comprendre la deuxième fois et au moins pour prévenir. Que se passe-t-il dans certains pays très peu tempérés, je pense aux pays intertropicaux où les jours très chauds succèdent aux nuits très chaudes ? A-t-on de la bibliographie, des observations de médecins ? Comment régule-t-on les personnes âgées africaines ?

M. Dominique PAILLE : Je voudrais que vous nous donniez quelques précisions sur le passage en rafraîchissement notamment des personnes âgées. Je voudrais savoir *grosso modo* quelle est la température idéale pour ce rafraîchissement et combien de temps il faut qu'ils y soient soumis.

Vous avez dit que nous sommes en France incapables d'intégrer cette dimension caniculaire notamment dans les rythmes de travail alors que les Espagnols, les Italiens modifient les horaires lorsqu'il y a une chaleur forte. Il me semble d'ailleurs qu'au nord, les anglais notamment et la fonction publique anglaise s'arrêtent de travailler lorsque, dans les bureaux, on atteint une certaine température. Sans vouloir rentrer dans une réglementation outrancière du travail, ne seriez-vous pas favorable à une modulation des horaires en période de chaleur ? Ne faut-il pas prendre cela en compte dans les propositions que nous pourrions faire ou les orientations que nous pourrions donner ?

M. le Président : Toutes les propositions seront les bienvenues et nous en débattrons le 25 février.

M. Dominique PAILLE : A la suite de cette canicule, les spécialistes du sujet dont vous êtes se sont-ils réunis, ont-ils commencé à essayer d'établir un certain nombre de choses sur les conséquences de cette canicule et l'action préventive à mettre en œuvre ?

M. Edouard LANDRAIN : J'ai été très impressionné par ce que vous nous avez dit. A la suite de votre analyse des problèmes de Marseille de 1976 et 1983, ou des événements de Chicago et Saint-Louis, avez-vous publié en mettant en garde ? L'éventuelle publication a-t-elle été remise au ministère ? A votre connaissance, le ministère en aurait-il tenu compte à l'époque, envisageant peut-être un plan grande chaleur, un plan canicule comme certains le disent ou, au contraire, avez-vous eu l'impression que ça aurait été lettre morte si j'ose dire ?

Avez-vous des préconisations à faire en matière d'architecture pour les maisons pour personnes âgées, éventuellement les hôpitaux en matière de climatisation ?

M. Jean-Marie ROLLAND : M. San Marco, lorsque vous êtes venu nous voir au mois de septembre, on vous avait interrogé sur les différences de surmortalité entre régions. Vous avez évoqué tout à l'heure quelques éléments à prendre en compte comme l'influence bénéfique des courants d'air, du vent. J'ai bien compris que, depuis lors, vous aviez poursuivi vos réflexions. Avez-vous le sentiment qu'il y a une sensibilité différente des individus à la chaleur ? Joue-t-elle ?

Vous avez parlé de l'influence de l'architecture et mon voisin vous a reposé la question. Avez-vous le sentiment que, dans certaines régions où elle est plus adaptée, la surmortalité a été moindre ?

Vous avez expliqué brillamment et clairement le problème de l'homéothermie. Est-ce une notion récente, connue de l'ensemble de la communauté scientifique ? Nous avons entendus, lors de ces auditions, des médecins nous expliquer qu'ils avaient été un peu démunis sur la façon d'intervenir. J'ai le sentiment en vous écoutant que l'on pouvait comprendre que, lorsqu'une certaine température était dépassée, c'était fini.

M. Gérard BAPT : Pensez-vous qu'il s'est agi cet été d'une catastrophe naturelle ou sanitaire ?

Le diagnostic d'hyperthermie est peut-être un diagnostic difficile quand on n'a jamais rencontré de cas d'hyperthermie, mais il a quand même été fait rapidement puisqu'à l'AP-HP, le 8 août, on dénombrait 140 cas étiquetés d'hyperthermie. Il aurait donc pu être fait dans toutes les institutions et les hôpitaux sur le territoire.

A Marseille, chaque été, je sais qu'avec le laboratoire de santé publique, vous donnez des conseils et alertez sur les épisodes de chaleur et cela a été le cas en juillet sur les dangers éventuels pour les personnes fragiles. Avez-vous pu donner, cette année, une alerte plus particulière ou plus précise que ce que vous faites généralement en cas de grosse chaleur estivale ? On lit votre interview dans le Parisien du 11 août et vous paraissez terriblement inquiet, mais cette inquiétude à l'évidence jusqu'au 13 août n'est pas partagée par les institutions sanitaires dans les ministères compétents. Avez-vous pu, à Marseille, sensibiliser les administrations sanitaires locales ? J'ai examiné les chiffres de surmortalité pendant la phase de canicule dans le département des Bouches-du-Rhône et celui des Alpes-Maritimes. J'hésite à en tirer quelque conclusion que ce soit car, s'il y a une énorme différence entre la surmortalité hospitalière où elle est très nettement moindre sur Marseille que sur Nice, cela va du rapport de 1 à 4 ; par contre, sur les maisons de retraite, le domicile, pour toutes les catégories d'âge, elle n'apparaît pas très significative. Avez-vous analysé ces différences eu égard aux efforts particuliers que vous faites sur le bassin de vie de Marseille ?

M. le Rapporteur : Les statistiques pour les Bouches-du-Rhône, que nous avons, montrent effectivement une stabilité de la mortalité dans les hôpitaux puisque l'on est sur 215 décès en 2000-2002, et on passe à 218 en 2003, donc, quasi stabilité. En revanche, il y a quasiment une multiplication par deux des décès à domicile, on passe de 202 à 400, ainsi que dans les maisons de retraite où l'on passe de 43 à 84. On sait, par ailleurs, que dans les hôpitaux beaucoup de personnes viennent de maisons de retraite. Que penser de cette augmentation de mortalité forte sur les maisons de retraite ?

M. Georges COLOMBIER : Le relatif attentisme des médias par rapport au message que vous souhaitiez faire passer démontrent bien que notre société s'était – je vais dire « s'était » car je souhaite que cela change – désintéressée ou éloignée de ses aînés, donc, de nos anciens.

Si les victimes avaient été des enfants, pensez-vous que la réaction de la société aurait été la même ?

M. Jean-Louis SAN MARCO : Les zones intertropicales, les africains et leur façon de se défendre. Pratiquement aucune étude n'a été faite là-dessus, pire que cela, les publications qui ont été réalisées concernent essentiellement les armées coloniales. On part du principe que les gens se protègent mieux, s'acclimatent et c'est vrai. Il y a toute une série d'éléments culturels. Il y a, par exemple, la façon de s'habiller d'un touareg qui n'a rien à voir avec celle d'un occidental torse nu et en maillot qui s'expose de façon beaucoup plus grave alors que l'autre se protège, garde son eau car il vit dans son humidité. Ce ne sont pas des rapports scientifiques.

Sur le temps nécessaire pour la récupération des personnes âgées et la température idéale, l'expérience partielle que nous avons pu vivre dans les Bouches-du-Rhône n'est pas fonction d'un objectif, mais a été essentiellement faite sous la contrainte. Je veux dire par là que les maisons de retraite qui ont joué le jeu et qui ont généralisé l'eau gélifiée pour éviter les vomissements et la rotation dans les salles réfrigérées, l'ont fait en fonction du nombre de gens et du volume disponible. Ils ont divisé la surface par le nombre et ils ont fait ce qu'ils pouvaient dans ces conditions. En plus, ils l'ont fait en fonction des heures ouvrables. Cela ne se fait pas la nuit. C'est beaucoup plus la contrainte qui nous a guidés que la nécessité pour laquelle on n'a pas de référence scientifique correcte. Je n'ai pas d'élément normatif.

On a essayé de voir quel était le point de sous-mortalité lié à la température. Une étude absolument passionnante analyse l'ensemble de l'Europe depuis l'Islande jusqu'à la Grèce. La courbe est toujours la même. C'est une courbe en pipe avec une surmortalité légère pour les très faibles températures, une décroissance lente jusqu'à un point optimal et une remontée sans rupture et sans cassure mais avec, au bout du compte, une montée beaucoup plus rapide que de l'autre côté. Toutes les courbes sont rigoureusement identiques à un détail près, la zone basse est totalement différente. En Islande, elle est entre 13 et 16. A Athènes, elle est entre 26 et 28. Tous les autres pays s'étalent comme cela. Donc, il y a une adaptation qu'elle soit culturelle, architecturale. Les rues de Marseille sont faites pour se protéger du vent et du soleil. Elles sont étroites, ce qui rend la circulation particulièrement difficile, mais on se protége. La généralisation actuelle des baies vitrées dans les constructions est une catastrophe. La vieille architecture traditionnelle était faite pour se protéger contre cela et elle a disparu en grande partie.

Prenons l'exemple de l'Espagne ou de l'Italie. Quand on fait des courses au mois d'août en Italie à 4 heures de l'après-midi, on reconnaît soit un fou, soit un français. Nous sommes les seuls à circuler à ces heures-là. Les magasins réouvrent à 17 heures. En France, on a une structure qui fait que, de Lille à Marseille, on fonctionne rigoureusement de la même façon alors que l'on n'est pas soumis aux mêmes agressions. L'éloge de la sieste, c'est bien pour ces fainéants de méditerranéens, mais pas pour nous gens sérieux qui travaillons. Excusez-moi, je pousse jusqu'à la caricature la représentation culturelle.

M. Gérard BAPT : Vous seriez pour une modulation de ces horaires ?

M. Jean-Louis SAN MARCO : Ce serait une bonne chose. Cela n'a rien d'original et un certain nombre d'établissements publics ont modifié leurs heures d'ouverture et de fermeture pour essayer de s'adapter à la chaleur. Cela a été fait dans plusieurs municipalités dans différentes régions françaises.

M. Dominique PAILLE : Je vous demandais si vous aviez renforcé les liens avec vos collègues pour essayer de tirer des enseignements.

M. Jean-Louis SAN MARCO : On a vécu une malheureuse expérience à Marseille en 1983. Notre population qui déjà a vécu cet épisode a été capable de s'adapter. On sentait une complicité entre eux et nous, à tel point qu'un certain nombre de personnes âgées que j'ai rencontrées pendant la canicule de 2003 m'ont dit : « *Ce ne sont pas vos messages qui nous ont fait réagir, j'ai toujours fait cela.* » Je l'ai ressenti comme une victoire. Ils s'étaient totalement appropriés notre message qui n'a rien d'original et ils avaient retrouvé des sagesses que l'on a eues longtemps quand on n'avait pas la climatisation pour se protéger contre la chaleur : le mouchoir mouillé des vieillards provençaux était quelque chose de relativement traditionnel, qui avait complètement disparu. Il n'y a pas eu de mobilisation du reste de la population française car elle ne savait pas. J'ai peur de préciser que cette expérience, quand elle n'est pas vécue, est incommunicable.

M. Dominique PAILLE : Ce n'était pas tout à fait le sens de ma question. Je voudrais savoir si, à la suite de cette canicule, les représentants de la communauté scientifique, dont vous êtes, se sont réunis pour essayer d'en tirer médicalement parlant une sorte de *vade mecum* à destination de la population.

M. Jean-Louis SAN MARCO : En ce moment, c'est monstrueux, il y a des travaux tous azimuts. Le centre de météorologie travaille. L'InVS tente d'élaborer un indicateur spécifique pour corréler menace thermique et risque de mortalité. Il travaille sur quatre indicateurs potentiels tellement c'est peu évident. L'IGAS vient de présenter un rapport qui analyse huit départements. L'InVS a déclenché pour notre région une étude spécifique pour essayer de voir pourquoi il y a une sous-mortalité dans le département des Bouches-du-Rhône par rapport aux départements voisins. Donc, il y a des actions et je ne vous cite que celles que je connais.

Nous avons, dans mon laboratoire, monté un travail avec double polarité : amélioration de nos messages à venir et analyse de ce qui s'était passé avec bien entendu des épidémiologistes, mais surtout des sociologues et des anthropologues pour savoir quelle est la représentation de la chaleur et de la protection telle qu'elle est vécue en réalité et pas au niveau de notre message.

M. Dominique PAILLE : Pour rebondir sur la question de notre Rapporteur, étudie-t-on l'incompatibilité de traitements médicaux lorsqu'il y a des situations de canicule ?

M. Serge BLISKO : Il faudra faire diffuser les conclusions et les préconisations à l'ensemble des généralistes hospitaliers.

M. Jean-Louis SAN MARCO : Il y a des études au sein de l'InVS. Je pense qu'il y a une étude à l'INSERM, mais je ne peux pas vous donner de réponse.

M. Serge BLISKO : La question que posait notre collègue Colombier est très intéressante dans la mesure où je remarque quand même, aussi bien en tant que citoyen qu'en tant que médecin, que pour le coup de chaleur du nourrisson, l'hyperthermie du nourrisson depuis 20 ou 30 ans, en France, il n'y a pas un pédiatre, une infirmière de PMI, un journal féminin ou une mère de famille qui ne sache pas le geste à faire : donner un bain à l'enfant dès qu'il a atteint un certain seuil de température. On peut demander à tout le monde, homme et

femme, tout le monde sait cela. Cela prouve que cela a bien fonctionné. Pour les personnes âgées, on en est loin.

M. le Rapporteur : Je voudrais revenir sur les incompatibilités médicamenteuses. Dans toutes les informations que vous avez pu avoir, est-ce un élément qui est apparu souvent ?

Lorsque les médicaments sont mis sur le marché, y a-t-il dans les tests, les essais quelque chose sur l'incompatibilité avec des fortes chaleurs ? Dans les notices d'emploi, y a-t-il quelque chose ? Apparemment, non. Il y en a sur la conservation mais pas sur l'incompatibilité avec la chaleur. Il faudrait que l'on ait des programmes de recherche dans ce domaine.

M. le Président : Je vous incite, M. le Rapporteur, à prendre contact avec le directeur de l'AFSSAPS pour échanger avec lui à ce sujet.

M. Jean-Louis SAN MARCO : Je vais vous donner une réponse par analogie. En 1983, lorsque nous avons vu arriver des personnes âgées, nous avons pensé qu'elles n'étaient pas hyperthermiques, ni fébriles, mais infectées puisqu'elles avaient de la fièvre. Il fallait rechercher une explication infectieuse puisqu'il n'y avait pas de possibilité qu'il y ait de coup de chaleur – il n'avait jamais été décrit. Pour les médecins, si ce n'est pas décrit, cela n'existe pas. Nous avons tous été très choqués quand deux des médecins qui avaient participé à une cellule de crise nous ont dit que ce n'était pas une légionellose car tous les tests avaient été faits et étaient revenus négatifs, ce n'était pas une pathologie infectieuse, c'était une épidémie de coup de chaleur. Réponse d'un certain nombre de médecins : « *Ce n'est pas possible car cela n'a jamais été décrit.* » Nous en sommes encore là aujourd'hui. On a un peu changé sur le plan local mais la France, au plan national, se vivait vierge de ce type d'agression.

Je ne suis pas sûr que vous m'auriez écouté au mois de juin. Je ne pouvais pas être audible en dehors du milieu marseillais qui avait conscience de l'événement car il l'avait déjà vécu.

M. le Président : Vous seriez venu à l'assemblée, il n'y aurait eu aucun député présent à votre audition.

M. Jean-Louis SAN MARCO : Bien évidemment et ce n'est pas un reproche. On ne peut pas imaginer un danger. C'est inconcevable. La grosse critique que l'on peut faire, c'est celle du déni de 1976. A mon sens, quelque chose ne s'est pas bien passé. Il y a quelque chose que l'on peut, collectivement, se reprocher. Même chose pour 1983. Les 4 700 morts, je ne sais pas où ils sont morts.

Cela va nous permettre de répondre sur les publications. On ne voulait pas publier simplement l'épisode. On a attendu d'avoir les premiers effets. Quand on a commencé à proposer de refroidir les personnes âgées très en amont en leur mouillant leur peau, on n'avait aucune référence bibliographique.

On a travaillé sur une cohérence entre la logique, la physiologie et la clinique, mais on n'avait pas de preuve. Dès que l'on a eu trois ans d'expérience avec quelques vagues car les vagues surviennent quand elles peuvent, on a commencé à parler. Quand on a eu cinq ans d'étude, on a commencé à travailler de façon plus constructive et on a publié

notre premier rapport dans une revue de santé publique en 1992. Le laps de temps s'explique aussi par le fait qu'il a fallu acheter des données. Cela a été la quête aux crédits.

Pour répondre et continuer sur le ministère, le plan blanc : non, pour les mêmes raisons, la France entière a vécu dans l'ignorance de ce type de problème comme l'avait vécu notre ville jusqu'en 1983.

Les préconisations architecturales sont nécessaires, mais très honnêtement ce n'est pas demain matin que l'on va pouvoir obtenir quelque chose. Le conseil général de notre département prétend, mais je n'ai pas de preuve, avoir intégré, pas à cause de nous, mais à cause d'une référence locale, des structures architecturales spécifiques qui permettent aux maisons de retraite de notre département d'être moins caniculaires dans leur intérieur. Je n'ai pas d'autre référence à vous donner.

Quant aux différences régionales, il faut les mesurer aujourd'hui encore avec la plus grande prudence. A Marseille, il a fait moins chaud qu'à Paris et, en 2003, il a fait moins chaud qu'en 1983. Par contre, à Aix, où il n'y a pas eu plus de surmortalité, la moyenne des températures a toujours été de 4° supérieure à celle de Marseille. Il n'y a pas eu de surmortalité. La maire d'Aix m'explique que c'est à cause de la bonne organisation de sa structure de soins et du lien entre les structures sanitaires et sociales. Je l'en ai félicitée.

Les femmes sont plus touchées que les hommes à âge égal par la chaleur. La courbe commence à monter chez elles à partir de 65 ans. Le même risque apparaît chez les hommes statistiquement autour de 75 ans. Il y a eu une mortalité bien avant car il y a une susceptibilité individuelle qui peut être associée à une pathologie reconnue ou méconnue. Je vous rappelle que la moitié des diabétiques ne sont pas soignés. On peut multiplier les exemples. Donc, il y a la pathologie connue, renforcée éventuellement par des traitements qui ont leur propre dangerosité et il y a la pathologie méconnue qui peut fragiliser. On a eu une surmortalité dans la tranche 40-60 ans pour laquelle on n'a pas encore réussi à rassembler une documentation. Une des hypothèses serait que ce serait un marqueur de pauvreté et l'on est en train de travailler sur le lien mortalité plus précoce et catégorie socioprofessionnelle.

Un autre travail sur lequel on voudrait avancer, c'est le lien mortalité chez les jeunes et mort violente. Toutes les morts violentes ont été éliminées des mesures. Or, n'y a-t-il pas eu des morts violentes tout simplement parce que non seulement notre corps a souffert, mais que notre psychisme a souffert ?

A Marseille, on a l'habitude d'avoir des temps chauds durant lesquels il faut faire encore plus attention quand on circule, un geste maladroit peut très vite dégénérer. L'agressivité est peut-être un facteur, mais c'est une hypothèse, on n'a pas encore les chiffres. Et on ne sait pas quel est le seuil de dangerosité.

Sur les incompatibilités, on sait que deux familles sont dangereuses. Il faut se méfier des neuroleptiques, des psychotropes d'un côté et des diurétiques de l'autre côté. Ce ne sont sûrement pas les seuls, mais je n'ai pas trouvé personnellement d'analyse scientifique qui permette d'avoir une argumentation sur le sujet scientifique.

Si l'on fait un meilleur diagnostic de l'hyperthermie, au lieu de sauver un malade sur deux, on en sauvera deux sur trois, mais si l'on veut empêcher la mortalité, ce n'est pas à ce niveau qu'il faut se positionner, c'est sur les conditions de danger et bien en amont. On ne refroidit pas une personne âgée de la même façon qu'on la maintient fraîche. Si on la maintient fraîche, elle va traverser l'été sans le moindre risque. Si on refroidit des personnes âgées, un certain nombre d'entre elles vivront mal le processus et on n'arrivera pas à les rétablir.

Notre culture thérapeutique et exclusivement curatrice n'est pas adaptée au problème.

Le 8 août, on avait déjà une première pique qui s'atténuait, on a eu la deuxième après. Il était de toute façon beaucoup trop tard pour bien des victimes.

On ne fait pas des alertes chaque été. Tous les auteurs s'accordent à dire que, quels que soient les indicateurs reconnus, ministère de la santé des Etats-Unis, l'OMS, etc., ils sont trop élevés. On en a pris un dans un premier temps qui était plus élevé que celui que l'on avait déterminé scientifiquement, mais qui aurait été totalement démonétisé tellement il était répété. 26°C de température en moyenne est quelque chose qui se répète très souvent à Marseille. Donc, on a pris 28°C pour ne pas crier au loup. On est déjà passé pour des « marronniers », j'entends au sens journalistique du terme. Là, on aurait démonétisé complètement notre message.

Les différences entre les départements 06 et 80 ne sont pas vraiment explicables, mais on ne se l'explique pas mieux à Chicago en 1999. C'est pourtant le seul exemple pour lequel il y a une comparaison entre deux vagues de chaleur, ils ont eu certes une réduction de leur mortalité d'un facteur 2, soit 49 %. Ils ont mieux protégé les personnes âgées, il y a eu un rajeunissement des victimes. Ils n'ont toujours pas, cinq ans après, compris pourquoi. Il y a encore des tonnes de choses que l'on ne s'explique pas.

Je voudrais souligner qu'à Marseille on n'a pas eu de surcharge des patients ni aux urgences, ni dans les hôpitaux. Ce qui signifie qu'il n'y a pas eu de gens qui se sont sentis menacés. Il y a eu une augmentation des consultations, mais banales, pas plus que les autres années.

Je ne voudrais surtout pas que vous pensiez que je suis en train de faire cocorico en disant que l'on est géniaux, pas du tout. On a gagné un peu et on n'a sûrement pas gagné partout où l'on pouvait le faire. On doit pouvoir faire beaucoup mieux. Mais quel est l'objectif que l'on veut atteindre ? Veut-on écrêter les prochaines canicules – car il y en aura d'autres ? Les jours chauds, les vagues chaudes se rapprochent. Les vagues de chaleur sont plus fréquentes et on aura d'autres canicules. Je ne sais pas quand, mais il y en aura d'autres. Tous les spécialistes du climat le disent. Notre objectif est-il d'écrêter la surmortalité pour les plus vieux ou bien veut-on permettre à l'ensemble de la population, dont les plus vieux, de vivre un été confortable dans de bonnes conditions et d'avoir pour les aînés le respect que l'on doit avoir, y compris pour les conditions de vie car le rafraîchissement de la peau donne d'abord du confort ?

Je voudrais vous donner un exemple qui n'a rien à voir. Tous les plaisanciers qui traversent la méditerranée ont obligatoirement un après-midi effroyablement chaud car on traverse la mer quand il fait très chaud. Ils ont à bord une douche, un tuyau qui sert dans les jardins pour traiter les insectes et qui permet de maintenir une bonne température simplement pour le confort. Chez les personnes âgées, cela leur sauve la vie. Il faut faire

passer des messages qui permettraient à des adultes de savoir que leurs aînés, leurs proches, leurs vieux sont en danger.

Deux signes tout simples qui ne sont pas des signes cliniques. Vous rentrez chez vous et vous buvez un grand verre d'eau quand il fait chaud. Vous êtes inondé de sueur. On l'a tous vécu. Cela signifie que vous étiez en train de vous dessécher et que votre sudation était en train de s'effondrer. Pour vous, c'est juste inconfortable. Cela devrait donner un signal. On appelle ou on va voir la grand-mère, la tante, le vieux voisin.

Après avoir bu ce verre d'eau, vous vous passez les bras sous l'eau fraîche. Quand on sent un bien être nous envelopper, cela signifie que l'on était en train de « chauffer » et que l'on s'est refroidi. C'est du confort pour nous. Pour notre grand-mère, notre tante ou notre vieux voisin, allons le voir, passons-lui le message.

A Marseille, en août 2003, on a lancé un message qui était à double polarité : attention aux personnes âgées sur les panneaux municipaux et il était doublé d'un message pour les personnes d'âge moyen : « *Vous avez dans votre environnement des personnes âgées, relayez-leur le message.* »

Quel est le regard que nous portons sur nos personnes âgées ? Peut-on considérer la crise que nous venons de vivre comme un révélateur d'un certain nombre de choses : le dysfonctionnement des urgences, l'insuffisance dans le traitement des certificats de décès et plus globalement le regrettable désintérêt de notre société envers les personnes âgées ? Cela peut-il être l'occasion d'avoir un autre regard à cause de ce que nous avons vécu collectivement de ce qu'ils ont vécu et dont ils sont morts ?

M. Gérard BAPT : Sur la question catastrophe naturelle, catastrophe sanitaire, vous avez répondu implicitement ou explicitement : puisqu'on aurait pu mieux faire dans le curatif mais aussi dans le préventif, c'est qu'on ne peut pas parler simplement de catastrophe naturelle. Il s'agit d'une catastrophe sanitaire à l'occasion d'un événement naturel exceptionnel mais qui a pâti d'être mal analysé.

Si j'ai bien compris, vous avez essayé de passer un message, au moment de l'élaboration du projet de loi de santé publique, qui égrène un certain nombre de priorités, il y en avait une centaine, sans mentionner la lutte contre la chaleur.

M. Jean-Louis SAN MARCO : Je n'avais pas été convoqué à ces réunions de préparation de la loi de santé publique tout simplement.

M. Gérard BAPT : Vous aviez quand même sans doute été informé qu'un processus était en cours. Vous ne vous êtes pas inquiété de l'absence de référence à la canicule.

M. Jean-Louis SAN MARCO : Quand j'ai vu le guide des priorités qui en ciblait 100, je me suis dit 101, 102, ce n'est pas la peine, cela ne me paraît pas le bon endroit pour aller se battre. Il y a deux hypothèses. Je ne le fais pas inscrire, je n'ai servi à rien ; je le fais inscrire et je n'ai servi à rien.

M. Gérard BAPT : Le Pr. Besancenot, par exemple, a eu la même réaction que vous ?

M. Jean-Louis SAN MARCO : Je ne sais pas, je ne lui ai pas posé la question.

M. Gérard BAPT : Vous avez dit dans l'article du Parisien du 11 août qu'il n'y avait pas eu de sous-mortalité postérieure à Marseille en 1983. Vous n'aviez pas observé de sous-mortalité, ce qui rejoint d'ailleurs les constatations de l'INSERM sur 1976. La presse ne mentionnait pas non plus de sous-mortalité.

Certains professeurs ont fait valoir qu'après l'épisode de cet été, on allait avoir un épisode de sous-mortalité compensatoire ; il s'agissait pour eux de morts qui avaient été un peu prématurés, des pertes d'espérance de vie ; tout cela au fond allait être lissé dans le temps. Il y avait pourtant Marseille et 1976.

On a quand même quelques interrogations. Un certain nombre de directeurs généraux de la santé publique ou directeurs généraux adjoints ou démissionnés ou démissionnaires, peu importe, ont tous, malgré leurs divergences ponctuelles, tenu un petit peu le même langage qui était quelque part un langage de déni en disant que ce n'était pas prévisible et évitable.

Auriez-vous une réforme à proposer de manière que nos différents laboratoires de santé publique ou nos administrations centrales ou régionales de santé publique puissent être mieux coordonnés ? J'ai la liste de vos travaux. A Marseille, sans remonter à cet article de 1992 auquel vous avez fait allusion, il y a des travaux, des thèses de doctorat en médecine, des travaux de recherche qui ont eu lieu et qui, semble-t-il, sont restés confinés dans votre laboratoire de santé publique. Il devait être petit ou on le considérait comme tel puisque cela n'a même pas éveillé l'attention.

M. Serge BLISKO : Je suis très heureux de votre audition car elle nous a beaucoup éclairés. Vous avez parlé de travaux de recherche que vous aviez commencé à mener dans votre laboratoire en particulier en anthropologie. Je remarque depuis quatre mois, dans la littérature générale ancienne, pas médicale, que l'on mentionne souvent des décès à cause des grandes chaleurs. Je pense que cela a disparu de notre imaginaire. Il me semble qu'au XIXème, XVIIIème, XVIIème siècle, le terme grande chaleur voulait bien dire quelque chose. Etait-ce la canicule, je n'en sais rien ? On lit que telle personne est décédée, n'a pas survécu aux grandes chaleurs.

M. le Président : Il y avait aussi des maladies qui apparaissaient au moment des grandes chaleurs.

M. Serge BLISKO : Je pense que cette mémoire s'est quasiment perdue.

M. Jean-Louis SAN MARCO : On avait retrouvé un jour un article d'un envoyé de la convention qui avait été missionné à Marseille et écrivait à ses mandants pour leur dire que, contrairement à ce qui se passait dans le reste de la France, on mourrait l'été. On a retrouvé des choses, mais qui n'étaient pas des éléments scientifiques. Cette notion générale a complètement disparu.

Il y a beaucoup de dangers dont nous avons cru qu'ils avaient disparu. Nous avons tous été élevés dans l'idée que le danger infectieux était passé et on a reçu sur la tête

le coup du SIDA, du prion, du SRAS, de la peste aviaire. C'est une illusion que l'on a perdue, mais que nous avons vue.

Nous avons vécu une révolution intellectuelle quand on nous a dit que ce n'était pas un processus infectieux, mais une vague dangereuse de chaleur. Il fallait complètement transformer notre réflexion et on a vu que nos vieux qui nous mourraient dans les bras ont cessé de mourir quand on les a rafraîchis, quand on a fait des perfusions rafraîchies, quand on les a baignés régulièrement pour les refroidir avec des températures qui n'ont pas à être très basses, mais juste un peu plus basses que leur température pour les rafraîchir.

J'ai eu avec un ancien directeur général démissionnaire une discussion assez amère sur l'ensemble de notre corps. Les professeurs de santé publique de France sont aussi nombreux que les professeurs de santé publique de la London School. Ce fait est éloquent. Ce n'est sans doute pas le nombre qui fait la qualité, mais pendant très longtemps nous avons été une discipline de deuxième zone. Tout le monde vous parle de la prévention, mais il suffit de voir l'investissement qui est fait par notre société, entre 45 et 52 euros, quelles que soient les sources que l'on utilise comparés aux 2 500 euros du soin. Voilà la réponse de notre société à la prévention dont on a la charge.

Que l'on ne soit pas au bon niveau, sûrement. Je n'ai pas envie de me frapper la poitrine, mais il est vrai que collectivement notre discipline n'est pas au niveau du défi auquel nous sommes collectivement confrontés.

On arrive à la généralisation des dépistages du cancer du sein ; c'est un point positif mais dans beaucoup de domaines, le niveau est insuffisant.

M. le Président : Avez-vous eu des contacts avec vos homologues dans les autres pays européens qui ont connu des problèmes semblables, c'est-à-dire un pic de mortalité, comme en Italie, en Grèce, en Espagne ?

M. Jean-Louis SAN MARCO : Pour l'instant, non. On a eu essentiellement des contacts français. Pour le moment, on a les courbes de mortalité dans huit départements que vient de publier l'IGAS il y a quelques jours, mais on n'a pas comparativement les conditions thermiques. On a des éléments, mais pas tous.

M. le Président : La commission en dispose, on pourra vous les donner.

M. Jean-Louis SAN MARCO : Moi, non, et je le regrette. Quand on m'a demandé de réagir à la sous-mortalité marseillaise, j'ai refusé de le faire tant que je n'ai pas des éléments qui me permettent d'expliquer pourquoi il y avait une sous-mortalité. Nous avons des éléments, mais pas d'éléments factuels indiscutables.

M. Gérard BAPT : Il faut corréler avec les courbes de température. Le document de l'INSERM paru en septembre 2003, fait apparaître que, dans les Bouches-du-Rhône, il a fait plus chaud durablement que dans les Alpes-Maritimes. Il y a plus de morts d'un côté alors qu'il faisait moins chaud que de l'autre. Sur les chiffres bruts, sur les courbes de l'INSERM, la mortalité est plus importante dans les Alpes-Maritimes que dans les Bouches-du-Rhône, mais quand on prend catégorie par catégorie, à part les hôpitaux, cela n'apparaît pas de manière tout à fait évidente. Il faut sans doute tenir compte aussi du nombre d'habitants. Quand on dit que cela a doublé dans les maisons de retraite d'une

manière équivalente dans les Bouches-du-Rhône et dans les Alpes-Maritimes, peut-être faut-il le corréler effectivement à la température.

M. le Président : Nous essayons d'établir des corrélations entre la mortalité et un certain nombre d'éléments objectifs, connus ou moins bien connus. Il y a les températures qui font apparaître des différences entre les départements, les régions, mais en même temps quand on regarde de plus près les choses, on s'aperçoit qu'il y a des différences très importantes entre les établissements, notamment pour les maisons de retraite, pouvant aller du simple au quadruple à l'intérieur d'un même département, je dirais même quasiment à l'intérieur d'une même ville. Donc, il y a des éléments qualitatifs, qui sont un peu difficiles à analyser, mais qui existent bel et bien.

L'autre jour, nous étions dans le Loiret, nous avons très bien vu avec les autorités compétentes qu'il y avait des différences fortes entre tel ou tel établissement et pas uniquement sur le plan architectural, mais aussi sur les soins. Il y avait des endroits où ils étaient moins bien organisés, où l'offre de soins était moins bonne, y compris à l'intérieur de l'établissement. Par exemple, les établissements où le médecin coordinateur dans les maisons de retraite est peu ou pas présent a été un élément assez fort dans le degré de mortalité. Il y a beaucoup d'autres éléments qui sont intervenus. C'est pour cette raison qu'il est difficile d'établir ces corrélations purement géographiques.

A Marseille, avez-vous pu constater des différences en ce domaine entre les hôpitaux et les maisons de retraite par exemple ?

M. Jean-Louis SAN MARCO : Nous n'avons pas constaté à Marseille de différence dans les hôpitaux, mais quand on a été convoqué fin août par la commission de Mme Lalande, on a présenté le nombre de morts dans les hôpitaux, « à la marseillaise ». Les Marseillais ont tendance à se moquer d'eux-mêmes. On a dit que l'on ne savait pas très bien. Tous les autres arrivaient avec leurs chiffres généralement importants et on a dit : « *On hésite toujours beaucoup, on a sûrement cinq, peut-être six mais il ne répond pas tout à fait aux critères*. », c'est-à-dire que nous n'avons pas eu de surmortalité hospitalière. Pour les maisons de retraite, pour l'instant, nous ne disposons pas de chiffres précis. Même l'ARH avec laquelle nous travaillons n'en dispose pas, semble-t-il, en tout cas pas maison par maison.

Cela demande de la prudence dans l'expression des résultats, même sur le plan géographique, selon la base de temps que l'on prend. Prend-on à la journée, à la semaine, au mois ? Au mois, on peut parfaitement passer à côté et à l'année cela disparaît complètement. C'est la même chose sur le plan géographique. Sur les courbes que vous avez, il y a des courbes par région et des courbes par département. Elles ne permettent pas de comprendre ce qui s'est vraiment passé. A l'intérieur par exemple de notre région, il est difficile de comparer un département comme les Hautes-Alpes où il a fait chaud, mais où il y a 100 000 habitants, avec un département comme le nôtre où il y a pratiquement 2 millions d'habitants. A Marseille, on n'a pas réussi à descendre au niveau de l'arrondissement, ce qui aurait permis de voir si, selon les arrondissements bord de mer et les autres, il y avait un différentiel selon les catégories socioprofessionnelles. Cela a été totalement impossible du fait de l'implantation très irrégulière des maisons de retraite et des centres d'hospitalisation. Tous les grands hôpitaux sont dans le 5ème arrondissement et les maisons de retraite sont très groupées dans les 12 et 13ème. Donc, la comparaison n'aurait pas été efficace.

Ce qui me choque un peu, c'est que l'on a l'impression que beaucoup de gens veulent démontrer quelque chose plutôt que d'essayer d'analyser et de réfléchir.

M. Edouard LANDRAIN : Faites-vous profiter de votre expérience les jeunes médecins ? Est-il prévu dans leur formation un enseignement sur la façon de pratiquer, de faire les choses différemment ?

M. Jean-Louis SAN MARCO : Depuis la rentrée, mes étudiants me haïssent car je les tanne, je suis vraiment à la limite du supportable. On a des simulations, des cas cliniques, on les interroge, on multiplie cet exemple à tous les points de vue et pour toutes les approches : une approche sociologique sur la prise en charge des personnes âgées, une approche médicale sur les préconisations et comparaisons protection mécanique/climatisation, protection participative éducation.

M. Edouard LANDRAIN : Certes, mais existe-t-il une formation comparable au plan national ? L'avez-vous préconisée au ministère ?

M. Jean-Louis SAN MARCO : Sur le plan du ministère, non. Sur le plan des enseignants et de la conférence des doyens et des enseignants de santé publique, oui.

Nous sommes en train de monter une opération très affinée et améliorée de communication vers le grand public avec des toutes petites plaquettes simples qui seront diffusées dans les pharmacies, dans les centres municipaux d'action sociale, dans les cliniques pour essayer de généraliser les messages. On a prévu également une formation des médecins généralistes qui doit démarrer. Elle ne doit pas démarrer après le mois d'avril, dans le cadre des EPU. On négocie, par exemple, toute une série d'interventions.

Pour les postuniversitaires, la formation médicale continue est abondée par la caisse nationale d'assurance maladie. On a décidé de négocier avec elle pour qu'elle privilégie un certain nombre de thèmes dont celui-là.

On a fait un site Web pour essayer d'avoir à disposition – il n'est pas fait, on y travaille, c'est long à monter – toutes les informations nécessaires sur la physiologie, la physiopathologie, les modalités de défense. Il n'est pas fait pour les personnes âgées. Ce n'est pas la personne âgée de 85 ans qui va aller interroger notre site. Tous les intervenants d'une part et les médias d'autre part disposeront d'une information mise à jour, permanente, et qui sera disponible.

J'ai déjà une demande de la ville de Marseille et de la ville de Paris. Il va de soi que tous ceux qui le demanderont y auront accès. Notre objectif est de la diffuser au maximum.

Je voudrais finir sur une proposition. Voici un objet que m'a transmis une de mes filles qui vit aux Etats-Unis, il est en vente là-bas. Dans une communication de crise, il est important non pas d'avoir un gadget, mais d'avoir un substrat qui permette de savoir de quoi l'on parle. C'est un ventilateur couplé à un vaporisateur qui permet de jeter de l'eau. Je vous montre celui-ci simplement car il existe. Vous tournez à 90° et vous avez en même temps la vaporisation d'eau. La fraîcheur est totale.

M. le Président : Combien vaut-il aux Etats-Unis ?

M. Jean-Louis SAN MARCO : Il est en vente à 6 dollars. Il ne faut surtout pas envisager le même mais un substrat. Il faudrait qu'on puisse le montrer.

Si les personnes âgées se voient distribuer ceci, on fait passer beaucoup plus qu'un message car c'est beaucoup plus le message vers la personne âgée que sa protection contre la chaleur qui me paraît intéressant.

M. le Président : Pour terminer, je voudrais vous poser deux questions. Elles portent sur les maisons de retraite et les unités de soin de longue durée. Avez-vous observé une mortalité plus importante dans les USLD ?

Il y a également la question des maisons de retraite intégrées aux hôpitaux. Par exemple, à Dijon, il a été observé une mortalité plus importante que dans des maisons de retraite « indépendantes ». On ne sait pas trop quelle conclusion en tirer. Chez vous, y a-t-il eu des contrastes importants suivant le statut de l'établissement ?

M. Jean-Louis SAN MARCO : Les données dont je dispose sont des données massives, celles qui nous ont été transmises par l'ARH pour notre département et pour les autres.

M. le Président : A Timone, y a-t-il des maisons de retraite intégrées ?

M. Jean-Louis SAN MARCO : Pas du tout. C'est une structure de soins courts dans laquelle il n'y a ni moyen, ni long séjour. On n'a pas vu passer la vague de chaleur dans les hôpitaux marseillais. Donc, on n'a pas d'analyse ponctuelle. *A contrario*, je peux vous dire que le marché des climatiseurs industriels sur la région et sur le département flambe, on ne peut plus acheter. Toutes les maisons de retraite qui n'en disposaient pas sont en train de s'équiper non pas pour l'ensemble des salles, mais pour un grand salon.

M. le Président : Il nous reste à remercier le Pr. San Marco pour les éclairages qu'il nous a donnés, les réponses précises qu'il nous a apportées, la synthèse qu'il nous a donnée de ses travaux.