

ANNEXE 3

DOCUMENTS REMIS A L'APPUI DE L'AUDITION DE

Mme Françoise Lalande, inspectrice générale des affaires sociales

Mme Sylvie Legrain, chef de service de gériatrie à l'hôpital Bichat

M. Alain-Jacques Valleron, directeur de l'unité INSERM
d'épidémiologie à l'hôpital Saint-Antoine

M. Dominique Meyniel, chef du service des urgences de l'hôpital Tenon

Annexe 6
Chronologie des actions menées à l'InVS

Institut de veille sanitaire et crise liée à la canicule
Chronologie

Pour des raisons de disponibilités des informations, cette relation des faits s'appuie prioritairement sur des mèls. S'agissant des heures indiquées, à noter que

- *elles sont approximatives pour les contacts téléphoniques*
- *elles correspondent à l'heure d'envoi pour les mèls, ce qui ne préjuge en rien de l'heure de lecture*
- *elles sont –pour des raisons de commodités de lecture- arrondies au multiple de 5 le plus proche*

Avant la date du 6 août, aucune information sanitaire relative à la vague de chaleur et à ses conséquences n'est parvenue à l'InVS

• **mercredi 06/08**

- *16h30 - téléphone*

un médecin inspecteur de santé publique (Misp) de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) du Morbihan appelle, sur la ligne d'astreinte (réceptionné par le secrétariat du DG) pour signaler que le Centre 15 de son département l'a informé de 3 décès probablement liés à la chaleur de personnes jeunes, survenus sur les lieux de travail, dans la journée du mardi 5 août 2003. Il a contacté la DGS qui l'a orienté vers l'InVS

- *dans la journée - téléphone*

Cyril Louis (journaliste au Figaro) interroge (à la suite d'un article paru dans le Parisien) le service communication sur l'existence d'un rapport faisant état des conséquences sanitaires de la canicule de 1976 ; il est informé que c'est le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, (CépiDc-Inserm) qui a probablement travaillé sur le sujet.

• **jeudi 07/08**

- *10h40 - téléphone*

le Misp de la Ddass du Morbihan qui a signalé trois décès la veille est interrogé : les 3 décès ont eu lieu le mardi 5 août par hyperthermie, il n'y avait aucun point commun entre eux. Il s'agit de 3 hommes de 35, 45 et 56 ans aux antécédents chargés (obésité/éthylisme pour les trois, antécédents psychiatriques pour 2 d'entre eux -dont un sous neuroleptique-, l'autre est hypertendu). Aucun autre décès du même type n'a été signalé depuis le mardi 5 ; il est demandé au Misp du Morbihan de signaler tout nouvel événement du même type.

- *dans l'après-midi - téléphone*

suite à l'article du Parisien, Jean-Yves Nau (journaliste au Monde) interroge le service communication sur des travaux de l'InVS sur les conséquences sanitaires de la canicule ; il est informé que c'est le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, (CépiDc-Inserm) qui a vraisemblablement travaillé sur le sujet.

• **vendredi 08/08**

- 11h20 - mèl

la DGS fait état de remontées "éparses mais alarmantes" des Ddass sur des cas de décès liés à la chaleur. Le chef de service demande à l'InVS de "réfléchir à la mise en place d'une surveillance des cas ou d'un système de recueil avec analyse des cas sur certains sites". Par ailleurs la DGS va publier un communiqué de presse, les suggestions de l'InVS sont les bienvenues

- 13h45 - mèl

le département des maladies chroniques et des traumatismes (DMCT), après échange téléphonique avec le DSE, répond à la DGS sur des orientations de recueil de données : pour la morbidité pas de système spécifique, s'adresser à des intervenants sanitaires, chercher dans une logique de réseau d'alerte à couvrir les différents types de population. Pas d'orientations définies pour la mortalité. Des réponses seront élaborées le lundi 11/08 au matin.

- 15h35 - mèl

la DGS signale son accord aux options prises par l'InVS en matière d'enquêtes

- 15h40 - mèl

transmission par le Département des maladies infectieuses (DMI) au DMCT, au DSE et à la DGS, d'une information communiquée téléphoniquement par le responsable du pôle urgences/réanimation de l'hôpital Saint-Joseph (Paris) : il signale des "cas de coup de chaleur grave, pas nécessairement chez des personnes âgées, dont un avec décès" ; la Ddass 75 a été prévenue

- 15h55 - mèl

transfert par le DMI au DMCT et au DSE de la réponse de la DGS au mèl évoqué ci-dessus "cela recoupe les informations (en provenance) des Ddass. Il faudrait que vous puissiez mettre en place un réseau d'observation d'ici le début de la semaine prochaine"

- 15h55 - mèl

transfert par le DMI au DMCT et au DSE, d'un message transmis, par la DGS, d'un gériatre de La Salpêtrière. Ce message, destiné essentiellement à la directrice de l'hôpital, décrit plusieurs cas de coup de chaleur (dont certains mortels) chez des personnes âgées, il alerte sur les mesures préventives à prendre.

- 16h30 - mèl

le DMCT et le DSE sont informés de la nature des décès signalés dans le Morbihan du mardi 5 août.

- dans l'après-midi

contacts entre le DMCT et le DSE : les options prises en fin de matinée et transmises à la DGS sont confirmées

- dans l'après-midi - mèl

l'InVS (DMCT) propose à la DGS de légères modifications à son communiqué de presse ; certaines d'entre elles seront reprises

- 16h30

transmission au DSE des résultats de la recherche documentaire réclamée dans la matinée

- **samedi 09/08 :**

RAS dans la main courante du 67-15

- **dimanche 10/08 :**

RAS dans la main courante du 67-15

- **lundi 11/08**

- *10h - téléphone*

le Directeur adjoint de l'InVS reçoit un appel de la directrice adjointe du cabinet du Ministre sollicitant des remontées d'informations. Après consultation avec le DSE et la DGS, confirmation qu'une enquête de morbidité auprès des intervenants sanitaires va être lancée

- *dans la matinée -- mèls, téléphone*

des contacts sont pris avec divers intervenants (SOS médecins..) pour les associer à l'enquête auprès des intervenants sanitaires

- *17h :*

un Communiqué de presse du Ministre annonce que "l'InVS a été chargé de la mise en place d'un système de recueil et d'analyse des cas de décès par coup de chaleur des personnes hospitalisés, à partir de vendredi 8 août, à la suite de signalements de décès de ce type au cours des dernières 48 heures"

- *dans la soirée*

après définition de cas, un protocole de recueil de données pour l'enquête "décès par coup de chaleur en milieu hospitalier" est établi, il est adressé via les services du haut fonctionnaire de défense (HFD) aux Ddass et à tous les établissements de santé publics et privés, transmis à la DGS à 21h30

- *dans la soirée*

le DMTC signale que les données des sapeurs pompiers de Paris sont sous embargo ; il y aurait une mortalité 1,5 à 3 fois supérieure à la normale. Le chef de service de la DGS est sollicité par le Directeur adjoint de l'InVS pour débloquer les données des SP de Paris : il promet de s'en occuper.

- *20h40 - mèl*

le responsable du pôle urgences/réanimation de l'hôpital Saint-Joseph (Dr J Carlet) signale par mèl (copie cabinet du Ministre) que "le nombre de patients décédés d'une vraie hyperthermie maligne est non négligeable : bientôt 4 à St Joseph, 3 patients sur 6 chez le Pr B. Régnier (hôpital Bichat-Claude Bernard)" ; il signale de plus "de nombreux décès aux urgences de conséquences plus ou moins directes d'une hyperthermie ; la situation est réellement très grave"

- **mardi 12/08**

- *dans la matinée - téléphone*

le Directeur adjoint de l'InVS contacte la directrice adjointe du cabinet du Ministre : il lui est confirmée que l'enquête "mortalité par coup de chaleur en milieu hospitalier" est partie

- *toute la journée – téléphone*

des contacts téléphoniques continuent d'être pris avec les partenaires sollicités pour l'enquête intervenants sanitaires. Les marins pompiers de Marseille refusent à ce moment de participer à l'enquête (en fait, il semblerait que la demande ait été refusée sans même avoir été présentée à un responsable).

- *toute la journée*

le DMCT et le DSE travaillent à la mise aux points des différentes enquêtes

- *dans la soirée – télécopie*

la demande officielle de participation à l'enquête intervenants sanitaires est faxée avec le protocole à :

- SOS médecins Paris et Bordeaux
- Urgences de l'Hôpital Kremlin Bicêtre et de l'Hôpital Purpan de Toulouse
- Pompiers de Paris et de Toulouse

Par ailleurs, le protocole est proposé aux Urgences du CH de Nice et aux Urgences 93.

- dans la matinée (?)

diffusion sur le site de l'InVS des documents relatifs aux enquêtes organisées

- 13h - mèl

le responsable du pôle urgences/réanimation de Saint-Joseph signale qu'il y a eu pour la seule journée du mardi 12/08, 7 décès liés à l'hyperthermie maligne aux urgences de l'hôpital

- 14h30 - téléphone

le directeur général de la santé sollicite des données auprès du DMCT

- 16h - mèl

le chef de service de la DGS remercie le DSE pour les protocoles d'enquêtes adressés (mortalité par coup de chaleur en milieu hospitalier et enquête auprès d'intervenants sanitaires) ; par le même message, il signale que les données des Pompiers de Paris devaient être disponibles : il venait d'appeler le cabinet du Ministre de l'intérieur, qui intervenait auprès de la Préfecture de police

- 16h30 - téléphone

le DSE sollicite des Pompes funèbres générales leur chiffre d'activité pour les derniers jours

- 17h - téléphone

le DGS appelle le directeur adjoint de l'InVS, sollicite des chiffres et informe d'une réunion au cabinet du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées fixée à 19h30

- 17h30 - téléphone

les Pompes funèbres générales communiquent leur statistiques d'activité hebdomadaires pour 2003 et 2002

- 17h30 - télécopie

Le DSE obtient l'accord de Météo - France pour qu'il fournisse les données sur les grandes villes françaises de l'enquête auprès des intervenants sanitaires ; une lettre officialisant la demande est envoyée.

- 19h30 :

réunion au cabinet du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

- présents : Anne Bolot-Gittler, Cédric Grouschka (cabinet), Lucien Abenhaïm, Yves Coquin (DGS), Danièle Toupillier (direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins DHOS), Martial Mettendorff, Martine Ledrans (InVS), Dominique Deroubaix (secrétaire général de l'AP-HP) ;
- réunion centrée sur l'évaluation du nombre de décès. Le cabinet s'attend à une surmortalité de 1000 à 1500 décès. L'AP-HP annonce une surmortalité constatée de 500 décès. L'InVS, sur la base des chiffres livrés par les Pompes funèbres générales (PFG), (qui sont concordantes avec les chiffres officiels des pompiers de Paris) avance le chiffre de 3000 morts en excès (chiffre corroboré par une extrapolation rapide de la surmortalité enregistrée à l'AP-HP, celle-ci représente en effet un sixième de l'hospitalisation nationale).
- la presse, informée de la réunion, sollicite les participants : le chiffre de 3000 morts est cité devant France 2

- dans la soirée

organisation très rapide de la première enquête de mortalité auprès des préfetures : compte tenu de la difficulté à obtenir des chiffres de décès autres qu'hospitalier, le directeur adjoint de l'InVS appelle le directeur de cabinet du Ministre de l'intérieur. Ce dernier département demande à tous les Préfets pour le jeudi 14 août à 11 heures au plus tard, le dénombrement des décès jour par jour par département depuis le 25 juillet inclus (et les mêmes données pour l'année 2002). Les données doivent être adressées parallèlement au ministère de l'intérieur, au ministère de la santé, à l'InVS

• **jeudi 14/08**

- 8h - télécopie

départ par télécopie des instructions du ministre de l'intérieur aux préfetures

- 8h30-10h

petit déjeuner de sécurité sanitaire au Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, sous la présidence du DGS

- la réunion de la veille au cabinet y est évoquée et durant la réunion la responsable du DSE/InVS et le chef de service de la DGS rédigent un projet de communiqué de presse sur l'estimation de l'impact sur la mortalité de la canicule
- le problème de la canicule est discuté sous d'autres point de vue : l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) prépare un communiqué sur l'alimentation pendant la canicule, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) signale le manque de disponibilité des solutés physiologiques pour perfusion pour les maisons de retraite, l'agence française de sécurité sanitaire environnementale (Afsse) suggère de réfléchir à des possibilités d'information sanitaire à mettre en œuvre avec Météo France en cas de prévision de modification climatique à court terme
- la DGS demande de réserver toute communication sur la canicule au ministère
- sont discutés par ailleurs : la légionellose à Montpellier et surtout l'attitude à tenir à la suite de la publication récente d'un article sur l'augmentation des risques de cancer du sein suite à la prise d'hormones de substitution

- dans la matinée

diffusion d'un communiqué de presse sous double timbre DGS/InVS, intitulé "Première estimation des décès dus à la canicule donnant :

- la courbe de décès dans 23 des 33 hôpitaux de l'AP-HP entre le 25/07 et le 12/08,
- les chiffres d'activité des PFG du 6 au 12 août
- le nombre de décès liés directement ou indirectement à la chaleur entre le 6 et le 12 août y est estimé aux alentours de 3000 pour la France entière
- il est précisé que "...la surmortalité réelle ne peut pas être évaluée pour l'instant en raison des effets d'anticipation" ;
- les chiffres seront précisés à l'aide des enquêtes en cours

- 16h50 - mèl

le Centre d'épidémiologie des causes de décès (CépiDC/Inserm) transmet une exploitation du nombre de décès par jour, par département de décès, pour les années 2001 et 2002

- 16h50 - mèl

les Pompiers de Paris communique à l'InVS les "statistiques de départ pour secours à victimes" pour le mois d'août 2003, en précisant que les données pour les journées des 11, 12 et 13 août ne sont pas définitives

- toute la journée

remontée d'information des différentes enquêtes (préfectures avec le Ministère de l'intérieur pour la mortalité générale, enquête spécifique de mortalité en milieu hospitalier par coup de chaleur, enquête auprès des intervenants sanitaires)

- 19h - mèl

sollicitation par l'InVS du réseau d'alerte européen (spécialisé pour les maladies transmissibles), demandant aux autres pays concernées par la canicule, s'ils constatent un impact de la canicule sur la mortalité et si oui la caractérisation des victimes et les méthodes de mesure employées

- 19h 10 - mèl

transmission à la DGS d'informations concernant la mortalité liée à la canicule :

- un histogramme des décès pris en charge par les Pompes funèbres générales (PFG) en Ile de France et hors Ile de France, entre le 3/07 et le 5/08 pour les années 2001, 2002 et 2003
- un tableau d'analyse de 174 fiches de décès en milieu hospitalier imputés à un coup de chaleur selon l'âge et le lieu de vie
- une courbe des interventions quotidiennes des Pompiers de Paris auprès de victimes décédées directement ou indirectement des suites de la canicule à Paris et en petite couronne durant les mois d'août 2000, 2001, 2002 et 2003.

- 18h30 - mèl

message en provenance de la DGS sur l'activité de la Ddass 75 :

- le premier cas de décès par coup de chaleur a été signalé à la Ddass par un établissement hospitalier le jeudi 7 août (*probablement le signalement de l'hôpital St Joseph*), le bureau des alertes de la DGS en avait été aussitôt informé par la Ddass
- à partir du lundi 11 août, organisation d'un recueil des décès par coup de chaleur (hors AP-HP)
- à partir du mardi 12 août, évaluation de l'évolution des décès à Paris
- il est signalé que le recueil des données pour les enquêtes InVS est limité par la disponibilité des cliniciens

- **vendredi 15/08**

- *toute la journée à l'InVS,*

- 12 personnes assurent l'exploitation des données, présence du Directeur adjoint, des responsables des départements DSE, DMCT, (en plus de la garde DMI)
- exploitation des données recueillies (76 départements ont répondu pour la mortalité générale, organisation de la saisie des 1100 fiches pour l'enquête mortalité par coup de chaleur en milieu hospitalier, réponses insuffisantes des intervenants sanitaires (4 sur 11 sollicités)
- rédaction d'une note d'analyse de la mortalité

- *15h - mël*

demande du cabinet du Ministre (Anne-Claude Crémieux) d'information sur les données d'autres pays européens concernés par la canicule

- *16h15 - mël*

le directeur adjoint de l'InVS signale au chef de service de la DGS que l'exploitation en cours des fiches de l'enquête mortalité par hyperthermie en milieu hospitalier suggère que "les décès chez des personnes jeunes est souvent associé à une pathologie psychiatrique et à la consommation de psychotropes" interrogation sur un éventuel "reciblage" des messages à l'attention des hôpitaux psychiatriques et des équipes de secteur psychiatriques

edi 16/08

e la journée

es exploitations à l'InVS :

e l'enquête de mortalité générale auprès des préfectures
de l'enquête sur la mortalité par coup de chaleur en milieu hospitalier (1400 fiches –dont des
doublons- sont parvenues à l'InVS)

- 11h20 - mèl

transmission à la DGS (directeur général et chef de service) et au cabinet du ministre de la santé
de la famille et des personnes handicapées (directrice adjointe et Anne-Claude Crémieux) d'une
note rassemblant

- l'histogramme des décès de l'AP-HP entre le 25/07 et le 14/08
- la courbe des interventions des pompiers de Paris (en 2000, 2001, 2002, 2003) pour Paris et
la petite couronne auprès de victimes décédées directement ou indirectement des suites de la
canicule
- les données de mortalités journalières en août 2002 pour Paris et la petite couronne
- les données de mortalités journalières en août 2002 et août 2001 pour la France entière,
- un premier commentaire sur l'analyse des remontées de l'enquête de mortalité réalisée auprès
des préfectures (sur 57 départements, alors que 76 d'entre eux sur 96 ont répondu). Il est
proposé de compléter cette enquête par une enquête sur les certificats de DC qui transitent
par les DDASS.

- 13h - mèl

transmission au DGS des données réclamées sur le nombre de noyades du 01/06 au 09/08 en
2002 et 2003-08

- dans l'après-midi – téléphone

contacts personnalisés pour recherche d'informations sur la situation dans d'autres pays
européens : Royaume-Uni, Belgique, Allemagne. Seuls les Britanniques signalent leur recherche
d'informations

- 18h25 - mèl

transmission au DGS d'une nouvelle courbe sur les interventions des pompiers de Paris

- en fin d'après-midi,

levant l'embargo sur la communication du jeudi matin, le DGS demande au DGA de l'InVS de
communiquer avec les médias sur le fonctionnement de l'alerte à l'InVS.

Il est accepté de communiquer le lendemain par la voie du DG.

- **dimanche 17/08**

- *toute la journée,*

par les équipes de l'InVS

- fin de l'exploitation des fiches de la première vague (remontées au 12 août) de l'enquête "mortalité par coup de chaleur en milieu hospitalier
- mise à jour de la courbe AP-HP qui sera envoyée par mèl à la DGS
- mise en place de l'enquête concernant l'estimation de la surmortalité par l'accélération de la transmission des certificats de décès aux Ddass et au CépiDc.

- *14h00*

réponse du DG de l'InVS à une interview de la presse télévisée, qui sera diffusée au "20 heures"

- *18h00* : réunion dans le bureau du DGS

- présents : Anne Claude Cremieux (cabinet du Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées), Lucien Abenhaïm, Yves Coquin, Thierry Michelon, Nicolas Postel Vinay (DGS), Gilles Brücker, Martial Mettendorff, Martine Ledrans (InVS),
- l'objet de la réunion est d'examiner les premiers résultats de l'enquête mortalité par coup de chaleur en milieu hospitalier et de préparer un communiqué de presse et une conférence de presse. Le télescopage médiatique entre les interventions du ministre et du DG de l'InVS compromet l'objet de la réunion

- *tard dans la soirée*

après validation par le ministère de l'intérieur, diffusion aux préfets (et via le HFD) de la circulaire mettant en place l'enquête visant à l'estimation de la surmortalité par l'accélération de la transmission des certificats de cause médicale de décès aux Ddass et au CépiDc

- **lundi 18/08**

- *début d'après-midi*
démission du DGS

- *à 16h30*

Organisation d'une réunion de travail avec Météo-France, le CapiDc et Air Parif (la Drees, la DGS ?) afin de leur présenter les travaux de l'InVS et d'organiser la collaboration à venir

- mise en route d'une enquête de mortalité auprès des états civils de 13 grandes villes françaises

- Le DMCT et le DSE travaille à parfaire l'exploitation et la présentation des données disponibles et entame la rédaction d'un rapport général d'avancement. Dans l'attente de ce rapport, aucune donnée complémentaire, n'est transmise au ministère

- **mardi 18/08**

- *toute la journée,*

Poursuite et ajustement des enquêtes :

- une enquête de mortalité auprès des hôpitaux des 13 grandes villes choisis pour la mortalité brute est entamée.
- la seconde remontée de l'enquête sur la mortalité par coup de chaleur en milieu hospitalier (seconde vague : décès survenu entre les 13 et 19 août) est organisée

- **mercredi 19/08**

- *en milieu de journée,*

le rapport général d'avancement est remis au cabinet du ministre, accompagnée d'une lettre du DG.

- *dans l'après-midi*

les PFG diffusent leur bilan (10 400 morts)....

- *en fin d'après-midi*

deux experts sont nommés pour procéder à une évaluation de la mortalité

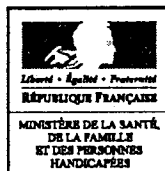
- *16h10 – téléphone*

la Cire Ile de France informe l'InVS d'un message d'alerte provenant de l'ARH et de l'AP-HP sur une éventuelle recrudescence des pathologies liées à la canicule par décompensation secondaire avec défaillance cardio-vasculaire, néphrologique et neurologique. Des informations sont obtenues sur l'organisation par la DRASS d'une enquête d'évaluation du phénomène dans les établissements d'Ile de France.

- **jeudi 19/08**

une enquête visant à surveiller auprès de certains des intervenants sanitaires déjà sollicités les recrudescences de pathologies telles que signalées la veille est mise en place. (Pompiers de Paris et Marseille, SOS-Médecins Bordeaux et Urgentistes).

Annexe 7
Chronologie des actions menées à la DGS



Direction générale de la santé

CHRONOLOGIE DES EVENEMENTS LIES A LA CANICULE POUR LA PERIODE DU 04 AU 18 AOUT 2003

Lundi 04 août :

- Retour de congés d'Y. Coquin (YC) qui prend la responsabilité de la DGS en l'absence du directeur général et de l'autre chef de service partis en congés après le week end.

Mercredi 06 août :

- Point de DGS/SD7 avec le conseiller technique du cabinet (W. Dab) sur les dossiers santé-environnement. La DGS évoque les problèmes de pollution en cours (ozone) et indique qu'elle prépare un communiqué de presse à ce sujet. Le cabinet souhaite étendre le communiqué à l'impact sanitaire de la chaleur.
- Message de WD à YC indiquant qu'il serait utile que la DGS prépare un communiqué sur la canicule rappelant quelques précautions élémentaires notamment chez les plus jeunes et les plus vieux. Demande transmise à SD5 et SD7.
- Appel téléphonique de la DDASS 56 (Morbihan) à DGS/SD5B signalant trois cas d'hyperthermie chez des adultes. Appel réorienté vers l'InVS.

Jeudi 07 août :

- Dans l'après-midi, appel de la DDASS 75 à DGS/SD5 signalant le décès par coup de chaleur d'un homme d'âge moyen au retour de son travail.
- Echanges avec le cabinet sur le projet de communiqué de presse.

Vendredi 08 août :

- Dans la matinée, appel de la DDASS 92 à YC lui signalant l'apparition de décès en institutions.
- A la suite de cet appel, la DGS/SD5B contacte le SAMU de Paris, la brigade des sapeurs-pompiers et l'AP-HP : les services d'urgence et de secours sont fortement sollicités, mais ne peuvent indiquer la part liée à la chaleur et indiquent qu'ils font face à la situation (le vendredi matin).
- YC alerte l'InVS et lui demande de mettre en place une surveillance des décès liés à la chaleur. Plusieurs conversations téléphoniques et messages électroniques seront échangés dans la journée avec l'InVS à ce sujet.
- En fin de matinée, appel du professeur M. Verny (Pitié-Salpêtrière) à YC lui signalant deux décès du fait de la chaleur, de malades hospitalisés dans son établissement.

- La version définitive du communiqué de presse est validée par le cabinet et est diffusée dans l'après-midi. Ce communiqué insiste sur les répercussions graves pour la santé que peut avoir la vague de chaleur et fournit des recommandations pratiques. Il est diffusé aux médias (presse nationale, régionale et médicale), aux agences sanitaires et aux acteurs de santé (dont la DHOS qui en a pris connaissance à 16h45), ainsi qu'aux DDASS et DRASS.
- Point réalisé par DGS/SD7 sur l'impact de la sécheresse sur la distribution d'eau potable.

Samedi 09 août :

- Dans l'après-midi, appel d'un journaliste du *Parisien* à YC. Ce dernier accepte de répondre au journaliste même sans l'accord préalable du cabinet et commente le communiqué de presse de la veille. Il insiste sur le fait qu'il faut s'attendre dans une telle situation « à plusieurs centaines de décès ». Ses propos sont correctement relatés dans le numéro du dimanche notamment.

Dimanche 10 août :

- Dans l'après-midi, nouvel appel du journaliste du *Parisien* qui demande des précisions et informe YC que les urgences hospitalières sont débordées.
- Appel d'YC à la personne de garde de la DHOS (M. Aoustin qui lui dit « ne pas avoir d'information particulière et que les hôpitaux sont censés savoir quoi faire »).
- Appel d'une journaliste de l'AFP à YC lui transmettant les propos du responsable des urgences de l'hôpital St Antoine au journal télévisé faisant état de 50 morts. YC indique qu'il ne dispose d'aucune donnée chiffrée sur la situation en Ile de France, ni à l'AP-HP et précise que les vagues de chaleur sont associées à une augmentation parfois importante de la mortalité.

Lundi 11 août :

- YC rend compte par messagerie (10h) à la directrice adjointe du cabinet (qui revient de congés) des faits de la semaine précédente et du week end.
- Communiqué de presse du cabinet (la DGS n'a pas été consultée sur sa rédaction).
- YC fait le point dans la matinée avec l'InVS (plusieurs conversations téléphoniques, dont une avec M. Mettendorff où YC lui indique que la situation semble préoccupante dans les hôpitaux de l'AP-HP - sans qu'il dispose d'aucune information précise - et qu'il est indispensable que le dispositif de l'InVS soit opérationnel au plus tôt).
- Réunion avec la directrice adjointe du cabinet et la DHOS (D. Toupillier) : la DGS est chargée de mettre en place un « numéro vert » et de recueillir des informations sur les décès en Ile de France.
- Mise en place du numéro vert¹.
- Multiples contacts de la DGS/SD7 avec les opérateurs funéraires qui conduisent à rédiger un communiqué de presse sur la situation des chambres funéraires en Ile de France.
- Participation d'YC, à la demande du cabinet santé, à la conférence de presse de la ministre de l'environnement.

¹ La mise en place sera laborieuse pour trois raisons : 1) la période des vacances, 2) l'interférence avec un appel d'offres général sur ce type de service, lancé précédemment par la DGS mais non encore conclu (il n'était en effet pas possible de faire appel aux sociétés ayant soumissionné à l'appel d'offres) et 3) en raison de la situation budgétaire (blocage des commandes sur le titre III).

- Envoi par messagerie du communiqué de presse sur les chambres funéraires à la directrice adjointe du cabinet santé en fin d'après-midi (19h36) et au directeur adjoint du cabinet intérieur.
- Panne prolongée de l'informatique et de la messagerie du ministère peu avant 21 h (plusieurs pannes sont survenues pendant cette période).

Mardi 12 août :

- Récupération du message de l'InVS contenant le questionnaire d'enquête (envoyé la veille à 21h28 pendant la panne informatique du ministère). Ce questionnaire est transmis aux DDASS par messagerie et télécopie (VIAFAX), ainsi qu'à la DHOS pour être adressé aux établissements de santé.
- Formation des « répondants » pour le numéro vert par la DGS/SD5.
- YC appelle l'InVS pour faire le point. L'institut lui apprend que les sapeurs pompiers ne fourniront pas leurs données statistiques sans l'accord de la préfecture de police dont ils dépendent. YC intervient auprès du cabinet de l'intérieur (cf. réponse du cabinet intérieur, point 4, le même jour à 14h37).
- Communiqué de presse sur le numéro vert et ouverture du numéro vert peu après 12 heures.
- Derniers échanges avec le cabinet intérieur au sujet du communiqué de presse sur les chambres funéraires qui est diffusé dans l'après-midi sous double timbre (DGS+DGCL).
- Envoi à la DGS (13h14) par la directrice adjointe du cabinet santé, d'un projet d'arrêté permettant aux centrales EDF d'augmenter la température des rejets d'eau dans les fleuves, avec demande d'avis avant 14h45. Réponse faite par téléphone demandant une modification de l'article 3 (ajout de la surveillance sanitaire). L'arrêté sera signé le lendemain.
- Réunion interministérielle sur la sécheresse (participation de la DGS/SD7).
- Information téléphonique d'EDF à YC (confirmée par fax du même jour à 21h08) de la possibilité de délestages à partir du 18 août et de la nécessité de mettre en œuvre le plan « patients à haut risque² ».
- Participation d'YC à l'émission radiophonique « Le téléphone sonne » à la demande du cabinet.
- Le directeur général de la santé, tenu informé par YC, prend la décision, de revenir à Paris.

Mercredi 13 août :

- La DRASS d'Ile de France alerte la DGS/SD3 sur des difficultés d'approvisionnement en solutés injectables de certains établissements de l'Essonne. La DGS/SD3 alerte l'AFSSAPS et la DHOS. L'AFSSAPS répond peu après (le point de situation n'est pas préoccupant). Nous apprendrons le lendemain que la DHOS a fait un point de situation dans les hôpitaux et demandé que les établissements disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) dépannent, le cas échéant, les établissements sans PUI. Aucun problème ne sera signalé pendant le week end du 15-17 août.
- Retour du directeur général de la santé en fin de matinée.
- YC est consulté par la DHOS sur l'opportunité d'autoriser le transport de corps de personnes décédées par des véhicules de transport sanitaire. Accord donné téléphoniquement.

² A haut risque au regard des coupures d'électricité (patients dépendant d'appareillage électrique).

- La DGS/SD5 alerte les DDASS au sujet des délestages possibles d'EDF (messagerie + télécopie par VIAFAX).
- YC obtient les chiffres des décès de l'AP-HP, de la DHOS (DT) qui insiste sur leur caractère confidentiel. Ceux-ci montrent une augmentation très importante en début de semaine, après un premier accroissement à la fin de la semaine passée.
- En l'absence de données fournies par l'InVS, la DGS/SD7 contacte plusieurs entreprises de pompes funèbres. Les informations sont alarmantes, mais les données chiffrées parviendront avec retard à la DGS. Au vu de ces informations et des données de l'AP-HP, le DGS convainc le cabinet d'organiser une cellule de crise le soir même et d'organiser une communication sur le nombre de décès qui apparaît déjà beaucoup plus important que ce à quoi on pouvait s'attendre en fin de semaine dernière.
- Réunion à 18h au siège d'EDF sur les perspectives de délestage et les modalités d'information par EDF.
- A 20h : réunion de crise au cabinet santé (cabinet, AP-HP, DGS, DHOS, InVS). La décision de déclencher le plan blanc hospitalier est annoncée. L'InVS livre ses premières estimations chiffrées (de l'ordre de 3000 décès supplémentaires sur la période du 06 au 13 août).

Jeudi 14 août :

- Plusieurs points de situation remontent des départements au fil de la journée, témoignant en général d'une situation beaucoup moins préoccupante qu'en Ile de France.
- Diffusion du communiqué de presse commun DGS-InVS sur les premières estimations des décès dus à la canicule (et incluant les chiffres de décès fournis par l'AP-HP pour 23 de ses 33 établissements).
- Enquête de la DGS/SD5 auprès des fabricants de matériel médical sur l'autonomie des matériels électriques utilisés par les malades à haut risque vital.
- Nouvelle information des DDASS par la DGS/SD5 (par messagerie et par télécopie) sur les risques de délestage et les tensions sur l'approvisionnement en solutés injectables de remplissage.
- Information par la DGS/SD5 des associations nationales regroupant les patients à haut risque en cas de délestage d'EDF (insuffisants respiratoires, dialysés, ...) et des centres de nutrition parentérale.
- Transmission aux DDASS par DGS/SD5 (par messagerie) de la liste des centres et associations de dialysés à domicile.
- Réunion interministérielle sur la capacité de production énergétique en semaine 34 (participation de la DGS/SD7).
- Circulaire DGS/SD7 aux préfets/DDASS relative au renforcement du contrôle sanitaire de la qualité des eaux en aval des points de rejet des effluents liquides des centrales d'EDF.
- Envoi par l'AP-HP à la DGS des données concernant les décès pour la totalité de ses établissements d'Ile de France (arrêtée au 13 août à 20h).
- Transmission à la DGS par le préfet de police des décès enregistrés par les services de l'état-civil de 13 arrondissements de Paris du 1^{er} au 13 août.

Vendredi 15 août :

- Transmission à la DGS d'un point de situation sur les activités de la Croix rouge pendant la période de canicule.

Samedi 16 août :

- YC fait le point avec la DRASSIF, le COGIC et la préfecture de police sur la situation concernant les conséquences de l'augmentation des décès (transport et dépôts de corps). Grâce à la réquisition de l'entrepôt de Rungis, à la location de plusieurs camions frigorifiques (avec froid négatif) et à la mobilisation des opérateurs, les difficultés se résorbent.
- L'InVS adresse au cabinet et à la DGS de nouvelles données incluant celles fournies par la brigade des sapeurs pompiers de Paris et montrant une baisse de la mortalité à partir du 12 août. Le cabinet ne donne pas suite à un nouveau projet de communiqué de presse.
- Le COGIC lance, à la demande de la DGS, une enquête auprès des départements sur les problèmes de transport et de conservation des corps. Les premiers résultats reçus le soir même de 88 départements indiquent que la situation est en train de se résorber en Ile de France et qu'elle ne pose pas de problème particulier dans les autres départements.
- Information de la DGS par EDF : l'entreprise indique qu'il ne devrait pas y avoir de délestage la semaine 34.

Dimanche 17 août :

- La DGS/SD7 rassemble les données météorologiques disponibles dont le traitement statistique met en évidence une bonne corrélation entre les températures minimales nocturnes et les pics de mortalité. Elles montrent également que les températures minimales nocturnes parisiennes ont été les plus élevées de France, mais aussi d'Europe, enregistrées durant cette période.
- Réunion DGS-InVS permettant d'actualiser les données de mortalité (l'éventualité d'un chiffre de 5000 décès supplémentaires n'est pas à écarter).

Annexe 9
Chronologie des actions menées à la DHOS



Ministère de la santé,
de la famille
et des personnes handicapées
DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Paris, le vendredi 22 août 2003

CHRONOLOGIE DES EVENEMENTS LIES A LA CANICULE

jeudi 7 août 2003

- Le Docteur Patrick Pelloux¹ signale un encombrement des urgences et le manque de disponibilités en lits à Saint-Antoine et dans d'autres hôpitaux de l'AP-HP à Danielle Toupillier de la DHOS. Information transmise au cabinet (C.Grouchka)
- appel de la DHOS (D.Toupillier) à M. Dominique Deroubaix, secrétaire général de l'AP-HP
- contact également pris dès le 7 août en soirée avec l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile de France (ARHIF) (Mme Lepée, secrétaire générale) pour faire un point général de la situation des établissements publics et privés d'Ile de France (hors AP-HP) sur différents sujets. Aucune difficulté signalée par l'ARHIF dans les services d'urgences (hors AP-HP).
- **cellule de veille assurée par la DHOS à compter du même jour**

vendredi 8 août 2003

- cellule de crise mise en place à l'AP-HP le vendredi 8 août 2003
- communiqué de presse de l'AP-HP
- note AP-HP aux directeurs des établissements accueillant les urgences sur le plan de mobilisation pour la prise en charge des urgences (communiquée à la DHOS le 11 août)
- communiqué de presse DGS relatif aux recommandations sanitaires

samedi 9 et dimanche 10 août

- Aucune difficulté n'est signalée à la DHOS par les ARH, APHP, préfets, DRASS, DDASS ou établissements de santé
- alerte médiatique par le Dr Pelloux (le dimanche 10 soir)
- Interrogation de la DGS le 10 (M.Coquin à l'administratrice de garde de la DHOS (Mme Aoustin) pour savoir si la DHOS dispose d'un plan canicule. Réponse négative est faite.

lundi 11 août 2003

- **cellule nationale de crise constituée au sein de la DHOS**
- information du cabinet du Ministre de la santé (Mme Anne Bolot-Gittler, Directrice adjointe de cabinet et M. le Dr Cédric Grouchka, Conseiller technique) sur la situation dans les services d'urgences (Ile de France et Bourgogne en particulier).
- **mise en place du dispositif de remontées d'informations nationales par la DHOS et appel à mettre en place une organisation des soins appropriée**
- communiqué de presse du cabinet santé (fortes chaleurs en France : aspects sanitaires et recommandations)
- réunion interne à l'AP-HP avec participation de la DHOS (Danielle Toupillier), de l'ARHIF et de la Préfecture de police de Paris
- note AP-HP demandant le report de l'activité programmée et la réouverture de lits :

¹ praticien hospitalier aux urgences de l'hôpital Saint-Antoine (APHP) et Président de l'association des médecins urgentistes français (AMUHF)

plan d'action ("PACE") de type « mini plan-blanc », soutenu par la DHOS pour le compte du Ministère, retenu par l'AP-HP. communiqué de presse de l'AP-HP daté du 11 août 2003.

- Instruction de l'ARHIF envoyée aux directeurs d'établissements disposant de services d'urgences leur demandant d'engager des mesures exceptionnelles pour la prise en charge des urgences
- premières remontées faisaient apparaître une **affluence modérée** dans les services d'urgences de la plupart des **grandes villes le 11 août**. situation particulièrement aiguë, en Ile de France et en Bourgogne

mardi 12 août 2003

- participation de D.Toupillier (DHOS) avec A.Bolot-Gittler à la **réunion informelle à Matignon sur la situation de l'AP-HP**
- difficultés **amplifiées les mardi 12 et mercredi 13 août**. La plupart des régions ont alors enregistré des augmentations significatives (10% à 50 %) du nombre de passages aux urgences et des hospitalisations, qui ont souvent dépassées les 20% habituels ainsi que de la mortalité. La région Ile de France est en situation très difficile du fait du blocage de la chaîne d'aval de l'hospitalisation
- note ARHIF relative au dispositif exceptionnel de prise en charge des urgences
- plan blanc, déclenché dans le Val de Marne (CHIC de Créteil dès le 11 par le directeur)
- participation de la DHOS (SdE) avec la DGS à la réunion interne EDF sur d'éventuels délestages
- participation de D.Toupillier pour la DHOS et de J.Y.Coquin pour la DGS au téléphone sonne de France Inter à la demande du cabinet le 11

mercredi 13 août 2003

- note DHOS informant les ARH et les établissements du recueil d'information Invs
- levée du dispositif des **ententes préalables** pour l'admission directe des urgences en soins de suites et de réadaptation jusqu'au 20 août
- message du Dr Marc Giroud pdt de Samu de France à C.Grouchka et à la DHOS
- saisine de la DHOS par la DGS sur les ruptures de stocks de solutés de réhydratation
- saturation des morgues et des chambres funéraires et difficultés pour le transport de corps. Les entreprises funéraires ont été rapidement saturées, surtout en Ile de France et en Bourgogne.
- Communiqué de presse commun DGS/DGCL relatif à la saturation des chambres funéraires ou mortuaires en Ile de France
- Mise à disposition des chambres froides de l'institut médico-légal
- DHOS saisie d'une demande de dérogation par la DDASS de Paris en vue de faire assurer par des ambulanciers privés les transports de corps.
- Informé immédiatement (cf. note DHOS du 13 août matin) accord oral du cabinet santé pour une telle dérogation sous réserve d'approbation de la DGS, direction en charge du dossier transport de corps. Faute de personnels présents, la DGS donne son accord de principe sur les actions entreprises par la DHOS.
- La DHOS (bureau O1) contacte alors les services du ministère de l'intérieur qui considèrent le problème du transport de corps comme n'étant pas prioritaire (cf courrier transmis par le ministère de l'intérieur au cabinet santé le 13 août) et souhaite une position interministérielle à ce sujet afin de déroger à des dispositions d'ordre législatif et réglementaire (conversation téléphonique avec les services le 13 au soir). Le cabinet de la santé est informé par la DHOS de cette position dès le 13 août au soir (cf. note du 13 août)
- Participation de la DHOS à la réunion interministérielle EDF. Les établissements de santé sont déclarés "institutions prioritaires" pour l'approvisionnement en électricité.
- Participation de la DHOS à une réunion inter-services au Cabinet du Ministre, sous la présidence de M.Abénhaïm, DGS (Cabinet/ DGS/ DHOS/ InVS), en présence de France 2 Télévision à la demande du cabinet le 11 août.

jeudi 14 août 2003

- La DDASS de Paris est régulièrement tenue informée des avancées du dossier de transport de corps par téléphone. Le 14 août au matin, un nouveau point de situation est fait avec la DDASS. Compte tenu des délais nécessaires pour réquisitionner les ambulanciers privés, réquisition difficile pendant le week-end du 15 août, le recours aux services de l'armée est suggéré (cf note du 14 août) et proposé au cabinet avant la réunion interministérielle du 14.
- **Réunion interministérielle.** la réquisition des moyens privés, compte tenu des circonstances exceptionnelles, a été privilégiée au recours à l'armée.
- **Instruction DHOS pour rappeler aux établissements de santé la nécessité de garantir la disponibilité de lits (qu'ils ont organisé eux-mêmes dès le 8 août dans la plupart des établissements) :**
 - en anticipant les sorties d'hospitalisation pour les patients dont l'état de santé le permettait ;
 - en reportant des hospitalisations non urgentes ;
 - en réouvrant des lits ;
 - en rappelant des personnels en congés, souvent volontaires.
- **Instruction DHOS relative aux solutés de réhydratation**
- **Instruction DHOS invitant les directeurs d'établissements de santé à faciliter la coopération de praticiens hospitaliers entre établissements** (demande du premier ministre et du ministre de la santé)
- **Situation maîtrisée dans les hôpitaux notamment en Ile de France à partir du jeudi soir.** plus de 1000 lits d'hospitalisation (dont 250 à l'AP-HP) étaient disponibles en Ile-de-France pour le week-end prolongé.
- Recommandations de la DHOS aux établissements de santé de déclencher les plans blancs en tant que de besoin. Par mesure de précaution, certains établissements ont mis en œuvre jeudi 14 ou vendredi 15 des plans blancs préventifs qui ne seraient effectivement déclenchés qu'en cas de nouvelles difficultés.
- Communiqué de presse DHOS relatif au plan blanc hospitalier
- **Message de précision suite à l'information sur la levée provisoire de l'entente préalable.**
- **Dans toutes les régions, les établissements se déclaraient en mesure de gérer le week-end et se tenaient en alerte en cas de nouvel afflux de patients.**

vendredi 15 août 2003 au dimanche 17 août 2003

- Permanence assurée par la cellule nationale de crise de la DHOS tout le week-end prolongé
- Contact par la DHOS de toutes les ARH et réponse à de nombreuses sollicitations de particuliers
- entrepôt réfrigéré de 3000 à 4000 m² mis en place à Rungis par le préfet du Val de Marne
- courrier du ministère de l'intérieur aux préfets afin de prendre toute mesure destinée à faciliter le bon fonctionnement du service public (même si ces dernières contreviennent à des règles administratives). La réquisition des moyens privés de transport sanitaire pour assurer des transports de corps pourra donc être effectuée par ce biais.
- communiqué de presse DHOS sur la situation des services d'urgences pendant le week-end
- **instruction DHOS envoyée aux établissements de santé relative à la prise en charge des frais supplémentaire de dépôt de corps** (décision premier ministre du 14 août)
- communiqué DHOS sur la prise en charge des frais de dépôt des corps des personnes décédées

lundi 18 août 2003

- instruction DHOS relative à la prise en charge des patients en période caniculaire

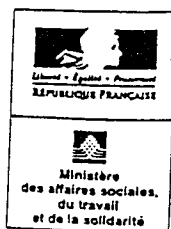
mardi 19 août 2003

- projet d'instruction DHOS relative au paiement des heures supplémentaires des personnels hospitaliers et de la permanence des soins des praticiens hospitaliers ainsi qu'aux primes

ANNEXE 4

DOCUMENTS REMIS A L'APPUI DE L'AUDITION DE

M. François Fillon, ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, et **M. Hubert Falco**, secrétaire d'Etat aux personnes âgées



**SECRETARIAT D'ETAT
AUX PERSONNES AGEES**

**PROGRAMME
DE PREVENTION ET DE LUTTE
CONTRE LA MALTRAITANCE
DES PERSONNES AGEES**

Janvier 2003

PROGRAMME DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES AGEES

Les stratégies de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées méritent de faire l'objet d'un programme spécifique, édité et diffusé aux différents acteurs concernés. C'est l'objet de ce document.

Le contexte : un diagnostic à fiabiliser

Le développement du réseau ALMA (allô maltraitance personnes âgées), créé en 1995 et qui dispose aujourd'hui d'une trentaine d'antennes départementales d'écoute téléphonique, a fortement contribué à lever le voile sur un sujet trop longtemps occulté, la maltraitance des personnes âgées. Le « rapport DEBOUT » y a également participé.

La maltraitance des personnes âgées n'est pas spécifique à la France comme le montrent diverses enquêtes internationales. Les données disponibles montrent que la maltraitance touche environ 5% des plus de 65 ans, 15% des plus de 75 ans.

Les données françaises en provenance d'ALMA et recueillies depuis 1995 contribuent à mieux cerner ce phénomène.

Le nombre d'appels à ALMA est passé de 2118 en 1997 à 5796 en 2001. Cette progression s'explique par l'augmentation du nombre d'antennes mais la proportion des appels pour maltraitance a également progressé. Le pourcentage d'appels était de 49% en 1997, il atteint 65% en 2001 .

Ces appels proviennent :

- des personnes âgées elles-mêmes (25,7%)
- des professionnels (19,7%)

La maltraitance des personnes âgées s'exerce sous différentes formes :

- maltraitements psychologiques : menaces de rejet, privation de visites, humiliation, infantilisation ;
- maltraitements financiers : spoliation d'argent, de biens mobiliers et immobiliers, vie aux crochets de l'aïeul ...
- maltraitements physiques : brutalités, coups, gifles ;
- maltraitements par négligence ou par omission : il s'agit de maltraitements volontaires ou non, concernant l'aide à la vie quotidienne.
- maltraitements médicamenteux ;
- maltraitements civiques : elles consistent en des atteintes aux droits des personnes et concernent notamment les privations de sortie ...

Ces différentes formes de maltraitements sont souvent associées.

Les statistiques 2001 d'ALMA différencient la maltraitance à domicile et la maltraitance en institution comme le montre le tableau suivant :

Catégories principales de maltraitements	Domicile (données 2001)	Institution (données 2001)
Physiques	15%	12,2%
Psychologiques	29,2%	14,3%
Financières	21,3%	6,9%
Médicales	1,9%	2,9%
Négligences	15,1%	48,6%
Civiques	5,8%	6,5%

Ces statistiques 2001 permettent également de mieux connaître le « profil » des personnes maltraitées. En institution, il s'agit de femmes dans 75% des cas et 71% des personnes maltraitées ont plus de 80 ans. Au domicile, environ 73% des personnes maltraitées sont des femmes et 46% ont plus de 80 ans.

Il s'agit de personnes présentant le plus souvent une dépendance physique et/ou psychique qui les rend plus vulnérables.

Ces données issues pour la plupart d'ALMA constituent une source précieuse pour mieux connaître ce phénomène. Néanmoins, compte-tenu de la gravité du sujet, il est souhaitable de les compléter de façon à fiabiliser le diagnostic, et de promouvoir la recherche et les études dans ce domaine.

Une instance clé : le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées

Le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées est présidé par le Secrétaire d'Etat aux personnes âgées. Installé le 19 novembre 2002, il rassemble différents acteurs : usagers, institutionnels et experts. Il a pour missions d'aider à la définition, à la mise en œuvre et au suivi de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance.

Lieu d'échange et d'élaboration d'une culture commune sur le sujet, le Comité de vigilance participe concrètement à la validation d'outils permettant l'atteinte des objectifs fixés. Sa composition lui permet de jouer un rôle majeur de relais sur le terrain. Les séances plénières sont préparées au sein de comités techniques et le comité procède à des auditions.

Les membres permanents du Comité de vigilance :

Un représentant de chacune des organisations suivantes :

- Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA),
- Association France Alzheimer,
- Fondation nationale de gérontologie (FNG),
- Allô Maltraitance France (ALMA France),
- Association Française de protection et d'assistance aux personnes âgées (AFPAP),
- Union nationale des associations de soins et services à domicile (UNASSAD),

- Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (UNADMR),
- ADESSA,
- Fédération nationale des particuliers employeurs (FEPEM),
- Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (ADHEPA),
- Association des directeurs d'établissements de service pour personnes âgées (FNADEPA),
- Fédération hospitalière de France (FHF),
- Fédération des établissements hospitaliers d'assistance privée (FEHAP),
- Union nationale inter fédérale des organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS),
- Syndicat national des établissements et résidences pour personnes âgées (SYNERPA),
- Fédération nationale d'accueil et de confort pour personnes âgées (FNACCPA),
- Ordre national des médecins,
- Comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC),
- Fédération nationale des associations d'aides-soignants (FNASS) ;

Un représentant de l'Assemblée des départements de France ;

Un représentant de la direction générale de l'action sociale ;

Un représentant de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ;

Deux représentants des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales de l'Etat.

Quatre personnalités qualifiées :

- Monsieur FOSSIER, magistrat, conseiller près la cour d'appel de RIOM ;
- Monsieur le professeur BERTRAND, professeur de santé publique au groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.
- Madame le docteur DUROCHER, hôpital gériatrique « Les bateliers », Centre hospitalier régional universitaire de Lille ;
- Monsieur ROSSIGNOL, administrateur de la Fondation Médéric-Alzheimer

Programme d'actions

8 objectifs

- 1. Mieux connaître la maltraitance des personnes âgées pour mieux la prévenir**

- 2. Sensibiliser la population au phénomène de maltraitance des personnes âgées et faire de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées une cause nationale**

- 3. Améliorer le système de protection juridique des personnes âgées**

- 4. Mettre en place un dispositif de gestion du risque de maltraitance des personnes âgées**

- 5. Renforcer les exigences de qualité pour l'ensemble des prestations et structures destinées aux personnes âgées**

- 6. Améliorer les procédures de traitement des signalements**

7. Renforcer le dispositif de contrôle et d'inspection des établissements

8. Organiser le suivi de la mise en oeuvre de cette politique et son évaluation

1. Mieux connaître la maltraitance des personnes âgées pour mieux la prévenir

L'essentiel des données chiffrées sur la maltraitance des personnes âgées est issu du réseau d'écoute ALMA. Il convient de compléter ces données par des enquêtes spécifiques.

En outre, l'amélioration des connaissances épidémiologiques relatives aux maltraitements des personnes âgées permettra de conduire une politique de prévention adaptée en tenant compte des facteurs favorisant la maltraitance.

↳ Quantifier le phénomène de maltraitance des personnes âgées

- Par des études effectuées sur des échantillons de la population des personnes âgées

↳ Améliorer la connaissance qualitative du phénomène de maltraitance des personnes âgées

- Par une enquête qualitative spécifique

Dans un premier temps, une enquête qualitative de faisabilité est réalisée par des sociologies sur la maltraitance « ressentie » par les personnes âgées.

- Par une définition de variables prédictives du risque de maltraitance, portant notamment sur l'environnement familial et professionnel

2. Sensibiliser la population et les aidants professionnels ou non au phénomène de maltraitance des personnes âgées et faire de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées une cause nationale

Sensibiliser la population et les aidants (professionnels, famille ou entourage de la personne âgée) à la maltraitance des personnes âgées constitue une condition indispensable à la mise en œuvre d'une politique efficace de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées.

Le rapport 2002 du secrétaire général des Nations Unies soulignait que seuls les cas les plus graves attireraient l'attention. La maltraitance sous toutes ses formes est inacceptable et mérite une politique volontariste de prévention et de lutte, une mobilisation de l'ensemble de la population en la sensibilisant à l'ampleur de ce phénomène.

- ↳ Lancer une campagne nationale de sensibilisation de la population à la maltraitance des personnes âgées**
- ↳ Faire de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées une cause nationale**
- ↳ Responsabiliser les différents acteurs vis-à-vis du rôle qu'ils peuvent jouer pour aider à prévenir et à lutter contre la maltraitance**
- ↳ Encourager la participation adaptée des associations luttant contre la maltraitance**
- ↳ Développer les formations**

3. Améliorer le système de protection juridique des personnes âgées

Un tiers des majeurs placés sous tutelle ou curatelle a plus de 70 ans. Les personnes âgées peuvent être exposées à des risques de maltraitance, tant au moment de l'ouverture de la procédure, que pendant l'exécution de la mesure.

La maltraitance financière envers les personnes âgées constitue une des formes de maltraitance la plus fréquente. Un des moyens de prévenir cette maltraitance financière est d'améliorer le système de protection juridique des majeurs. C'est ce que soulignent différents experts qui se sont penchés sur ce sujet et qui préconisent la nécessité de revoir les procédures de protection des personnes et notamment de s'assurer que les personnes mises sous tutelle le nécessitent effectivement. Cette réforme du dispositif de protection des majeurs vient d'être lancée.

↳ **Renforcer la protection de la personne et de ses biens**

↳ **Respecter les libertés individuelles**

↳ **Restaurer et mieux garantir les principes fondamentaux de nécessité et de subsidiarité, notamment par la mise en place d'une mission d'évaluation médico-sociale**

↳ **Respecter la personne et ses droits dans le processus judiciaire**

4. Mettre en place un dispositif de gestion du risque de maltraitance

Si la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées est indispensable, c'est également en amont qu'il convient d'agir, avant que les faits ne se produisent, en la prévenant par la mise en place d'un dispositif de gestion du risque de maltraitance.

↳ Faciliter le repérage des situations de risque de maltraitance et l'estimation des risques

- Par la mise à disposition d'outils de détection simples d'utilisation ou d'indicateurs de risque
- Par l'élaboration de différents scénarios de risque de maltraitance visant à décrire les conséquences des situations envisageables à partir des données disponibles et de l'expertise partagée
- Par l'encouragement de démarches d'auto-évaluation

↳ Renforcer l'écoute des personnes âgées et de leur famille en établissement et à domicile

- Par l'identification de « médiateurs » au sein des établissements
- Par le développement d'une fonction équivalente identifiable au sein des CLIC

↳ **Faciliter les possibilités de signalement des cas de maltraitance**

- Par la création d'antennes téléphoniques dans les départements non couverts de façon à généraliser ce dispositif à l'ensemble du territoire
- Par une meilleure information-formation des acteurs explicitant notamment les modalités de signalement (brochure, CD ROM à très large diffusion...)
- Par une sensibilisation des personnes susceptibles de recueillir de tels signalements

↳ **Mettre en place avec les établissements et les services intervenant à domicile des procédures de recueil et de traitement des incidents facilitant l'analyse des risques et la prévention**

- Par la recommandation de procédures de recueil
- Par l'incitation au développement des coordinations
- Par le développement de formations

↳ **Instaurer un système de suivi de façon à adapter les mesures de gestion du risque envisagées**

5. Renforcer les exigences de qualité pour l'ensemble des prestations et structures destinées aux personnes âgées

Les personnes âgées sont en droit d'attendre une prise en charge de qualité. La mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité constitue un atout majeur pour atteindre cet objectif. Ces démarches doivent se concevoir de façon étroitement articulée avec un dispositif de prévention et de gestion des risques.

↳ **Par la prise en compte de la dimension « prévention des risques de maltraitance » lors des visites organisées dans le cadre de la signature des conventions triparties au titre de la mise en œuvre de la réforme de la tarification**

↳ **Par l'impulsion d'une dynamique qualité dans l'ensemble des établissements et services pour personnes âgées.**

6. Améliorer et renforcer les procédures de traitement des signalements

Le signalement d'un cas de maltraitance mérite d'être suivi d'un traitement qui, compte tenu de la nature des faits parfois énoncés, doit pouvoir s'appuyer sur une procédure prédéfinie et validée.

↳ En favorisant un partenariat entre les acteurs concernés

- Par des organisations souples mais néanmoins structurées
- Par une amélioration de la coordination entre les différents acteurs permettant une circulation et un regroupement rapides des diverses sources d'information
- Par un respect des fonctionnements existants qui ont déjà fait preuve de leur efficacité

↳ En élaborant et diffusant un guide de bonnes pratiques du traitement des signalements

- Peu volumineux
- Pragmatique
- Illustré par des cas pratiques

7. Renforcer le dispositif de contrôle et d'inspection des établissements

La maltraitance des personnes âgées doit constituer une composante bien identifiée dans le cadre des dispositifs de surveillance, de contrôle et d'inspection des établissements, une composante majeure.

↳ **Par la mise à disposition d'outils (guide technique notamment) facilitant les contrôles**

↳ **Par la mise en place de contrôles systématiques, en particulier suite à un signalement, par des équipes formées spécifiquement formées à cet effet**

↳ **Par le développement d'actions de formation**

8. Organiser le suivi de la mise en œuvre de cette politique et son évaluation

Le suivi et l'évaluation de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance nécessitent de se doter d'outils pertinents, d'indicateurs quantifiés permettant d'évaluer le degré d'atteinte des objectifs, de modifier, en fonction des résultats, les stratégies mises en oeuvre et de faire évoluer, en tant que de besoins, les outils d'information, de formation et de détection élaborés.

↳ **Par l'élaboration de tableaux de bords**

↳ **Par la consolidation des informations au niveau national**

↳ **Par le développement d'une veille européenne et internationale sur la maltraitance des personnes âgées**

↳ **Par la mise en œuvre d'une évaluation du dispositif**

La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance peut paraître ambitieuse mais le caractère inacceptable des situations rencontrées explique la nature du programme que le secrétariat d'Etat aux personnes âgées souhaite mettre en œuvre. L'atteinte des objectifs ne pourra se faire sans une volonté conjointe des différents partenaires. Le travail qui pourra être accompli au sein du Comité national de vigilance devrait constituer un formidable atout pour y réussir.

DONNEES CHIFFREES
SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER
ET LES MALADIES APPARENTÉES

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées :

17,8% des personnes de plus de 75 ans atteintes par ces maladies

769 000 personnes de plus de 75 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées en France métropolitaine

dont 611 500 cas de maladie d'Alzheimer (cf infra)

environ 2/3 des personnes sont âgées de 85 ans ou plus

La fréquence de ces maladies augmente avec l'âge :

6,5% des personnes entre 75 et 80 ans

47% des personnes après 90 ans

Mode de vie :

- 60,2 % des personnes atteintes vivent à domicile
- 39,8 % des personnes atteintes vivent en institution

Quand il s'agit de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées dans des formes sévères :

- 2/3 vivent en institution
- 1/3 vivent à domicile

135 000 nouveaux cas par an (pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées)

100 000 décès par an

Maladie d'Alzheimer :

Environ 600 000 personnes atteintes

dont 432 000 à un stade modéré et sévère

2/3 ont 85 ans et plus

1 malade sur 2 diagnostiqué

1 malade sur 5 traité

Maladie plus fréquente chez les femmes qui présentent un risque de survenue de la maladie deux fois plus élevée que les hommes après 75 ans

Un écart entre ces données et celles recueillies selon la même méthodologie 10 ans plus tôt (étude PAQUID) puisque l'estimation de la fréquence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées était alors de 546 000 cas chez les personnes de plus de 75 ans et que cette estimation est aujourd'hui de 769 000 cas soit une augmentation d'environ 30%

Données issues de l'étude PAQUID, conduite par le Professeur DARTIGUES, Unité INSERM 330, Université de Bordeaux.

INSTANCE PROSPECTIVE ALZHEIMER

Composition :

Essentiellement des acteurs de terrain, choisis intuitu personae, notamment pour leur expérience dans les montages de projets et leur possibilité de relais sur le terrain

Personnes sollicitées

Madame MEYRIEUX Présidente de la fondation Alzheimer Savoie, administrateur de l'union France Alzheimer

Madame Florence LEDUC (directrice adjointe de l'UNASSAD - Union nationale des associations de soins et services à domicile-)

Monsieur Alain VILLEZ (conseiller à l'UNIOPSS - Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux)

Madame Marie-Jo GUISET (Fondation Méderic Alzheimer)

Monsieur le Dr Alfred SAILLON directeur de 2 EHPAD privés commerciaux (Paris et Seine et Marne)

Madame Nicole DAVAL directrice d'un EHPAD à but privé non lucratif (Chantilly en Picardie)

Monsieur Alain BONNIERE, directeur d'un EHPAD public (Nesle dans la Somme)

Monsieur le Professeur Olivier SAINT-JEAN, chef de service de gériatrie de l'hôpital européen Georges Pompidou, Assistance Publique- Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur Patrice BROCKER, service de gérontologie, Centre hospitalier universitaire de Nice

Monsieur Luc PARAIRE, Directeur de la DDASS du Loiret

Madame DECRET, Conseil général du Var

Monsieur PERINEL, Caisse nationale d'assurance vieillesse

Madame Marie-Françoise GUERIN, directrice de projet personnes âgées de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Madame Sylviane LEGER, Directrice générale de l'action sociale

Missions de l'Instance

Veille prospective sur les besoins des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et leurs familles

Les différents partenaires du groupe d'appui contribueront par leur ancrage sur le terrain à une meilleure définition des besoins des personnes atteintes et de leurs familles.

Promotion d'une offre de services et d'hébergement innovante

Les formules favorisant une mutualisation des aides par le biais de « référentes de quartiers » notamment, en favorisant également les gardes itinérantes de nuit seront également étudiées.

Gardes itinérantes de nuit : les personnes sont attachées à la possibilité d'être sécurisées par système d'appel leur garantissant la possibilité de l'intervention d'un personnel compétent (les services de téléalarme renvoient plutôt sur l'entourage). Une vingtaine de services existe actuellement. Les fonctionnements sont variables ; interventions programmées, interventions sur appel.

Nécessité d'une sécurisation, de permettre une continuité dans les prises en charge

Travaux sur les groupes de paroles

Lieu d'aide et d'écoute pour les malades atteints de la maladie d'Alzheimer et de leur famille

La question d'un lieu spécifique d'aide et d'écoute repérable par les malades atteints de la maladie d'Alzheimer et par leur famille sur un périmètre de proximité doit également être posée. L'hypothèse du CLIC comme lieu d'aide « Alzheimer » sera envisagée dans ce cadre, en tenant compte des réalités locales.

Recommandations pour les établissements et dimensionnement de l'offre

La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD constitue également un temps fort des travaux du groupe. La prévalence

de la maladie, le fait que 2/3 des personnes atteintes de formes sévères résident en institution confortent cette nécessité.

Inscription d'un volet spécifique Alzheimer dans les schémas gérontologiques et programmation de l'offre

La mise en œuvre de la « démarche prospective Alzheimer » se concrétisera également par la formulation de recommandations pour l'élaboration des schémas gérontologiques, en matière de prise en compte des conséquences de la maladie d'Alzheimer sur la vie des personnes et de leurs proches. Certaines régions le font déjà. Il convient d'encourager et d'appuyer ces démarches.

Cette démarche prospective Alzheimer comportera également des recommandations en matière de programmation de l'offre.

Production d'un guide pratique

Sous l'égide du Secrétariat d'Etat aux personnes âgées, un guide pratique reprenant notamment les constats en matière de veille et de prospective (données chiffrées ...) et soulignant l'évolution des besoins, les recommandations concernant les offres d'hébergement d'accueil ou de services innovants, les recommandations sur les schémas gérontologiques. Ce guide sera rédigé avec l'aide du groupe d'appui.

Mode de fonctionnement de l'Instance

Réunion environ une fois par les mois

Auditions

du Travail et de la Solidarité

*Secrétariat d'Etat
aux Personnes Agées*

Le Secrétaire d'Etat

Le **27 MAI 2003**

35, rue Saint-Dominique 75700 Paris

Téléphone : 01 42 75 80 00

Télécopie : 01 42 75

Mesdames et Messieurs les Préfets
de département

Directions départementales des
affaires sanitaires et sociales

Objet : prise en charge des personnes âgées pendant la période d'été.

Durant la période d'été, nombre de personnes âgées peuvent se sentir isolées, voire « abandonnées ».

Celles-ci peuvent souhaiter demeurer à leur domicile, durant la période estivale, ou être contraintes de recourir à un hébergement en établissement compte tenu de leur état de santé.

Afin de satisfaire ceux qui auront besoin d'une aide à domicile, il faudra pouvoir compter sur la continuité de la prise en charge assurée par les services d'aide à domicile.

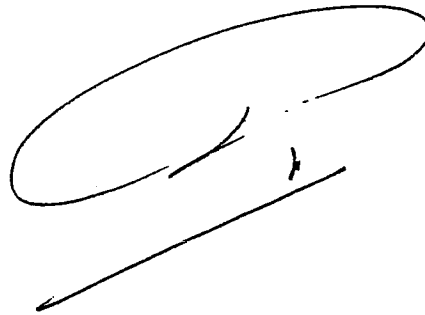
A cet effet, en collaboration étroite avec les services du conseil général et des organismes de sécurité sociale chargés de l'action sociale, vous voudrez bien vous assurer que les responsables des services d'aide et de soins à domicile maintiendront leur vigilance pour s'assurer de la continuité des interventions auprès des personnes âgées, tout particulièrement pendant cette période de congés.

.../...

Afin d'épauler les personnes âgées et leurs familles à la recherche d'un accueil temporaire en institution, durant la période estivale, il conviendra de faciliter leur accès à des informations portant sur le recensement des places disponibles dans le département pouvant permettre un hébergement temporaire, de nature à soulager les familles. Aussi, je vous demande de bien vouloir susciter les démarches permettant d'atteindre un tel résultat. La contribution des services des conseils généraux, des fédérations d'associations concernées par l'hébergement des personnes âgées sera sollicitée dans ce cadre.

Bien entendu, le concours des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) sera recherché en vue d'un tel recensement des places disponibles mais aussi pour être les dispensateurs privilégiés de l'information aux personnes âgées et à leur entourage.

Je souhaite être informé des initiatives que vous prendrez pour mettre en place le dispositif sécurisant dont il vient d'être question et auquel j'accorde la plus grande importance.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop at the top and a long, horizontal stroke extending to the right below it.

Hubert FALCO

*Ministère des Affaires Sociales
du Travail et de la Solidarité*

*Secrétariat d'Etat
aux Personnes Agées*

Le Cabinet du Ministre

Expéditeur :

Sophie MORATAL

Conseiller chargé de la presse

Et de la communication

TÉL : 01 42 75 83 56

Fax : 01 42 75 52 91

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Le Le 11 août 2003

35, rue Saint-Dominique 75700 Paris

Téléphone : 01 42 75 80 00

Télécopie : 01 42 75

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Il est avéré que les périodes de forte chaleur rendent plus vulnérables les personnes âgées qui sont particulièrement exposées à des modifications physiologiques et à la déshydratation. Les températures récemment enregistrées dans notre pays et qui atteignent des niveaux sans précédent depuis 1947 requièrent la mobilisation et la vigilance de tous ceux qui ont en charge l'accueil et le suivi des personnes âgées.

Afin d'anticiper sur cette situation, deux circulaires ont été adressées aux préfets de départements et aux DDASS à mon initiative, les 12 juillet 2002 et 27 mai 2003, pour alerter les professionnels sur les risques encourus et rappeler un certain nombre de recommandations. Les mesures élémentaires suivantes étaient prescrites par la première instruction :

- boire plusieurs fois par jour
- consommer une alimentation suffisamment salée
- supprimer les médicaments diurétiques non indispensables
- isoler et rafraîchir les locaux...

Plus largement, la vigilance des professionnels était appelée sur l'importance du respect de la chaîne du froid et les risques d'exposition solaire.

Plus récemment, en mai 2003, l'attention particulière des responsables de services était appelée sur la situation des personnes isolées durant la période d'été afin de garantir la continuité des interventions, accompagner les personnes âgées, leurs familles et organiser leur bonne information.

Ces instructions soulignaient également l'intérêt de faire remonter les difficultés rencontrées et les initiatives prises.

Malgré ces préconisations, un certain nombre de personnes âgées ont malheureusement été victimes de la canicule. Il est consternant de constater que sur un sujet de cette gravité, une polémique politicienne puisse se développer alors qu'elle n'est pas de mise.

Hubert FALCO

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

*Ministère des Affaires Sociales
du Travail et de la Solidarité*

*Secrétariat d'Etat
aux Personnes Agées*

Le Cabinet du Ministre

Expéditeur :

Contact : Sophie Moratal
Conseiller chargé de la presse
et de la communication

Tél. : 01 42 75 83 56

Fax : 01 42 75 52 91

Le 12 AOUT 2003

35, rue Saint-Dominique 75700 Paris

Téléphone : 01 42 75 80 00

Télécopie : 01 42 75

COMMUNIQUE DE PRESSE

Les conditions climatiques extrêmes que traverse actuellement notre pays mobilise l'ensemble des services sanitaires et sociaux. Cette mobilisation traduit à la fois le professionnalisme des acteurs et la bonne application des instructions qui leur ont été diffusées, avant la survenue de cette vague de chaleur sans précédent.

Dans cette situation exceptionnelle, chaque citoyen doit se sentir concerné bien au-delà des professionnels eux-mêmes. Chacun est appelé à faire preuve de vigilance afin que les personnes âgées de son entourage puisse adopter un bon comportement.

Les associations, les mouvements de jeunesse, les bénévoles sont invités à se mobiliser collectivement, pour être, plus que jamais, présents auprès des publics les plus fragiles.

Ainsi la responsabilité collective fera-t-elle écho à la responsabilité individuelle. C'est une affaire de solidarité et de civisme.

L'information sur les mesures de prévention peut-être assurée :

- sur la base de conseils personnalisés susceptibles d'être prodigués par le dispositif d'écoute - santé mis en place au N° vert 0800 240 250
- plus généralement par le respect des recommandations figurant en annexe

Afin de tirer les enseignements de l'impact de cette vague de chaleur, un dispositif de surveillance et d'évaluation est mis en place afin de suivre l'évolution de la situation et adapter, si nécessaire, les moyens d'intervention.

Hubert FALCO

COMMUNIQUE DE PRESSE

FICHE ANNEXE DE
RECOMMANDATIONS

Une action de prévention est absolument essentielle pour la santé des personnes âgées.

C'est le sens des préconisations adressées aux professionnels avant les périodes estivales. Il faut les rappeler, car il s'agit d'actes indispensables.

La déshydratation est une des pathologies les plus fréquentes des personnes âgées. Si elle n'est pas dépistée ou corrigée à temps, ses conséquences peuvent être extrêmement graves : surdosage médicamenteux, altération des fonctions supérieures avec perte rapide d'autonomie, malaise avec chute et fracture, thrombose veineuse, risques de surinfection des plaies même minimales.

1- *se réhydrater en augmentant sa consommation de liquides ainsi que d'aliments riches en eau*

- boire suffisamment mais pas trop : augmenter au moins d'un demi-litre par jour les apports quotidiens en eau estimés à 1,5 litre ;
- favoriser la consommation d'aliments riches en eau : par exemple pastèques, melons, fraises, yaourts, fromage blanc, fruits pressés...
- il est possible de boire l'eau du robinet, dont l'absorption peut être facilitée grâce à l'adjonction de café, de petits glaçons aromatisés, ou par la préparation de thé chaud ou froid (ne pas boire trop glacé, car cela enlève l'impression de soif à des personnes qui ne ressentent pas spontanément le besoin de boire) ;
- en cas de troubles de la déglutition, administrer de l'eau gélifiée aromatisée.

2- *maintenir la température corporelle et maintenir un minimum d'activité physique*

- humidifier les parties découvertes du corps (visage, mains, avant-bras et cou) plusieurs fois par jour ;
- surtout ne pas sortir aux heures les plus chaudes : sortir avant 10h et après 17h, toujours avec un chapeau ;
- se doucher les jambes, en orientant le jet de la cheville vers le genou ;
- porter de préférence des vêtements légers, clairs et en coton ;
- fermer les volets et bien ventiler et aérer les appartements la nuit.

3- *repérer les signes d'alerte de la déshydratation*

- asthénie : survenue d'une très grande fatigue ;
- confusion ; comportement incohérent
- hypotension orthostatique : toute chute doit très rapidement faire l'objet d'un bilan, car elle peut être la première manifestation d'une déshydratation.

*Ministère des Affaires Sociales
du Travail et de la Solidarité*

*Secrétariat d'Etat
aux Personnes Agées*

Le Secrétaire d'Etat

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Le 16 AOUT 2003

35, rue Saint-Dominique 75700 Paris

Téléphone : 01 42 75 80 00

Télécopie : 01 42 75

à

Mesdames et Messieurs les Préfets

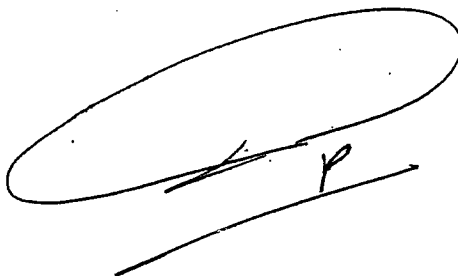
**Directions départementales des
affaires sanitaires et sociales**

Objet : conséquences de la chaleur sur la santé des personnes âgées

La période de canicule a eu des conséquences graves sur la santé des personnes âgées. Au-delà de la prise en charge des pathologies qui ont pu en résulter, une attention particulière doit être portée lors de la phase de retour à domicile.

Afin de sensibiliser les centres communaux d'action sociale aux mesures d'accompagnement à mettre en œuvre, il m'a semblé opportun de préparer à leur attention un courrier à cet effet.

Vous le trouverez ci-joint, accompagné d'une fiche technique. Je vous remercie d'en assurer sa diffusion.



Hubert FALCO

Ministère des Affaires Sociales
du Travail et de la Solidarité

Secrétariat d'Etat
aux Personnes Agées

Le Secrétaire d'Etat
LH/DB

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Le 16 AOÛT 2003

35, rue Saint-Dominique 75700 Paris

Téléphone : 01 42 75 80 00

Télécopie : 01 42 75

Madame, Monsieur le Maire,

La canicule a eu de graves conséquences sanitaires. L'impact du vieillissement de la population a, sans doute, accentué l'ampleur de celles-ci chez des personnes âgées souvent fragilisées par des poly-pathologies. Au-delà de la surmortalité liée à l'épisode caniculaire, l'évolution des prises en charge sanitaire à la suite de déshydratations, d'hypertermies... en traduit l'incidence.

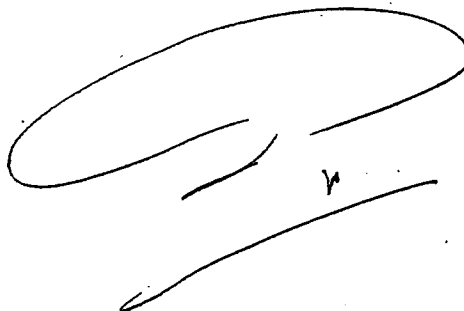
A l'issue de la phase d'hospitalisation, une vigilance particulière doit être apportée lors de la phase de retour à domicile. Affaiblies sur le plan physique, fragilisées sur le plan psychologique, les personnes âgées concernées, principalement les personnes isolées doivent bénéficier du soutien et de l'attention de leur environnement. Les centres communaux d'action sociale jouent, naturellement, un rôle privilégié dans ce cadre.

Je sais les initiatives nombreuses qui ont déjà été prises, dans ce contexte, par les collectivités territoriales et les structures qui en dépendent. Il m'a paru opportun de souligner l'intérêt de les amplifier encore en prenant, notamment, appui sur les services d'aides à domicile mais en organisant, également, une solidarité de proximité pour que chacun soit appelé à faire preuve de vigilance à l'égard des personnes âgées de son entourage.

Au-delà du soutien à organiser dans le cadre du retour à domicile, je souligne, à nouveau, l'intérêt de développer largement l'information sur les mesures de prévention lorsque les conditions climatiques le justifient. Vous trouverez, sous ce pli, pour information, copie des recommandations régulièrement reprises par les médias ces derniers jours et qu'il convient de diffuser régulièrement si nécessaire.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Maire, l'assurance de ma considération distinguée.

Très à vous.



Hubert FALCO

FICHE DE RECOMMANDATIONS

Une action de prévention est absolument essentielle pour la santé des personnes âgées.

C'est le sens des préconisations adressées aux professionnels avant les périodes estivales. Il faut les rappeler, car il s'agit d'actes indispensables.

La déshydratation est une des pathologies les plus fréquentes des personnes âgées. Si elle n'est pas dépistée ou corrigée à temps, ses conséquences peuvent être extrêmement graves : surdosage médicamenteux, altération des fonctions supérieures avec perte rapide d'autonomie, malaise avec chute et fracture, thrombose veineuse, risques de surinfection des plaies même minimes.

1- se réhydrater en augmentant sa consommation de liquides ainsi que d'aliments riches en eau

- boire suffisamment mais pas trop : augmenter au moins d'un demi-litre par jour les apports quotidiens en eau estimés à 1,5 litre ;
- favoriser la consommation d'aliments riches en eau : par exemple pastèques, melons, fraises, yaourts, fromage blanc, fruits pressés...
- il est possible de boire l'eau du robinet, dont l'absorption peut être facilitée grâce à l'adjonction de café, de petits glaçons aromatisés, ou par la préparation de thé chaud ou froid (ne pas boire trop glacé, car cela enlève l'impression de soif à des personnes qui ne ressentent pas spontanément le besoin de boire) ;
- en cas de troubles de la déglutition, administrer de l'eau gélifiée aromatisée.

2 – maintenir la température corporelle et maintenir un minimum d'activité physique

- humidifier les parties découvertes du corps (visage, mains, avant-bras et cou) plusieurs fois par jour ;
- surtout ne pas sortir aux heures les plus chaudes : sortir avant 10h et après 17h, toujours avec un chapeau ;
- se doucher les jambes, en orientant le jet de la cheville vers le genou ;
- porter de préférence des vêtements légers, clairs et en coton ;
- fermer les volets et bien ventiler et aérer les appartements la nuit.

3 – repérer les signes d'alerte de la déshydratation

- asthénie : survenue d'une très grande fatigue ;
- confusion ; comportement incohérent
- hypotension orthostatique : toute chute doit très rapidement faire l'objet d'un bilan, car elle peut être la première manifestation d'une déshydratation.