



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion 2003 - 2005

**LA CONCERTATION DES ACTEURS
DANS LE CADRE DE L'ÉLABORATION
DU PLAN DE GESTION D'UNE
CANICULE DÉPARTEMENTALE
DU HAUT-RHIN**

Aline JOANNES

Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier :

- M. L'HÔTE, Directeur des affaires sanitaires et sociales du Haut-Rhin, pour m'avoir accueillie au sein de ses services,
- M. LECOMTE, mon maître de stage, Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, pour ses conseils, sa disponibilité et son soutien pendant mon stage et la rédaction de ce mémoire,
- L'ensemble des agents du service « Etablissements de santé – Personnes âgées » de la DDASS du Haut-Rhin.

Mes remerciements s'adressent également aux responsables de la filière « Inspecteur de l'action sanitaire et sociale » de l'Ecole nationale de la santé publique de Rennes pour avoir permis le déroulement de ce stage.

Je remercie par ailleurs l'ensemble des personnes que j'ai rencontrées pour leur accueil et leur contribution à l'élaboration de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA CANICULE 2003 : UNE CRISE AUX MULTIPLES EFFETS.....	7
1.1 Les conséquences sanitaires de la vague de chaleur d'août 2003.....	7
1.1.1 Une situation climatique exceptionnelle.....	7
1.1.2 Le bilan de la vague de chaleur	8
1.1.3 Les facteurs modulant l'impact de la chaleur	9
1.1.4 Un phénomène de moindre ampleur dans les autres pays européens	11
1.2 La mise en évidence de dysfonctionnements du système sanitaire et social français.....	12
1.2.1 Les carences du dispositif de veille sanitaire.....	12
1.2.2 Les effets du cloisonnement administratif.....	15
1.2.3 Une réaction impulsée par le bas	16
1.2.4 Les évolutions législatives	19
1.3 L'impact de la canicule dans le département du Haut-Rhin.....	21
1.3.1 Un bilan local de la vague de chaleur à nuancer.....	21
1.3.2 La perception de la crise par les acteurs de terrain.....	23
2 LE PLAN DE GESTION D'UNE CANICULE DEPARTEMENTAL DANS LE HAUT-RHIN : UNE CONCERTATION REELLE MAIS LIMITEE DES ACTEURS	25
2.1 La DDASS, une institution pivot dans le PGCD.....	26
2.1.1 Le positionnement de la DDASS dans l'élaboration du PGCD	26
2.1.2 Une organisation dans l'urgence.....	28
2.2 La collaboration avec les autres acteurs institutionnels	31
2.2.1 Le rôle de la Préfecture	31
2.2.2 Une répartition des tâches avec les autres services de l'Etat.....	33
2.2.3 Une collaboration étroite avec le Conseil Général	34
2.3 La concertation avec les acteurs de terrain : une étape organisée mais limitée.....	35
2.3.1 Les modalités de concertation des acteurs	36
2.3.2 Les apports de la participation des acteurs de terrain.....	38
2.3.3 Les limites de la concertation.....	39

3	AMELIORER LA CONCERTATION DES ACTEURS POUR MIEUX APPREHENDER L'EXECUTION DU PGCD.....	42
3.1	Achever la démarche de concertation	43
3.1.1	L'évaluation du PGCD : une étape nécessaire	43
3.1.2	La mise en place d'une véritable cellule d'information.....	45
3.2	La mise en perspective du PGCD.....	48
3.2.1	Une réflexion engagée à long terme : l'articulation du PGCD avec d'autres actions.....	48
3.2.2	L'association du niveau régional	51
	CONCLUSION	55
	BIBLIOGRAPHIE	59
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

APA : Allocation personnalisée d'autonomie
APA 68 : Association haut-rhinoise d'aide aux personnes âgées
AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
CCAS : Centre communal d'action sociale
CDC : Comité départemental canicule
CIRE : Cellule interrégionale d'épidémiologie
CLIC : Centre local d'information et de coordination
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COGIC : Comité opérationnel de gestion interministérielle des crises
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDTEFP : Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DGAS : Direction générale de l'action sociale
DGS : Direction générale de la santé
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : Institut de Veille Sanitaire
MISE : Mission inter-services de l'eau
PGCD : Plan de gestion d'une canicule départemental
PMI : Protection maternelle et infantile
PNC : Plan national canicule
PRSP : Plan régional de santé publique
SAD : Service d'aide à domicile
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SDIS : Service départemental de secours et d'incendie
SIDPC : Service interministériel de défense et de la protection civile
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
UPATOU : Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
URMLA : Union régionale des médecins libéraux d'Alsace

INTRODUCTION

14 947 morts en deux semaines¹. Tel est le bilan de la vague de chaleur qui a touché la France durant l'été 2003, «*l'été le plus chaud qu'ait connu le pays depuis cinquante-trois ans* »². Cet événement, que l'on peut qualifier de « catastrophe sanitaire » a mis en évidence certains dysfonctionnements du système sanitaire et social du pays, notamment en ce qui concerne la gestion de crise. Les divers travaux, entrepris à la suite de ce drame, ont souligné l'importance de l'anticipation dans une telle situation.

Anticiper implique, d'une part, à court terme, de détecter l'éventualité de difficultés : dans ce contexte, sur la base des prévisions météorologiques. D'autre part, à plus long terme, anticiper consiste à prévoir les actions qui devront être mises en œuvre par les différents acteurs concernés lors du déclenchement de la crise. Ces actions concernent, notamment, la coordination des différents acteurs.

Pour pallier à un manque d'anticipation, particulièrement patent lors de la canicule de 2003, un « Plan national canicule » (PNC) a été mis en place pour l'été 2004.

« *En tant que ministre, j'assumerai personnellement la responsabilité du plan canicule* ». En faisant cette déclaration, le 5 mai 2004, lors de la présentation du dispositif gouvernemental destiné à répondre à une éventuelle canicule, le Ministre de la santé et de la protection sociale, Monsieur DOUSTE-BLAZY, a imposé une obligation de résultat aux acteurs concernés par la mise en œuvre de ce plan, principalement les services déconcentrés de l'Etat et, plus particulièrement, les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

En outre, la sensibilité du sujet, amplifiée par la pression médiatique qui a suivi les événements de l'été 2003, a été ravivée à l'annonce du plan.

La déclinaison du « plan national canicule » au niveau local - le « plan de gestion d'une canicule départemental » (PGCD) - a ainsi été élaborée dans ce contexte. L'attitude adoptée par l'administration centrale a été particulièrement directive. En effet, l'élaboration du PGCD par les autorités déconcentrées consistait à adapter le plan national aux particularités locales. Or, le plan national, notamment son annexe 4, «le

¹ EVIN C., D'AUBERT F., *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule*, n°1455 – tome 1, 25 février 2004, p.26. Disponible sur Internet : <<http://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/canicule.asp>>

² INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE. *Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 en France – Bilan et perspectives – Octobre 2003*. Mai 2004, p.15. Disponible sur Internet : <<http://www.invs.sante.fr>>

guide pour l'élaboration d'un plan (inter)départemental de gestion d'une canicule », propose aux autorités déconcentrées chargées d'élaborer le PGCD des modalités de mise en œuvre particulièrement précises. Ainsi, la trame était déjà posée pour permettre une finalisation du plan dans les plus brefs délais.

Le plan national prévoit quatre niveaux dans la gestion de la crise : la vigilance (niveau 1) activée tous les étés du 1^{er} juin au 30 septembre ; la mobilisation des services sanitaires et sociaux (niveau 2), la mise en œuvre des mesures sanitaires et sociales (niveau 3) et l'extension de la crise au-delà du champ sanitaire et social (niveau 4). Pour chacun de ces niveaux d'alerte, le plan définit les missions correspondantes des organismes nationaux concernés (directions de différents ministères, agences nationales et associations). L'objectif du PGCD est de décliner la méthodologie adoptée par le plan au niveau départemental et, ainsi, de mobiliser les acteurs au niveau local en définissant leurs missions pour chaque niveau d'alerte.

La planification a été l'outil privilégié pour éviter qu'une nouvelle crise liée à la canicule ne se reproduise. Elle apparaît comme une solution particulièrement adaptée à un problème d'une telle ampleur. En effet, cette méthode peut être définie comme « *un processus d'aide à la décision qui vise, par concertation et consensus, à rendre cohérentes les stratégies d'agents* »³. Ce processus vise également à réduire l'incertitude et consiste à anticiper de manière concertée et positive.

En l'occurrence, la méthode de planification qui a prévalu dans ce contexte diffère du concept de planification habituellement utilisé dans les domaines sanitaires, médico-sociaux et sociaux. En effet, il ne s'agit pas, dans le cadre du plan canicule, de définir les modalités d'une meilleure adéquation de l'offre aux besoins dans une perspective de moyen terme.

Le plan canicule est un plan d'urgence car il constitue un moyen de répondre à un phénomène exceptionnel tant par sa gravité que par son imprévisibilité. Plus précisément, il s'agit d'un plan de secours spécialisé car il définit les moyens de secours pour un risque spécifique non localisé.

La concertation des différents acteurs constitue un élément essentiel de la démarche de planification. Cette importante phase leur permet, en effet, de « *préparer en commun l'exécution d'un dessein, se mettre d'accord pour agir ensemble* »⁴. La notion de concertation privilégie donc un partage des décisions et des opinions sur un sujet. Elle

³ FROISSARD M. « Besoins des personnes âgées et planification. De la théorie à la pratique ». *Revue française des affaires sociales*, juillet-septembre 1989, n°3, p.122.

⁴ JOURDAIN A., DE TURENNE I., *100 mots-clés de planification sanitaire*. Rennes : ENSP, 2^{ème} édition, 1999. p. 44.

diffère en cela de la notion de participation dans laquelle le pouvoir de décision est partagé entre les différents acteurs.

Les acteurs peuvent être définis comme des personnes qui prennent part à une action⁵. Dans le contexte du PGCD, les acteurs sont divers : les usagers ou leurs représentants, les producteurs de soins tels que les hôpitaux, les services d'aide à domicile mais également les services de secours et les institutions telles que la DDASS et les autres services de la Préfecture, le Conseil Général ou encore les mairies.

La circulaire interministérielle du 12 mai 2004⁶, relative aux actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule, demande au préfet de département d'élaborer pour le 15 juin 2004 un PGCD.

Conformément à cette circulaire et aux dispositions du plan national, le PGCD comporte quatre volets. Le volet « organisation des services publics » définit les missions des différents services publics concernés par le PGCD et la mise en place d'instances propres à l'exécution de ce plan. Le volet « Personnes âgées, personnes handicapées et personnes sans abri » ou « plan vermeil » organise l'action des services publics afin de protéger les personnes les plus vulnérables lors d'une canicule. Le volet « Etablissements de santé et professionnels de santé » concerne l'organisation de la permanence des soins en médecine de ville et l'organisation de la prise en charge au sein des établissements de santé publics et privés. Enfin, le volet « Population générale » décrit les actions relatives à l'information de la population en général.

Dans le Haut-Rhin, le Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales s'est vu confier, par le Préfet, la mission d'élaborer le PGCD. Ce plan a été validé par arrêté préfectoral en date du 25 juin 2004.

Malgré le bref délai accordé aux services de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, une place importante a été aménagée pour la concertation des différents partenaires concernés. Cependant, durant la période de mise en œuvre du plan, prévue du 1^{er} juin au 30 septembre 2004, la DDASS a été destinataire de nombreuses demandes de précisions et d'aide concernant les modalités d'application du PGCD de la part des acteurs de terrain. Cet état de fait témoigne des nombreuses difficultés qu'ils ont rencontrées dans cet exercice.

⁵ JOURDAIN A., DE TURENNE I., op.cit., p.7.

⁶ Circulaire interministérielle n°NOR/INT/E/04/00057/C du 12 mai 2004 relative aux actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule.

En outre, un défaut de coordination entre les différents protagonistes de la mise en œuvre du plan a pu être constaté, notamment concernant la transmission de données, d'indicateurs. En effet, la DDASS et la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) ont toutes deux été destinataires des mêmes données.

Enfin, étant donné l'urgence dans laquelle le plan a été élaboré, les partenaires n'ont pas eu le temps de s'organiser pour aborder pleinement la phase d'exécution du plan dans les conditions optimales.

Ainsi, si la concertation des différents acteurs, dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du PGCD, a été organisée, les conditions dans lesquelles elle a été effectuée ne paraissent pas optimales, étant donné l'ampleur des incertitudes qui régnaient parmi les principaux protagonistes de la mise en œuvre du plan lors de la phase d'exécution de celui-ci.

Dès lors, dans quelles mesures la concertation des acteurs peut-elle être améliorée afin de pallier aux difficultés d'exécution du plan de gestion d'une canicule départemental du Haut-Rhin ?

Cette question est d'autant plus importante qu'il est prévu que ce dispositif soit reconduit tous les étés et la consultation des acteurs amenée à être renouvelée dans cette perspective. Les aménagements apportés à l'organisation de cette concertation pourront être l'occasion de dissiper les incertitudes rencontrées durant l'été 2004 et ainsi de pallier aux difficultés d'exécution du plan.

En outre, étudier les modalités de concertation des acteurs dans le cadre de l'élaboration d'un plan et les possibilités de les adapter au contexte m'est apparu particulièrement intéressant étant donnée l'importance de la planification en tant qu'outil de travail pour un Inspecteur de l'action sanitaire et sociale. En effet, alors que les politiques à mettre en place à destination des différentes populations mobilisent divers acteurs, la DDASS se situe souvent au centre de ces politiques. Ses domaines de compétences très divers lui donnent une connaissance très générale des acteurs de terrain en matière de politiques sanitaires, médico-sociales et sociales, qu'ils s'agissent aussi bien d'acteurs institutionnels, associatifs ou encore de prestataires de services, avec qui la DDASS collabore étroitement. Aussi lui appartient-il souvent de mobiliser ces moyens humains dans le cadre de travaux de planification dont elle est le pilote.

Dans ce contexte, l'étude plus particulière des conditions d'élaboration du PGCD permet d'appréhender les difficultés inhérentes à un plan multidimensionnel à réaliser dans l'urgence. Or, de plus en plus, les schémas et plans que les directions des affaires sanitaires et sociales, qu'elles soient régionales ou départementales, ont la charge d'élaborer correspondent à ces critères. En effet, l'élaboration de plans, notamment lorsqu'il s'agit de plans de secours tels que le plan canicule, consiste à décliner au niveau local des objectifs nationaux généraux en les adaptant au contexte. Il appartient, dès lors,

aux services concernés - souvent les services déconcentrés de l'Etat - d'adapter la méthodologie, et ce, particulièrement en ce qui concerne la consultation des acteurs. De plus, l'urgence constitue de façon récurrente un facteur essentiel dans l'élaboration des schémas, puisque ces derniers sont censés trouver des réponses à des situations de crises pour apaiser les inquiétudes de la population.

J'ai effectué mon stage d'exercice professionnel à la DDASS du Haut-Rhin du 10 mai au 17 septembre 2004. J'ai été affectée dans le service « Etablissements de santé – Personnes âgées », auprès de l'Inspecteur de l'action sanitaire et sociale en charge de l'élaboration du PGCD pour la DDASS, le jour où le plan national était diffusé dans les services déconcentrés. Tout au long de mon stage, j'ai eu l'opportunité d'observer les conditions d'élaboration du PGCD et de son exécution.

En l'absence d'hypothèses préalables concernant les améliorations susceptibles d'être apportées à la procédure de concertation des acteurs, cette étude repose sur une démarche inductive. J'ai donc procédé à une recherche documentaire. J'ai analysé les différents textes réglementaires relatifs à l'élaboration du plan national et du PGCD ainsi qu'à l'exécution de ce plan. La lecture du plan national canicule était indispensable, de même que celle des PGCD de différents départements, afin d'étudier les diverses démarches et mettre en perspective celle adoptée dans le Haut-Rhin. L'étude documentaire concernait aussi l'ensemble de la littérature relative à l'épisode caniculaire de l'été 2003 en France et ses conséquences. Cet épisode étant relativement récent, la documentation qui y est consacrée est constitué essentiellement d'études publiées par différents instituts, dont l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), ainsi que des rapports parlementaires et des articles de presse. J'ai également étudié les différents textes législatifs et réglementaires adoptés depuis l'été 2003 qui prennent en compte les enseignements de l'épisode caniculaire.

La recherche documentaire m'a permis d'appréhender le contexte général et, de ce fait, les enjeux inhérents à l'élaboration du PGCD. J'ai, dès lors, mieux compris les différentes préoccupations des acteurs qui coexistaient dans les réunions auxquelles j'ai assisté. Participer aux réunions plus informelles internes à la DDASS, notamment entre le Directeur et l'Inspecteur chargé de l'élaboration du plan, m'a permis d'observer l'évolution de la philosophie générale de ce plan, notamment au regard des positions des partenaires.

Afin de recueillir les avis des acteurs concernés sur la méthode d'élaboration du plan, j'ai procédé à quatre entretiens avec les représentants de différents acteurs au sein du Comité départemental canicule (CDC) opérationnel, assimilable à un comité de pilotage, du PGCD. J'ai ainsi rencontré une responsable des services de soins infirmiers à domicile, un directeur d'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes,

une adjointe au Maire en charge des personnes âgées et le responsable de la plus importante association représentant les personnes âgées du département. Ce choix a été guidé par divers critères. Il s'agit des acteurs sur lesquels, d'une part, reposaient le plus d'attentes, notamment dans le cadre du « plan vermeil » et qui, d'autre part, participent à de nombreux groupes de travail dans le cadre de l'élaboration d'autres plans. Ces personnes bénéficient donc d'une expérience certaine qu'elles peuvent confronter avec la méthodologie adoptée pour le plan canicule.

J'ai également rencontré les personnes chargées de l'élaboration du PGCD dans le Bas-Rhin afin de comparer les méthodes utilisées dans un contexte relativement similaire.

Ces entretiens, d'environ une heure, ont été effectués au début du mois d'octobre 2004, alors que ces personnes pouvaient appréhender les conditions d'élaboration et d'exécution du PGCD avec un certain recul.

Enfin, ces entretiens ont été complétés par des rencontres plus informelles que j'ai pu avoir lors de diverses réunions, notamment le Comité départemental canicule opérationnel, avec les représentants du Service départemental de secours et d'incendie (SDIS), du Service d'aide médicale urgente (SAMU), des établissements de santé publics. Malgré la bonne volonté de mes interlocuteurs, il a été impossible, compte tenu notamment de leur charge de travail pendant la période estivale, de planifier des rendez-vous en vue d'entretiens plus conséquents.

Je me suis également entretenue à diverses reprises avec le Directeur départementale des affaires sanitaires et sociales sur ce sujet.

Cette étude concerne l'ensemble des quatre volets du plan puisque, dans le cadre de mes investigations, il m'est apparu que des améliorations étaient souhaitables pour l'ensemble des thèmes traités.

Au cours de cette démarche, il m'est apparu opportun, étant donné l'importance du contexte local dans l'élaboration du PGCD, de limiter les comparaisons avec les autres départements à celui du Bas-Rhin, autre département de la région Alsace.

Dans ce cadre, dans un premier temps, le contexte général et les enjeux du plan canicule seront rappelés (1.). Les conditions d'élaboration du PGCD dans le Haut-Rhin seront ensuite étudiées (2.), puis des préconisations pour améliorer la concertation des acteurs dans le cadre de la reconduite du plan seront formulées (3.).

1 LA CANICULE 2003 : UNE CRISE AUX MULTIPLES EFFETS

La France a connu, au mois d'août 2003, une crise sanitaire et sociale. Faute d'anticipation, cette crise a entraîné un véritable drame humain (1.1). Elle a également mis en avant les dysfonctionnements du système sanitaire et social français (1.2). Le « Plan national canicule » a été élaboré dans ce contexte. Repris au niveau départemental, le PGCD du Haut-Rhin s'adapte au plus près au contexte local (1.3).

1.1 Les conséquences sanitaires de la vague de chaleur d'août 2003

Le bilan de la vague de chaleur de l'été 2003 est à apprécier au regard de l'ampleur de la surmortalité qu'elle a engendrée, la conjugaison de divers facteurs aggravants et la mise en perspective avec l'impact de la canicule dans les autres pays européens.

1.1.1 Une situation climatique exceptionnelle

La canicule⁷ qu'a connue la France durant la première quinzaine du mois d'août 2003 a été plus intense que les trois derniers épisodes similaires (1976, 1983 et 1994). *« La canicule a dépassé de très loin les températures enregistrées depuis 1873, par son intensité, son étendue géographique et sa longueur dans le temps, tant pour les températures minimales que pour les températures maximales »*⁸. Le faible écart entre les températures diurnes et nocturnes, par le maintien de températures minimales élevées⁹, constitue la principale caractéristique de l'épisode caniculaire de 2003. Cette vague de chaleur a été également exceptionnelle dans sa durée. Les températures maximales ont atteint 35°C pendant neuf jours consécutifs¹⁰.

L'ensemble du territoire français a été touché par cette vague de chaleur. Des températures supérieures à 35°C ont été enregistrées dans les deux tiers des quatre-vingt-dix stations météorologiques en France, et supérieures à 40°C dans 15% d'entre elles. La surmortalité touche, cependant, inégalement les différentes régions. L'Ile-de-France, le Centre et la Bourgogne sont les régions les plus sinistrées : la mortalité y a plus que doublé. Les régions à composante côtière, telles que la Basse-Normandie, la Bretagne et le Nord-Pas-de-Calais ont été les moins touchées¹¹.

⁷ Les météorologistes français définissent une canicule comme une période pendant laquelle les températures maximales dépassent 30°C. InVS, op.cit., p.18.

⁸ Propos du Président directeur général de Météo France, in EVIN C., D'AUBERT F., op.cit., p.20.

⁹ Plus de 3.5°C en moyenne par rapport aux trois derniers étés les plus chauds. InVS, op.cit., p.33.

¹⁰ Ibid. pp.33-34

¹¹ EVIN C., D'AUBERT F., op.cit., p.36.

Prévenir les conséquences d'une canicule est d'autant plus important que la probabilité de survenue d'une nouvelle vague de chaleur risque de s'accroître avec le réchauffement climatique ; son impact sanitaire éventuel sera amplifié par le vieillissement de la population¹².

Les caractéristiques exceptionnelles de la vague de chaleur de l'été 2003 expliquent, en partie, qu'elle ait été plus meurtrière que les canicules de 1976 et 1983, qui ont provoqué, respectivement, 6 000 morts supplémentaires, soit une surmortalité de 30% par rapport aux trois années précédentes, et 4 700 morts sur l'ensemble du territoire mais une surmortalité de 110% à Marseille.

1.1.2 Le bilan de la vague de chaleur

L'importance de la surmortalité, son lien avec les fortes chaleurs et le lieu du décès sont caractéristiques de cette crise autant sanitaire que sociale.

A) Le dernier bilan de la surmortalité en France

Selon le bilan établi par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), le 12 décembre 2003, l'excès de décès survenus pendant la période du 4 août au 18 août 2003 s'élève à 14 947, soit une augmentation des décès de 75% par rapport à la moyenne des décès sur cette même période les trois années précédentes¹³.

L'hypothèse d'une compensation des décès, à savoir que la canicule aurait précipité le décès des personnes les plus fragilisées, qui se serait traduite par une baisse de la mortalité durant les mois suivants, a été infirmée. Les chiffres de l'Inserm montrent, en effet, une stabilité de la mortalité en septembre et en octobre par rapport aux mêmes mois les années précédentes.

B) Le lien indéniable entre la situation climatique et la surmortalité

Le lien entre surmortalité et chaleur a été mis en avant par la forte corrélation entre l'évolution des décès par jour sur la période et l'évolution des températures. Ainsi, ces courbes sont parallèles, avec un ou deux jours de décalage, puisque les effets de la chaleur sur le corps humain ne se font ressentir qu'après un certain délai d'exposition à la chaleur. Cette relation a été mise en évidence lors de diverses vagues de chaleur précédentes aux Etats-Unis ou en Europe. Elle est corroborée par les données de l'été 2003 en France.

¹² EVIN C., D'AUBERT F., op.cit., p.22.

¹³ Ibid., p.26.

C) Le lieu du décès

Selon le dernier rapport de l'Inserm, 42% des décès ont eu lieu à l'hôpital, 35 % à domicile, 19 % dans les maisons de retraite ou hospices et 3 % en cliniques privées. La surmortalité a concerné, plus particulièrement, les personnes vivant dans les maisons de retraite et à domicile, le nombre de décès y a plus que doublé par rapport à la moyenne des trois années précédentes (respectivement +135% et +101%). Il est intéressant de noter, à cet égard, que la totalité des décès en maisons de retraite et la quasi-totalité des décès à domicile (90%) impliquent des personnes âgées de plus de 75 ans, lesquelles représentent la grande majorité des victimes de la canicule. Les hôpitaux et les cliniques privées ont été touchés dans une moindre mesure (+64% et +27% respectivement)¹⁴.

1.1.3 Les facteurs modulant l'impact de la chaleur

La présence de facteurs autres que la chaleur a contribué à aggraver le bilan. Il n'existe, toutefois, pas de facteur « évident » en dehors du facteur climatique.

A) Les facteurs individuels

Les différentes études de la surmortalité liée à la canicule ont permis de dégager un certain profil de victime.

La surmortalité a principalement touché les personnes âgées. 82,5% des décès en excès ont été enregistrés chez des personnes âgées de plus de 75 ans. Les personnes âgées ressentent, en effet, moins vite la sensation de chaleur ou de déshydratation. Les femmes ont été beaucoup plus touchées que les hommes, leur surmortalité atteignant respectivement 70% et 40%. Parmi les personnes âgées de plus de 75 ans, la mortalité chez les femmes a augmenté de 90% et de 60% chez les hommes. Ce déséquilibre est, notamment, imputable à la féminisation croissante de la population âgée¹⁵.

L'état de santé a également joué un rôle déterminant dans la résistance ou non aux effets de la chaleur. Ainsi, la majorité des personnes âgées de moins de 60 ans décédées étaient atteintes de pathologies telles que troubles mentaux (41%), obésité (28%), diabète (14%), entre autres¹⁶.

Enfin, la consommation de certains médicaments, peut avoir des incidences sur la résistance à la chaleur. En effet, 39% des médicaments prescrits par la médecine de ville

¹⁴ Source Inserm. EVIN C., D'AUBERT F., op.cit., pp.41-46.

¹⁵ EVIN C., D'AUBERT F., op.cit., p.33.

¹⁶ JACQUAT D., *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule*, n°1091, 24 septembre 2003, p.7. Disponible sur Internet : <<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i1091-t1.asp>>

sont consommés par les personnes âgées de plus de 65 ans, soit 16% de la population française¹⁷.

B) Les facteurs « sociaux »

L'incidence d'un certain nombre de facteurs « sociaux », peu quantifiables, peut avoir aggravé le bilan de la canicule.

La proportion des personnes décédées à domicile et, plus encore, leur forte augmentation (+101% par rapport aux trois dernières années) contribuent à analyser l'isolement des personnes comme un facteur d'aggravation de la crise. Mis en avant par les médias, il a été le « *seul facteur unanimement décrit par l'ensemble des personnes auditionnées* »¹⁸ par la commission des affaires culturelles familiales et sociales de l'Assemblée Nationale.

La corrélation entre un faible niveau socio-économique et la surmortalité en période de canicule a été mise en évidence dans une enquête réalisée aux Etats-Unis. En ce qui concerne la canicule de 2003, l'augmentation des décès chez les bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) a été importante (environ 90%¹⁹). La résistance à la chaleur provient également de la protection fournie par l'habitat. Ainsi, les morts « *du dernier étage* » ont souvent été évoqués²⁰.

C) Les facteurs environnementaux

Le drame de la canicule semble être un phénomène essentiellement urbain. La surmortalité a été moins marquée dans les zones rurales et les petites villes que dans les grandes et moyennes agglomérations. Les raisons probables sont diverses : davantage de solitude et manque d'isolation thermique des habitations. De plus, la pollution est plus forte en ville et les températures nocturnes y sont plus élevées, ce qui empêche l'organisme humain de récupérer des chaleurs du jour.

Concernant les effets de la pollution atmosphérique sur la surmortalité de l'été 2003, un rapport de l'InVS²¹ met en avant qu'il n'existe pas d'interaction entre les températures élevées et le niveau de pollution par l'ozone. Il semble que les excès de mortalité les plus

¹⁷ JACQUAT D., op.cit., p.8.

¹⁸ Ibid, p.28.

¹⁹ Selon les réponses apportées par certains départements. EVIN C., D'AUBERT F., op.cit., p.34.

²⁰ JACQUAT D., op.cit., p.8.

²¹ INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, *Vague de chaleur de l'été 2003 : relations entre température, pollution atmosphérique et mortalité dans neuf villes françaises – Rapport d'étude*, 7 septembre 2004, 70 p. Disponible sur Internet :

http://www.invs.sante.fr/publications/2004/psas9_070904/rapport.pdf

élevés soient liés dans leur quasi-totalité à l'effet propre de la chaleur. Lorsque cet excès est plus modéré, les décès sont davantage provoqués par la pollution.

1.1.4 Un phénomène de moindre ampleur dans les autres pays européens

Le bilan de la vague de chaleur est contrasté selon les pays et, pour faciliter les comparaisons, l'adoption d'une méthodologie commune au niveau européen pour l'analyse de tels phénomènes apparaît souhaitable.

A) Un bilan contrasté selon les pays

L'InVS a procédé à un recensement de la situation dans plusieurs pays européens²². Des températures inhabituellement élevées ont été recensées dans la quasi-totalité des pays, à l'exception de la Grèce. Ces périodes de fortes chaleurs n'ont pas provoqué de surmortalité semblable à celle de la France. La surmortalité au Royaume-Uni a atteint 15% par rapport aux cinq dernières années ; elle reste, néanmoins, inférieure à la mortalité observée pendant les mois d'hiver. En Allemagne, les estimations sont contradictoires. Selon les principales fédérations de pompes funèbres, l'excès de décès varierait de 0 à 7000. Il n'y a pas eu de débordement hospitalier. La Belgique, les Pays-Bas et les pays scandinaves n'ont pas connu de surmortalité significative. Les pays les plus touchés ont été l'Italie, où, dans certaines villes, la mortalité a doublé chez les personnes âgées de plus de 75 ans et l'Espagne, où Barcelone a connu une augmentation de la mortalité de 52%. Le Portugal est le seul pays à avoir subi une vague de chaleur équivalente à celle de la France. Le nombre de décès en excès, inférieur aux épisodes caniculaires de 1981 et 1991 ayant touché le pays, témoigne de l'efficacité du système d'alerte mis en place en 1999.

B) Le Programme européen d'évaluation et de prévention de l'impact sanitaire des variations climatiques – PHEWE

Ce programme de l'Union Européenne, prévu pour une durée de trois ans, a été mis en œuvre en octobre 2002. L'objectif général consiste à étudier le lien entre le climat et l'état de santé de la population européenne pendant la période estivale afin d'améliorer la prévention des risques sanitaires. Destiné à développer un système d'alerte, il définit un certain nombre de variables météorologiques et d'indicateurs de santé communs et propose des actions en terme de santé publique. Il sera également procédé, dans le

²² INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE. *Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 en France – Bilan et perspectives – Octobre 2003*. pp.79-85.

cadre de ce programme, à une évaluation d'un système d'alerte canicule dans cinq villes pilotes européennes, dont Paris²³.

1.2 La mise en évidence de dysfonctionnements du système sanitaire et social français

La crise sanitaire de l'été 2003 n'a été ni anticipée ni perçue immédiatement par les responsables comme une crise majeure²⁴. Ce drame a révélé des dysfonctionnements de la veille sanitaire et de la capacité de réaction. En ce sens, le cloisonnement administratif a eu des effets préjudiciables, en partie compensés par les initiatives prises par les acteurs de terrain. Certaines préconisations formulées dans ces travaux ont inspiré l'évolution récente de la législation.

1.2.1 Les carences du dispositif de veille sanitaire

Le délai écoulé entre le début de la vague de chaleur et la prise de conscience de la gravité de la crise témoigne des carences du système de veille et d'alerte sanitaire.

A) « Douze jours pour prendre conscience d'un drame humain »²⁵

D'après Météo France, le 2 août 2003 marque le début de la canicule en France. Le 10 août, l'intervention télévisée du Président de l'Association des urgentistes de France, attire l'attention, en particulier des médias, sur les effets sanitaires des températures élevées persistantes. Le lendemain, le Ministre de la Santé, déclare que *« tous les services sanitaires sont en état d'alerte »*²⁶. Ce n'est que le 13 août qu'il reconnaît qu'il *« y a plus de morts que la normale »* avant de qualifier la situation de *« drame humain »*²⁷.

Le plan blanc est activé dans tous les départements d'Ile-de-France le 13 août et la possibilité de l'activer est élargie à tous les préfets de département de France le 14 août par le Ministre de la Santé.

Les deux semaines qui se sont ainsi écoulées entre le début de la crise et la mise en œuvre d'actions d'envergure témoignent des difficultés rencontrées par les services

²³ *Plan national canicule – Actions nationales et locales à mettre en œuvre par les pouvoirs publics afin de prévenir et réduire les conséquences sanitaires d'une canicule*, Ministère de la santé et de la protection sociale et ministère délégué aux personnes âgées, 5 mai 2004, p.11-12.

²⁴ JACQUAT D. op.cit., p.3.

²⁵ « Douze jours pour prendre conscience d'un drame humain », *Le Monde*, 15 août 2003.

²⁶ DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES, *Impact de la canicule d'août 2003 sur la santé. Etude de presse du 18 avril 2003 au 11 août 2003*, mars 2004, p.37.

²⁷ « Douze jours pour prendre conscience d'un drame humain, op.cit.

chargés de la veille sanitaire et de l'alerte. Ainsi, le Ministre de la Santé déclarait, au lendemain de la crise, « *quand on n'est pas alerté on ne peut pas agir à temps* »²⁸.

B) Les limites de l'action des organismes chargés de la veille sanitaire

La mission de l'InVS, organisme créé en 1998²⁹, consistait, au moment des faits, à « *détecter tout événement modifiant ou susceptible d'altérer l'état de santé de la population, alerter les pouvoirs publics (...) en cas de menace pour la santé publique, quelle qu'en soit l'origine, et de leur recommander toute mesure ou action appropriée, mener à bien toute action nécessaire pour identifier les causes de modification de l'état de santé, notamment en situation d'urgence.* »³⁰.

Selon la loi, cet organisme était en charge de la veille sanitaire de dangers liés aux conditions climatiques, malgré l'argument du Directeur de l'InVS selon lequel le contrat d'objectifs et de moyens pour 2002-2003, signé avec la Direction générale de la santé (DGS) ne mentionnait pas les risques climatiques. Il indiquait que le premier message d'alerte avait été reçu par l'InVS le 6 août. Il s'agissait d'un signalement de trois décès par coup de chaleur par la DDASS du Morbihan, relayée vers l'InVS par la DGS. Les autorités sanitaires, la DGS notamment, étaient de ce fait déjà informées. L'alerte avait donc été donnée, selon le Directeur de l'InVS³¹. Des enquêtes sur les causes de la mortalité inhabituelle n'ont été diligentées que sur demande de la DGS, après le 8 août. L'absence de connexion en temps réel avec les acteurs de terrain, tels que les services de secours et les services d'urgence des hôpitaux, n'a pas permis à l'InVS de déceler la gravité de la situation rapidement, ce qui pose également la question du moment où il faut mesurer, en temps réel, l'activité des acteurs de terrain. A cet égard, le Directeur général de la santé indiquait qu'il était naturel que l'alerte, pendant la canicule, soit venue des services d'urgence³². Il importe, dès lors, d'impliquer plus fortement ces acteurs dans le dispositif de veille sanitaire formalisant une centralisation de leurs rapports d'activité en temps réel.

En déclarant « *rien n'est venu d'en haut en termes de santé publique. Mais rien n'est venu d'en bas non plus !* »³³, le Ministre de la santé au moment des faits pose le problème de la remontée des informations par les services déconcentrés, notamment les DDASS. En effet, seules trois DDASS ont relayé l'alerte sanitaire auprès de l'InVS et de la

²⁸ « Le revirement progressif du ministre de la santé », *Le Monde*, 20 août 2003.

²⁹ Loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

³⁰ Article 1413-2 du Code de la santé publique.

³¹ JACQUAT D. op.cit., p.14.

³² Ibid., op.cit., p.19.

³³ EVIN C., D'AUBERT F., op.cit., p.63.

DGS. Or, pour qu'elles soient en mesure de le faire, elles auraient dû être alertées par les organismes hospitaliers ou médico-sociaux, ce qui a rarement été le cas³⁴. Cette situation met en avant l'absence de réseaux sanitaires formalisés au niveau départemental avec les praticiens hospitaliers ou libéraux. La pénurie de médecins inspecteurs en santé publique dans les DDASS, qui sont, entre autres, chargés de la veille sanitaire dans les services déconcentrés, peut également expliquer les difficultés de transmission de l'information.

L'alerte, en cas de canicule, pourrait être assez facilement donnée par Météo France. Le dispositif d'alerte directe des responsables administratifs, en cas de grands froids, qui fait l'objet d'une convention entre Météo France et le Secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, pourrait être repris par le Ministère de la santé pour la de prévisions de fortes chaleurs.

C) La position délicate de la DGS

Un décret du 21 juillet 2000³⁵ a profondément modifié le rôle de la DGS. Un certain nombre de ses prérogatives en matière d'organisation des soins a été transféré à la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), mais elle s'est vue confier l'élaboration de la politique de santé. Des missions telles que l'analyse des besoins, l'évaluation, la planification sont, dès lors, apparues.

La DGS a été la destinatrice de nombreux messages d'alerte provenant des DDASS, du SAMU de Paris ou encore de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris dès le 6 août. Aucun communiqué n'a été transmis aux différents acteurs de terrain avant le 8 août. Ce communiqué n'a pas été perçu par ses destinataires comme prioritaire étant donné qu'il n'avait pas été transmis par la voie prévue à cet effet, à savoir le système « DGS-Urgent »³⁶.

Au vu de ces constats, les conclusions du rapport de la commission d'enquête parlementaire proposent de circonscrire les missions de la DGS à un rôle de stratégie, de définition des grandes orientations de santé publique.

³⁴ EVIN C., D'AUBERT F., op.cit., p.64.

³⁵ Décret n° 2000-685 du 21 juillet 2000 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité et aux attributions de certains de ses services.

³⁶ Le système «DGS-Urgent » a été mis en place au printemps 2003 et permet d'adresser directement des messages d'alerte électroniques aux services déconcentrés et aux médecins libéraux volontaires.

1.2.2 Les effets du cloisonnement administratif

Les difficultés concernant la remontée des informations et la diffusion de l'alerte ont été accentuées par le cloisonnement entre les services d'un même ministère et les ministères entre eux. Dans ce contexte, il est important d'étudier le rôle du Comité opérationnel de gestion interministérielle des crises (COGIC).

A) Des échanges difficiles au sein des administrations sanitaires

Au sein du Ministère de la santé, la coordination entre la DGS et la DHOS, au moment de la crise, est apparue relativement ténue. En effet, ces Directions ont engagé des procédures d'urgence sans concertation entre elles. Ce fut le cas, par exemple, pour le communiqué rédigé par la DGS. De même, la DGS, après les premiers messages d'alerte provenant des DDASS et du SAMU de Paris n'a pas demandé à la DHOS un état de la situation hospitalière pendant la crise.

Si, à partir du 11 août, les relations entre les deux directions sont devenues plus régulières, le partage d'informations ne s'est pas effectué sans difficultés, comme en témoigne le responsable de la DGS : *«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.»*³⁷

Ainsi, le manque de partage d'informations n'a pas permis à ces Directions d'avoir une vision transversale de la crise et, de ce fait, d'en apprécier la gravité.

B) Le cloisonnement entre les administrations sanitaires et sociales

La Direction générale de l'action sociale (DGAS), rattachée au Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, est chargée de l'élaboration, de la coordination et de la mise en œuvre des politiques d'interventions sociales, médico-sociales et de la solidarité³⁸. Pendant la crise, elle n'a été le destinataire d'aucune information directe de la part des Directions du Ministère de la santé, alors que les personnes âgées étaient particulièrement touchées. Les professionnels du secteur médico-social, dont elle assure pourtant le suivi, n'ont pas non plus relayé leurs craintes auprès d'elle.

Ce cloisonnement entre administrations sanitaires et sociales est préjudiciable à plusieurs égards. D'une part, faute de lien de subordination existant avec les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) et les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), la DGAS ne peut s'appuyer sur aucun réseau de prise en charge des personnes âgées pour obtenir des informations. D'autre part, les domaines sanitaires et sociaux sont étroitement liés dans l'action

³⁷ EVIN C., D'AUBERT F., p.83.

³⁸ Article 3 du décret du 21 juillet 2000, op cit.

publique : il est difficile de concevoir une action dans le secteur social sans prendre en compte les questions de santé publique et inversement.

Au regard de ces constats, il apparaît souhaitable, qu'à l'avenir, l'InVS, la DGS, les DDASS et DRASS (Directions régionales des affaires sanitaires et sociales) informent systématiquement la DGAS de tout problème sanitaire majeur concernant les personnes âgées³⁹.

C) Un comité opérationnel de gestion des crises (COGIC) impuissant

En cas de crise, il revient aux préfets et aux maires d'assurer la sécurité civile et d'organiser le secours aux victimes. Toutefois, lorsque l'ampleur de l'évènement dépasse les capacités de réponses de la commune, le Ministère de l'intérieur devient compétent en ce qui concerne la veille, l'engagement et la coordination des secours. A cette fin, il dispose d'un « *outil unique pour réagir* »⁴⁰, le COGIC.

Pour remplir ses missions, le COGIC se base sur un vaste réseau, qui comprend, entre autres, des administrations centrales, des services déconcentrés et des centres d'expertises tels que Météo France. Néanmoins, en l'absence d'un expert sanitaire et d'un ingénieur de Météo France au sein de sa cellule de veille permanente, il n'a pu déceler à temps l'ampleur de la crise, ce d'autant plus qu'il n'avait pas été alerté par les préfetures.

La canicule a démontré l'intérêt d'un instrument de coordination de dimension interministérielle. Intégrer au réseau l'InVS et les agences sanitaires permettrait d'accroître les compétences sanitaires du COGIC.⁴¹ De plus, afin de faciliter le rôle de veille du COGIC, le Ministère de l'intérieur a sensibilisé l'ensemble des préfets à l'utilité d'un croisement des informations recueillies par les pompiers, la police, la gendarmerie, les élus locaux et les associations avant de les transmettre à ce comité.⁴²

1.2.3 Une réaction impulsée par le bas

Les acteurs de terrain ont montré une importante capacité de réaction. Néanmoins, ils se sont attachés prioritairement à résoudre les problèmes à leur niveau.

³⁹ EVIN C., D'AUBERT F., op.cit., p.89.

⁴⁰ Site du Ministère de l'Intérieur :

http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/c/c5_defense_secu_civil/c55_autres_acteurs/cogic

⁴¹ EVIN C., D'AUBERT F., op.cit., p.186.

⁴² Circulaire DDSC/SDOSCCM/BCIDSC/JFR/n° 2003-1078 du 22 décembre 2003, relative aux veille et gestion de crise, information et alerte des autorités gouvernementales dans le domaine de la protection civile (NOR : INTEO300129C).

A) La médecine de ville : un rôle peu visible

La médecine de ville n'a pas joué un rôle aussi important qu'elle avait vocation à le faire pendant la crise. Les difficultés rencontrées par cette profession ne sont pas imputables à un manque d'effectif durant la période estivale mais à des causes plus structurelles.

Les médecins ont assuré le suivi de leurs patients habituels en les mettant en garde contre les risques de la chaleur. Or, souvent, lorsque les personnes prenaient conscience qu'elles souffraient d'hyperthermie ou de déshydratation, elles allaient directement au service des urgences. Les médecins libéraux, de ce fait, n'avaient pas pris la mesure de l'ampleur de la crise.

Il n'y a pas eu de dysfonctionnements au niveau de la permanence des soins⁴³ organisée par les conseils départementaux de l'Ordre des Médecins, les difficultés d'organisation de la permanence ayant été recensées principalement en zone rurale alors que les problèmes étaient davantage concentrés en ville.

Il est intéressant de noter que l'activité des associations de médecins assurant des visites 24 heures sur 24 a augmenté pendant la crise mais elle a surtout concerné les nourrissons. De plus, le surcroît d'activité des médecins s'est traduit par une augmentation des consultations au cabinet, alors que les personnes âgées ont davantage besoin de visites à domicile.

La médecine de ville a, cependant, joué un rôle de régulation non négligeable en effectuant un premier « tri » des patients. Cette régulation a surtout été le fait du centre 15, une permanence téléphonique où les médecins libéraux sont représentés⁴⁴. Néanmoins, les capacités de la médecine de ville n'ont pas été pleinement exploitées. Il conviendrait, donc, de revaloriser son rôle dans le dispositif de veille et de gestion de crise en lui assignant davantage d'objectifs de santé publique en terme de visites aux personnes âgées par exemple.

B) Les difficultés du secteur hospitalier

La mobilisation du personnel dans le secteur hospitalier a été un des éléments principaux de la capacité de réaction face à l'afflux massif de clients. La fermeture de lits pendant la période estivale et la difficile orientation des personnes âgées après le passage aux urgences ont été présentées comme les causes déterminantes de l'engorgement des services.

⁴³ La continuité et la permanence des soins constituent des obligations respectivement prévues par les articles 47 et 77 du code de déontologie médicale.

⁴⁴ EVIN C., D'AUBERT F., op.cit., p.170.

La fermeture des lits en période estivale est un dispositif mis en place en 2002⁴⁵ qui officialise un système qui existait déjà de fait dans les établissements. Selon ce dispositif, la fermeture de lits dans les différents établissements de la région est organisée par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), en accord avec les directeurs d'établissements, le Directeur du SAMU et les chefs des services d'urgence. En août 2003, la fermeture des lits réalisée n'a pas dépassé les prévisions sauf dans certaines régions (Rhône-Alpes et Bourgogne, entre autres). Le taux d'ouverture de lits en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) était de 91,3% en France⁴⁶.

Une grande partie de l'afflux massif d'usagers dans les services des urgences était constituée de personnes âgées, souvent atteintes de plusieurs pathologies. Or, la prise en charge de cette catégorie de patients dans les établissements hospitaliers est souvent inadaptée car ils sont orientés vers des services qui ne tiennent pas compte des spécificités liées à leur âge. Améliorer cette prise en charge nécessite, notamment, la création de services adaptés et la formation adéquate des personnels⁴⁷.

Les plans blancs comprennent les procédures pour faire face à un afflux massif de victimes. Ils prévoient, entre autres, l'adaptation des capacités d'accueil et le rappel du personnel. Les directeurs d'établissements apparaissent réticents à l'égard de ce dispositif, qui leur paraît peu adapté aux crises de longue durée⁴⁸. Peu de plans blancs ont donc été mis en place mais des mesures qui s'en inspirent ont été prises : réouverture de lits, rappel du personnel, mise en place de cellules de veille et de gestion de crise. Le rapport Lalande souligne, cependant, que *« le fait que tous les malades aient été pris en charge grâce à une mobilisation exceptionnelle de la communauté hospitalière ne signifie pas que chaque patient, dans ce contexte, a pu bénéficier de tous les soins qu'il aurait reçus en temps normal. »*⁴⁹

⁴⁵ Circulaire n°DHOS/P1/2002/365 du 21 juin 2002 relative aux activités hospitalières durant la période estivale 2002. Circulaire n°245/DHOS/01/2003 du 26 mai 2003 relative aux fermetures programmées de lits dans les établissements publics et privés.

⁴⁶ BASTIANELLI J.P., FOURCADE M., PICARD S., SALZBERG L., *Mission d'enquête sur les fermetures de lits en milieu hospitalier durant l'été 2003*, Rapport Inserm n°2003141, décembre 2003, p.23. Disponible sur Internet :

<<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000738/0000.pdf>>

⁴⁷ Cette question est l'objet de la circulaire DHOS/DGS/DGAS n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

⁴⁸ EVIN C., D'AUBERT F., op.cit., p.135.

⁴⁹ JACQUAT D., op.cit., p.24.

C) Une crise autant sociale que sanitaire

Les établissements et les services médico-sociaux ont également connu des difficultés pour faire face à la canicule. Une nouvelle fois, l'importance de la mobilisation des personnels doit être soulignée. Cependant, la crise a montré les conséquences d'une pénurie de personnel qui est structurelle. Les directeurs d'EHPAD ont souvent déploré l'absence de personnel soignant. Il est donc important de renforcer le taux d'encadrement ou encore de permettre au personnel non soignant d'effectuer certains actes de soins. Ces améliorations requièrent des restructurations plus importantes : d'une formation adéquate à une revalorisation de ces professions pour attirer les vocations⁵⁰.

La médicalisation de ces établissements aurait permis de désengorger les services d'urgence des hôpitaux. De même, une politique de conventionnement avec les établissements hospitaliers publics est indiquée pour faciliter l'hospitalisation en urgence ainsi que les allers-retours des usagers entre l'hôpital et l'établissement.

Les services médico-sociaux ont, quant à eux, multiplié les visites aux domiciles de leurs usagers en privilégiant les plus fragilisés.

1.2.4 Les évolutions législatives

La crise de la canicule a révélé les insuffisances de la réflexion concernant les personnes âgées dans les politiques publiques. Le lourd bilan de l'épisode caniculaire a impulsé cette réflexion qui a abouti à diverses avancées législatives.

A) La loi de santé publique⁵¹

Cette loi définit, pour cinq ans, les grandes priorités de santé publique qui feront l'objet de plans d'action nationaux, déclinés localement par les préfets de région. Des groupements régionaux de santé publique, réunissant l'ensemble des acteurs concernés, élaboreront des plans régionaux de santé publique (PRSP).

Suite à la crise de la canicule, le gouvernement a souhaité renforcer les dispositions relatives à la prévention et la gestion des crises sanitaires. Les missions de l'InVS ont ainsi été précisées⁵². Désormais, cet organisme est chargé de mener une réflexion prospective sur les facteurs de risque sanitaire non identifiés et d'intégrer une approche par population à risque et non seulement par pathologie.

L'article 11 de la loi étend à l'ensemble des professions des secteurs sanitaire et médico-social l'obligation faite aux médecins et aux établissements publics de signaler

⁵⁰ JACQUAT D., op.cit., p.30.

⁵¹ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁵² Article 15 de la loi du 9 août 2004, op.cit.

aux autorités sanitaires les risques dont ils auraient eu connaissance. Le système d'information sur lequel peut se baser l'InVS est donc renforcé.

En outre, le PRSP devra comporter un plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaires.

Concernant les outils de veille et de gestion de crise, le système de remontée des certificats de décès est facilité⁵³ par son informatisation et la suppression d'intermédiaires. De plus, cette loi donne une base légale aux plans blancs (article 20).

B) Le plan « Vieillissement et solidarité »

Ce plan a été annoncé lors du Conseil des Ministres du 21 août 2003. Les principaux axes de cette politique visent à faciliter le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées par la création de places de SSIAD, d'hébergement temporaire et d'accueil de jour. La médicalisation des maisons de retraite sera également renforcée en augmentant le taux d'encadrement.

La loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées⁵⁴ a été votée dans le cadre de ce plan. Elle institue, dans chaque département, un « *plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées* » (article 1^{er}), plus communément appelé « plan vermeil ». Ce plan prévoit un repérage, par les mairies, des personnes les plus fragilisées isolées à domicile, la constitution d'un annuaire de crise recensant les différents acteurs et leurs référents à contacter lors d'une alerte. Les établissements doivent mettre en place un plan bleu, qui définit les mesures organisationnelles à mettre en place, en cas de crise, une convention avec un établissement hospitalier et l'installation de pièces rafraîchies. Enfin, des lieux climatisés susceptibles d'accueillir des personnes vulnérables doivent être recensés dans chaque commune. Ces différents points sont repris dans le « plan national canicule ».

C) Le plan urgence

Présenté à l'automne 2003, le plan urgence prévoit de nombreuses mesures sur une période de cinq ans. Les services des urgences des hôpitaux, les équipes des SAMU et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) obtiendront des effectifs supplémentaires. En outre, l'accréditation des services d'urgence sera conditionnée à leur engagement dans un réseau associant établissements sanitaires, médico-sociaux et médecine de ville.

⁵³ Article 24 de la loi du 9 août 2004, op.cit.

⁵⁴ Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, des lits de soins de suite médicalisés, ainsi que des équipes mobiles gériatriques seront créés. Des fonds seront également consacrés au développement de l'hospitalisation à domicile⁵⁵.

1.3 L'impact de la canicule dans le département du Haut-Rhin

L'impact de la canicule dans le département du Haut-Rhin, au regard des chiffres de la surmortalité, apparaît plus modéré qu'ailleurs en France. Cependant, ce bilan n'est pas anodin et contraste avec la perception des acteurs de terrain de la gestion de la crise.

1.3.1 Un bilan local de la vague de chaleur à nuancer

Les chiffres de la surmortalité sont plus faibles en Haut-Rhin qu'au niveau national. Néanmoins, étant donné l'importance de l'équipement du département dans le domaine sanitaire et social, le bilan peut sembler particulièrement lourd.

A) Les chiffres de la surmortalité

L'excès de décès constaté en Alsace, du 4 au 18 août 2003, correspond à 1,9% de l'excès constaté sur l'ensemble du territoire national⁵⁶. La surmortalité a atteint 50%, soit 245 décès supplémentaires en Alsace (75% en France⁵⁷) et 38% dans le Haut-Rhin⁵⁸. Les caractéristiques de la surmortalité dans le département du Haut-Rhin sont les mêmes qu'au niveau national, mais son ampleur est sensiblement moindre. Ainsi, les femmes ont été davantage touchées que les hommes avec une augmentation respective des décès de 56% et de 21%.

En ce qui concerne les lieux de décès, la mortalité dans les maisons de retraite a plus que doublé (+108%). L'excès de décès a également été très important à domicile puisqu'il a atteint 65% (101% en France). Dans les hôpitaux et les cliniques privées, l'augmentation des décès a été respectivement de 29% et 12%.

Ces chiffres doivent être mis en parallèle avec ceux du département voisin, le Bas-Rhin, lequel a connu, en août 2003, une surmortalité s'élevant à 58%, avec, notamment, une augmentation de 269% des décès dans les maisons de retraite.

⁵⁵ *Plan national canicule*, op.cit., p.14.

⁵⁶ HEMON D., JOUGLA E., op.cit., p.32.

⁵⁷ V. Partie 1.1.2, « le bilan de la vague de chaleur », p.8.

⁵⁸ Données de la CIRE, in *Plan de gestion d'une canicule départemental du Haut-Rhin*, Préfecture du Haut-Rhin, Juin 2004, p.4.

B) Le Haut-Rhin : un département bien doté dans les domaines sanitaire et médico-social⁵⁹

Le bilan de la canicule, sensiblement plus favorable dans le Haut-Rhin que dans le reste de la France, est à relativiser au regard du taux d'équipement élevé de ce département pour la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le Haut-Rhin compte 712 373 habitants, dont 14,5% de personnes âgées de plus de 65 ans, alors qu'elles représentent 16% de la population française. En ce qui concerne les capacités d'hébergement des personnes âgées dans le département, elles sont sensiblement supérieures à celles de la France métropolitaine et du Bas-Rhin. Ainsi en est-il du taux d'équipement en structures d'hébergement : 166,71 pour 1 000 personnes de plus de 75 ans (137,70‰ en France), du taux d'équipement en lits médicalisés (sections de cure médicale dans les maisons de retraite et les logements-foyer et lits de soins de longue durée), qui est de 88,67‰ dans le Haut-Rhin (57,31‰ en France) et du taux d'équipement en places de SSIAD, 21,19‰ dans le Haut-Rhin (15‰ en France).

Concernant plus particulièrement les services de soins à domicile, il est intéressant de noter la situation privilégiée du Haut-Rhin par rapport au Bas-Rhin, où le taux d'équipement est de 10,43‰. Or, l'augmentation des décès à domicile pendant la vague de chaleur est beaucoup plus importante dans le Haut-Rhin.

Au titre du conventionnement, lors de la mise en place du PGCD, 26 conventions tripartites étaient signées sur un total de 75 établissements concernés, 19 supplémentaires devant l'être avant la fin de l'année 2004⁶⁰.

Les taux d'équipement en structures d'accueil pour les personnes handicapées sont également supérieurs dans le Haut-Rhin à ceux de la France, qu'ils concernent les places en maisons d'accueil spécialisé, en foyers de vie ou en centres d'aide par le travail.

Enfin, le Haut-Rhin dispose également d'une importante capacité d'accueil dans les établissements hospitaliers. Dans ce domaine, pourtant, le Bas-Rhin est mieux doté (2,55 lits pour 1 000 habitants, 2,27 dans le Haut-Rhin), mais l'augmentation des décès à l'hôpital y a été plus importante pendant la canicule. En août 2003, le taux d'ouverture des lits en médecine-chirurgie-obstétrique était de 80,3% en Alsace (91,3% sur l'ensemble de la France)⁶¹. Pour l'été 2004, les prévisions de fermeture de lits dans le département était

⁵⁹ Les chiffres contenus dans cette section ont pour source : DIRECTIONS REGIONALES DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES, DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, *STAT/ISS 2002*, 2002. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm>

⁶⁰ Chiffres présentés par la DDASS du Haut-Rhin lors du CDC du 19 mai 2004.

⁶¹ BASTIANELLI J-P., FOURCADE M., PICARD S., SALZBERG L., op.cit., p.18.

de 10% en médecine, 12,3% en chirurgie, 4,3% en gynécologie-obstétrique et 2,1% en soins de suite et réadaptation⁶². En outre, les deux principaux centres hospitaliers (Colmar et Mulhouse) disposent d'un plan blanc. En juin 2004, le plan blanc était en cours d'élaboration dans les quatre établissements disposant d'une unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU).

A ce fort taux d'équipement global dans le département, il est nécessaire d'ajouter l'importance du réseau associatif, porteur de nombreuses actions.

Dans ce contexte, plutôt favorable, le bilan de l'épisode caniculaire de 2003 témoigne de la nécessité d'une réaction de la part des acteurs concernés.

1.3.2 La perception de la crise par les acteurs de terrain

Au moment de la crise, les acteurs de terrain ont été les premiers à réagir. Conscients qu'une réaction coordonnée aurait été plus efficace, ils soulignent des spécificités culturelles du département de nature à faciliter l'organisation de la gestion de la crise.

A) Une réaction dans l'urgence

Dans le Haut-Rhin, comme ailleurs en France, devant les difficultés rencontrées par les personnes âgées pour résister aux fortes chaleurs et la multiplication des risques d'hyperthermie et de déshydratation, le personnel des établissements sanitaires et médico-sociaux et des services intervenant à domicile s'est rapidement et massivement mobilisé.

Ainsi, le personnel des SSIAD a multiplié ses visites à domicile, principalement pour hydrater les personnes. Les responsables de ces services insistent particulièrement sur le fait que ces intervenants étaient bien formés pour détecter les premiers signes de risques pour la santé. Cela était moins évident en ce qui concerne les services d'aide à domicile (SAD), d'autant plus que « *faire boire une personne âgée n'est pas une chose aisée. Cela nécessite de connaître quelques gestes spécifiques* »⁶³.

La DDASS n'a pas reçu de message d'alerte des établissements médico-sociaux. En l'occurrence, si la surmortalité dans les maisons de retraite s'est élevée à 108%, soit 27 décès supplémentaires, cela s'est traduit, sur le terrain, par un ou deux décès sporadiques dans les établissements. Un constat qui n'était pas de nature à inquiéter les responsables.

En outre, l'ampleur et la persistance des fortes chaleurs ont entraîné la mise en place de diverses actions de « bon sens » dans les établissements : hydratation régulière

⁶² Données présentées par l'ARH d'Alsace au CDC du 19 mai 2004.

⁶³ Propos recueillis auprès d'une directrice de SSIAD.

des patients, obstruction des fenêtres, rafraîchissement des personnes par application de linge mouillé. A cet égard, les circulaires des 12 juillet 2002 et 27 mai 2003⁶⁴ du Secrétaire d'Etat aux personnes âgées concernant la prise en charge des personnes âgées durant l'été, ont été « *de bonnes occasions de remobiliser les salariés sur les risques inhérents aux fortes chaleurs* »⁶⁵. Seule la forte mobilisation des personnels, en terme d'heures supplémentaires voire de retours de congés volontaires, a rendu possible la mise en œuvre de ces actions. Les responsables des services et établissements concernés sont cependant conscients que cette mobilisation est due au caractère exceptionnel du phénomène. Selon le personnel, il appartient à l'Etat de définir des mesures de prévention et de gestion de crise et d'y allouer les moyens nécessaires. « *Il est à craindre qu'une mobilisation volontaire d'une telle ampleur ne se reproduise plus à l'avenir* »⁶⁶.

Une situation similaire a été vécue dans les établissements hospitaliers où aucun plan blanc n'a été déclenché. Cependant, des actions semblables à celles définies dans un plan blanc ont été entreprises : les plannings du personnel ont été modifiés sur la base du volontariat.

Les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social ont donc, comme au niveau national, activé diverses actions de leur propre initiative. Ils ont, à cet égard, bénéficié de certaines caractéristiques favorables qu'ils ont soulevées.

B) Des spécificités culturelles

Dans le Haut-Rhin, « *les différents établissements travaillent facilement ensemble* »⁶⁷. De nombreux réseaux interétablissements ont été mis en œuvre autour des centres hospitaliers avec les établissements médico-sociaux. Ainsi, un directeur d'EHPAD soulignait qu'« *en temps normal, trouver un praticien hospitalier ou une infirmière libérale est aisé mais il est compréhensible, qu'en cas de crise, ces professionnels, qui voient leur propre activité augmenter, ne puissent pas répondre présents pour nous* »⁶⁸. La solidarité entre professionnels fonctionne donc souvent grâce à des réseaux informels.

En outre, un responsable d'une association de soutien aux personnes âgées soulignait l'importance de l'existence des pôles gérontologiques. En effet, dans sa politique d'action sociale, le Conseil Général du Haut-Rhin a développé, à côté des centres médico-sociaux, qui sont des lieux d'aide et de conseil pour les populations en

⁶⁴ EVIN C., D'AUBERT F., op.cit., p.87-88.

⁶⁵ Propos recueillis auprès d'un directeur d'hôpital local.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ Ibid.

difficulté, des pôles gérontologiques dont la mission est orientée uniquement vers les personnes âgées et leur famille. Les assistantes sociales, qui travaillent dans ces treize pôles répartis sur l'ensemble du département, se consacrent aux problèmes des personnes âgées. Ce dispositif est donc particulièrement intéressant dans le cadre du repérage des personnes âgées isolées mais également pour diffuser l'information auprès de cette population.

Plusieurs interlocuteurs ont souligné l'importance des liens familiaux en Alsace. « *Dans de nombreux cas, les enfants se relayaient auprès de leurs parents pour les faire boire ou simplement être avec eux* »⁶⁹. Cette attitude était d'autant plus importante que nombre de personnes âgées, surtout parmi celles vivant à domicile, percevaient avec une grande émotion les événements car ils reflétaient, selon elles, « *la place tenue de la personne âgée dans la société* »⁷⁰.

Enfin, il a souvent été mis en avant, qu'étant donné le climat « semi-continental » que connaît l'Alsace, avec des étés chauds et secs, les résidents sont habitués aux fortes chaleurs « *et les anciennes maisons, qui ont été construites en connaissance de cause, protègent efficacement de la chaleur* »⁷¹.

Le dramatique bilan de la vague de chaleur de l'été 2003 a entraîné une vaste réflexion de l'ensemble des acteurs concernant la capacité de réaction de notre système sanitaire et social face à une crise. Appréhender le contexte national et, surtout, local « post canicule » est essentiel pour comprendre les conditions d'élaboration du PGCD et, notamment, l'organisation de la concertation des différents acteurs dans le Haut-Rhin.

2 LE PLAN DE GESTION D'UNE CANICULE DEPARTEMENTAL DANS LE HAUT-RHIN : UNE CONCERTATION REELLE MAIS LIMITEE DES ACTEURS

Le 12 mai 2004, la Préfecture du Haut-Rhin recevait la circulaire interministérielle relative aux actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule⁷². Le Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales fut chargé d'appliquer cette circulaire. La DDASS eut, de ce fait, un rôle central dans l'élaboration du PGCD (2.1). Les divers partenaires concernés par la mise en œuvre du plan, que ce soient les acteurs institutionnels (2.2) ou les acteurs

⁶⁹ Propos recueillis auprès d'une élue communale, en charge des personnes âgées.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Propos recueillis auprès d'un Médecin Inspecteur en Santé Publique de la DRASS d'Alsace.

de terrain (2.3) furent associés, à différents niveaux, à son élaboration. La DDASS a, en effet, tenu à favoriser cette concertation, malgré les contraintes, principalement temporelles, qui existaient.

2.1 La DDASS, une institution pivot dans le PGCD

Etant donné le contexte dans lequel la DDASS fut chargée d'élaborer le plan canicule, l'intervention du Ministre chargé de la Santé⁷² relayée, au niveau local, par le Préfet, ce dossier devint sa priorité durant toute la période estivale, tant dans sa phase d'élaboration que d'exécution. Son rôle, dans le cadre de l'élaboration du PGCD, est cependant difficile à définir au regard des spécificités de ce plan (2.1). Dans la réalisation de cette mission, les services de la DDASS ont été confrontés à deux difficultés principales : l'urgence (2.2) et des moyens limités (2.3).

2.1.1 Le positionnement de la DDASS dans l'élaboration du PGCD

Au niveau local, la DDASS apparaissait comme l'institution la plus à même d'élaborer le PGCD. Cependant, les conditions particulières qui ont prévalu à cette démarche n'ont pas permis de véritablement identifier son rôle comme un rôle de pilote.

A) La DDASS : un choix opportun

La DDASS réunit, au niveau déconcentré de l'Etat, de nombreuses compétences dans les domaines sanitaire, social et médico-social, dans lesquels elle est, notamment, chargée de la mise en place des politiques nationales au niveau local. A cette fin, elle entretient des rapports privilégiés avec l'ensemble des acteurs qui interviennent, à quelque titre que ce soit, dans les différents dispositifs institués. Ainsi, elle est amenée à travailler en partenariat avec divers autres services de l'Etat dans la mise en place de certaines actions : par exemple, la Direction départementale de la jeunesse et des sports (DDJS) pour les actions en faveur des jeunes ; la Direction départementale de l'agriculture et des forêts (DDAF), fournit, quant à elle, au service santé - environnement de la DDASS les données relatives à la qualité de l'eau dans le département.

Dans le cadre du processus de décentralisation, de nombreuses compétences de la DDASS ont été attribuées, en tout ou partie, à d'autres institutions. Désormais, la DDASS les partage avec le Conseil Général, surtout dans le domaine médico-social et, plus particulièrement, dans la politique menée envers les personnes âgées, et avec les mairies dans la politique envers les populations défavorisées.

⁷² Circulaire interministérielle n°NOR/INT/E/04/00057/C du 12 mai 2004, op. cit.

⁷³ Cf. Introduction, p.1.

Enfin, la DDASS est en contact permanent avec les acteurs de terrain : associations en tant que financeur de projets, les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ces relations sont multiples, la DDASS intervenant auprès d'eux en tant que financeur ou en tant que partenaire dans le cadre de l'élaboration de schéma. De ce fait, elle est particulièrement au courant des difficultés de ces acteurs en terme de moyens, notamment.

Du fait de ce positionnement au centre du réseau d'acteurs concernés par le PGCD, il était légitime de confier l'élaboration de ce plan à la DDASS. *« Organiser et coordonner les missions des acteurs de terrain relèvent du rôle de tutelle de l'Etat qui avait donc la légitimité pour élaborer le PGCD. La DDASS, qui plus est, assure ce rôle pour la majorité d'entre [eux] »*⁷⁴.

B) La DDASS : un rôle de pilote ?

Le rôle de la DDASS dans l'élaboration du PGCD n'est pas entièrement assimilable à celui d'un pilote comme dans toute autre démarche de planification. En effet, le rôle de chef de projet consiste à réunir les différents acteurs concernés, à animer la discussion et, éventuellement, émettre des propositions d'actions qui pourront être débattues. En l'occurrence, pour le PGCD, la DDASS a réuni les différents acteurs mais, simultanément elle a été amenée à faire des choix sur lesquels le débat ne pouvait pas toujours être engagé, faute de temps. Certes, la trame dessinée par le plan national était particulièrement détaillée, ce qui laissait peu d'ajustements à faire au niveau local. L'essentiel de l'élaboration consistait, dès lors, à définir, pour chaque niveau d'alerte, les modalités du système d'alerte des différents partenaires pour le passage à chaque niveau d'alerte⁷⁵ et à rédiger les « fiches-action » de chaque acteur indiquant les actions à mettre en œuvre pour prévenir ou faire face à la crise. Ces deux points auraient dû constituer les principaux sujets de la concertation des différents acteurs. Pourtant, certains partenaires regrettent qu'ils n'aient pas été abordés davantage. *« Ces points n'ont été abordés que lors du Comité départemental canicule opérationnel : ils venaient de nous être présentés et nous n'avons pas eu beaucoup de temps pour réagir. Par la suite, nous n'avons plus été réunis pour en discuter »*⁷⁶.

Ainsi, le rôle particulier de la DDASS, différent de celui qu'elle tient dans les autres démarches de planification, tient au contexte de l'élaboration de ce plan : c'est un plan d'urgence spécialisé réalisé dans l'urgence.

⁷⁴ Propos recueillis auprès du responsable d'une association d'aide aux personnes âgées.

⁷⁵ Cf. Introduction : le PGCD détermine les modalités d'action des acteurs pour quatre niveaux d'alerte successifs.

⁷⁶ Propos recueillis auprès d'une élue communale en charge des personnes âgées.

2.1.2 Une organisation dans l'urgence

La tâche d'élaborer le PGCD était d'autant plus lourde pour la DDASS que le temps qui lui était imparti pour l'accomplir était court. Les diverses échéances imposées influaient sur l'organisation mise en place et, pour les respecter, une sélection des tâches a été opérée.

A) L'ampleur de la mission

Le plan national contenait une trame relativement détaillée du PGCD. Cependant, la déclinaison du plan national au niveau local nécessitait la détermination des modalités du système de surveillance et d'alerte, l'élaboration des « fiches-action » des acteurs, ainsi qu'un état des lieux des différents plans d'alerte qui peuvent être connexes au PGCD et, éventuellement, leur mise à jour – en particulier, le plan « électro-secours » qui prévoit les modalités de délestage sur le réseau électrique d'Electricité de France et le suivi de la mise en place des plans blancs dans les établissements hospitaliers et, à terme, la mise en place d'un schéma départemental des plans blancs. En outre, à ces tâches, s'ajoutent la réalisation des missions de la DDASS dans le cadre de la mise en œuvre du plan : la réalisation d'un annuaire de crise comprenant les coordonnées de l'ensemble des institutions, établissements, structures et services concernés par la mise en œuvre du PGCD ainsi que celles de leur « référent canicule », le suivi du repérage par les communes des personnes vulnérables, la préparation des réunions du CDC et du CDC opérationnel, entre autres.

Considérant l'ampleur de la mission, il est intéressant de souligner que la DDASS s'en est acquittée seule. Dans le Bas-Rhin, la DRASS était chargée de l'élaboration du PGCD, mais certaines tâches ont été réparties entre la Préfecture, en ce qui concerne les relations avec les différentes institutions, et la DDASS, pour la mise en œuvre du plan vermeil.

B) Une gestion des objectifs à court terme justifiée par des moyens humains limités

Malgré le caractère prioritaire du PGCD, la DDASS n'en devait pas moins accomplir ses missions habituelles. Il fut décidé, dès lors, de travailler en cellule restreinte composée d'un Inspecteur de l'action sanitaire et sociale du service « Etablissements de santé – Personnes âgées » et d'un Médecin Inspecteur en Santé Publique du service « Santé Publique », les deux services les plus concernés par le PGCD. Ce binôme rencontrait très fréquemment le Directeur et le Directeur-adjoint de la DDASS. Considérant le caractère multidimensionnel du plan, tous les services de la DDASS étaient concernés : le service « Handicap », « Santé – Environnement », « Action sociale », « Santé Publique » et « Administration générale ». Le Comité de direction, qui réunit l'ensemble des chefs de service, était le lieu de la concertation interne à la DDASS

et surtout d'information de ces derniers. En outre, une assemblée générale a été organisée le 7 juillet 2004 afin de présenter le PGCD à l'ensemble des agents de la DDASS. Cette réunion a été l'occasion de soulever les questions de chacun, souvent relatives à leur fonction, concernant la mise en œuvre du plan. Ces questions ont parfois mis en évidence certaines lacunes dans le dispositif, par exemple, en ce qui concerne les mesures à mettre en place par les directeurs de campings. Il serait, dès lors, pertinent d'envisager une telle consultation en amont de la mise en œuvre du plan afin de pouvoir y intégrer ces situations spécifiques.

L'ensemble des services de la DDASS a été impliqué dans la mise en œuvre du PGCD, chacun rédigeant un protocole de gestion de la crise interne au service.

Considérant l'ampleur de la tâche et les moyens limités, organiser cette mission était nécessaire. Pourtant, cela a été une organisation de fait, autour de moments-clés. Ainsi, le PNC est arrivé en DDASS le 2 mai 2004. Il a fallu en prendre connaissance. Le 7 mai, lors d'une réunion avec le Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, le Préfet a fixé diverses échéances. Les travaux ont consisté à préparer le CDC du 19 mai 2004, puis à élaborer les détails du plan afin de pouvoir les présenter au CDC opérationnel le 7 juin 2004. Sur la base de cette consultation des partenaires, le PGCD a été amélioré pour être présenté au Préfet le 25 juin.

Parallèlement, la DDASS devait fournir des informations à la DGAS et à la DHOS concernant, entre autres, l'état d'avancement de l'installation des pièces rafraîchies dans les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux et l'élaboration de plans bleus dans les maisons de retraite.

C) Une certaine hiérarchisation des tâches

Etant donné le contexte d'urgence, les dossiers afférents au PGCD ont été traités selon un ordre de priorité suggéré par le Préfet.

Ainsi, le dossier des installations de pièces rafraîchies dans les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, a focalisé une importante partie des attentions durant le mois de mai puisque, selon les directives ministérielles, les commandes d'appareils de rafraîchissement devaient être passées par les établissements concernés avant « la fin du mois de mai »⁷⁷. Le Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, son adjoint et l'Inspecteur chargé de l'élaboration du plan, afin de relayer le message du Ministre de la santé⁷⁸, ont organisé une rencontre avec les représentants des installateurs de matériel de rafraîchissement pour qu'ils prennent en compte prioritairement les

⁷⁷ Lettre du Ministre de la Santé et de la Protection Sociale à l'attention des Directeurs d'ARH et des Préfets, du 10 mai 2004.

⁷⁸ Ibid.

commandes passées par ces établissements. En outre, la DDASS a mis en œuvre, la procédure de financement de ces installations à hauteur de 40% des dépenses dans la limite de 15 000 euros par tranche de 80 lits autorisés. A cet égard, les établissements ont cherché les renseignements auprès de la DDASS, pour satisfaire aux conditions posées par le Ministère, notamment, concernant le matériel. Enfin, des inspections inopinées ont été organisées pour vérifier la conformité des établissements avec les modalités du PGCD. L'importance accordée à ce dossier tient également au fait que, lorsqu'ils faisaient référence au PGCD, les médias nationaux et régionaux évoquaient, en priorité, cette mesure et son application. De plus, dans le Haut-Rhin, seuls 20% des 119 établissements concernés du département étaient équipés d'appareil de rafraîchissement de l'air au début du mois de mai 2004⁷⁹.

A l'inverse, compte tenu de l'urgence, certains dossiers ont été quelque peu « négligés ». Ces impasses ont concerné la communication, « *il faudra impérativement améliorer les messages à destination des divers publics* »⁸⁰. En effet, les messages d'alerte à l'attention des différents partenaires ont été rédigés, de même que les communiqués de presse concernant les précautions à prendre par le grand public, mais aucun relatif aux comportements à adopter en cas de réel déclenchement de la crise. De même, les conseils à l'égard des populations spécifiques (nourrissons, jeunes enfants, sportifs) n'ont pas fait l'objet d'une communication au grand public. Enfin, aucun protocole définissant les missions précises des acteurs concernant la diffusion de l'information n'a été mis en place.

Les établissements hébergeant des personnes âgées ont regretté l'absence de soutien méthodologique de la part de la DDASS dans l'application du PGCD. En effet, leurs représentants avaient exprimé, dans le cadre du CDC, le souhait d'obtenir de la DDASS un exemple de convention avec un établissement de santé qu'ils devaient mettre en place dans le cadre des plans bleus. Le service en charge des personnes âgées de la DDASS n'a pas élaboré cette convention, non seulement par manque de temps, mais également parce que les responsables souhaitaient que cette tâche soit effectuée en relation avec le Conseil Général. Or, l'occasion n'a pas été trouvée.

L'élaboration et la mise en œuvre du PGCD ont donc nécessité, à la DDASS, une organisation interne qui a été aménagée, notamment, pour faciliter la collaboration avec les autres acteurs institutionnels concernés.

⁷⁹ Enquête réalisée par la DDASS du Haut-Rhin auprès de l'ensemble des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux concernant leur équipement en matériel de rafraîchissement de l'air en avril 2004.

⁸⁰ Propos recueillis auprès d'un Inspecteur de l'action sanitaire et sociale de la DDASS du Haut-Rhin.

2.2 La collaboration avec les autres acteurs institutionnels

Le champ d'application du PGCD est très large, puisqu'il vise à mettre en place un système de prévention contre les risques d'une vague de chaleur. Du fait de la diversité de ses missions, la DDASS a pu définir les modalités de ce plan dans les domaines sanitaire, médico-social et social. Pour ce faire, elle a été en lien très étroit avec la Préfecture. Il a été demandé, en outre, à de nombreux autres services de l'Etat d'être vigilants pendant la période estivale ; participer au PGCD leur permettait de formaliser leur rôle. Enfin, la collaboration avec le Conseil Général a également été très importante.

2.2.1 Le rôle de la Préfecture

Le Préfet, en tant que représentant de l'Etat dans le département, a joué un rôle très important dans l'élaboration du PGCD, notamment, au travers du suivi de la procédure et de l'allocation de moyens.

A) Le suivi de la procédure

Sur la base de la circulaire du 12 mai 2004⁸¹, le Préfet avait donné comme échéance le 15 juin pour lui transmettre le PGCD. Durant la période d'élaboration du plan, il s'est tenu à la disposition de la DDASS. Il s'agissait, non seulement, de suivre l'évolution du projet en demandant des comptes-rendus réguliers mais, également, de s'informer des difficultés auxquelles était confrontée la DDASS pour tenter d'y remédier. Des réunions entre le Préfet, le Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales avaient lieu régulièrement. L'Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, chargé de l'élaboration du plan, y était convié occasionnellement.

Cette position montre le caractère prioritaire du dossier pour la Préfecture et, dès lors, pour l'Etat. La volonté et la fermeté du Préfet ont été particulièrement importantes pour mobiliser les acteurs de terrain. Avant le CDC du 19 mai 2004, qui devait réunir l'ensemble des protagonistes, la DDASS avait fait part des difficultés qu'elle rencontrait pour les mobiliser, notamment au sujet de l'installation des pièces rafraîchies. Le discours du Préfet au CDC « *a été un moment très important. Il a été très ferme. Les partenaires, surtout les établissements sanitaires et médico-sociaux ont pris conscience de l'importance de l'enjeu* »⁸². Le rôle d'impulsion du Préfet a donc été fondamental dans le processus d'élaboration du PGCD.

⁸¹ Circulaire interministérielle n°NOR/INT/E/04/00057/C du 12 mai 2004, op. cit.

⁸² Propos recueillis auprès d'un Inspecteur de l'action sanitaire et sociale de la DDASS du Haut-Rhin.

B) Une question délicate entre la DDASS et la Préfecture : le système d'alerte

Le 7 juin 2004, lors de la réunion du CDC opérationnel, les modalités du système d'alerte furent discutées. La DDASS envisageait, à ce sujet, d'avertir l'ensemble des partenaires par téléphone, fax ou courrier électronique avec demande d'accusé de réception. Elle souhaitait connaître l'avis des acteurs sur l'opérationnalité de ce système et, ne pouvant assumer seule la charge de l'alerte, répartir cette mission entre les différentes autorités, dont la Préfecture et le Conseil Général.

Au cours de cette réunion, la représentante du Service interministériel de défense et de la protection civile (SIDPC) de la Préfecture a proposé de mettre à disposition le système GALA utilisé par ce service pour alerter les partenaires dans différentes situations (incendie, inondation, tempête...). Il s'agit d'un serveur téléphonique qui compose les numéros de téléphone préalablement enregistrés (quatre par institution) jusqu'au moment où il obtient une réponse. Ce système est appréciable, notamment en raison du gain de temps. Or, pour l'adapter au PGCD, il aurait fallu enregistrer les numéros de téléphone des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que des SSIAD, SAD et CLIC, soit environ deux cents institutions, entraînant un coût financier non négligeable. Un coût similaire aurait également été engagé lors de chaque déclenchement de l'alerte. A la fin de la réunion du CDC Opérationnel, l'ensemble des acteurs était parti avec l'idée que l'alerte serait donnée par ce système sous réserve, toutefois, de l'accord du Préfet. Ce dernier refusa, arguant du coût élevé de l'opération. La DDASS apprit cette décision le 14 juin. Il fallait alors revoir la « *philosophie d'ensemble du plan* »⁸³. Conscient de l'ampleur de la tâche, le Préfet accorda un délai supplémentaire de dix jours pour achever le PGCD.

Au final, dans le plan, l'alerte de passage au niveau 2⁸⁴ est effectuée par la Préfecture vers les services de l'Etat et les maires, via le système GALA. Le Conseil Général alerte par téléphone, fax ou courrier électronique avec demande d'accusé de réception ses services et les services délégataires (pôles gérontologiques, centres médico-sociaux, Protection maternelle et infantile (PMI), entre autres), les maires alertent leurs services, les centres communaux d'action sociale (CCAS) et les associations locales de bénévoles et de secourisme et la DDASS les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

⁸³ Propos recueillis auprès du Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

⁸⁴ Le niveau 2 du PGCD est activé par les Ministres de la Santé, de la Protection Sociale et des Personnes Agées, lorsque Météo France prévoit pendant trois jours consécutifs des températures supérieures aux seuils, 19°C pour les minimales et 35°C pour les maximales, ou par le Préfet, lorsqu'il le juge nécessaire, *Plan de gestion d'une canicule départemental du Haut-Rhin*, op.cit., p.14.

Les relations avec la Préfecture ont donc été très importantes même si elles ont été parfois problématiques, principalement lorsque des moyens financiers étaient en jeu.

2.2.2 Une répartition des tâches avec les autres services de l'Etat

Le PNC comprend les «fiches-action» des différentes directions nationales, telles que la Direction des relations du travail, la Direction des affaires pénitenciaires. De ce fait, la DDASS a jugé opportun d'intégrer dans le PGCD les «fiches-action» des services déconcentrés correspondants.

Les directeurs départementaux de ces différents services ont été contactés par le Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales pour qu'ils élaborent leur propre «fiche action» et la transmettent à la DDASS. En effet, le directeur de la DDASS ne se considérait pas compétent pour définir les missions des autres services de l'Etat.

Ces services ont été particulièrement réactifs, d'autant plus que la plupart d'entre eux avait reçu une circulaire de leur ministère concernant le PGCD. Ils ont donc, indépendamment de la procédure d'élaboration du PGCD, créé leur propre système d'alerte pour les établissements placés sous leur responsabilité. Cependant, ils ont demandé, de manière récurrente, des renseignements relatifs à la définition des niveaux d'alerte en exprimant une certaine incompréhension de ne pas avoir été destinataires du PNC. Ils ont été conviés au CDC, auquel ils ont participé en nombre. A leur égard, la DDASS apparaissait comme le service «réfèrent» en ce qui concerne le PNC et le PGCD.

La Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) faisait, pour sa part, également partie du CDC opérationnel. Comme les autres services de l'Etat, cette direction a élaboré son propre système de prévention et d'alerte sur les risques liés à la chaleur, auprès des entreprises notamment. Durant le CDC opérationnel, elle a proposé une autre conception de la prévention et de l'alerte : elle a, en effet, privilégié la formation des personnels et des responsables des ressources humaines afin de leur faire prendre conscience des risques liés à la chaleur. Cette formation a prioritairement été développée pour les secteurs les plus à risque, tels que le bâtiment, mais a vocation à se généraliser avant la prochaine période estivale. Des informations plus généralistes ont été également diffusées auprès des différentes entreprises du département.

Prendre en compte cette approche était d'autant plus judicieux que les risques liés à la chaleur sont très importants dans le domaine du travail et qu'ils font l'objet d'une politique spécifique plus ancienne. De plus, ils nécessitent une vigilance renouvelée chaque été.

2.2.3 Une collaboration étroite avec le Conseil Général

Dans le Haut-Rhin, la participation du Conseil Général a été favorisée par la collaboration fructueuse qui existe, par ailleurs, entre les deux institutions. Sa participation était légitime au regard de ses compétences, d'autant plus qu'elle représentait, pour les acteurs de terrain, une garantie de continuité de cette politique.

A) La légitimité de l'intervention du Conseil Général

Dans le cadre de sa politique, le Conseil Général a développé un important réseau de divers services sociaux : des centres médico-sociaux, des pôles gériatriques. Ces dispositifs, placés au contact direct des populations les plus fragilisées, constituaient un élément primordial dans le cadre de la mise en œuvre du PGCD, notamment en ce qui concerne la diffusion des informations et des recommandations. Or, pour organiser ses propres services, le Conseil Général a davantage de légitimité que la DDASS.

Le Conseil Général est également impliqué de manière croissante dans le financement des EHPAD, via les conventions tripartites. Il participe aux inspections des établissements concernés par ce financement qui sont organisées par la DDASS. Dans ce contexte, il devient un des interlocuteurs principaux des établissements. Sa participation à l'organisation de ces établissements dans le cadre du PGCD était, de ce fait, légitime.

Le Conseil Général s'est impliqué pleinement dans ce dossier et a débloqué un budget spécifique pour financer les installations d'appareil de rafraîchissement de l'air (apport de 20% supplémentaires à la participation de l'Etat, sous les mêmes conditions). Concernant ce point spécifique, les réunions informelles entre des représentants de la DDASS et du Conseil Général ont été très nombreuses, afin de définir, entre autre, qui serait en charge du traitement des dossiers, de vérifier leur conformité par rapport aux conditions.

Cette position du Conseil Général, qui adoptait les mêmes priorités que l'Etat, a contribué à mobiliser les établissements dans cette voie, notamment parce qu'ils considéraient que le Conseil Général plus à même d'appréhender mieux les besoins au niveau local.

B) La participation du Conseil Général : une garantie de continuité de la politique

« Il était tout à fait logique que le Conseil Général participe au PGCD. Si l'Etat apparaissait plus légitime pour coordonner l'ensemble des acteurs, la participation du Conseil Général, considérant son implication croissante dans la politique en faveur des personnes âgées, était, pour nous, la garantie que ces discussions et les bonnes intentions affichées ne seraient pas qu'un feu de paille ». Ces propos, tenus par un responsable d'une association d'aide aux personnes âgées, font écho aux préoccupations

des autres acteurs : « *nous avons l'impression que l'on faisait beaucoup de bruit pour rien* »⁸⁵, d'autant plus que le plan n'a pas entièrement été mis en œuvre.

En effet, suite aux transferts de compétences successifs, le Conseil Général a, désormais, un rôle prépondérant dans la définition des politiques envers les personnes âgées. Or, dans le cadre du PGCD, les acteurs ont mis en œuvre des actions qu'ils jugeaient utiles non seulement pour prévenir les risques liés à la chaleur mais également pour la prise en charge globale de cette population. Ainsi en est-il du repérage des personnes vulnérables vivant à domicile par la mise en commun des moyens des différents acteurs (par exemple, les associations d'aide aux personnes âgées ont proposé d'aider les maires des communes à recenser les personnes âgées).

Dans ce contexte, le PGCD était l'occasion, pour le Conseil Général, de prendre connaissance des problématiques, certes souvent liées à la canicule, de la prise en charge des personnes âgées. Cet aspect est d'autant plus important que les travaux d'élaboration du schéma départemental gérontologique 2005-2010 débutaient en juin 2004, sous copilotage DDASS-Conseil Général. Ce schéma définit les principes de la prise en charge globale des personnes âgées. Il serait opportun d'y intégrer les mesures prises dans le cadre d'un plan d'urgence spécialisé tel que le PGCD et, plus particulièrement, celles du plan vermeil. Cet aspect concerne également le schéma du handicap, dont les travaux de préparation débiteront fin 2004, et, à terme, d'autres schémas.

La collaboration avec les différents acteurs institutionnels, d'une intensité variable, a été globalement satisfaisante. La concertation des acteurs de terrain, plus formelle, a également constitué un élément important de l'élaboration et de l'exécution du PGCD, même si le bilan peut être contrasté.

2.3 La concertation avec les acteurs de terrain : une étape organisée mais limitée

Malgré le court délai laissé à la DDASS pour élaborer le PGCD, un temps important, même s'il s'est avéré insuffisant, a été aménagé pour la concertation avec les acteurs de terrain. Ces discussions ont été globalement jugées enrichissantes mais n'ont pas répondu à l'ensemble des attentes.

⁸⁵ Propos recueillis auprès du directeur d'un hôpital local.

2.3.1 Les modalités de concertation des acteurs

La concertation des acteurs, dans le cadre du PGCD, a pris deux formes : la concertation au sein d'instances prévues, d'une part, et la collaboration plus informelle entre les acteurs, d'autre part.

A) Les instances de la concertation des acteurs

Le plan national canicule prévoit une instance pour permettre la concertation des acteurs : le Comité départemental canicule. Réuni sous l'autorité du préfet au moins deux fois par an, au début et à la fin de la mise en œuvre du PGCD, il rassemble l'ensemble des acteurs concernés. Au début de la saison estivale, il appartient au CDC de veiller à ce que le plan soit opérationnel et, en fin de saison, d'en dresser le bilan. Lorsque le niveau 2 du plan est activé, le CDC se met « *en configuration de veille et vigilance* »⁸⁶.

La déclinaison de ces instances dans le Haut-Rhin a donné lieu à la tenue, d'une part, du CDC le 19 mai 2004 et, d'autre part, du CDC opérationnel le 7 juin 2004⁸⁷.

Le 19 mai 2004, l'ensemble des acteurs concernés par le PGCD était invité au CDC. Présidée par le Préfet, cette réunion a donné lieu à une présentation des différentes parties du plan, entre autre par le Directeur de l'ARH, le Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, un représentant des EHPAD et un représentant des SSIAD. Le CDC s'est déroulé peu de temps après la réception du PNC, le 2 mai 2004. Les informations données aux acteurs étaient donc basées sur les mesures du PNC. Les partenaires, qui avaient massivement répondu à l'appel du Préfet, ont regretté que peu de détails concrets ont pu leur être donné. « *Nous ne savions pas vraiment qui connaissait le mieux le PNC. Nous nous attendions à ce que la DDASS nous donne des directives plus précises. Moins d'un mois avant la mise en œuvre théorique du plan, ce n'était pas rassurant* »⁸⁸. En ce qui concerne la DDASS, l'essentiel était de mobiliser les acteurs. En ce sens, les discours du Préfet et du Président du Conseil Général ont été particulièrement percutants, puisqu'« *ils ont montré aux directeurs d'établissements à quel point l'installation d'appareils de rafraîchissement de l'air constituait une priorité* »⁸⁹.

Un nombre important d'interlocuteurs a regretté que la deuxième réunion du CDC, prévue pour le début du mois d'octobre et qui devait être l'occasion d'un bilan, n'ait pas été organisée, faute de temps, par la DDASS.

Le 7 juin 2004, le CDC opérationnel a réuni un nombre plus restreint d'acteurs choisis en fonction de leur représentativité et de leur importance dans le dispositif afin

⁸⁶ Plan national canicule, op.cit., p.62.

⁸⁷ V. Annexe 3 : composition et missions du CDC et du CDC opérationnel.

⁸⁸ Propos recueillis auprès du Directeur d'un hôpital local.

⁸⁹ Propos recueillis auprès d'un Inspecteur de l'action sanitaire et sociale.

d'aborder des questions plus techniques. Ainsi, étaient inscrits à l'ordre du jour : le choix de la procédure d'alerte, le choix des indicateurs et la validation des « fiches–action » des partenaires. Cette réunion a donc permis aux partenaires les plus impliqués de donner leurs opinions sur les points cruciaux du système de veille et d'alerte. Ces avis étaient d'autant plus importants qu'ils concernaient principalement le caractère opérationnel des propositions de la DDASS. Le PGCD prévoyait que la DDASS soit quotidiennement destinataire des indicateurs, dès le niveau 1 ; le SDIS a, cependant, préféré les transmettre seulement à partir du niveau 2 en invoquant un manque de moyens. De même, certaines modifications ont été apportées au contenu des « fiches–action » pour y intégrer des actions mises en place, préalablement au plan, par les structures. Ainsi, une « fiche–action » a été rédigée par l'Association haut-rhinoise d'aide aux personnes âgées.

Cependant, ce qui est apparu le plus important aux participants est le fait d'avoir organisé cette concertation qui leur a permis de se rencontrer, *« de s'asseoir autour d'une table pour discuter d'un sujet qui nous concerne tous, et d'aborder des aspects de la prise en charge des personnes âgées, ce qui a ouvert la perspective d'une réflexion plus globale, hors du PGCD »*⁹⁰.

B) Les relations informelles

Le CDC et, surtout, le CDC opérationnel ont donc permis aux acteurs de se rencontrer et de mettre en évidence leur complémentarité. En ce sens, ces réunions ont favorisé certaines collaborations pour la mise en œuvre du PGCD. Ainsi, l'association d'aide aux personnes âgées la plus importante du département a proposé à l'ensemble des mairies du département son aide pour effectuer le recensement des personnes fragilisées à domicile. Une quarantaine de communes ont accepté, dont la plus importante, Mulhouse. Cette aide consistait également en une aide logistique pour se mettre en contact avec ces personnes lorsque l'alerte serait donnée.

De même, une étroite collaboration a été mise en place entre les SSIAD et les communes et associations ayant développé des SAD dans le but de former les personnels des SAD à détecter les symptômes liés à la déshydratation et à adopter les gestes adéquats.

La DDASS a été invitée à participer à nombre de ces échanges au sein de réunions organisées entre ces partenaires. Elle-même a été en relation constante avec ces différents acteurs, notamment, dans le cadre du suivi de la préparation du PGCD. Elle organisait des enquêtes auprès des établissements au sujet de l'installation des pièces rafraîchies et auprès des communes pour le recensement des personnes âgées. *« Ces enquêtes étaient trop nombreuses. Nous savions qu'il fallait installer une pièce rafraîchie,*

⁹⁰ Propos recueillis auprès d'un responsable d'une association d'aide aux personnes âgées.

mais les incessants courriers de la DDASS n'allaient pas rendre l'exécution de cette tâche plus rapide »⁹¹. Or, ces courriers répondaient à une demande de suivi du Ministère.

Les acteurs sollicitaient, quant à eux, la DDASS pour une aide « technique » concernant la mise en place du PGCD : les modalités des conventions entre les établissements médico-sociaux et les établissements de santé, les modalités de recensement des personnes vulnérables. La DDASS n'était, cependant, pas tout le temps à même de répondre à leurs attentes, par manque de base légale de référence, notamment⁹².

2.3.2 Les apports de la participation des acteurs de terrain

Les conditions dans lesquelles la concertation s'est déroulée sont inédites dans le cadre d'un projet aussi important, notamment, en ce qui concerne le nombre d'acteurs concernés. Beaucoup d'entre eux estimaient cette concertation nécessaire et satisfaisante.

A) Une concertation nécessaire

La nature des actions qu'il appartenait aux différents acteurs de mettre en œuvre aux termes du PGCD nécessitait, de leur part, des efforts importants en moyens financiers et humains. Par exemple, recenser les personnes fragilisées vivant à domicile nécessitait la mobilisation de personnel que les petites mairies n'avaient pas toujours. En ce qui concerne les établissements sanitaires et médico-sociaux, beaucoup d'entre eux ont rencontré des problèmes financiers pour s'équiper en appareils de rafraîchissement de l'air.

Dans ce contexte et après les difficultés qu'ils avaient exprimées au lendemain de la crise, concernant la pénurie de personnel, les acteurs n'auraient *« pas compris qu'on ne [leur] demande pas [leur] avis sur l'effort qui [leur] était demandé. La charge était trop lourde pour être imposée, l'Etat devait en être conscient »⁹³.*

Pour la DDASS, cette concertation était également nécessaire pour connaître les préoccupations des partenaires et éviter les dysfonctionnements au moment de la mise en œuvre du plan. *« Il fallait s'assurer que, non seulement la philosophie d'ensemble du plan était comprise, mais également, et surtout, le détail du système d'alerte »⁹⁴.*

⁹¹ Propos recueillis auprès du Directeur d'un hôpital local.

⁹² V. Point 2.3.3 « Les limites de la concertation », p.35.

⁹³ Propos recueillis auprès du Directeur d'un hôpital local.

⁹⁴ Propos recueillis auprès d'un Inspecteur de l'action sanitaire et sociale de la DDASS et Haut-Rhin.

B) Un principe à renouveler

« *Il est toujours intéressant de s'asseoir autour d'une table avec des partenaires divers pour discuter* »⁹⁵. Ce constat est partagé par de nombreux acteurs. La concertation dans le cadre du PGCD a permis aux participants de définir leur rôle respectif dans l'exécution du plan. A cette fin, la présentation des différentes « fiches-action » a été très importante. Pour la DDASS, elle a permis de vérifier qu'il n'y avait pas de « double emploi ».

Les réunions organisées ont été l'occasion pour les acteurs de se rencontrer, « *il est toujours intéressant de voir comment les partenaires s'organisent, d'autant plus qu'ils connaissent généralement les mêmes difficultés* »⁹⁶. Le CDC opérationnel leur a également permis d'identifier les personnes référentes dans chaque organisme.

Les échanges d'expérience ont mis en avant les complémentarités des différents partenaires et favorisé la prise de contacts qui se sont poursuivis en dehors des instances formelles du PGCD. A titre d'exemple, des associations d'aide aux personnes âgées ont proposé leur aide aux communes pour le recensement des personnes vulnérables à domicile et les SSIAD leur ont proposé d'assurer la formation des intervenants à domicile.

« *Le fait que nous en soyons arrivés à un plan d'urgence montre que nous avons échoué en amont* », observe le responsable d'une association. Il souligne, néanmoins, avec satisfaction, que le devenir des personnes âgées a été au centre de discussions, qui ont permis de comprendre les difficultés de chaque partenaire et de tenter d'y pallier. « *Une telle concertation serait bénéfique pour résoudre d'autres problèmes, par exemple, dans le cadre du dispositif « grands froids »* »⁹⁷.

Cette concertation, très utile dans le cadre du PGCD, a constitué un préambule aux travaux du schéma départemental gérontologique et une nouvelle approche des relations avec les autorités administratives pour les acteurs de terrain, qui souhaiteraient l'appliquer dans d'autres circonstances.

2.3.3 Les limites de la concertation

La concertation organisée par la DDASS a été source de nombreuses satisfactions pour les participants. Néanmoins, elle n'a pas répondu à l'ensemble de leurs attentes. Ces limites sont la conséquence du contexte d'urgence, du manque de moyens disponibles et de l'absence de bases juridiques concernant certains aspects du PGCD.

⁹⁵ Propos recueillis auprès d'un responsable d'association d'aide aux personnes âgées.

⁹⁶ Propos recueillis auprès d'une élue municipale en charge des personnes âgées.

⁹⁷ Propos recueillis auprès du Directeur d'un hôpital local.

A) Les conséquences d'une organisation dans l'urgence

Le CDC et le CDC opérationnel ont eu lieu tard dans la procédure d'élaboration du PGCD. « *L'essentiel était d'aborder les mesures opérationnelles* »⁹⁸. Plusieurs partenaires agréent cette remarque. Les points les plus importants de l'organisation de la veille sanitaire et de l'alerte ont été abordés et leur opérationnalité vérifiée dans leur globalité. La brièveté des réunions n'a, cependant, pas permis de détailler le dispositif. A titre d'exemple, certaines personnes présentes lors du CDC opérationnel étaient des représentants et ne pouvaient s'engager au nom de leur autorité hiérarchique. Aussi, les « fiches-action » ont été approuvées ultérieurement. De même, au terme de la réunion les modalités de la procédure d'alerte n'étaient pas arrêtées : l'utilisation du système GALA avait été adoptée, sous réserve de l'accord du Préfet⁹⁹. Par après, certaines « fiches-action » ont été modifiées, l'utilisation du système GALA a été refusée. En l'absence de réunions ultérieures, il n'y a pas eu d'échanges concernant ces évolutions, pourtant majeures.

De nombreux acteurs ont regretté l'absence de réunion du CDC à la levée du dispositif pour effectuer un bilan. « *Même si le plan n'a pas été déclenché, un bilan aurait été nécessaire. Ne serait-ce que parce qu'on nous a demandé de mettre en place beaucoup de choses et que nous avons, parfois, rencontré des difficultés* »¹⁰⁰. Cette réunion aurait donc été l'occasion de relancer la réflexion, notamment sur les moyens alloués aux acteurs : humains, techniques (aide au conventionnement entre les établissements médico-sociaux et les établissements hospitaliers, par exemple) et financiers et ce, très en amont de la prochaine mise en place du PGCD. « *La préparation de la période estivale, que ce soit dans les établissements ou les services, ne se prépare pas au printemps mais dès l'hiver au moins* »¹⁰¹.

B) Des apports financiers insuffisants

« *On demande aux acteurs de terrain de faire de plus en plus de choses, sans dégager aucun moyen supplémentaire* », ainsi est résumé le ressenti de nombreux acteurs par le responsable d'une association. En effet, aucun moyen financier n'a été débloqué pour subvenir aux besoins engendrés par la mise en place du PGCD. Certes, dans le cadre du « plan urgence »¹⁰², les établissements sanitaires ont été pourvus en moyens humains et financiers supplémentaires, mais ces moyens répondent à des

⁹⁸ Propos recueillis auprès d'un responsable d'association d'aide aux personnes âgées.

⁹⁹ V. Partie 2.2.1 « Le rôle de la Préfecture », p.31.

¹⁰⁰ Propos recueillis auprès du Directeur d'un hôpital local.

¹⁰¹ Ibid.

¹⁰² V. Partie 1.2.4. « Les évolutions législatives », p.19.

besoins structurels et il est prévu qu'ils soient octroyés sur le long terme (5 ans). De même, les associations n'ont obtenu aucun moyen supplémentaire, alors que leur rôle, dans le dispositif du PGCD, est potentiellement important. En effet, les communes sont placées au centre du dispositif, mais nombre d'entre elles n'ont pas les moyens nécessaires de mettre en place les mesures du plan. Ces dernières ont donc répondu à la proposition des associations pour les aider à recenser les personnes vulnérables et les appeler en cas d'alerte. Mais les associations ont conscience qu'elles n'ont pas la logistique nécessaire pour appeler l'ensemble des personnes concernées lorsque l'alerte serait déclenchée.

La situation a parfois été critique pour certains établissements sanitaires et médico-sociaux. En effet, afin d'acquérir des appareils de rafraîchissement, ils ont souvent dû modifier leur budget initial et différer certains investissements, puisque la compensation financière n'a été annoncée que lors de la diffusion du PNC et n'atteignait « que » 40% du coût de l'installation. Une aide financière¹⁰³ a été cependant accordée à titre exceptionnel pour l'été 2004 aux SSIAD, aux établissements hébergeant des personnes âgées ayant des recettes d'assurance maladie et aux unités de soins de longue durée. Cependant, le caractère exceptionnel de cette aide fait craindre aux intéressés qu'elle ne sera pas reconduite lors des prochaines saisons estivales, alors que le PGCD sera à nouveau mis en place.

C) Des bases légales qui ont fait défaut

Le manque de base légale sur laquelle devrait reposer l'action des acteurs de terrain s'est particulièrement fait ressentir en ce qui concerne les communes pour le repérage des personnes fragilisées à domicile. A cet égard, l'annexe 12 du PNC définit les modalités de repérage de ces personnes et leur inscription sur une liste sur la base du volontariat. Les données recueillies sont répertoriées dans un fichier informatisé dont les modalités d'organisation et d'utilisation ont été précisées dans un décret du 1^{er} septembre 2004¹⁰⁴. L'annexe ne renseigne pas sur la responsabilité des maires quant à

¹⁰³ Circulaire DHOS-F2/DGAS-2C/DSS-1A n°279 du 16 juin 2004 relative à l'allocation de moyens exceptionnels d'assurance maladie au bénéfice des services de soins infirmiers à domicile, des établissements hébergeant des personnes âgées et des unités de soins de longue durée pour l'été 2004.

¹⁰⁴ Décret n° 2004-926 du 1er septembre 2004 pris en application de l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles et fixant les modalités de recueil, de transmission et d'utilisation des données nominatives relatives aux personnes âgées et aux personnes handicapées bénéficiaires du plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels NOR: SANA0422815D.

l'organisation de l'intervention au domicile de ces personnes en cas de déclenchement d'alerte, notamment lorsque la personne n'est prise en charge ni par un SSIAD, ni par un SAD. Ainsi, les maires souhaitent savoir qui serait habilité à se rendre au domicile de ces personnes. Certaines communes, en émettant l'hypothèse que ce soit des conseillers municipaux, ont vu nombre de leurs citoyens refuser d'être inscrit sur la liste des personnes vulnérables. Devant l'ampleur de ces incertitudes, de nombreuses communes, 73% d'entre elles, ont refusé de procéder à ce recensement. Contrairement à la situation bas-rhinoise, où Strasbourg a refusé, les deux plus grandes communes haut-rhinoises, Colmar et Mulhouse, ont organisé le repérage des personnes vulnérables. Néanmoins, les maires de ces communes ont tenu à décrire leur procédure dans leur « fiche-action » du PGCD afin de donner une certaine légitimité à leur action, à défaut d'avoir une base légale.

Le problème de la responsabilité des acteurs a également été rencontré avec les associations de bénévoles. En effet, les communes avaient émis l'idée que les associations de bénévoles pourraient les aider dans leur action, notamment, en ce qui concerne les visites aux domiciles des personnes vulnérables. Or, les associations se sont montrées réticentes, en particulier, en raison du manque de clarté de leurs responsabilités. Une convention a été signée entre la Préfecture et une association départementale le 14 août 2004, après que soit signée un accord-cadre entre le Ministre de la santé et les associations nationales¹⁰⁵.

Les difficultés rencontrées lors de l'élaboration du PGCD ont entraîné des problèmes d'exécution du plan. Les acteurs de terrain ont souligné l'importance de la concertation. Ainsi, si cette concertation n'a pas eu lieu sous les meilleurs auspices, l'améliorer augure des progrès dans l'exécution du plan.

3 AMELIORER LA CONCERTATION DES ACTEURS POUR MIEUX APPREHENDER L'EXECUTION DU PGCD

En 2004, le PGCD n'a été exécuté que partiellement. Des difficultés ont, cependant, été recensées dès l'activation du niveau de vigilance. Apporter des modifications à la manière dont a été organisée la consultation des différents acteurs peut permettre d'y remédier, au moins en partie. Ces changements concernent non seulement des aspects

¹⁰⁵ Accord-cadre du 23 juillet 2004 signé entre l'Etat, représenté par le Ministre de la santé et de la protection sociale et le Ministre délégué aux personnes âgées, et les associations nationales intervenant auprès des publics fragiles.

logistiques de la concertation (3.1), mais également la philosophie qui a primé dans la manière dont elle a été abordée (3.2).

3.1 Achever la démarche de concertation

Les acteurs de terrain ont salué, dans leur ensemble, l'effort de concertation mis en œuvre par la DDASS. Les partenaires ont, cependant, déploré l'absence d'un second CDC, au terme de la période estivale. Il aurait permis d'effectuer un premier bilan du PGCD. La DDASS, quant à elle, a insisté sur la nécessité de mieux structurer la communication par la mise en place d'une véritable cellule d'information.

3.1.1 L'évaluation du PGCD : une étape nécessaire

Le second CDC, prévu à la fin de l'activation du plan au mois d'octobre, aurait dû être l'occasion, pour les partenaires, d'effectuer un bilan concernant la mise en œuvre du PGCD. Il aurait également permis de préparer l'avenir avec la formulation, par les différents acteurs, de propositions pour améliorer un dispositif amené à être reconduit.

A) Un partage des expériences

*« Certes, le PGCD n'a pas été activé au-delà du niveau 1 ; il est donc difficile d'avoir du recul sur son caractère opérationnel et sur son efficacité. Néanmoins, il aurait été intéressant d'échanger sur l'expérience vécue et d'effectuer, dès cette année, une évaluation de ce plan »*¹⁰⁶. En effet, dès le niveau 1, diverses actions devaient être mises en œuvre par les acteurs. Ces actions étaient préventives. Or, la prévention est un aspect encore souvent trop ignoré des politiques publiques. Il s'agissait donc d'actions novatrices pour la plupart d'entre elles. Dans ces conditions, les acteurs ont parfois rencontré certaines difficultés : mettre en place des conventions avec les établissements de santé dans le cadre du plan bleu des établissements médico-sociaux, procéder au recensement des personnes vulnérables à domicile. Aucune convention-type n'ayant été définie par la DDASS, les établissements médico-sociaux avaient dû innover. Les communes, quant à elles, avaient pleine compétence pour organiser le repérage des personnes vulnérables. Selon leurs moyens techniques et humains, les mairies ont opté pour différentes démarches.

Dans ce contexte, la tenue d'un CDC à l'issue de la période d'activation du plan aurait permis aux acteurs de mettre en commun leurs pratiques, de repérer les plus efficaces. L'adjointe au Maire en charge des personnes âgées dans une importante commune haut-rhinoise va dans ce sens en soulignant le fait qu'elle avait apprécié l'aide logistique apportée par une association d'aide aux personnes âgées. Elle avait fait part de

¹⁰⁶ Propos recueillis auprès d'un responsable d'association d'aide aux personnes âgées.

l'efficacité de cette aide aux équipes des communes proches de la sienne, avec lesquelles elle était souvent en contact. Le CDC aurait permis d'avoir une audience plus large et à certaines communes de s'inspirer de cette méthode de travail.

Ce CDC n'a pas eu lieu, faute de temps des différents acteurs mobilisés sur d'autres enjeux, notamment le schéma départemental gérontologique. La DDASS explique également que la réunion d'un deuxième CDC n'était pas « *apparue particulièrement nécessaire étant donné que le plan n'avait pas été activé. Il s'agira, cependant, afin de préparer la prochaine saison estivale, de réunir le PGCD suffisamment tôt, en avril, par exemple* »¹⁰⁷. Ainsi, les propositions formulées par les participants pourront encore être étudiées et, éventuellement, être intégrées dans le PGCD. Or, de nombreux acteurs s'accordent à dire que cette réunion était importante. « *Certes une réunion d'évaluation d'un dispositif se fait rarement à chaud, mais, en l'occurrence, il n'y avait pas d'analyse chiffrée à attendre et tous les esprits étaient encore occupés par le plan* »¹⁰⁸. En effet, en avril par exemple, nombre d'acteurs penseront à résoudre d'autres problèmes, telle que les éventuelles difficultés rencontrées pendant la période hivernale. Ils auront, en partie, oublié les préoccupations de l'été et leur force de proposition s'en trouvera, peut-être, affectée. Aussi, davantage qu'une réunion d'évaluation du PGCD, le CDC aurait permis de préparer l'avenir plus sereinement.

B) Préparer l'avenir

Le PGCD est amené à être reconduit chaque été. Etant donné les conditions dans lesquelles il a été élaboré, il comporte quelques insuffisances, révélées lors de la mise en œuvre du plan et expliquées, en partie, par le contexte d'urgence qui a constitué un facteur déterminant de l'élaboration du plan.

En 2005, les acteurs ne seront plus contraints à mettre en œuvre le PGCD dans l'urgence. « *De la même manière qu'on prépare la saison hivernale dès l'été, il serait normal de se donner les moyens de préparer l'été longtemps avant* ». Cette réflexion d'un directeur d'hôpital local traduit les intentions de divers acteurs quant à une réunion en fin de saison : elle aurait permis de recenser l'ensemble des modalités à définir, des actions à mener pour compléter le dispositif avant qu'il ne soit activé à nouveau. Ainsi, les établissements médico-sociaux doivent compléter, le cas échéant, leur plan bleu. Les difficultés qu'ils ont rencontrées concernent, principalement, les conventions avec les établissements de santé ; la réunion de bilan aurait permis de définir une marche à suivre, à savoir s'ils obtiendraient une aide méthodologique de la DDASS, notamment. De même,

¹⁰⁷ Propos recueillis auprès d'un Inspecteur de l'action sanitaire et sociale de la DDASS du Haut-Rhin.

¹⁰⁸ Propos recueillis auprès du Directeur d'un hôpital local.

un point aurait pu être fait sur la situation du recensement des personnes vulnérables par les mairies : leur montrer que leurs inquiétudes quant à la nature de leur responsabilité ont bien été entendues, leur proposer des facilités pour procéder à ce repérage, telles que la collaboration avec les associations.

En ce qui concerne la DDASS, afin de pallier aux difficultés qu'elle a rencontrées pour impliquer les associations de bénévoles, il lui appartient de passer des conventions avec ces associations. Elle peut, désormais, se baser sur l'accord-cadre obtenu par les fédérations nationales de ces associations au niveau national¹⁰⁹. Il serait préférable que ces conventions soient signées bien avant juin 2005 afin de permettre aux associations de se préparer, de se doter des moyens nécessaires.

De nombreux acteurs ont également formulé des attentes quant à l'organisation d'un essai du système d'alerte. *« Avant la prochaine activation du plan, il serait judicieux d'effectuer un essai, une mise en situation, pour véritablement savoir dans quelles conditions nous serons prévenus. L'idéal aurait été de l'organiser avant la rencontre du CDC préparant l'été 2005, afin de pouvoir tous faire part de nos réactions quant à l'opérationnalité du système »*¹¹⁰.

Ces objectifs doivent être énoncés au plus tôt car leur réalisation peut nécessiter plus ou moins de temps. De même, pour pouvoir être intégrées au PGCD, les éventuelles propositions doivent être formulées très en amont de la procédure par les partenaires. De ce fait, elles pourront être véritablement étudiées leur opportunité et leur cohésion avec l'ensemble du dispositif.

Dans ce contexte, un second CDC, aurait permis de déterminer de tels objectifs en fixant, pour échéance, la prochaine réunion du CDC programmée avant la mise en place du PGCD, à l'été 2005 et dont le rôle serait d'effectuer un état des lieux et de remobiliser les partenaires. L'absence de réunion de bilan du PGCD constitue donc une lacune de ce plan. De même, afin de mieux appréhender la mise en place du plan les prochaines années, il apparaît nécessaire d'améliorer le dispositif de communication.

3.1.2 La mise en place d'une véritable cellule d'information

*« En ce qui concerne l'information, à destination des publics quels qu'ils soient, nous n'étions pas prêts »*¹¹¹. Or, l'information des populations et des publics spécifiques constitue un des quatre volets du PGCD. Mettre en place une véritable cellule

¹⁰⁹ Accord-cadre du 23 juillet 2004, op.cit.

¹¹⁰ Propos recueillis auprès du Directeur d'un hôpital local.

¹¹¹ Propos recueillis auprès d'un Inspecteur de l'action sanitaire et sociale de la DDASS du Haut-Rhin.

d'information est un objectif prioritaire de la DDASS pour améliorer le plan, en veillant à y associer les partenaires les plus divers possibles et à disposer des outils adéquats.

A) Associer différents partenaires

Dans l'état actuel du PGCD, les services de la DDASS ont élaboré les messages d'alerte à destination des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social et un communiqué de presse destiné à l'ensemble de la population pour se protéger de la chaleur. Elle a également transmis les « fiches-recommandations » respectives, établies dans le PNC¹¹², aux professionnels s'occupant de personnes à risque : personnels de santé en EHPAD, personnels de santé et aides intervenant à domicile, organisateurs de manifestations sportives, entre autres. Ces fiches les renseignent sur les précautions particulières à prendre en cas de fortes chaleurs à l'égard des populations avec lesquelles ils sont en contact. Cette transmission a été faite aux acteurs présents au CDC opérationnel ou aux directeurs des services de l'Etat concernés pour qu'ils la diffusent auprès des personnels concernés. De plus, la DDASS s'est chargée de distribuer les fascicules concernant la prévention des risques liés à la chaleur, établis par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), entre les différents acteurs au contact du public (établissements sanitaires, médico-sociaux, médecins libéraux, pharmacies...). Le service communication de la Préfecture était chargé des relations avec la presse et d'organiser l'aspect logistique de la communication.

Avant la prochaine activation du PGCD, l'objectif de la DDASS est de créer une cellule d'information qui aura pour mission de déterminer un plan communication : les missions des différents acteurs concernant la communication envers leur public, les supports utilisés. En ce sens, elle devra élaborer, notamment, un communiqué de presse, des « fiches-recommandations » qui seront diffusées à l'ensemble des acteurs, ainsi qu'un support d'information à l'attention du grand public, spécifique au département, indiquant, entre autres, les lieux climatisés recensés par les mairies. Pour mener à bien cette mission, il est important de réunir des personnes représentant diverses compétences : des compétences médicales, administratives et techniques, de communication. Les compétences médicales et techniques sont nécessaires afin de formuler des préconisations de manière à ce qu'elles puissent parvenir au plus grand nombre. Les compétences administratives sont utiles pour déterminer les destinataires des « fiches-recommandations » en fonction, notamment, des catégories de public dont ils ont la charge. Elles nécessiteront également de connaître les modalités de mise en œuvre du PGCD et le rôle de chacun des acteurs. Ainsi, la cellule d'information, via les

¹¹² *Plan national canicule*, op.cit., p.116-188.

« personnes ressources » qu'elle désignerait en son sein, deviendrait l'interlocuteur privilégié des acteurs concernés par le PGCD.

De plus, le PNC prévoit la mise en place d'un numéro vert dans les départements, dès le déclenchement du niveau 2 du plan, pour répondre aux inquiétudes de la population et préconiser certains comportements. La cellule d'information pourrait constituer une cellule d'appui à la plateforme téléphonique en formant le personnel, par exemple.

La cellule d'information permettrait donc, à bien des égards, de faciliter la mise en œuvre du plan. Pour que son action soit véritablement efficace, il faut, cependant, qu'elle dispose des outils adéquats.

B) Développer les outils adéquats à une communication de grande envergure

L'objectif de la DDASS, dans le plan de communication, est d'informer le public le plus large possible dans un délai très limité. La définition des outils utilisés à cette fin est donc primordiale. Il a été décidé, en accord avec le Préfet, que les moyens logistiques seraient mis à disposition par le service communication de la Préfecture. Ce service se chargerait, ainsi, entre autres, de l'impression des documents et de leur diffusion.

Autant que les outils, les réseaux mis en place conditionnent également l'efficacité de la communication. Dans ce cadre, la cellule d'information devra préciser le rôle de la presse au regard de la collaboration qui existe déjà entre la Préfecture et la presse régionale. Concernant la diffusion de l'information au grand public, l'appui des services au contact du public est indispensable, en particulier, les centres d'informations divers (CLIC, PMI, centres médico-sociaux, pôles gérontologiques) et les associations. Il serait donc judicieux de former ces personnes plus spécifiquement sur les risques liés à la chaleur.

En outre, l'aide apportée par certaines associations aux mairies concernait, non seulement, le repérage de ces personnes, mais également, en cas de déclenchement de l'alerte, une aide pour téléphoner aux personnes concernées et évaluer leurs besoins. Certaines associations ont organisé leur propre réseau de diffusion de l'information en mettant en place des « chaînes téléphoniques ». Ce système consiste à attribuer à leurs membres volontaires une liste d'autres membres à appeler. A terme, il est destiné à être développé pour qu'une personne contacte une dizaine d'autres personnes, chacune d'elle en appelant dix autres. La proposition faite par les associations aux mairies souligne la motivation de ces acteurs qui, pour la plupart, se sont organisés pour faire face à de telles responsabilités en ce qui concerne les moyens humains et techniques. Il pourrait, dès lors, être judicieux de généraliser leur action en leur donnant la mission de téléphoner aux personnes vulnérables à domicile en cas d'alerte. Pour ce faire, le rôle des associations devrait être précisé dans le PGCD, dans le cadre du plan vermeil, mais également dans le plan de communication. Une élue communale précisait : *« l'aide proposée par*

*l'association d'aide aux personnes âgées nous a permis d'aborder plus sereinement la mise en place du PGCD, sans elle nous n'aurions ni su ni pu nous organiser pour contacter l'ensemble des personnes concernées en cas d'alerte »*¹¹³ Cependant, pour pouvoir généraliser le rôle des associations à l'ensemble du département, il est important de s'assurer qu'elles couvrent l'ensemble du territoire. Il conviendrait également de répartir des zones géographiques entre les associations pour que leurs actions soient coordonnées. De plus, il s'agira de s'assurer qu'elles disposent des moyens nécessaires à leur mission, en terme humain et technique.

La concertation des acteurs peut donc être améliorée par des aménagements « techniques » tels que la tenue d'une réunion de bilan du dispositif et la mise en place d'une cellule d'information. Ces aspects concernent, principalement, l'information des acteurs. Cependant, l'intégration de la réflexion engendrée autour du PGCD dans une réflexion plus globale constituerait également un motif de satisfaction supplémentaire pour les acteurs.

3.2 La mise en perspective du PGCD

Le PGCD est un plan d'urgence spécialisé, à la fois dans son champ d'application - le domaine d'action concerné, la prévention des risques liés aux fortes chaleurs – et, dans son champ de compétence territoriale, le département. Intégrer le PGCD dans une réflexion plus globale de politique de santé publique et y associer davantage le niveau régional donneraient à ce plan et à la concertation des acteurs qui y a contribué une dimension plus large. Ce souhait a été formulé par de nombreux acteurs et s'inscrit dans une volonté de cohésion des politiques menées en santé publique.

3.2.1 Une réflexion engagée à long terme : l'articulation du PGCD avec d'autres actions

Le PGCD est un plan de gestion de risques climatiques. Beaucoup de parallèles ayant été faits avec le plan « Hiver », les approches des deux dispositifs pourraient donc être similaires. De plus, le PGCD est un plan d'urgence spécialisé ; il a vocation à être intégré dans des démarches de planification de politiques plus globales.

A) Une réflexion à transposer dans le cadre du « plan hiver »¹¹⁴

Le plan hiver est un dispositif départemental destiné, principalement, aux personnes sans abri. Il consiste à renforcer les capacités d'accueil et d'hébergement pendant la

¹¹³ Propos recueillis auprès d'une élue communale en charge des personnes âgées.

¹¹⁴ Circulaire n°DGAS/1A/2004/511 du 18 octobre 2004 relative au dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion – Plan hiver 2004 – 2005.

période hivernale, qui rend cette population particulièrement vulnérable. Il s'agit donc, comme le PGCD, d'un plan de prévention des risques climatiques. De plus, même s'il est davantage inscrit dans une politique sociale, la mise en œuvre de ce plan concerne les mêmes catégories d'acteurs que le PGCD : des établissements sociaux et sanitaires, les services d'urgence tels que le SAMU, des associations et des collectivités. Or, ces mêmes acteurs regrettent que le dispositif mis en place n'intègre pas une véritable concertation des acteurs. Certes, une réunion d'information des différents acteurs a lieu chaque année avant l'activation du plan, mais rien de semblable à un CDC opérationnel plus restreint, n'est prévu.

La DDASS est chargée de l'organisation du plan hiver. Les relations avec les partenaires se font principalement par courrier, par sondage. *« Nous recevons simplement une demande de la DDASS selon laquelle nous devons indiquer le nombre de places que nous réservons à l'accueil des personnes sans abri pendant la période hivernale. Or, quand nous répondons que cela dépend des places disponibles parce que nous privilégions l'accueil des usagers de l'hôpital, les autres partenaires, notamment les associations, ne comprennent pas toujours notre position »*¹¹⁵. Or, le CDC opérationnel, dans le cadre du PGCD, avait permis à chacun d'exprimer ses difficultés et aux autres partenaires de mieux comprendre ses positions.

L'organisation d'une concertation plus approfondie avec les acteurs concernés permettrait également de mieux coordonner l'action de ces acteurs, notamment, par rapport au centre 115, qui est une cellule d'information au cœur du dispositif. Le centre 115 dispose d'un recensement quotidien des capacités d'hébergement d'urgence et doit bénéficier d'un contingent de places disponibles pour pouvoir orienter les personnes les plus vulnérables. Or, lors des campagnes hivernales précédentes, des difficultés dans la remontée des informations avaient été constatées. Une réunion entre les différents acteurs principalement concernés serait l'occasion de résoudre ces problèmes et d'améliorer l'exécution du plan. *« Dans la même approche que le PGCD, une réunion concernant le plan hivernal permettrait aux différents acteurs de s'asseoir autour d'une table et de discuter de la situation des personnes sans abri, non seulement en période hivernale, mais plus globalement encore »*¹¹⁶.

Le PGCD a mis en place une méthode de réflexion plébiscitée par les acteurs, qui souhaiteraient qu'elle soit transposée à la mise en œuvre d'autres dispositifs d'urgence. En systématisant une telle concertation, les différents acteurs acquièrent également de l'expérience dans ce domaine et leur coordination en sera facilitée.

¹¹⁵ Propos recueillis auprès du Directeur d'un hôpital local.

¹¹⁶ Ibid.

B) L'intégration du PGCD dans des schémas plus généraux

Le PGCD met en place un dispositif de prévention et de gestion des risques liés à la chaleur concernant diverses populations. A cet égard, il a vocation à s'inscrire dans la politique de prévention des risques liés à l'environnement qui devra être définie dans le cadre de l'application de la loi de santé publique¹¹⁷. Les schémas organisant la prise en charge globale de certaines populations pourront également intégrer le dispositif du PGCD, qui concerne un aspect particulier de cette prise en charge.

Un des volets principaux du PGCD concerne la prévention des risques auprès des populations vulnérables, telles que les personnes âgées et les personnes handicapées. Les acteurs ayant participé à la concertation ont émis le souhait que le dispositif soit repris dans les schémas qui organisent la prise en charge plus globale d'une population, notamment, le schéma départemental gériatrique et le schéma départemental du handicap, dont les travaux d'élaboration ont débuté, respectivement, à l'été et à l'automne 2004. A cet égard, le responsable d'une association d'aide aux personnes âgées soulignait que l'ensemble des acteurs étaient conscients que le fait de mettre en place un plan d'urgence de gestion de crise signifiait que *« un échec dans l'organisation de la prise en charge au préalable mais l'approche préventive adoptée dans le plan est très intéressante »*. En effet, selon lui, des outils de prévention tels que le repérage des personnes vulnérables à domicile ont été élaborés dans ce plan. Il conviendrait de développer et de transposer ces outils pour d'autres risques et d'autres populations. Développer cette démarche préventive pourrait faire l'objet d'une partie du schéma départemental gériatrique. Pour ce responsable d'association, *« il est important de mettre en place une politique de prévention de la dépendance, d'intégrer davantage de social dans un schéma qui se concentre plus sur le sanitaire »*. Le PGCD était donc un premier pas en ce sens.

La loi de santé publique, quant à elle, crée les PRSP et en définit les principaux objectifs. Ainsi, ces plans devront, notamment, comporter un programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail. La réflexion entamée lors de l'élaboration et l'exécution du PGCD peut constituer un préalable à la définition de ce programme. En effet, la réunion des acteurs, principalement lors du CDC opérationnel, a permis d'établir un « état des lieux » de la situation des personnes fragilisées par les fortes chaleurs, d'identifier leurs difficultés et de proposer des solutions pour y pallier.

La prise en compte des travaux concernant le PGCD dans le cadre de la définition de politiques régionales, telles que le PRSP, nécessite, cependant, un rapprochement

¹¹⁷ Loi du 9 août 2004, op.cit.

entre les conceptions du PGCD des deux départements et, en ce sens, d'associer plus étroitement le niveau régional à l'exécution du plan.

3.2.2 L'association du niveau régional

Au terme de la période d'activation du PGCD, de nombreux acteurs ont émis l'hypothèse que ce plan pourrait être exécuté à l'échelon régional. Donner une perspective régionale au PGCD permettrait de clarifier les rôles des divers échelons départemental, régional et interrégional, et éviter le « double emploi ». Cette démarche nécessiterait toutefois une implication croissante de l'ARH.

A) Un plan à vocation régionale

A l'heure actuelle, la DRASS est chargée de l'élaboration de la grande majorité des plans d'urgence : le « plan biotox » de prévention des risques biologiques et, plus récemment, le « plan iode » et le « plan variole ». Bénéficiant d'une certaine expérience dans ce domaine, la DRASS aurait pu être l'institution en charge d'un plan de gestion régional des risques liés aux fortes chaleurs. La DRASS des Pays de la Loire avait commencé à élaborer un tel plan mais la démarche a été refusée. *« Pourtant, lors du déclenchement par le Ministre de la Santé du niveau 3 du plan canicule en Provence-Alpes-Côte d'Azur, fin juin, l'activation a été faite au niveau régional. On pourrait donc imaginer que tout le travail d'élaboration fait en amont pourrait également être fait avec une conception régionale »*¹¹⁸. Preuve de l'expérience de la DRASS pour l'élaboration des plans d'urgence, dans le Bas-Rhin, la DRASS a été fortement impliquée dans l'élaboration du PGCD. Elle était chargée de l'organisation de la coordination, tandis que la mise en place du plan vermeil était dévolue à la DDASS en raison de sa connaissance plus importante du secteur médico-social. Cette situation s'explique par la mutualisation des moyens opérés entre ces deux services dans le département.

Une conception régionale peut également paraître appropriée au regard des caractéristiques du PGCD et de la région. En effet, une des modalités de déclenchement des différents niveaux d'alerte est conditionnée par la température extérieure. Or, les seuils de températures définis dans le PGCD ne sont pas les mêmes dans le Bas-Rhin et dans le Haut-Rhin¹¹⁹. *« L'Alsace est une petite région, géographiquement homogène, hormis, peut-être, le cas particulier de Strasbourg, qui souffre plus de la pollution atmosphérique. Les habitants ne comprendraient pas que le plan soit déclenché dans le*

¹¹⁸ Propos recueillis auprès d'un Médecin Inspecteur en Santé Publique de la DRASS d'Alsace.

¹¹⁹ Dans le Bas-Rhin, les seuils sont de 17°C pour les températures minimales et de 35°C pour les températures maximales ; dans le Haut-Rhin, ils sont respectivement de 19°C et 35°C, *Plan national canicule*, op.cit., p.196.

Bas-Rhin, tandis que les habitants du Haut-Rhin ne seraient pas sensés encore souffrir de la chaleur »¹²⁰. De plus, l'action des acteurs de terrain pourrait être facilitée, notamment, en ce qui concerne les intervenants à domicile, SSIAD et SAD et les associations. En cas de crise, des mécanismes de collaboration interdépartementale pourraient peut-être plus facilement être mis en place s'ils étaient inscrits dans un plan de dimension régionale. Par exemple, un état des lieux du taux d'équipement en places de SSIAD pourrait être opéré par canton. En cas de déclenchement de l'alerte, certains SSIAD auraient alors pour mission de venir renforcer l'offre dans les cantons où celle-ci est moins importante, qu'ils soient situés dans le département ou non.

Une approche régionale permettrait également que l'ensemble des acteurs soit concerté. En effet, dans le Bas-Rhin, excepté le CDC réunissant l'ensemble des acteurs, aucune concertation plus restreinte n'a été organisée. *« Les indicateurs à transmettre ont été définis aux acteurs par la CIRE et cela a provoqué certains dysfonctionnements au début, les acteurs manquant d'informations. En ce sens, la démarche de la DDASS du Haut-Rhin apparaît plus judicieuse »¹²¹.*

B) Une clarification des rôles

La définition des modalités de prévention et de gestion de la crise au niveau régional permettrait de mieux coordonner les missions des acteurs des différents échelons : départemental, régional et interdépartemental. *« Dans l'exécution du PGCD, nous avons parfois l'impression d'avoir la même mission que la CIRE. Le dispositif gagnerait en clarté si certaines missions n'étaient assurées que par un seul acteur, notamment l'étude des indicateurs ».* Ce constat formulé par un Inspecteur de l'action sanitaire et sociale de la DDASS du Haut-Rhin a été repris par de nombreux acteurs, qui ne comprenaient pas pourquoi ils devaient envoyer leurs indicateurs à la fois à la DDASS et à la CIRE. Ces mesures ont été prises car le PNC ne prévoyait le recueil d'indicateurs par la CIRE qu'à partir du niveau 2 d'alerte. Or, dans le PGCD, une cellule de veille a été instaurée et chargée de prévenir le Préfet en cas d'évolution inquiétante de la situation au regard des différents indicateurs qu'elle aurait en sa possession. Pour remplir cette mission, cette cellule, formée par différents services de la DDASS, devait donc avoir à disposition certains indicateurs dès le niveau 1 du PGCD. Ces indicateurs reprenaient pour la plupart ceux demandés par la CIRE, d'autres venant s'y ajouter. La DDASS souhaitait, entre autres, des précisions concernant le nombre d'interventions quotidiennes des SSIAD et, quant à la fréquentation des services d'urgence, le nombre de personnes provenant des établissements pour personnes âgées. Charger un seul acteur du recueil

¹²⁰ Propos recueillis auprès d'un Médecin Inspecteur en Santé Publique de la DRASS d'Alsace.

¹²¹ Ibid.

des indicateurs simplifierait donc le dispositif. Ce rôle s'intégrerait plus particulièrement dans celui de veille épidémiologique de la CIRE, qui a l'expérience du recueil et du traitement de telles informations. Toutefois si le plan de gestion acquérait une dimension régionale, ce rôle pourrait être dévolu à la DRASS, ce qui permettrait d'avoir une vision globale de l'évolution de la situation dans l'ensemble de la région. Parallèlement à la définition des missions de chacun de ses acteurs, il conviendrait de mettre en place, entre ces institutions, des procédures de transmission de l'information spécifiques au plan canicule. De tels outils n'avaient pas pu être mis en place pour l'été 2004. Il conviendrait également de développer les outils de communication entre l'institution chargée de cette veille, surtout s'il s'agit de la CIRE ou de la DRASS, et le Préfet de département chargé du déclenchement de l'alerte afin d'éviter des intermédiaires. En effet, ces derniers peuvent provoquer une dilution de l'information et un délai supplémentaire dans l'alerte.

C) Une implication croissante de l'ARH

L'organisation de l'offre hospitalière est un des éléments primordial du PGCD. Elle est d'autant plus délicate à gérer pendant la période estivale. La gestion de cette période est, à ce titre, organisée par des textes spécifiques¹²². En ce qui concerne la saison 2004, les enjeux de la gestion d'une crise liée à la chaleur avaient été intégrés dans la réflexion de l'ARH concernant la gestion de l'offre hospitalière en été. Ainsi, les fermetures de lits prévues en 2004 étaient moins importantes que l'été précédent. Cependant, cette réflexion pourrait être menée dans le cadre de la mise en œuvre du plan, d'autant plus si celui-ci était établi dans une conception régionale.

De plus, l'ARH constitue un interlocuteur privilégié des établissements hospitaliers. Cette agence gère, notamment, les enveloppes de l'Assurance maladie qu'elle répartit entre les départements, qui les attribueront aux établissements. Dès lors, la présence de l'ARH au CDC opérationnel aurait permis de répondre aux attentes des représentants du secteur hospitalier. L'ARH aurait été davantage à même de se positionner sur la question des moyens alloués à ces établissements que la DDASS.

Enfin, la position de l'ARH pourrait être renforcée en ce qui concerne le suivi de l'élaboration des plans blancs dans les établissements sanitaires. En effet, il est prévu que l'ensemble des établissements de santé publics ou privés disposent, à terme, d'un plan blanc. Ce plan définit l'organisation de l'établissement en cas de crise, notamment d'un afflux important de victimes. De plus, l'élaboration d'un schéma départemental, voire interdépartemental des plans blancs est prévue pour harmoniser les différentes actions des établissements. L'ARH jouera un rôle central dans ce domaine.

¹²² V. Partie 1.2.3. « Une réaction impulsée par le bas », p.16.

CONCLUSION

Le «Plan national canicule » a été mis en place pour pallier aux difficultés de prévention et de gestion d'une crise liée à de fortes chaleurs révélées par la canicule qui a touché la France en août 2003. Cette action s'inscrit dans le renforcement d'une politique de prévention plus globale.

Le bilan de la vague de chaleur a été particulièrement dramatique. 15 000 morts, principalement parmi les personnes âgées, ont été provoquées par cet épisode caniculaire aux caractéristiques exceptionnelles. Cette crise a mis en évidence certaines faiblesses du système sanitaire et social français. Elle a engendré une importante réflexion concernant la place des personnes âgées dans les politiques publiques, l'importance du développement des politiques de prévention des risques, environnementaux en particulier ainsi que la nécessité d'un aménagement du système de veille sanitaire. Le PNC constitue un premier produit de cette réflexion.

Le département a été l'échelon retenu pour décliner le PNC et mettre en place le PGCD, la proximité étant un facteur essentiel dans la mise en œuvre de mesures préventives. La DDASS a été chargée d'élaborer le PGCD. Cette institution apparaissait la plus légitime pour effectuer cette mission, étant donné qu'en raison de sa vocation généraliste, elle intervient dans les politiques sanitaires, médico-sociales et sociales. Les principales orientations adoptées dans le cadre du PGCD ont été définies auparavant dans le PNC. Elles ont, notamment, été prises au regard du bilan de la canicule : les mesures concernent principalement les personnes fragilisées par les fortes chaleurs, les personnes âgées et les personnes handicapées. L'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs intervenant dans la prise en charge de ces populations a été mobilisé dans ce dispositif. Le bilan de la canicule dans le Haut-Rhin, ainsi que le contexte local, ont orienté le travail d'élaboration du plan de la DDASS. Une des plus importantes spécificités de ce travail d'élaboration a été la place qui a été aménagée pour la concertation des acteurs.

La DDASS avait pour objectif que l'association des acteurs soit la plus globale et la plus opérationnelle possible. Le CDC et, surtout, le CDC opérationnel ont été organisés pour répondre à ces objectifs. Le CDC a réuni l'ensemble des acteurs concernés pour les informer de la philosophie générale du PGCD. Le CDC opérationnel a réuni les représentants des principaux acteurs concernés. Ce comité plus restreint a abordé les principales mesures opérationnelles du système de prévention et d'alerte proposées par la DDASS. Les acteurs ont eu le pouvoir de discuter et de modifier des aspects primordiaux du dispositif afin d'obtenir une plus grande adhésion. L'organisation d'une concertation des acteurs aussi approfondie est inédite dans le cadre de la mise en place d'un dispositif spécialisé tel que le PGCD, alors qu'elle est généralisée en ce qui concerne des travaux de planification de dimension plus globale, le schéma gérontologique

départemental par exemple. Cette approche a été saluée par de nombreux acteurs. Ils apprécient de se retrouver avec leurs partenaires pour discuter de la cohérence de leurs actions respectives au regard de la prise en charge d'une certaine catégorie de population, même si cette discussion est ciblée sur un point particulier, en l'occurrence les risques liés à la chaleur. Cela revient, en quelque sorte, à mettre l'usager au cœur du dispositif, comme le préconise la loi du 2 janvier 2002¹²³.

La concertation a été organisée avec l'ensemble des acteurs concernés par la mise en place du PGCD. La collaboration de la DDASS avec les autres services de l'Etat a été très satisfaisante et témoigne que ce sujet était une des priorités de l'Etat, comme le prouve également l'implication très forte de la Préfecture. L'association du Conseil Général était indispensable, étant donné qu'il possède de nombreuses compétences dans la définition et la mise en œuvre des politiques sociales et médico-sociales. Aux yeux des acteurs de terrain, il était important de montrer que, dans le cadre du PGCD, l'Etat et le Département avaient les mêmes priorités, ce qui était le cas.

En ce qui concerne les acteurs de terrain, qui s'étaient massivement mobilisés pendant la période caniculaire d'août 2003, l'objectif était de coordonner davantage leurs actions afin de mieux gérer une crise. S'ils ont été parfois réticents pour mettre en place certaines mesures telles que l'installation d'une pièce rafraîchie, la concertation dont ils ont fait l'objet a contribué à les motiver.

La procédure de concertation a donc été accueillie très favorablement par les acteurs concernés même s'ils ont relevé certaines insuffisances. Porter quelques aménagements à la méthode de concertation permettrait, non seulement d'y remédier, mais également d'améliorer la mise en œuvre du dispositif en général. L'objectif serait de généraliser la concertation et de lui donner une plus grande dimension. Pour les acteurs, organiser une réunion de bilan permettrait de compléter la procédure de concertation. Cette réunion apparaît d'autant plus nécessaire qu'elle favorise, à la fois l'évaluation du dispositif et l'émission des propositions pour l'améliorer, notamment, en ce qui concerne les modalités de concertation, le cas échéant. Créer une véritable cellule d'information, y intégrer la plus grande variété d'acteurs et systématiser la démarche de concertation dans d'autres dispositifs tels que le « plan hiver » contribueraient à diversifier les domaines de la concertation. La concertation des acteurs deviendrait ainsi plus facile à organiser et permettrait d'éviter les écueils de la démarche dus principalement à une organisation dans l'urgence. Les acteurs auraient l'expérience d'une telle concertation ; ils sauraient ce en quoi elle consiste et quel serait leur rôle ; la DDASS, quant à elle, identifierait les représentants principaux des acteurs, « des correspondants » en quelque sorte. De

¹²³ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

même, intégrer les discussions menées dans le cadre du PGCD à une réflexion sur la prise en charge plus globale des populations, dans les travaux du schéma gérontologique départemental, par exemple, permettrait de leur donner une dimension plus importante et d'assurer une cohérence entre les dispositifs spécialisés et les politiques plus générales. La cohérence des politiques serait également assurée par l'association du niveau régional. Plus globalement, ces aménagements ont pour objectif de montrer qu'une démarche de concertation telle que celle qui a prévalu dans le PGCD et qui est source de nombreuses satisfactions pour les acteurs, ne restera pas « *un feu de paille* »¹²⁴.

La DDASS et, plus particulièrement, les Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale se trouvent au cœur d'une telle mission. Responsables de la mise en place des politiques sociales, médico-sociales et sanitaires nationales au niveau local, les inspecteurs constituent les interlocuteurs privilégiés des acteurs de terrain auxquels ils allouent des moyens financiers et humains et dont ils supervisent les actions. Ils connaissent les différents aspects de la politique d'un secteur, en particulier le rôle de chacun des acteurs. Le travail en partenariat est un élément-clé de la mission d'un Inspecteur. Il possède ainsi un important réseau de collaborateurs institutionnels ou encore associatifs. Il lui revient donc d'animer un partenariat plus général en mobilisant et en mettant en contact les acteurs concernés par un même sujet. Le rôle de l'Inspecteur serait de soumettre aux partenaires réunis des projets de dispositifs afin d'orienter les discussions. De plus, la concertation de l'ensemble des acteurs concernés permettrait de déceler le plus en amont possible, dans la procédure d'élaboration d'un plan, l'opérationnalité des mesures proposées. Ces considérations sont d'autant plus importantes que la planification a une place prépondérante dans la mission d'un Inspecteur et qu'elle prend de plus en plus souvent la forme d'une planification d'urgence dans le but de prévenir et de gérer des situations de crise.

Dans ce contexte, généraliser la concertation des acteurs permettrait de faciliter les démarches de planification, notamment, en ce qui concerne l'élaboration des plans d'urgence. Menée en parallèle avec une véritable politique de prévention, elle permettrait qu'à terme ces plans d'urgence deviennent inutiles, puisque, à l'heure actuelle, leur existence signifie « *un échec* »¹²⁵ des politiques préalables.

¹²⁴ Propos recueillis auprès du responsable d'une association d'aide aux personnes âgées.

¹²⁵ Ibid.

Bibliographie

Ouvrages :

- DIRECTIONS REGIONALES DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES, DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, *STATISS 2002*, 2002. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm>
- JOURDAIN A., DE TURENNE I., *100 mots-clés de planification sanitaire*. Rennes : ENSP, 2^{ème} édition, 1999. 142 p.

Articles :

Articles de périodiques :

- « Dossier. Plan canicule ». *Extraits de documentation – ARRCO*, 1-15 mai 2004, n°9, pp.27-36.
- BELLEC S., CLAVEL J., HEMON D., JOUGLA E., LAURENT F., PAVILLON G. « Surmortalité liée à la canicule d'août 2003 en France ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 25 novembre 2003, n°45-46/2003, pp.221-225.
- BRÜCKER G. « Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 : premiers résultats et travaux à mener ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 25 novembre 2003, n°45-46/2003, pp.217-218.
- CARRE N., ERMANEL C., ISNARD H., LEDRANS M. « Décès par coup de chaleur dans les établissements de santé en France : du 8 août au 19 août 2003 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 25 novembre 2003, n°45-46/2003, pp.226-227.
- DELMAS MC., DONADIEU J., PIRARD P., VANDENTORREN S. « Enquête sur les interventions sanitaires ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 25 novembre 2003, n°45-46/2003, p.220.
- FROISSARD M. « Besoins des personnes âgées et planification. De la théorie à la pratique ». *Revue française des affaires sociales*, juillet-septembre 1989, n°3, pp.117-136.
- MAULPOIX A., MEDINA S., PASCAL M., SUZAN F., VANDENTORREN S. « Données météo et enquêtes sur la mortalité dans 13 grandes villes françaises ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 25 novembre 2003, n°45-46/2003, pp.219-220.
- MOLLER C. « La canicule : détonateur pour une nouvelle réforme de la prise en charge des personnes âgées ? ». *Gestions hospitalières*, Octobre 2003, n°429, pp.591-592.
- PARANT A. « Edifiante canicule ». *Futuribles*, Novembre 2003, n°291, pp.69-78.
- REQUILLART H. « Alerte sanitaire : le plan canicule sera-t-il prêt à temps ? ». *Impact médecine*, 23 avril 2004, n°76, pp.26-27.

Articles de presse :

- « Douze jours pour prendre conscience d'un drame humain », *Le Monde*, 15 août 2003.
- « Le revirement progressif du ministre de la santé », *Le Monde*, 20 août 2003.

- BENKIMOUN P. « LUCIEN ABENHAÏM, ancien directeur général de la santé « Toutes les informations que la DGS a reçues ont été transmises au cabinet du ministre » ». *Le Monde*, 20 août 2003.
- BESSE DESMOULIERES R. « TEMOIGNAGES Dans les maisons de retraite, après la gestion de l'urgence, une « certaine amertume » ». *Le Monde*, 23 août 2003.
- GATTEGNO H. « JEAN-FRANÇOIS COPÉ, porte-parole du gouvernement « Dès que nous avons été alertés, nous avons pris toutes les mesures qui devaient l'être » ». *Le Monde*, 16 août 2003.
- HERZBERG N. « CLAUDE EVIN, ancien ministre (PS) de la santé « Il fallait une communication gouvernementale beaucoup plus rapide et beaucoup plus forte » », *Le Monde*, 16 août 2003.
- NAU J-Y. « Comment les administrations ont alerté les différents ministres concernés ». *Le Monde*, 22 août 2003.
- NAU J-Y. « Le Directeur de l'Institut de veille sanitaire critiqué par M. RAFFARIN ». *Le Monde*, 20 août 2003.
- NAU J-Y. « Trois questions à... Gilles Brückner ». *Le Monde*, 19 août 2003.
- NAU J-Y. « Patrick Pelloux : « Cette crise remet en cause notre politique sanitaire » ». *Le Monde*, 17 août 2003.

Rapports :

- BASTIANELLI J-P., FOURCADE M., PICARD S., SALZBERG L., *Mission d'enquête sur les fermetures de lits en milieu hospitalier durant l'été 2003*, Rapport IGAS, n°2003141, décembre 2003, 100 p. Disponible sur Internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000738/0000.pdf>
- DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES, *Impact de la canicule d'août 2003 sur la santé. Etude de presse du 18 avril 2003 au 11 août 2003*, mars 2004, 150 p.
- EVIN C., d'AUBERT F., *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule*, n°1455 – tome 1, 25 février 2004, 235 p. Disponible sur Internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/canicule.asp>
- HEMON D., JOUGLA E., *Surmortalité liée à la canicule d'août 2003 – Rapport d'étape – Estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques*, Rapport Inserm, 25 septembre 2003, 84 p. Disponible sur Internet : <http://www.inserm.fr/servcom/servcom.nsf/9eca30f557b488dcc12569b400384ef1/1e4c3585397d860b80256dac004426cc>
- INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, *Vague de chaleur de l'été 2003 : relations entre température, pollution atmosphérique et mortalité dans neuf villes françaises – Rapport d'étude*, 7 septembre 2004, 70 p. Disponible sur Internet : http://www.invs.sante.fr/publications/2004/psas9_070904/rapport.pdf
- INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE. *Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 en France – Bilan et perspectives – Octobre 2003*. Mai 2004, 120 p. Disponible sur Internet : <http://www.invs.sante.fr>
- JACQUAT D., *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule*, n°1091, 24 septembre 2003, 59 p. Disponible sur Internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i1091-t1.asp>

- LACAZE D., LAROQUE M., LEGER A.M., NOURY D. La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003, Rapport IGAS, n°2004009, Janvier 2004, 77 p. Disponible sur Internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000046/0000.pdf>

Textes : lois, règlements et circulaires :

- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.
- Loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.
- Décret n° 2004-926 du 1er septembre 2004 pris en application de l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles et fixant les modalités de recueil, de transmission et d'utilisation des données nominatives relatives aux personnes âgées et aux personnes handicapées bénéficiaires du plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels NOR: SANA0422815D.
- Décret n° 2000-685 du 21 juillet 2000 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité et aux attributions de certains de ses services.
- Circulaire interministérielle n°NOR/INT/E/04/00057/C du 12 mai 2004 relative aux actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule.
- Circulaire n°DGAS/1A/2004/511 du 18 octobre 2004 relative au dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion – Plan hiver 2004 – 2005.
- Circulaire DDSC/SDOSCCM/BCIDSC/JFR/n° 2003-1078 du 22 décembre 2003, relative aux veille et gestion de crise, information et alerte des autorités gouvernementales dans le domaine de la protection civile (NOR : INTEO300129C).
- Circulaire DHOS-F2/DGAS-2C/DSS-1A n°279 du 16 juin 2004 relative à l'allocation de moyens exceptionnels d'assurance maladie au bénéfice des services de soins infirmiers à domicile, des établissements hébergeant des personnes âgées et des unités de soins de longue durée pour l'été 2004.
- Circulaire n°245/DHOS/01/2003 du 26 mai 2003 relative aux fermetures programmées de lits dans les établissements publics et privés.
- Circulaire n°DHOS/P1/2002/365 du 21 juin 2002 relative aux activités hospitalières durant la période estivale 2002.
- Circulaire DHOS/DGS/DGAS n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

Plans :

- *Plan de gestion d'une canicule départemental du Haut-Rhin*, Préfecture du Haut-Rhin, Juin 2004, 166 p.
- *Plan national canicule – Actions nationales et locales à mettre en œuvre par les pouvoirs publics afin de prévenir et réduire les conséquences sanitaires d'une canicule*, Ministère de la santé et de la protection sociale et ministère délégué aux personnes âgées, 5 mai 2004, 208 p.

Convention :

- Accord-cadre du 23 juillet 2004 signé entre l'Etat, représenté par le Ministre de la santé et de la protection sociale et le Ministre délégué aux personnes âgées, et les associations nationales intervenant auprès des publics fragiles.

Sites Internet :

- Site de l'APA 68 : <www.apa.asso.fr>
- Site de l'Assemblée Nationale : <www.assemblee-nationale.fr>
- Site du Conseil général du Haut-Rhin : <www.cg68.fr>
- Site de la DDASS du Haut-Rhin : <drass67.sante.gouv.fr/dep2/indexdep.htm>
- Site des Dernières Nouvelles d'Alsace : <www.dna.fr>
- Site de la DRASS d'Alsace : <drass67.sante.gouv.fr>
- Site de la DREES : < www.sante.gouv.fr/htm/publication/pub_drees.htm >
- Site de l'InVS : <www.invs.sante.fr>
- Site de l'Inserm : <www.inserm.fr>
- Site de Légifrance : <www.legifrance.gouv.fr>
- Site du Ministère de la santé et de la protection sociale : <www.sante.gouv.fr>
- Site du Ministère de l'emploi et de la cohésion sociale : <www.social.gouv.fr>
- Site du Ministère de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales : <www.interieur.gouv.fr>
- Site du Monde : <www.lemonde.fr>
- Site de la Préfecture du Haut-Rhin : <www.haut-rhin.pref.gouv.fr>
- Site du Sénat : <www.senat.fr>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Liste des personnes rencontrées

ANNEXE 2 : Grille d'entretien

ANNEXE 3 : Fiche-action de la DDASS dans le PGCD

ANNEXE 4 : Composition et mission du CDC et du CDC opérationnel

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Les représentants des institutions

- M. Christophe LECOMTE, Inspecteur de l'Action sanitaire et sociale à la DDASS du Haut-Rhin, en charge de l'élaboration du PGCD.
- M. Jean-Pierre HAERTEL, Inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale et Dr. Tariq EL'MRINI, Médecin inspecteur en santé publique, en charge de l'élaboration du PGCD à la DRASS d'Alsace.

La représentante des communes

- Mme Monique LEBORGNE, Adjointe au maire de Mulhouse, en charge des personnes âgées. Elle a été présente lors du CDC opérationnel. Mulhouse est la première commune du Haut-Rhin en taille

Les représentants des établissements et services sanitaires et médico-sociaux

- M. Philippe BENEL, Directeur de l'hôpital local d'ENSISHEIM et représentant de l'Union hospitalière du Nord-Est (UHNE), membre du CDC opérationnel. Cet établissement possède 11 lits de soins de suite et de réadaptation, 126 places en EHPAD (dont 46 en unités de soins longue durée et 90 en maison de retraite) et 25 places de SAD.
- Mme Pascale LABROCHE, responsable de 12 SSIAD dans le Haut-Rhin, membre du CDC opérationnel.

Le représentant des associations

- M. Pierre TASSETI, Secrétaire général de l'Association haut-rhinoise d'aide aux personnes âgées (APA 68), membre du CDC opérationnel. L'APA 68 est la plus importante association intervenant auprès des personnes âgées. Elle a développé un SSIAD et emploie les assistantes sociales présentes dans les pôles gériatriques.

GRILLE D'ENTRETIEN

1. Quel bilan faites-vous de la canicule d'août 2003 ?
2. Pensiez-vous que l'élaboration d'un plan était nécessaire ?
3. De quelle manière vos usagers/bénéficiaires ont-ils perçus le PGCD ?
4. Aviez-vous pris des mesures de prévention et de gestion des risques liés aux fortes chaleurs préalablement ou parallèlement à la mise en place du PGCD ?
5. Avez-vous rencontré des difficultés particulières dans l'exécution du PGCD ?
6. Aviez-vous des attentes particulières concernant le CDC ?
7. Vous avez participé au CDC opérationnel, aviez-vous des attentes particulières concernant cette réunion ? Si oui, ont-elle été satisfaites ?
8. Comment avez-vous perçu la démarche de concertation initiée par la DDASS ?
9. Vous avez représenté vos homologues lors du CDC, quelles étaient leurs attentes ? Comment ont-ils abordé l'exécution du PGCD ?
10. Avez-vous développé des relations particulières avec d'autres acteurs hors des instances du PGCD ? Si oui, quelles mesures avez-vous développé ?
11. Quel bilan faites-vous de la mise en place du PGCD ?
12. Ce dispositif sera reconduit l'été prochain, avez-vous des attentes particulières avant cette prochaine échéance ?

« FICHE ACTION » DE LA DDASS DANS LE PGCD

Niveau 1 : vigilance (du 1er juin au 30 septembre)

Assure :

- en lien avec la Préfecture, l'élaboration et la diffusion du PGCD et du « plan vermeil » ainsi que leur mise à jour ;
- la coordination et le suivi des actions prévues dans le PGCD
- la préparation des réunions du Comité Départemental Canicule et du Comité Départemental Canicule Opérationnel ;
- la mise en place d'un système de surveillance et d'alerte fondé sur la remontée quotidienne d'indicateurs par des partenaires identifiés ;
- la mise en place d'une cellule de veille chargée de l'exploitation et de l'interprétation des indicateurs susmentionnés ;
- la transmission, en tant que de besoin, d'une synthèse des données collectées à la Préfecture et à l'ARH ;
- la mise en place d'une cellule de pré-alerte si l'évolution des indicateurs laisse à envisager qu'un passage au niveau 2 est possible à moyen terme ;
- la tenue d'une liste régulièrement actualisée des Mairies ayant accepté de procéder au recensement des personnes à risque ;
- le recensement établissement de santé et de tous les établissements accueillant des personnes âgées, disposant des pièces rafraîchies et de groupes d'électrogènes ;
- la vérification de l'installation des pièces rafraîchies ou climatisées dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux en lien avec le Conseil Général ;
- l'instruction des dossiers de demande de subvention des pièces rafraîchies ;
- l'organisation de contrôles inopinés visant à vérifier les mesures mises en œuvre pour prévenir et lutter contre les effets d'une vague de forte chaleur (personnel suffisant compte tenu des congés annuels, pièces rafraîchies, stock de bouteilles d'eau, brumisateurs ...) dans les établissements de santé et les établissements accueillant des personnes âgées ;
- la surveillance de la qualité de l'eau potable ;
- le recensement des points critiques par une enquête auprès des exploitants en liaison avec la Mission inter-services de l'eau (MISE) ;
- le recensement en lien avec les communes, sur une liste régulièrement tenue à jour, des lieux climatisés susceptibles d'accueillir des personnes fragilisées en cas de fortes chaleurs ;
- l'élaboration d'un plan de communication en lien avec la Préfecture et en cohérence avec l'administration centrale et l'INPES (plan de diffusion des dépliants, relais locaux des campagnes nationales) ;
- la mise à jour de son plan de gestion de crise.
- les contacts avec les services préfectoraux qui seront en charge de la gestion des corps hors établissement sanitaires et médico-sociaux (inventaire des moyens horaires étendus d'ouverture des cimetières, stockage réfrigéré provisoire) ;
- la diffusion d'une plaquette d'information aux professionnels de santé en lien avec l'Union régionale des médecins libéraux d'Alsace (URMLA) ;

➤ veille au risque de délestage et de panne d'électricité et à ses conséquences en liaison avec les services de la Préfecture ;

➤ l'information des établissements et services concernés par un risque de délestage ou de coupures électriques ;

Est informée :

➤ de l'évolution des seuils d'alerte à partir des indicateurs qui lui sont fournis par Météo France (température ressentie, bulletins d'alerte) et des informations émanant des services centraux (In VS, DHOS, DGS...) et locaux (ARH, CIRE...);

Niveau 2 : mobilisation des services sanitaires et sociaux

Outre la poursuite des opérations de niveau 1, la DDASS :

Alertée par : le Préfet

Prévient par téléphone, fax et courrier électronique avec demande d'accusé de réception :

- les établissements de santé publics et privés ;
- les établissements médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées ;
- les établissements sociaux (centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA), centres d'hébergement d'urgence) ;
- les services de soins infirmiers à domicile ;
- les services d'aide à domicile ;
- les CLIC
- le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins ;
- le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens ;
- l'URMLA ;
- la CIRE

Assure :

- sa participation à la cellule de crise préfectorale si celle-ci est activée,
- la surveillance des conditions atmosphériques à partir des bulletins d'information transmis par l'Association pour la surveillance et l'étude de la pollution atmosphérique (ASPA) et, au besoin, la sensibilisation sur les effets de la pollution atmosphérique ;
- la transmission au Préfet et à la cellule régionale de coordination des recueillies à partir des indicateurs ;
- la mise en place d'un plan de communication sous l'autorité du Préfet ;
- l'information régulière du pôle solidarité du Conseil Général ;
- la liaison avec l'ARH,

Niveaux 3 et 4 : mise en oeuvre des mesures sanitaires et sociales / extension de la crise au-delà du champ sanitaire et social

Outre la poursuite des opérations de niveau 1 et 2, la DDASS :

Alertée par : le Préfet

Assure dans le cadre des compétences qui lui sont dévolues par la cellule de crise préfectorale :

- la coordination des acteurs du plan ;
- la transmission au Préfet et à la cellule régionale de coordination de l'ensemble des informations fournies par les acteurs du secteur sanitaire et social et par les partenaires en terme de variation d'indicateurs (conditions atmosphériques, air, électricité, eau) ;
- la mise en oeuvre du plan de communication sous l'autorité du Préfet ;

- . - le renforcement de la sensibilisation sur les effets de la pollution atmosphérique,
- . - la préparation des messages pour le Préfet ;
- la transmission des instructions des différentes directions de l'administration centrale et des Agences ;
- la surveillance du taux d'occupation des services hospitaliers et de l'activité des services d'aide à domicile en lien avec le conseil Général ;

Evaluation après sortie de crise

- Elle opère la synthèse des remontées d'informations dont elle est comptable en vue du débriefing de l'opération.

COMPOSITION ET MISSION DU COMITE DEPARTEMENTAL CANICULE (CDC)

Composition

Le CDC, présidé par le Préfet, comprend :

♦ Les services de l'Etat :

- La Préfecture (SIDPC)
- Les Sous-Préfets
- L'ARH
- Le SDIC
- La DDASS
- La DDTEFP
- La DDSV
- Le Rectorat
- L'Inspection Académique
- La DRASS

♦ Les collectivités territoriales :

- Le Président du Conseil Général,
- le Conseil Régional
- les Maires des principales communes du département

♦ des représentants des personnels médicaux (CDCM, URMLA)

♦ des représentants des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux

♦ des représentants des services d'aide à domicile

♦ le SAMU

♦ la Croix-Rouge Française

♦ les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

♦ des organismes de protection sociale

♦ des associations représentant les personnes âgées et handicapées

♦ des représentants des organismes caritatifs

♦ des représentants de la presse

♦ Météo France

Activation

Le CDC est réuni au moins deux fois par an au début et à la fin de la période de vigilance, en juin et en octobre, à l'initiative du Préfet.

Missions

Le CDC est chargé, en début de saison de s'assurer que les mesures structurelles dans les maisons des retraite et établissements de santé ont été mises en œuvre et que le PGCD est opérationnel.

En fin de saison, il élabore un bilan de l'efficacité des mesures prises durant l'été.

COMPOSITION ET MISSIONS DU COMITE DEPARTEMENTAL CANICULE OPERATIONNEL

Composition

Ce comité, présidé par le Directeur Départemental des Affaires sanitaires et Sociales, réunit :

- ♦ Services de l'Etat
 - Préfecture (SIDPC)
 - DDASS
 - DDTEFP
- ♦ Collectivités territoriales
 - Conseil Général
 - Mairies de Colmar et de Mulhouse
 - Représentant de l'Association des Maires de France
- ♦ Professionnels médicaux
 - Ordre des médecins
 - Ordre des pharmaciens
 - Union Régionale des Médecins Libéraux
- ♦ Secours aux personnes
 - SAMU
 - SDIS
 - Croix Rouge Française
- ♦ Etablissements
 - Représentant des établissements de santé publics
 - Représentant des établissements de santé privés
 - Représentant des EHPAD
- ♦ Services à domicile
 - Représentant des SSIAD
 - Représentant des SAD

Missions

Ce comité opérationnel est la déclinaison technique du Comité Départemental Canicule. Il est chargé de :

- piloter et coordonner l'action d'ensemble ;
- communiquer les décisions à l'ensemble des acteurs sur le terrain ;
- prendre connaissance des difficultés rencontrées et adapter les mesures à prendre en conséquence ;
- prendre connaissance de l'ensemble des informations disponibles ;
- transmettre vers les services opérationnels les décisions prises par le Préfet ;
- piloter les actions de communication ;
- préparer les actes réglementaires nécessaires ;
- veiller à la permanence des soins et à la continuité de la prise en charge des personnes les plus fragiles ;

Le CDC Opérationnel est réuni en tant que de besoin et est mobilisable tout au long de la période estivale.