

**LA PRISE EN CHARGE SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE DES PERSONNES AGEES  
FACE A LA CANICULE DE L'ETE 2003**

*Rapport présenté par :*

*Mme Anne-Marie Léger et MM. Didier Lacaze,  
Michel Laroque et Didier Noury,*

*membres de l'Inspection générale des affaires sociales*

*Rapport n° 2004009  
Janvier 2004*

La présente mission, qui complète d'autres travaux confiés à l'IGAS sur la canicule de l'été 2003<sup>1</sup> étudie l'action des services de l'Etat, des conseils généraux, des municipalités, des caisses de sécurité sociale et des structures gestionnaires d'établissements d'hébergement ou prestataires de services sociaux ou médico-sociaux, dans huit départements, et s'efforce de formuler, à partir de ces constats, des recommandations de nature à limiter l'impact d'une nouvelle canicule sur les personnes âgées.

Le rapport rappelle, à partir des premiers travaux de l'INSERM, le caractère déterminant du contexte climatique sur la mortalité de personnes âgées, souvent en fin de vie, même si d'autres facteurs contribuent à expliquer certaines des différences constatées selon le lieu et le type de résidence, qu'ils s'agissent de facteurs architecturaux, environnementaux ou de la qualité de l'entourage de personnes souvent non conscientes du besoin d'hydratation.

Le deuxième chapitre analyse les progrès de la coordination gériatrique qui reste toutefois insuffisante et généralement n'a joué son rôle, ni dans la prévention des conséquences de la canicule, ni dans la gestion de crise, malgré la forte mobilisation des acteurs de terrain. La prise de conscience de l'épidémie a été tardive et découverte largement par l'intervention des médias. L'importance de l'augmentation des décès n'a souvent pas été ressentie par les services et établissements en charge des personnes âgées, dans la mesure où les décès de personnes âgées sont un phénomène habituel ; un doublement des décès qui se traduit souvent par deux décès supplémentaires dans un établissement d'une soixantaine de lits n'est pas, au sein d'une structure, significatif et équivaut à ce qui se passe certains mois d'hiver. Concentré sur quelques jours, l'accroissement des décès n'a pas conduit les acteurs de terrain, mobilisés par la lutte contre la canicule, à saisir les autorités de coordination gériatrique, sauf dans certains départements où les décès se sont cumulés entre les 9 et 13 août, générant l'engorgement des services funéraires. La découverte trop tardive de la surmortalité par les services de l'Etat, et encore plus par les conseils généraux dont le rôle est cependant croissant dans le domaine des personnes âgées, n'a pas permis, sauf exception, de limiter une épidémie qui s'est arrêtée d'elle-même avec l'atténuation de la canicule.

Le troisième chapitre étudie la surmortalité dans les établissements médico-sociaux et sociaux pour personnes âgées. Ces établissements ont concentré une large partie de la surmortalité car ils accueillent des personnes âgées de plus en plus fragiles. Cette évolution de la population accueillie n'a été que partiellement prise en compte qu'il s'agisse de l'adaptation de bâtiments souvent vieillissants et conçus pour des personnes valides ou de la médicalisation de ces structures, encore insuffisante en dépit des progrès en cours résultant du développement des conventions tripartites. En l'absence de climatisation, la conception des bâtiments (isolation, architecture, limitation des espaces vitrés...), leur organisation interne (anticipation de la direction, mobilisation des équipes, présence des responsables, variété des recettes pratiques, appui sur des familles, recentrage des tâches...) et l'adaptation des traitements (nutrition, hydratation, recours aux perfusions...), lorsqu'elles étaient satisfaisantes, ont pu, à certains endroits, sensiblement réduire les effets négatifs de la canicule.

---

<sup>1</sup> rapport de la mission d'enquête sur les fermetures de lits en milieu hospitalier durant l'été 2003 n°2003141, rapport sur la continuité et la permanence des soins libéraux pendant l'été 2003 n°2003154

Le quatrième chapitre fait un point sur les services de maintien à domicile dont le dispositif est inégal selon les départements. Ces services n'ont pas ressenti d'augmentation de la mortalité des personnes qu'ils avaient en charge, au point que les grandes associations nationales n'ont pas vu l'utilité d'établir un bilan. La brièveté de la crise a généralement limité leur intervention aux personnes qu'ils avaient déjà en charge avec un ciblage sur celles qui, compte tenu de leur entourage, avaient les plus grands besoins, l'hydratation étant éventuellement privilégiée sur les tâches ménagères. Ils ont fait face à la canicule sans tensions extrêmes ; la fatigue du personnel liée aux déplacements dans la chaleur était la préoccupation prédominante, sauf lorsque des véhicules climatisés étaient disponibles. Les services de téléalarme ont souvent joué un rôle utile, mais leurs potentialités d'échanges bidirectionnels n'ont pas pu être mobilisées pour faire passer des messages de prévention. Certains CCAS se sont préoccupés de toucher les personnes âgées isolées, notamment dans des communes de l'agglomération grenobloise disposant d'un large fichier et à Paris, où s'est posé, au-delà des personnes âgées connues, la question du repérage des autres personnes vulnérables.

La dernière partie du rapport dégage, à partir des constats de la mission ainsi que des travaux menés au sein du ministère chargé des affaires sociales qui ont débouché sur le rapport Vieillesse et solidarité, quatre axes de recommandations pour limiter à l'avenir les conséquences d'une nouvelle canicule :

- **organiser un système de prévention des situations exceptionnelles** : ce volet, déjà en cours d'organisation, prévoit un système d'alerte fondé sur un partenariat entre Météo-France et les autorités sanitaires, des référentiels de bonnes pratiques, un plan vermeil avec des niveaux de déclenchement (national, départemental, local), un système de repérage des personnes âgées fragiles isolées, des plans bleus dans les institutions. La mission insiste sur la nécessité de privilégier le niveau départemental. Le préfet responsable de la gestion de crise n'intervient que pour le temps de celle-ci. Le président du conseil général, dont la loi sur les responsabilités locales consacrera la compétence, doit être pleinement mobilisé pour la mise en œuvre des moyens d'information et d'intervention.
- **achever la clarification des responsabilités et renforcer la coordination locale** : la clarification de la compétence du président du conseil général devrait le conduire dans le cadre d'une politique de territorialisation de l'action sociale départementale à harmoniser et articuler, à défaut d'unification, les diverses circonscriptions géographiques d'intervention (service social départemental, CLIC, équipes APA, intervenants en matière d'aide ménagère). Une articulation avec le secteur sanitaire dans un cadre conventionnel devrait être organisée avec les SSIAD, les secteurs psychiatriques et gériatriques des établissements de santé. Les CLIC devraient être généralisés et optimisés dans leur fonctionnement de telle sorte qu'ils puissent notamment intervenir en cas de crise pour coordonner les interventions locales ou leur servir de support.
- **dynamiser la rénovation des établissements sociaux et médico-sociaux notamment par** :
  - un plan de prévention (plan bleu), des protocoles de soins, d'organisation et de rafraîchissement, s'appuyant sur une réserve de petits matériels,

- une mobilisation des équipes, supposant une plus grande souplesse dans la gestion d'un personnel, le cas échéant renforcé, et en tout état de cause mieux formé,
  - des investissements touchant le bâti pour améliorer l'isolation et assurer la couverture des verrières ainsi, le cas échéant, qu'un système minimal de rafraîchissement ou de climatisation adapté à la configuration de chaque établissement,
- **améliorer la prise en charge des personnes âgées à domicile** en particulier par un système de repérage des personnes âgées en difficulté qui le souhaitent (inscription sur un fichier), par la mise en œuvre de mesures d'accompagnement en cas de situation exceptionnelle, par le développement de la télé assistance en prévoyant l'utilisation des échanges bidirectionnels, par la mise en place de plans de prévention et de protocoles dans les divers services et par une formation aux situations de crise.

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>PREMIERE PARTIE - RAPPEL SUR UN CONTEXTE CLIMATIQUE DETERMINANT.....</b>	<b>5</b>
1.1 DES ÉLÉMENTS CLIMATIQUES DÉTERMINANTS.....	5
1.1.1 <i>Température générale et pollution</i> .....	5
1.1.2 <i>Variations climatiques départementales</i> .....	5
1.1.3 <i>Variations locales, environnementales et architecturales</i> .....	6
1.2 UN IMPACT DIRECT SUR LA SURMORTALITÉ, MAIS QUI NE SUFFIT PAS À EXPLIQUER TOUTES LES DIFFÉRENCES.....	7
1.2.1 <i>Impact général</i> .....	7
1.2.2 <i>Impact départemental</i> .....	7
1.2.3 <i>Impact selon le lieu et l'état de santé</i> .....	8
<b>DEUXIEME PARTIE - UNE COORDINATION GERONTOLOGIQUE ENCORE INSUFFISANTE.....</b>	<b>10</b>
2.1 UNE COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE GÉNÉRALE QUI RESTE EN CONSTRUCTION .....	10
2.1.1 <i>La place croissante des conseils généraux</i> .....	10
2.1.2 <i>Une coordination infra départementale encore inégale et souvent insuffisante</i> .....	11
2.2 UNE INÉGALE IMPLICATION DES SERVICES PUBLICS FACE À LA CANICULE.....	13
2.2.1 <i>Une absence de dispositif de prévention, sauf exception</i> .....	13
2.2.2 <i>Une prise de conscience tardive des services de l'Etat et plus encore des conseils généraux</i> .....	15
2.2.3 <i>Une absence de coordination des établissements et services d'immédiate proximité fortement impliqués dans la lutte contre les effets de la canicule</i> .....	16
<b>TROISIEME PARTIE - LES ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX POUR PERSONNES AGEES .....</b>	<b>18</b>
3.1 ACCUEILLANT DES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS EN PLUS FRAGILES, LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX ONT CONCENTRÉ UNE LARGE PARTIE DE LA SURMORTALITÉ. ....	18
3.1.1 <i>l'ampleur de la surmortalité en établissements pour personnes âgées</i> .....	18
3.1.1.1 les données générales actuellement disponibles tendent à minorer l'ampleur du phénomène .....	18
3.1.1.2 L'ampleur de la surmortalité est largement relativisée par les interlocuteurs rencontrés par la mission .....	19
3.1.2 <i>une forte mortalité en lien avec l'évolution des établissements pour personnes âgées</i> .....	20
3.1.2.1 Les établissements doivent assurer des prises en charge de plus en plus lourdes .....	20
3.1.2.2 l'adaptation des établissements à ces évolutions n'est pas achevée .....	21
3.2 LA CONCEPTION DES BÂTIMENTS AINSI QUE L'ORGANISATION INTERNE DES ÉTABLISSEMENTS ONT PU SENSIBLEMENT RÉDUIRE VOIRE SUPPRIMER LES EFFETS NÉGATIFS DE LA CANICULE.....	26
3.2.1 <i>La résistance des bâtiments à la chaleur et aux effets du soleil</i> .....	26
3.2.1.1 La situation et la conception des bâtiments .....	26
3.2.1.2 Les mesures d'adaptation des locaux à la canicule.....	29
3.2.2 <i>L'anticipation de la direction et la mobilisation des personnels</i> .....	30
3.2.2.1 Les capacités d'anticipation de la direction .....	31
3.2.2.2 La mobilisation des personnels .....	33
3.2.3 <i>L'adaptation des traitements médicamenteux des résidents</i> .....	36
<b>QUATRIEME PARTIE - LE MAINTIEN A DOMICILE.....</b>	<b>38</b>
4.1 DANS LES DÉPARTEMENTS VISITÉS, LE DISPOSITIF DE MAINTIEN À DOMICILE EST INÉGAL.....	38
4.1.1 <i>Les SSIAD</i> .....	38
4.1.1.1 La capacité des SSIAD est insuffisante au regard de besoins croissants .....	38
4.1.1.2 La population prise en charge est de plus en plus dépendante .....	40
4.1.1.3 Les relations avec les autres acteurs appellent une meilleure coordination.....	40
4.1.2 <i>Les autres services d'aide au maintien à domicile</i> .....	41
4.1.2.1 L'aide à domicile .....	41
4.1.2.2 Les autres services .....	42
4.2 LES SERVICES DE SOINS ET D'AIDE À DOMICILE ONT NÉANMOINS FAIT FACE À LA CANICULE SANS TENSIONS EXTRÊMES.....	42
4.2.1 <i>Les décès pendant la période de canicule</i> .....	42
4.2.1.1 Les constats des services intervenant au domicile des personnes âgées .....	42
4.2.1.2 Les constats des services de télé assistance .....	43

4.2.1.3	Interprétation et commentaire .....	44
4.2.2	<i>La réaction des services face à la canicule</i> .....	45
4.2.2.1	Les services intervenant au domicile des personnes âgées .....	45
4.2.2.2	Les services de télé assistance .....	47
4.2.3	<i>Bénévoles et familles</i> .....	47
<b>CINQUIEME PARTIE – LES RECOMMANDATIONS</b> .....		<b>49</b>
5.1	ORGANISER UN SYSTÈME DE PRÉVENTION DES SITUATIONS EXCEPTIONNELLES.....	49
5.2	ACHEVER LA CLARIFICATION DES RESPONSABILITÉS ET RENFORCER LA COORDINATION LOCALE.....	51
5.3	DYNAMISER LA RÉNOVATION DES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	52
5.4	AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE .....	55
<b>ANNEXES</b> .....		<b>58</b>

## INTRODUCTION

La canicule qu'a connue la France au mois d'août 2003 a particulièrement affecté les personnes âgées. Les premières conclusions du rapport d'étape de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), publié le 25 septembre dernier, ont fait apparaître une surmortalité d'environ 70% chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Cette surmortalité a été particulièrement importante non seulement chez les personnes âgées vivant habituellement à leur domicile, mais aussi parmi celles qui étaient hébergées en maison de retraite, que les décès aient eu lieu sur place ou après transfert à l'hôpital.

Ce constat a conduit à confier à une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), composée de Mme Anne-Marie Léger et de MM. Didier Lacaze, Michel Laroque et Didier Noury, une enquête sur les modalités de prise en charge sociale des personnes âgées pendant cette période par les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette mission complète les autres travaux confiés à l'IGAS sur la canicule<sup>1</sup>

La mission a étudié l'action des services de l'Etat, des conseils généraux, des municipalités, des caisses de sécurité sociale et de l'ensemble des structures gestionnaires d'établissements d'hébergement ou prestataires de services à domicile dans huit départements. Ces derniers ont été choisis pour cinq d'entre eux dans les deux régions où la surmortalité a été particulièrement forte : en région Centre pour les départements extrêmes en termes de surmortalité (Cher et Eure-et-Loir) ; en région Ile-de-France pour Paris, les Yvelines et le Val-de-Marne. La Creuse qui, malgré ses caractéristiques rurales et sa tradition d'action gériatrique, a connu une surmortalité supérieure à la moyenne nationale a été également retenue. Par ailleurs, ont été examinés deux départements où existe une certaine culture de la chaleur (Bouches-du-Rhône, Isère et plus particulièrement Grenoble) et où les fortes chaleurs ne se sont pas traduites par une importante surmortalité

Conformément à ce qui lui était demandé, la mission s'est attachée en particulier à l'analyse de la coordination de l'action gériatrique, aux initiatives prises à titre préventif dans les établissements d'hébergement et à l'organisation (notamment la permanence du personnel au sein des établissements et des services à domicile) pendant le mois d'août et son adaptation aux effets de la canicule.

La mission ne disposait pas en son sein d'un médecin, ce qui ne lui a pas permis d'apprécier la qualité des soins prodigués dans le secteur médico-social durant cette période. Son champ excluait les unités sanitaires de moyen et de long séjour. Compte tenu des délais impartis, elle n'a pu se référer aux études en cours sur les facteurs de risque de décès des personnes âgées résidant en établissement durant la canicule d'août 2003<sup>2</sup>. Ses constats s'appuient sur des déplacements dans les huit départements retenus et la visite de 22 établissements, qui l'ont amenée à rencontrer de nombreux

<sup>1</sup> Rapport n°2003141 de la mission d'enquête sur les fermetures de lits en milieu hospitalier durant l'été 2003, rapport n°2003154 sur la continuité et la permanence des soins libéraux pendant l'été 2003.

<sup>2</sup> Ces études sont menées conjointement par le ministère de la santé (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES et direction générale de l'action sociale DGAS), l'Institut national de veille sanitaire et l'INSERM. Leurs résultats sont prévus pour la fin du premier trimestre 2004.

responsables, dont la liste figure en annexe II, et visent à dégager les principales tendances, sans prétention à l'exhaustivité.

A partir des travaux et analyses menés dans le cadre de cette enquête, la mission a élaboré des recommandations susceptibles d'améliorer la réponse collective à de telles situations exceptionnelles.

Le présent rapport s'articule autour des cinq parties suivantes :

- I. Le contexte climatique et l'évolution des décès
- II. La coordination gérontologique
- III. Les établissements pour personnes âgées
- IV. Le maintien à domicile
- V. Les recommandations.



## **PREMIERE PARTIE - RAPPEL SUR UN CONTEXTE CLIMATIQUE DETERMINANT**

La mission de l'IGAS rappelle pour l'essentiel les études menées par l'INSERM<sup>3</sup> qui montrent l'importance déterminante du facteur climatique sur la surmortalité au cours de la période du 1<sup>er</sup> au 20 août 2003. Elle apporte quelques compléments ou nuances, en fonction des éléments recueillis.

### **1.1 Des éléments climatiques déterminants**

« La France métropolitaine a connu dans la première quinzaine d'août une vague de chaleur d'une intensité et d'une durée sans précédent depuis le début des enregistrements météorologiques au 19<sup>ème</sup> siècle »<sup>(3)</sup>.

#### ***1.1.1 Température générale et pollution***

A partir du 4 août, des températures supérieures à 35° ont été observées dans les deux tiers des stations météorologiques de Météo France sur l'ensemble des régions françaises. Des températures supérieures à 40° ont été observées dans 15% des stations.

La montée des températures maximales a été progressive entre le 1<sup>er</sup> et le 5 août, d'une valeur proche de la normale (24,8°) jusqu'à une valeur de 37° ; ces températures se sont maintenues entre 36° et 37° jusqu'au 13 août ; elles ont régressé rapidement les jours suivants (28° environ le 16 août). La majeure partie de la population a été exposée à 9 jours ou plus de température supérieure à 35°. Plus le nombre de jours cumulés au-delà de 35° a été élevé dans un département, plus l'augmentation des décès y a été forte.

La pollution atmosphérique a accompagné la vague de chaleur dans plusieurs des grandes agglomérations parisiennes.

#### ***1.1.2 Variations climatiques départementales***

Les renseignements recueillis par la mission dans les départements où elle s'est rendue confirment les données nationales en montrant certaines variantes pour partie explicatives des différences de surmortalité.

---

<sup>3</sup> Estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques Denis Hémon et Eric Jouglu - Rapport d'étape sur la surmortalité liée à la canicule remis le 25 septembre 2003 au ministre de la santé ; article sur la surmortalité liée à la canicule publié au numéro spécial du BEH n°45-46/2003 p 221

Bouches-du-Rhône	Température maximale : 12 jours à 35° et +, dont 3 à + 37°. Température minimale de + 24° pendant 5 jours d'août	Forte pollution atmosphérique au-delà du seuil d'information pendant 70 jours
Cher	Température maximale : 35° et + 7 jours du 5 au 12 août, atteignant 40°. Température minimale : 20° et + du 4 au 15 août, les nuits du 7 et 12 août étant les plus chaudes	Pollution à l'ozone au-delà du seuil d'information : 7 jours
Creuse	Température maximale : 35° et + 9 jours successifs. Température minimale restée en deçà de 20°	
Eure-et-Loir	Température maximale : 10 jours à 35° et +, atteignant + 40° les 6 et 10 août. Température minimale autour de 20° pendant 9 jours (maximum de 22° le 11 d'août)	Seuil d'information de pollution à l'ozone atteint pendant 13 jours sur la région Centre ; seuil d'alerte presque atteint le 7 août en Eure-et-Loir
Isère	Température maximale à 30° et plus pendant 70 jours à compter de fin mai	Pics de température à 35° et +
Paris	Du 4 au 12 août : - Température maximale : 9 jours atteignant 38,1°; la température maximale absolue a atteint 39,5°; - Température minimale : 23,4°.	Entre le 1 <sup>er</sup> et le 14 août, sauf 4 août, seuil d'information dépassé en Ile de France tous les jours pendant plusieurs heures. Les 11 et 12 août, faiblesse du vent avec pic de dioxyde d'azote s'ajoutant aux pics d'ozone permanents
Val-de-Marne	Comparable à Paris	Comparable à Paris
Yvelines	Température maximale 35° et + : 8 jours, dont 4 avec plus de 40°	Forte pollution

### ***1.1.3 Variations locales, environnementales et architecturales***

Les températures relevées varient localement. La proximité immédiate d'un fleuve, par exemple pour un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) des Yvelines au bord de la Seine, ou une situation en plein milieu urbain sans arbres et à forte densité de construction sont sources de différences. Ainsi, par exemple, dans le département d'Eure-et-Loir, le directeur de la maison de retraite de La Loupe, située dans la région vallonnée du Perche, quittait son établissement avec une température de 34° pour arriver 30 minutes plus tard en Beauce à Chartres avec une température de 42°.

L'architecture joue un rôle très important sur la température intérieure des bâtiments. Leur degré d'isolation, la présence ou non de verrière, l'existence de volets extérieurs, la présence d'une salle en sous-sol accessible, le degré de ventilation ou de climatisation peuvent modifier sensiblement la diffusion de la chaleur extérieure à l'intérieur de tout ou partie des locaux.

## 1.2 Un impact direct sur la surmortalité, mais qui ne suffit pas à expliquer toutes les différences

### 1.2.1 Impact général

Comme le souligne l'INSERM, « Cette vague de chaleur s'est accompagnée d'une vague de surmortalité à court terme d'une importance également exceptionnelle : pour la seule journée du 4 août, près de 300 décès ont été observés en excès par rapport aux années précédentes ; l'excès a augmenté régulièrement et massivement jusqu'à atteindre, pour la journée du 12 août, plus de 2 000 décès. A partir du 19 août et au cours de la semaine qui a suivi, la mortalité quotidienne a retrouvé un niveau normal.

Au total, le nombre cumulé de décès en excès par rapport aux années précédentes a été d'environ 400 le 4 août, 3 900 le 8 août, 10 600 le 12 août et 14 800 le 20 août, soit une augmentation de 60% par rapport à la mortalité attendue ...

La surmortalité est croissante avec l'âge : + 40% chez les sujets âgés de 55 à 74 ans, + 70% chez les sujets âgés de 75 à 94 ans et + 120% chez les sujets de 95 ans et + »<sup>(3)</sup>.

### 1.2.2 Impact départemental

« L'analyse de la relation spatio-temporelle entre la surmortalité et le degré d'élévation de la température a permis de mettre en évidence une surmortalité du 1<sup>er</sup> au 20 août significative, même dans les départements où le nombre de jours de canicule était faible. Cette surmortalité était plus élevée dans les populations des départements exposées à 2 ou 5 jours de grande chaleur (+ 52%) et plus élevée encore dans les populations des départements exposés à 6 jours ou plus de grande chaleur (+ 83%).

Les départements ont subi une surmortalité d'autant plus importante que le nombre de jours consécutifs avec des maximales supérieures à 35° a été élevé. Ainsi, chez les sujets de 75 ans et plus, plus de 1200 décès ont été observés après 9 jours d'affilée dépassant 35° »<sup>(3)</sup>.

Les températures minimales élevées ont également jouer un rôle important, du fait de l'absence de récupération nocturne

L'impact départemental de la chaleur sur la surmortalité reflète enfin les différences de culture face à la chaleur. Les départements du Sud de la France ont une architecture et un mode de vie mieux adaptés à la chaleur, ce qui a réduit l'impact de la canicule dans ces départements.

Selon les données de l'INSERM, la surmortalité correspondant à l'excès de décès observés sur les décès attendus du 1<sup>er</sup> au 20 août<sup>4</sup> est la suivante pour les différents départements visités par la mission :

<sup>4</sup> Les données INSERM correspondent au pourcentage d'augmentation de la mortalité sur la période du 1 au 20 août par rapport à la mortalité habituelle (2000, 2001, 2002) - Fichier du 25 septembre 2003

Départements	Surmortalité (France = 55%)	Observations
Bouches-du-Rhône	25%	Contrairement à la canicule de 1983, les températures minimales sont restées relativement plus fraîches. Toutefois, elles ont atteint ou dépassé 24° les 7,8 et 9 puis les 13 et 14 août.
Cher	131%	Deux pointes de décès correspondant aux deux pointes de température nocturne
Creuse	72%	Températures minimales en deçà de 20°
Eure-et-Loir	69%	Fléchissement des températures jusqu'à 37 ° entre deux pics à 40 ° ; dépassements ponctuels des 20 ° pour les températures minimales
Isère	35%	
Paris	127%	Température minimale moyenne sur 9 jours =23,4° ; Record absolu de température minimale les 11 et 12 août (valeur de 25,5° atteinte)
Val-de-Marne	INSERM = 171%	Température minimale comparable à Paris
Yvelines	INSERM = 108%	Deux pointes de décès (9-10 août, 12-13 août)

### 1.2.3 Impact selon le lieu et l'état de santé

« Les nombres de décès qui ont eu lieu à domicile et en maison de retraite ont été multipliés environ par 2 par rapport à leur valeur habituelle. Au total, 42% des décès en excès sont survenus dans des hôpitaux, 35% à domicile, 19% dans des maisons de retraite et 3% en clinique privée»<sup>(3)</sup>.

Lieu de décès	Part du nombre total de décès	Nombre de décès en excès	Surmortalité	Surmortalité des 75 ans et plus
Domicile	35 %	4 857	70%	90%
Hôpitaux	42 %	5 866	50%	60%
Cliniques privées	3 %	461	20%	30%
Maisons de retraite	19 %	2 640	100%	100%
Voies publiques	0 %	0	0%	0%
Ensemble	100 %	13 824		

Source : tableaux 4 et 5 INSERM BEH n°45-46/2003 p223

« Les augmentations de mortalité les plus importantes sont observées pour des causes de décès directement attribuables à la chaleur : déshydratation, hyperthermie, canicule. Viennent ensuite les maladies de l'appareil génito-urinaire et les maladies respiratoires... La canicule a fortement modifié la répartition habituelle de la mortalité par causes. Dans les décès en excès de 2003, les causes liées directement à la canicule représentent 28,9% du total des décès, proportion négligeable les années précédentes<sup>5</sup> »<sup>(5)</sup>.

La mission de l'IGAS estime que ces données doivent être prises avec prudence. Les médecins n'ont pas toujours dans les premiers jours de la canicule mesuré l'importance des facteurs liés à la canicule quand ils ont rempli les certificats de décès. Cette minoration probable à certains endroits a été éventuellement surcompensée par des majorations de ces causes ensuite.

Les personnes rencontrées ont, en ce qui concerne les personnes âgées, évoqué parfois un « effet moisson » ou parlé de décès précipités par la canicule et souvent

<sup>5</sup> Extraits du rapport d'étape de l'INSERM précité

estimé que le total de décès pour l'année 2003 ne serait pas supérieur au nombre habituel<sup>6</sup>. Une proportion significative des décédés, en particulier dans les établissements médico-sociaux, était en fin de vie et souffrait de pathologies multiples ; la canicule aurait entraîné une anticipation de quelques semaines ou mois des décès. Les études des organismes scientifiques devraient être à même de préciser l'importance sur la mortalité de la canicule, à condition de mener, sur plusieurs années, une analyse comparée mois par mois des décès.

L'importance de l'augmentation des décès n'a souvent pas été ressentie localement dans la mesure où les décès de personnes âgées sont un phénomène habituel, où un doublement qui se traduit souvent par deux décès supplémentaires dans un établissement d'une soixantaine de lits n'est pas significatif et est équivalent à ce qui se passe certains mois d'hiver. Concentrée sur quelques jours, elle est, toutefois, devenue évidente dans certains établissements à partir du week-end des 9 et 10 août.

---

<sup>6</sup> Avant la clôture de ce rapport, la DDASS de la Creuse a fourni les statistiques de décès suivantes : les décès en 2003 (1.836) sont supérieurs à 2002, (1.724) mais inférieurs à 2001 (1.921) ; le mois d'août 2003 avec 211 décès est comparable à janvier 2003 avec 204 décès.

## **DEUXIEME PARTIE - UNE COORDINATION GERONTOLOGIQUE ENCORE INSUFFISANTE**

La coordination gérontologique a fait des progrès sensibles dans les dernières années, mais reste en construction. Elle a faiblement joué face au phénomène de la canicule, où l'implication des services publics a été inégale.

### **2.1 Une coordination gérontologique générale qui reste en construction**

Le développement de la coordination gérontologique générale est marqué par la place croissante des conseils généraux ainsi que par une coordination infra départementale encore souvent insuffisante.

#### ***2.1.1 La place croissante des conseils généraux***

La place croissante des conseils généraux s'est traduite, tant sur le plan de leur compétence juridique qu'au niveau des moyens relatifs dont ils disposent.

La loi n 83.663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n 83.8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat a rendu obligatoire l'élaboration dans chaque département de schémas départementaux portant sur les établissements et services sociaux. Les lois n 86.17 du 6 janvier 1986 et la loi du 19 août 1986 ont précisé le contenu de ce schéma et la procédure qui associe l'Etat, prévoyant que le schéma est arrêté par le conseil général, mais que « toutefois, en tant qu'il concerne des établissements et services sociaux et médico-sociaux fournissant des prestations prises en charge concurremment, d'une part par le département, d'autre part par l'Etat, un organisme d'assurance maladie..., le schéma est arrêté conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'Etat dans le département ». Le schéma prévoit notamment la nature des besoins sociaux et les modalités de la collaboration ou de la coordination susceptibles d'être établies ou recherchées avec d'autres collectivités afin de satisfaire tout ou partie des besoins recensés.

Ces dispositions figurent actuellement, sous une forme rénovée, dans le code de l'action sociale et des familles qui comporte un livre 3 relatif à l'action sociale et médico-sociale, prévoyant l'évaluation et la prévention des risques sociaux et médico-sociaux (article L 311-1) et un schéma départemental arrêté conjointement par le président du conseil général et le préfet. Des conventions ou contrats sont prévus pour assurer la coordination des réseaux sociaux ou médico-sociaux.

Par ailleurs, la loi n 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée autonomie a précisé la fonction de coordination gérontologique : « les départements assurent la coordination de l'action gérontologique dans le cadre d'un schéma arrêté conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'Etat dans le département. Le schéma définit les territoires de coordination de l'action gérontologique de proximité et établit les modalités d'information du public et de coordination des prestations, en s'appuyant notamment sur des centres locaux d'information et de coordination » (CLIC).

Le conseil général est par ailleurs responsable de l'aide sociale aux personnes âgées et de l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes. Il a également la responsabilité du service social départemental qui « a pour mission générale d'aider les personnes en difficulté à retrouver ou à développer leur autonomie de vie » (article L 123-2). Il a un rôle conjoint avec l'Etat dans la tarification des établissements médico-sociaux pour personnes âgées, en particulier pour la conclusion des conventions dites « tripartites » et tarifie seul les établissements sociaux conventionnés avec l'aide sociale.

Les huit départements examinés par la mission ont élaboré, sous l'égide du conseil général, des schémas départementaux relatifs aux personnes âgées, soit partie d'un schéma médico-social global, soit schéma spécifique aux personnes âgées. Les plus anciens se présentent plutôt comme des schémas d'orientation des équipements. Les plus récents mettent plus l'accent sur le maintien à domicile et la coordination gériatrique. Formellement, ils ont été signés, soit généralement conjointement par le président du conseil général et le préfet, soit du seul président du conseil général (par exemple celui des Bouches-du-Rhône, daté de 1995).

L'importance des attributions du conseil général en matière de personnes âgées en fait donc un acteur majeur, ce qui se traduit dans les moyens dont il dispose pour cette fonction par rapport aux services de l'Etat. Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales de l'Etat (DDASS) disposent au plus de quelques agents dans ce domaine qui s'occupent principalement des conventions tripartites de tarification, de maltraitance et du développement des CLIC : moins de 4 agents à Paris ou dans les Bouches-du-Rhône par exemple, alors que le conseil général en emploie au moins dix fois plus, environ 95 dans les Bouches-du-Rhône, plus d'une centaine à Paris. Les services des DDASS, au moins dans les départements urbanisés, tendent à considérer qu'il ne s'agit pas d'une priorité de leur action, même s'ils ont été amenés à s'y réinvestir ces dernières années avec la réforme de la tarification des établissements et la promotion de la coordination locale.

### ***2.1.2 Une coordination infra départementale encore inégale et souvent insuffisante***

Dans la plupart des départements où s'est rendue la mission existent des coordinations gériatriques locales, mais elles ne couvrent pas nécessairement la totalité du territoire et sont souvent informelles, réunissant environ une fois par mois les partenaires locaux du maintien à domicile pour l'examen de cas individuels pour lesquels il n'y a pas de solutions simples. Souvent, c'est un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui est le moteur de cette coordination locale. Ce rôle très pratique de réseau de travail professionnel assure l'efficacité et la continuité de ces coordinations. Il ne répond toutefois pas à tous les besoins.

L'Etat a promu les centres locaux d'information et de coordination gériatrique par la loi (notamment la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale classe les CLIC dans la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux), par des circulaires, par une incitation financière et un programme expérimental concernant un certain nombre de sites. Les DDASS s'efforcent de les favoriser avec un concours plus ou moins prononcé des conseils généraux.

Le dispositif d'organisation doit reposer sur un comité de pilotage départemental de la coordination gérontologique, en charge d'un état des lieux, de l'organisation d'un maillage du département par le réseau des CLIC à échéance de 2005 et de son articulation avec le schéma gérontologique départemental et le schéma régional d'organisation des soins, la labellisation des CLIC, la régulation financière, l'évaluation et le suivi.

La labellisation se décline en trois niveaux :

- label 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles,
- label 2 : missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé en concertation avec la personne âgée ou son entourage,
- label 3 : missions de mise en œuvre, suivi et adaptation du plan d'aide personnalisé.

Par rapport à ces critères, les coordinations existantes traitent principalement des cas individuels ce qui correspond à une partie des actions supplémentaires envisagées au titre du label 3, mais ne comporte souvent pas celles des labels 1 et 2 qui conditionnent l'attribution du label 3.

Le développement des CLIC se fait plus ou moins rapidement selon les départements visités :

Bouches-du-Rhône	11 CLIC Couverture territoriale presque assurée	Niveau 1 : 7 ; niveau 2 : 2 ; niveau 3 : 2
Cher	2 CLIC, correspondant à 2 des 15 coordinations gérontologiques locales	Niveau 2
Creuse	4 CLIC	Niveau 1 : 1 ; niveau 3 : 3. Un site pilote de niveau 3 est suspendu
Eure-et-Loir	9 coordinations locales. 1 CLIC prévu pour 2004	
Isère	4 CLIC. A terme, 12 CLIC envisagés	Niveau 1 et 2
Paris	15 PPE (Points Paris Emeraude) dont 11 CLIC	Niveau 1 et 2
Val-de-Marne	3 CLIC. A terme 7 CLIC envisagés	
Yvelines	10 CLIC ou coordinations gérontologiques locales ; 3 autres devraient assurer la couverture territoriale	Niveau : 3

Il soulève une question d'optimisation nécessitant de trouver un équilibre entre une population de personnes âgées en difficulté et une équipe suffisante de coordination (impliquant, afin d'assurer une permanence suffisante, un minimum de trois personnes, une responsable, une adjointe, une secrétaire) permettant le fonctionnement d'un accueil et d'une coordination effective. L'articulation entre le CLIC et l'équipe APA, si elle trouve une solution satisfaisante dans certains départements où le conseil général accepte de déléguer une part de l'instruction (Yvelines), manque parfois d'efficacité, si elle se fait de manière totalement indépendante du CLIC (Paris) ou de clarté, si une collaboration informelle se noue (Bouches-du-Rhône).

La liaison entre les circonscriptions des CLIC et les circonscriptions de service social est satisfaisante, lorsque les conseils généraux ont pensé leur organisation territoriale en matière sociale de manière intégrée (Paris), mais ce n'est pas toujours le cas, la création de directions spécialisées au sein des conseils généraux aboutissant parfois à des



circonscriptions territoriales non harmonisées (Bouches-du-Rhône). Les CLIC qui fonctionnent bien sont ceux succédant à des coordinations locales bien implantées, de taille suffisante et s'appuyant sur une équipe suffisante et des réunions mensuelles de coordination associant des professionnels sur les solutions concrètes à trouver pour les personnes âgées dont ils ont la charge.

Dans certains cas, comme dans l'agglomération grenobloise, les communes, qui ont mis en place des coordinations gérontologiques locales s'appuyant sur leur CCAS et répondant à la plupart des critères d'un CLIC de niveau 3, sont réticentes à une intégration de leur coordination dans un CLIC plus large, réunissant plusieurs communes, les préoccupations politiques prévalant sur l'intérêt d'échanges plus intenses de pratiques collectives.

Certains conseils généraux, comme celui du Cher, restent réticents à la création de CLIC, préférant faire reposer la coordination générale, l'accueil et l'information, le plan d'aide personnalisé sur le seul conseil général, assisté d'un comité départemental de coordination gérontologique et laisser subsister des coordinations professionnelles de terrain, sans structure, pour le règlement des difficultés pratiques liées à des personnes ; ils ne sont pas convaincus de l'intérêt d'un niveau intermédiaire dans un département de dimension moyenne ou réduite.

## **2.2 Une inégale implication des services publics face à la canicule**

Les pouvoirs publics se sont réinvestis sur l'action gérontologique, dans les dernières années comme on vient de l'examiner, par la promotion d'une coordination, par l'amélioration du fonctionnement des établissements avec la réforme de la tarification, à travers les conventions de tarification tripartites, et par la mise en œuvre successive des lois relatives à la prestation spécifique dépendance, puis à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Toutefois, sauf exception, la mise en place d'un dispositif de prévention spécifique pour faire face à une canicule exceptionnelle n'avait pas été envisagée. Les dangers de la canicule de l'été 2003 ont fait l'objet d'une prise de conscience tardive. Il n'y a guère eu de coordination des établissements et services d'immédiate proximité, quant à eux fortement impliqués dans la lutte contre les effets de la canicule.

### ***2.2.1 Une absence de dispositif de prévention, sauf exception***

Les mesures de prévention spécifiques face à la canicule ont été, en dehors des établissements pour personnes âgées, réduites avant le 11 août 2003.

Le secrétariat d'Etat aux personnes âgées avait recommandé des mesures de prévention par une lettre ministérielle du 12 juillet 2002 portant recommandations sur la qualité de prise en charge des personnes âgées pendant la période d'été. Cette lettre dirigée vers les directeurs d'établissement en avait fait sourire un certain nombre, compte tenu de sa banalité technique, et était, dans son existence sinon dans les conseils préconisés, oubliée en 2003 dans les établissements où la mission s'est rendue.

Sa lettre du 27 mai 2003 sur le même thème avait généralement été diffusée par les DDASS au moins vers les établissements, mais l'accent mis sur le recensement des places disponibles aux fins d'hébergement temporaire des personnes isolées, voire « abandonnées » durant la période d'été, n'avait guère reçu d'échos, compte tenu des contraintes financières et de personnel du secteur et de la difficulté de gestion de l'hébergement temporaire.

La mutualité sociale agricole a envoyé, en début d'année 2003, 7 000 agendas aux clubs des aînés ruraux, assortis de conseil de prévention visant notamment l'hydratation et une consommation maîtrisée des médicaments. Elle a adressé des messages d'alerte à ses établissements d'accueil des personnes âgées sur les risques liés aux fortes chaleurs.

Dans les Bouches-du-Rhône, depuis la canicule de 1983, certains des acteurs se préoccupent de prévention, notamment suite aux études menées par l'équipe du professeur San Marco. Il n'existe toutefois pas de plan de prévention générale, ni de protocoles systématisés dans les établissements ou services pour personnes âgées. Une culture de la chaleur est toutefois traditionnelle et se traduit dans l'habitat et dans les habitudes de vie.

Dans ce département, le conseil général s'efforce en matière d'établissements pour personnes âgées au respect de normes de construction adaptées à l'habitat régional et au climat (taille des fenêtres, absence de verrière...). La climatisation, ou le rafraîchissement qui lui paraît préféré, reste minoritaire compte tenu de ses coûts d'investissement et de fonctionnement.

La mairie de Marseille a, dès la fin de juin 2003, développé une campagne de prévention, compte tenu de la chaleur qui s'était manifestée dès le mois de mai :

- les 20 et 21 juin, manifestation tenue sous l'égide du professeur San Marco, rappelant l'anniversaire de la canicule de 1983,
- communiqué de presse de la mairie de Marseille paru dans les quotidiens locaux à plusieurs reprises rappelant les moyens de prévention utiles,
- en liaison avec le laboratoire de santé publique de Marseille (Pr San Marco), conférence de presse le 8 juillet à la mairie de Marseille réunissant 50 personnes,
- début juillet, messages radio et édition de 5.000 brochures conseil destinées aux sites du CCAS de Marseille ainsi qu'aux « sentinelles passives » (commerçants, pharmaciens),
- à partir du 15 juillet, information de prévention sur le site internet du CRES avec incitation au signalement des personnes fragiles isolées,
- messages d'alerte et de prévention canicule relayés sur les panneaux municipaux lumineux en juillet et à nouveau à partir du 11 août, communiqué de presse indiquant le n° vert ministériel
- mise à disposition de brumisateurs à 1 €.

La DDASS des Bouches-du-Rhône, par courrier en date du 4 juillet, a contacté tous les professionnels, par le biais de l'URIOPS, des fédérations hospitalières et d'établissements ou services pour personnes âgées ainsi que par les CLIC et les SSIAD, pour leur adresser la circulaire du secrétaire d'Etat du 27 mai 2003. Elle leur a demandé

leur dispositif estival de prise en charge des personnes âgées et la remontée de toute difficulté rencontrée.

Dans la Creuse, une note de la DDASS relative à la prévention de la déshydratation chez la personne âgée, accompagnée d'un article du centre de recherche et d'information nutritionnelle de l'université du 3<sup>ème</sup> âge de Toulouse a été adressée aux directeurs d'établissement et aux responsables de SSIAD, dès le 16 juillet. Le 11 août, elle était également adressée aux associations d'aide ménagère.

Des actions diverses ont été relevées également auprès de certaines autres municipalités. Un CCAS de l'agglomération grenobloise a mis au point un fichier sur lequel les personnes âgées s'inscrivent volontairement ; 3 000 sur les 5 000 concernées se sont inscrites ; cet outil a été utilisé durant l'été 2003 pour faire face à la canicule. A Paris, comme cela se pratique chaque été, lors des premiers signes de canicule, des messages et des consignes de prévention contre la chaleur ont été diffusés : consignes dans les résidences pour personnes âgées du centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP) et à partir du 7 août par l'intermédiaire des panneaux lumineux. Le 10 août, alertée par le SAMU 75, la DDASS Etat adresse un message de prévention aux maisons de retraite ; elle était jusque là en liaison principalement avec les associations s'occupant de sans-abri ainsi qu'avec le SAMU social.

En dehors notamment de ces quelques initiatives, les risques encourus par les personnes âgées sont ignorés. Des réunions ou des cellules de crise sont en place dans de nombreux départements autour du Préfet pour faire face à la sécheresse qui touche les agriculteurs, aux risques d'incendie, aux problèmes d'eau qui mobilisent les ingénieurs sanitaires des DDASS. Mais personne n'évoque un risque pour les personnes âgées et il ne remonte pas de signalement des établissements et services pour personnes âgées que consultent cependant dans quelques départements des fonctionnaires de la DDASS ou du conseil général.

### ***2.2.2 Une prise de conscience tardive des services de l'Etat et plus encore des conseils généraux***

La prise de conscience d'une épidémie va donc être tardive et découverte largement par l'intervention des médias. Même si une permanence, qui implique le maintien d'un minimum d'effectif dans les DDASS et la plupart des conseils généraux, est bien assurée en août, beaucoup de responsables sont naturellement en congé ou se relaient. Certains des pics de chaleur, en particulier celui des 9 et 10 août, coïncident avec un week-end. C'est seulement dans la journée du 11 août que remontent les informations sur une surmortalité qui a commencé dès le 4 août, mais s'est accrue avec la persistance et généralement l'accroissement de la canicule.

La prise de conscience est d'abord le fait de ceux qui sont le plus proche du terrain. Ainsi, au niveau de Paris, dès le 11 août, les informations recueillies à partir des établissements du CASVP, conduisent la direction du CASVP, le secrétaire général et le cabinet du maire de Paris à décider de l'embauche de 35 vacataires pour renforcer les personnels dans les résidences santé (la mesure sera effective le 13 après-midi), à renforcer la surveillance dans les résidences logement en organisant le passage systématique deux fois par jour des gardiens. Le CASVP met en place un dispositif

visant à contacter téléphoniquement les personnes à domicile connues de ses services. Il est par ailleurs demandé à la direction des affaires sociales de contacter les associations d'aide à domicile.

L'alerte se généralise dans les services de l'Etat ; des réunions de crise se mettent en place dans certaines préfectures et se centrent sur le secteur sanitaire (situation des urgences et des morgues) ; les demandes de renseignement et les informations relatives à la prévention, souvent trop tardives dans leur arrivée, se multiplient ; la canicule à partir du 13 ou du 14 commence à s'atténuer.

Des demandes de statistiques en tous sens et pour des périodes différentes s'abattent ensuite sur les établissements ou les services qui, sauf exception, n'ont guère été assistés et auxquels, ni les services de l'Etat, ni les conseils généraux, ni les caisses de sécurité sociale n'ont fait connaître en temps utile qu'ils pouvaient engager des dépenses supplémentaires. Les groupes d'établissements privés, moins tenus par des carcans budgétaires, ont souvent réagi plus rapidement.

### ***2.2.3 Une absence de coordination des établissements et services d'immédiate proximité fortement impliqués dans la lutte contre les effets de la canicule***

Les instances de coordination des établissements et des services de maintien à domicile que la mission a pu rencontrer sont restées très absentes, sauf exception. Les coordinations gérontologiques structurées ne fonctionnaient souvent pas en période de congé ; quant aux CLIC existants, leurs moyens en période de congé étaient réduits.

Il n'en apparaît pas moins que, lorsqu'il existe un CLIC bien implanté et accepté, il joue un rôle important en période de difficultés pour assurer la continuité du fonctionnement des services rendus à la personne âgée et éviter que, du fait de l'absence d'une aide ménagère, d'une infirmière, d'un médecin, d'un membre de famille, elle ne se trouve isolée, particulièrement en période de congé et de canicule.

Cela a paru notamment être le cas de l'action du CLIC Géronto-Nord fonctionnant sur les quartiers Nord de Marseille. Il est financé à 72% par l'Etat, 23% par le conseil général, 5% par la CRAM. S'appuyant sur une maison de retraite, mais constitué sous la forme d'une association, avec un conseil d'administration, composée essentiellement de professionnels libéraux ainsi que d'une élue de Marseille et d'un représentant des bénévoles, il a su faire se rencontrer progressivement les divers professionnels du secteur, aussi bien sociaux que sanitaires, autour de l'étude de cas difficiles (274 personnes âgées suivies).

Labellisé CLIC de niveau 2, il dispose d'une assistante sociale coordinatrice, secondée d'une infirmière et d'un secrétariat administratif et s'appuie sur des permanences tournantes et une commission technique pour chacun des arrondissements de Marseille dont il a la charge (aujourd'hui 4 arrondissements). Il s'articule avec l'équipe APA, souvent dépassée par la spécificité de la population locale d'origine maghrébine et le service social polyvalent se décharge sur lui des problèmes des personnes âgées. Dès le printemps, il a eu à faire face à des problèmes de déshydratation de personnes âgées et a pris des dispositions pour les congés d'été ; en juillet, il a eu 40 signalements simultanés de personnes se trouvant isolées du fait du départ en vacances de leurs proches, de leurs

voisins ou des professionnels qui les suivaient. Il semble avoir su maintenir des liens et mobiliser les personnels et les bénévoles face à la canicule pour garder le contact avec les personnes âgées connues des services, mais également pour répondre aux signalements concernant des personnes âgées isolées ; ces derniers ont été moins fréquents en août. Le CLIC privilégie la fonction de communication et a l'avantage par sa proximité de connaître le terrain et de pouvoir toucher, outre les professionnels, les gardiens d'immeuble.

En revanche à Paris, les CLIC ou coordinations, dites Points Paris Emeraude, n'ont généralement pas été mobilisés sur les actions engagées à partir du 11 août par la Ville de Paris avec le concours principal du CASVP et de ses bureaux d'arrondissement.

Dans les Bouches-du-Rhône, les services du conseil général, saisis d'une plainte de déshydratation d'une personne âgée dans un établissement, ont diligenté une enquête, préconisé les mesures nécessaires (réhydratation, achat de ventilateurs, descente au rez-de-chaussée des personnes désorientées) et se sont assurés 48 heures plus tard de leur bonne mise en œuvre.

Au-delà de ces quelques exemples, aucune initiative préventive d'ampleur n'a été relevée, par la mission, de la part des administrations ou des élus des conseils généraux rencontrés.

Les établissements et services en charge directe des personnes âgées dépendantes se sont, quant à eux, précocement mobilisés pour les personnes qu'ils avaient en charge et se sont centrés sur l'accomplissement de leur surcroît de charge, sans généralement se concerter avec d'autres susceptibles de leur donner des recettes ou conseils en l'absence d'une coordination organisée. La diffusion de certains savoirs et l'échange d'expériences et de recettes s'en sont sans doute trouvés limités.

## **TROISIEME PARTIE - LES ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX POUR PERSONNES AGEES**

### **3.1 Accueillant des personnes âgées de plus en plus fragiles, les établissements médico-sociaux ont concentré une large partie de la surmortalité.**

#### ***3.1.1 l'ampleur de la surmortalité en établissements pour personnes âgées***

Très importante en termes relatifs, l'ampleur de la surmortalité ponctuelle du mois d'août peut être fortement relativisée.

##### *3.1.1.1 les données générales actuellement disponibles tendent à minorer l'ampleur du phénomène*

##### ➤ les données générales de l'INSERM

Dans son rapport d'étape du 25 septembre 2003 relatif à la surmortalité liée à la canicule d'août 2003, l'INSERM fait état sur la période du 1<sup>er</sup> au 20 août 2003 et par rapport à la moyenne des décès constatés sur la même période pour les années 2000 à 2002 :

- d'un doublement des décès en maison de retraite (+ 100 %) et d'une forte progression des décès à domicile (+ 70 %) et dans les hôpitaux (+ 50 %),
- d'un excès global de 14.802 décès répartis entre l'hôpital (42 %), le domicile (35 %) et les maisons de retraite (19 %).

Il convient de souligner que dans son travail, l'INSERM a exploité les données des certificats de décès relatives à la commune de décès et au lieu de décès, et non celles se référant à la résidence. Le lieu de décès fait référence aux sept rubriques différentes que peut remplir l'officier d'état civil de la mairie : domicile, hôpital, clinique privée, maison de retraite, voie publique, autre lieu, inconnu.

##### ➤ l'interprétation des données

Bien que délicates à interpréter, les premières données fournies par l'INSERM peuvent conduire à minorer l'ampleur de la surmortalité intervenue dans les établissements pour personnes âgées. A cet égard, il convient d'insister sur le fait que :

- les résidents de maison de retraite (ou de logements foyers) transférés puis décédés à l'hôpital sont comptabilisés parmi les décès à l'hôpital et non parmi ceux des maisons de retraite (ou ceux du domicile),
- pour autant que les contours des différentes rubriques du lieu de décès soient bien maîtrisés, la mortalité intervenue dans les établissements hébergeant des personnes âgées peut se ventiler entre les rubriques « domicile » (logements foyers), « maison de retraite » (établissements d'hébergement pour

personnes âgées dépendantes et maisons de retraite) et « hôpital » (unités de soins de longue durée, i.e. ancien long séjour hospitalier) ; en particulier, une partie des décès intervenus dans les établissements pour personnes âgées situés dans les enceintes des structures hospitalières ont pu être enregistrés sous la rubrique « hôpital » ;

- les données exprimées en termes relatifs s'appliquent à des populations de taille très différente, qu'il s'agisse des personnes à domicile, des résidents en maisons de retraite et a fortiori des patients hospitalisés ; si l'excès de décès n'est imputable « que » à hauteur de 19 % aux maisons de retraite contre 35 % au domicile, ce résultat doit s'apprécier au regard du fait que les personnes de 75 ans et plus vivent 10 fois plus à leur domicile qu'en institution.

### *3.1.1.2 L'ampleur de la surmortalité est largement relativisée par les interlocuteurs rencontrés par la mission*

Impressionnante en termes relatifs, la surmortalité est considérée comme plus modérée en termes absolus et s'est bien souvent diluée dans le quotidien des petits établissements pour personnes âgées

#### ➤ la dilution du phénomène

Au plan national, les données de l'Inserm font ainsi état d'un doublement de la mortalité en maison de retraite du 1<sup>er</sup> au 20 août, se traduisant par un excès de 2.640 décès par rapport aux années précédentes. En considérant approximativement les 6.500 maisons de retraite accueillant 431.000 résidents, cela signifie que le nombre moyen de décès par établissement sur les trois premières semaines d'août s'est établi à 0,8 au lieu des 0,4 décès constatés les années précédentes.

En d'autres termes, la mortalité du mois d'août n'apparaît pas disproportionnée dans nombre d'établissements qui connaissent habituellement mais de façon erratique de 0 à 3 décès par mois.

La surmortalité n'a été perçue sur le moment qu'exceptionnellement, soit en raison de la taille de la structure, soit en raison de la concentration des décès sur quelques jours conduisant à la saturation des petites chambres mortuaires.

#### ➤ un pic statistique à remettre en perspective sur l'année

L'ampleur relative de la surmortalité apparaît statistiquement d'autant plus importante qu'elle concerne une période très courte de l'année généralement peu mortifère, à la différence des fins d'année ou du printemps. La crise caniculaire fait d'autant plus contraste statistique que les décès de la vague de chaleur sont venus fortement majorer un nombre traditionnellement bas de décès au mois d'août.

A titre indicatif, l'un des établissements de Creuse les plus touchés par la surmortalité a enregistré 6 décès au mois d'août 2003 contre 1 et 2 décès aux mois d'août 2002 et 2001. Ce même établissement a toutefois connu 8 décès au mois de janvier 2003. Il en est de même en Eure-et-Loir, avec un établissement figurant parmi les plus touchés qui

enregistre une forte mortalité en août (8 décès contre 1 l'année précédente) mais inférieure à celle constatée en janvier 2003.

Dans cette perspective la canicule de 2003 constitue une crise d'un relief particulier mais qui s'inscrit dans la série des périodes critiques qu'affrontent régulièrement les établissements (épidémies, intempéries voire pannes matérielles). Au contraire toutefois de certaines grandes crises comme la tempête de 1999, particulièrement évidente mais aussi stressante pour les résidents, la canicule 2003 se distingue par son caractère insidieux et peu alarmant, au moins jusqu'à ce que la croissance massive des décès ne devienne perceptible dans les grandes agglomérations et certains grands établissements de province.

Au total, nombre de responsables d'établissement considèrent que les travaux d'analyse de la mortalité sur l'ensemble de l'année 2003 devraient permettre de relativiser l'ampleur de la crise caniculaire. Dans plusieurs établissements visités par la mission et fortement touchés par une surmortalité au mois d'août, les données produites à mi-novembre confortent la probabilité d'une année 2003 se situant dans le haut de la fourchette de mortalité mais comparable par exemple à l'année 2001 en termes de décès.

### ***3.1.2 une forte mortalité en lien avec l'évolution des établissements pour personnes âgées***

En décalage certain avec l'image promotionnelle des résidences pour 3<sup>ème</sup> âge, les maisons de retraite sont désormais des lieux où l'on meurt beaucoup et de plus en plus. Toutes les conséquences de cette évolution des établissements pour personnes âgées n'ont pas été encore tirées, qu'il s'agisse d'adaptation du bâti ou de médicalisation des prises en charge.

#### *3.1.2.1 Les établissements doivent assurer des prises en charge de plus en plus lourdes*

##### ➤ l'entrée de plus en plus tardive en institution et les fins de vie

Seule une minorité de personnes âgées choisit un mode de vie collectif en institution. Dans la plupart des cas, les établissements d'hébergement deviennent le lieu d'accueil des personnes âgées lorsque le maintien à domicile n'est plus possible. Compte tenu des progrès de ce maintien à domicile, l'entrée s'effectue de plus en plus tard, lorsque les déficiences physiques et sensorielles deviennent trop lourdes à prendre en charge par l'entourage familial et les services à domicile.

Tous les établissements visités par la mission ont fait état d'un important recul de l'âge moyen d'entrée dans leur établissement, qui s'établit désormais autour de 85 ans. Représentant jusqu'à 5 ans dans les dix dernières années, ce recul de l'âge d'entrée se traduit par une chute des durées moyennes de séjour qui tendent vers 4 sinon 3 ans.

Devenus lieux d'hébergement pour personnes de 85 ans et plus, les établissements sont également devenus des lieux où les personnes âgées finissent leur vie. Les transferts vers d'autres structures de prise en charge sont très minoritaires, recouvrant notamment



les cas de démence sénile (établissements psychiatriques) ou de pathologies lourdes (soins palliatifs hospitaliers)

➤ l'aggravation des problèmes de dépendance

L'entrée de plus en plus tardive des personnes âgées en maison de retraite ainsi que leur séjour jusqu'à leur fin de leur vie aggrave les problèmes de dépendance traditionnellement générés par des états de santé souvent précaires. Les données disponibles au plan national confirment l'importance de cette perte d'autonomie des personnes vivant en institution.

Selon l'enquête Handicap Incapacité Dépendance (HID)<sup>7</sup>, 223.000 personnes confinées au lit ou au fauteuil ou aidées pour la toilette ou l'habillage résident dans une institution (alors qu'elles sont toutefois plus de 400.000 à pouvoir se maintenir à leur domicile). Selon les estimations de la DGAS<sup>8</sup>, les personnes très ou assez dépendantes (GIR 1 à 4) représentent 46 % des résidents de logements foyers, 67 % des personnes hébergées en maisons de retraite et 94 % des patients en unités de soins de longue durée.

Dans ce constat général d'une dépendance croissante, l'importance des altérations psychiques présentées par les personnes âgées soulève des difficultés particulières en termes de surveillance et de prise en charge. De nombreux résidents accueillis en institution sont désormais atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée ou bien présentent des troubles psychiatriques autres que démentiels (maladies mentales chroniques plus ou moins stabilisées, lésions cérébrales, troubles dépressifs, décompensations psychiques). Ces personnes, souvent affectées par des troubles de la soif, ont des difficultés particulières pour boire suffisamment, notamment en période de fortes chaleurs.

### *3.1.2.2 l'adaptation des établissements à ces évolutions n'est pas achevée*

➤ des bâtiments peu adaptés à des populations dépendantes

Contrastant avec l'important effort d'équipement engagé dans les années 1970 et 1980 à la faveur du mouvement de transformation des hospices puis de la décentralisation de la politique d'hébergement des personnes âgées, les années 1990 se caractérisent par une croissance très ralentie de la capacité d'accueil des établissements pour personnes âgées.

De 1996 à 2001, la population des 75 ans ou plus a ainsi augmenté de 3 % par an en moyenne alors que dans le même temps le nombre de places offertes par l'ensemble des structures pour personnes âgées n'a augmenté en moyenne que de 1 % : le ratio de 166 places pour 1000 habitants de 75 ans ou plus atteint en 1996 est revenu à 153 places en 2001.

<sup>7</sup> Enquête menée par l'INSEE de 1998 à 2001 sur les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne des personnes qui vivent à leur domicile ou en institution.

<sup>8</sup> Estimations statistiques menées en 2000 à partir d'un échantillon d'établissements (échantillon ERNEST)

A cette stagnation quantitative s'ajoute une insuffisante modernisation de l'offre existante. Selon les estimations nationales, 30 % des établissements seraient à rénover partiellement et 15 % totalement.

Au cours de ses déplacements en région rurale comme en zone urbaine, la mission a pu constater que l'offre mise en place ou rénovée au milieu des années 1980, parfois à l'économie, est désormais largement inadaptée à l'accueil d'une population de plus en plus dépendante.

La configuration des locaux est souvent complexe et peu fonctionnelle, résultant des extensions successives de surfaces par adjonction d'ailes aux bâtiments existants ou construction de locaux supplémentaires distincts. Cette implantation éclatée, réalisée sans recherche des synergies possibles, avec des bâtiments reliés en enfilade entre lesquels la circulation se fait dans des conditions malaisées, rend difficile une surveillance constante, majore les temps de déplacement du personnel et réduit d'autant le temps consacré aux soins.

La structuration interne des locaux est souvent peu adaptée, avec notamment des chambres doubles trop exiguës pour la prise en charge de personnes dépendantes<sup>9</sup> (soins, appareillage, intimité), des portes trop étroites pour la circulation des fauteuils, une absence de douches individuelles au profit de salles de bain communes dans les quartiers centraux des étages. Relativement fréquents même en région rurale, les bâtiments en étage accroissent l'isolement des personnes à faible mobilité mais multiplient les déplacements du personnel. Dans un certain nombre de cas, les ascenseurs peuvent être trop exigus pour permettre le déplacement en lit des résidents grabataires ; ils peuvent de surcroît être sujets à des pannes, liées notamment à une surchauffe en période de fortes chaleurs.<sup>10</sup>

La rénovation ou la restructuration des établissements ne correspond pas seulement à la nécessité d'offrir une qualité de vie aux personnes âgées conciliant intimité et convivialité. Elle permet également au personnel de prodiguer dans de bonnes conditions les soins et aides nécessaires et de prendre en charge la dépendance du résident, dans un cadre alliant sécurité et liberté.

Dans nombre de cas, la rénovation de bâtiments inadaptés dans leur structure n'est pas envisageable et la modernisation passe par des opérations lourdes de reconstruction. Ces opérations sont d'autant plus délicates à financer que, par souci de maintenir bas les prix de journée (de 35 à 40 €/jour dans certains départements ruraux), les amortissements de ces bâtiments désormais obsolètes et vétustes ont été programmés sur 50 voire 80 ans. La reconstruction de bâtiments qui n'ont souvent pas plus d'une quinzaine d'années se traduit par une forte contraction des bilans des établissements et une dégradation profonde des résultats avec la mise en évidence de pertes exceptionnelles massives.

<sup>9</sup> Selon l'enquête HID, un tiers des résidents en maison de retraite déclarent ne pas disposer d'une chambre individuelle.

<sup>10</sup> La mission a ainsi visité un établissement qui a dû au mois d'août affecter deux de ses rares ventilateurs au refroidissement des moteurs de ses ascenseurs en surchauffe.

➤ une médicalisation en progression mais encore insuffisante

Disposant de personnels administratifs et de service, les établissements pour personnes âgées se sont pour partie médicalisés afin d'assurer la prise en charge de résidents de plus en plus âgés, atteints de pathologies importantes ou en fin de vie. Cette médicalisation des établissements se traduisait avant la réforme de la tarification par l'existence ou non de sections de cure médicale dotées de personnel soignant (médecin, infirmières, aides soignantes).

Selon l'enquête EHPA de 1996, le taux d'encadrement<sup>11</sup> était de 0,38 agent par lit dans les maisons de retraite et de 0,14 agent par place dans les logements foyers. Au sein de ce ratio global, le seul personnel soignant représentait dans les maisons de retraite 0,127 agent soignant par lit.

Depuis la réforme de la tarification, qui introduit un tarif dépendance aux côtés des tarifs hébergement et soins, la médicalisation se concrétise par la signature d'une convention tripartite entre le préfet, le président du conseil général et le responsable de l'établissement. Visant à doter l'établissement des moyens nécessaires à une prise en charge de qualité des personnes âgées, ces conventions s'étendent progressivement : en juillet 2003, environ 1.800 conventions avaient ainsi été signées sur un objectif de 8.000 conventions<sup>12</sup>.

En tenant compte des améliorations intervenues depuis 1996, avec la création de nouvelles sections de cure puis avec la signature de conventions tripartites, le taux d'encadrement en personnel soignant serait passé de 0,127 à 0,150 soignant /lit actuellement.

Pour la plus grande partie des interlocuteurs rencontrés par la mission, services de l'Etat, du conseil général et responsables d'établissement, la poursuite de la médicalisation apparaît comme une priorité dont la canicule a illustré l'urgence. Il s'agit avant tout de mettre à niveau les moyens des établissements non encore couverts par une convention tripartite. A cet égard, la mission a pu constater les fortes disparités de conventionnement entre les différents départements dans lesquels elle s'est déplacée.

Il paraît hasardeux de vouloir établir une corrélation entre niveau de conventionnement et surmortalité caniculaire. En effet, dans plusieurs régions, le département le plus conventionné est également celui qui a connu la plus forte surmortalité : ainsi en est-il de la Creuse en Limousin ou du Cher en région Centre (région dans laquelle l'Eure-et-Loir peu conventionné connaît d'ailleurs la plus faible surmortalité). De même dans plusieurs départements visités, des établissements ayant fortement bénéficié de leur conventionnement (jusqu'à + 40 % de personnel) peuvent figurer aux premiers rangs des établissements ayant connu la plus forte surmortalité en août 2003.

<sup>11</sup> Nombre d'agents par lit, tous personnels confondus, exprimé en équivalent temps plein.

<sup>12</sup> Les dépenses engagées sur la période 2001-03 au titre du plan de médicalisation 2000-05 représentent 430 M€ à comparer à une enveloppe budgétaire des soins pour personnes âgées de 2,9 Mds€ en 2001 (établissements médicalisés et services de soins à domicile)

Toutefois, il semble que dans bien des cas, la signature d'une convention tripartite a fortement contribué à atténuer les conséquences de la canicule.

Réunissant les représentants des établissements, des services de l'Etat, du conseil général et des organismes de sécurité sociale, le groupe de suivi de la réforme de la tarification des EHPAD dans le Cher a ainsi estimé en octobre 2003 « que les établissements conventionnés ont pu faire face dans de meilleures conditions (personnel, protocoles, distributions de bouteilles d'eau, ...) à la canicule de cet été ». Les conventions tripartites ont permis d'assurer une meilleure prise en charge des résidents, tant par l'optimisation des moyens existants que par le financement de nouveaux postes : à ce titre, au-delà du renforcement et du rajeunissement global du personnel notamment soignant, sont particulièrement soulignés les apports d'une part, du médecin coordonnateur en termes de ressource et de présence médicale et d'autre part, du binôme de nuit (aide-soignante et agent de service) en termes de sécurité de prise en charge.

L'importance du conventionnement peut a contrario être inférée de la situation d'établissements qui, bien que non signataires d'une convention tripartite, ont traversé la période caniculaire dans des conditions relativement privilégiées. Au-delà des établissements qui ont pu bénéficier de ratios d'encadrement transitoirement majorés grâce à la fermeture temporaire d'une partie de leurs capacités pour travaux de modernisation, il s'agit avant tout d'établissements pour personnes âgées rattachés à des structures sanitaires : en favorisant l'intrication spatiale de leurs services sanitaires et médico-sociaux, certains de ces établissements assurent de fait une certaine fongibilité des moyens de leurs deux secteurs d'activité ; en cas de crise dans le secteur médico-social peu encadré, le personnel plus conséquent du secteur sanitaire peut être mis à contribution<sup>13</sup>.

Jugée positive, la généralisation des conventions fait toutefois l'objet des deux observations suivantes.

En premier lieu, le conventionnement apparaît pour plusieurs interlocuteurs, comme une simple mais indispensable remise à niveau des moyens des établissements. Cette remise à niveau permet d'assurer la sécurité mais non la qualité dans la prise en charge des résidents.

Ainsi, dans un établissement de Creuse visité par la mission, la signature d'une convention tripartite a permis de majorer de 40 % les effectifs et de porter le ratio d'encadrement à 0,5 agent/lit. Concrètement, cet effort substantiel s'est notamment traduit par un renforcement de l'équipe du matin à 6 aides-soignantes pour 86 résidents, âgés en moyenne de 88 ans pour un GIR moyen de 631 : cette équipe peut assurer dans de bonnes conditions ses fonctions de base et notamment le nursing, mais ne dispose guère de temps pour remplir un rôle de stimulation physique et intellectuelle permettant de prévenir l'aggravation de la dépendance.

---

<sup>13</sup> Cette contribution peut être d'autant plus importante qu'un sur-encadrement a été créé à la faveur de la fermeture d'une partie des capacités sanitaires de l'établissement, notamment en soins de suite et de réadaptation.

Le renforcement de la médicalisation est d'autant plus revendiqué que, au-delà de la dépendance croissante de résidents de plus en plus âgés, il convient également d'accompagner la progression du nombre de personnes désorientées en établissement, ce qui nécessite du personnel qualifié, formé et soutenu pour prendre en charge de tels résidents. La référence parfois avancée est celle des unités de soins de longue durée (ancien long séjour) qui relèvent des hôpitaux et qui comprennent, selon les estimations de la DGAS, 94 % de personnes très ou assez dépendantes (en GIR 1 à 4) : ces unités disposent d'un ratio d'encadrement de 0,60 agent / lit.

En second lieu, plusieurs interlocuteurs se sont inquiétés du maintien de tarifs d'établissement accessibles et quelques-uns ont souligné que la médicalisation de la prise en charge des résidents d'une institution ne se confond pas nécessairement avec la médicalisation de l'institution de résidence et de son personnel.

Ainsi, la mutualité sociale agricole privilégie depuis 1987, pour ses ressortissants qui disposent de faibles retraites, le développement des maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA). Labellisées par la MSA, gérées par des associations ou des CCAS, ces maisons qui sont au nombre de 114 actuellement, constituent des unités de vie de 20 à 25 lits, insérées dans les bourgs ruraux : bâties de plain-pied, ces unités comprennent des studios (T1 bis pour une personne) ou appartements (T2 pour un couple) avec accès privatifs, articulés autour d'un espace central et peuvent disposer de quelques places d'hébergement temporaire. Agréées par le conseil général, ces structures emploient de 4 à 5 agents polyvalents d'accompagnement mais l'animation repose d'abord sur le bénévolat social et l'entraide entre résidents et les prestations des services sur le tissu commercial local.

Les résidents ont droit à l'APL et peuvent percevoir l'APA à domicile. Faisant appel aux services médicaux et sociaux extérieurs, les MARPA sont non médicalisées et pour des raisons de coût comme d'efficacité entendent le rester.

Ces structures assez atypiques et dont les caractéristiques sont mal appréhendées<sup>14</sup> font état de pression de la part de conseils généraux qui ont du mal à admettre une organisation des soins appuyée sur une structure externe habilitée à gérer des soins : ils incitent les responsables de MARPA à médicaliser leur maison pour obtenir une prise en charge des frais de personnels soignants dans leurs tarifs soins, comme les autres EHPAD.

Afin de conserver leur organisation, les MARPA sont dans l'attente du cahier des charges applicable au conventionnement des petites unités de vie afin de conclure des conventions tripartites. Ce conventionnement doit permettre de répartir les dépenses de la maison entre une section hébergement et une section dépendance (supportant une partie de la rémunération des personnels) et d'aménager la tarification des soins, les résidents bénéficiant des prestations de soins de ville comme lorsqu'ils habitaient à leur

<sup>14</sup> La Fédération nationale des MARPA a décidé en 2002 de se doter d'une base de données (opérationnelle en 2004) qui permettra de refléter la situation du réseau à travers son activité, ses modes de fonctionnement, ses budgets ainsi la santé de ses résidents et l'efficacité du système de soins partenaire ; les données partielles obtenue à la CCMSA font état : d'un âge d'entrée de 86 ans et d'une durée de séjour plus longue qu'en maison de retraite, d'un GMP assez faible mais en progression (GMP 368 sur 40 MARPA en 2000) avec un développement des fins de vie, d'un coût moyen de 1.000 € par mois pour le loyer, les charges mutualisées et les services facultatifs proposés par la MARPA

domicile antérieur ou bien la MARPA ayant la possibilité d'externaliser la gestion du budget soins vers un service de soins infirmiers à domicile en liaison avec les infirmières libérales du canton.

### **3.2 La conception des bâtiments ainsi que l'organisation interne des établissements ont pu sensiblement réduire voire supprimer les effets négatifs de la canicule**

Sans que la mission soit en mesure d'en quantifier la portée globale comme d'en pondérer l'importance respective, plusieurs éléments conduisent à mettre en évidence des structures et des organisations qui ont permis de réduire ou d'aggraver la surmortalité liée à la canicule

#### **3.2.1 La résistance des bâtiments à la chaleur et aux effets du soleil**

##### *3.2.1.1 La situation et la conception des bâtiments*

###### ➤ La situation des bâtiments

La localisation géographique a naturellement pu jouer un rôle d'atténuation ou d'aggravation des effets de la canicule, que l'établissement soit situé en sortie de bourg rural dans une région vallonnée et à proximité immédiate de forêts et de lacs ou bien qu'il soit établi au bord d'un périphérique dans une grande agglomération densément urbanisée.

Ce facteur ne doit cependant pas être surestimé. Ainsi, les régions rurales de la région Centre ont été confrontées durant la canicule à une importante pollution à l'ozone. De même, la mission a pu visiter deux établissements publics de structure, de taille et de population comparables, situés à 15 kilomètres l'un de l'autre dans une même zone rurale boisée mais figurant aux deux extrêmes de la mortalité départementale en établissement au mois d'août 2003. Et pour deux résidences privées situées dans des hôtels particuliers au sein d'un même quartier résidentiel parisien, de même taille et de population hébergée assez proche, la mortalité a pu varier de 1 à 6 décès au mois d'août.

L'organisation des bâtiments de l'établissement a pu également constituer un facteur aggravant les difficultés liées à la canicule. Le cas, fréquent, d'établissements étendus par adjonction successive d'ailes supplémentaires ou création de bâtiments disparates et mal reliés entre eux a déjà été évoqué (cf.31221) : ces configurations complexes qui multiplient les déplacements du personnel, réduisent d'autant le temps consacré aux soins et compliquent la surveillance des résidents, ont pu nuire à la qualité voire à la sécurité des prises en charge dans une période caniculaire au cours de laquelle le personnel a été très fortement sollicité.

S'il milite pour une restructuration voire une reconstruction de nombreux établissements, ce constat ne plaide pas ipso facto pour la construction de structures homogènes à plusieurs niveaux dans lesquelles la concentration est gage de

fonctionnalité. A condition qu'il soit organisé et non subi, le déploiement de structures résidentielles de plain-pied en ailes orientées différemment ou en pavillons distincts peut favoriser la préservation de zones plus fraîches, exploitables en périodes de fortes chaleurs. La structure pavillonnaire caractérisée par une dispersion des lieux de vie collective et d'hébergement individuel peut même être revendiquée.

Le vice-président chargé des affaires sociales du conseil général d'un des départements ruraux visités par la mission a pu ainsi tout bonnement expliquer que les différences de mortalité durant la canicule résultaient, à domicile, du contact physique maintenu avec la température extérieure et la rigueur du climat et, en institution, de l'affaiblissement du système interne de régulation thermique lié à une vie confinée dans un espace à température maintenue constante tout au long de l'année.

Pour abonder dans ce sens, la mission a visité un logement foyer de 68 places ouvert en 1983. Implanté en zone rurale, ce logement foyer est constitué d'une structure pavillonnaire avec des studios de 33 m<sup>2</sup> (par pavillon de 4 studios de plain-pied ou par maison de 8 studios sur 2 niveaux) et organisé autour d'un bâtiment central regroupant les services collectifs, de soins et administratifs.

Compte tenu de sa structure pavillonnaire, le logement foyer sélectionne ses admissions et présente un GMP de 552. Toutefois, l'établissement conserve ses résidents jusqu'à la fin de leur vie, sauf démence : 23 des 68 résidents ont ainsi une dépendance très lourde (GIR 1 ou 2), la durée moyenne de séjour est de 5 à 6 ans et l'âge moyen est de 86 ans (en tenant compte de personnes jeunes de 39 et 49 ans admises par dérogation). La signature de la convention tripartite s'est traduite par une progression de + 40 % des effectifs autorisés conduisant à un ratio de 0,48 agent/lit et de 0,22 soignant/lit.

La structure pavillonnaire impose plusieurs fois par jour aux résidents des déplacements à l'extérieur de leur logement pour rejoindre les espaces communs de l'établissement. Pour tenir compte de la dépendance croissante de ses résidents et pour atténuer la rigueur de leurs contacts quotidiens avec un climat parfois très rude, l'établissement projette de couvrir par des auvents les allées qui relient les studios aux espaces communs et d'acquérir des golfettes pour faciliter le déplacement des personnes très dépendantes : le contact fréquent des résidents avec la température extérieure sera toutefois maintenu.

L'établissement n'a pas enregistré de décès au mois d'août 2003 et n'a pas observé antérieurement une surmortalité estivale liée à la chaleur.

#### ➤ La conception des bâtiments

Dans la plupart des établissements qu'elle a visités, la mission a pu constater l'importance des facteurs architecturaux dans l'ampleur de la surmortalité au mois d'août 2003. Trop souvent, les bâtiments à étage mal isolés et/ou comportant de larges baies vitrées ont concentré les décès.

Au regard de la résistance aux effets de la chaleur et du soleil, le clivage entre établissements ne recoupe qu'imparfaitement la distinction entre bâtiments anciens et modernes, bâtiments de qualité et bâtiments de série industrielle.

Les constructions bourgeoises du XIX<sup>ème</sup> siècle ont globalement bien résisté à la chaleur, à l'exemple de ce nouvel établissement privé ouvert dans un bel hôtel particulier parisien qui a enregistré, parmi ses 26 résidents de 88 ans et de GMP 711, un décès à l'été 2003 contre 2 décès à l'été 2002. De telles constructions ont parfois eu des résultats moins convaincants, qu'elles n'aient pas été rénovées (couvertures en zinc, huisseries bois sans double vitrage, etc.) ou bien que, au contraire, elles aient fait l'objet d'une modernisation intempestive : ainsi, 11 des 14 décès intervenus du 8 au 15 août 2003 dans un ancien Hôtel Dieu reconverti en EHPAD de 449 lits ont eu lieu au 3<sup>ème</sup> et dernier étage d'un bâtiment agrémenté depuis peu d'une vaste verrière.

L'insuffisance ou l'inadéquation des prescriptions architecturales dans les procédures d'agrément de nouvelles capacités d'hébergement peut conduire à des constructions qui, en dépit ou à cause de leur souci de qualité architecturale, ont pu favoriser des situations dramatiques à l'été 2003.

La mission a ainsi visité un établissement de 62 lits présentant une architecture originale, œuvre d'un émule de Ricardo Boffil, prenant la forme d'un cylindre coiffé par une coupole translucide qui crée à l'intérieur des locaux un « puits de lumière » sur lequel sont ouverts les cinq étages : les chambres des résidents, comme les espaces communs (restauration, ...) donnent sur des coursives circulaires intérieures et extérieures. Si l'on peut s'interroger sur la capacité d'accoutumance des pensionnaires à la forme « en bocal » des locaux, dans un pays où l'habitat est traditionnellement cubique et rectiligne, cette architecture, centrée sur un « puits de lumière », présente le grave inconvénient de transformer les locaux en un « puits de chaleur » en période de canicule : pour 1 à 2 décès les années précédentes, l'établissement a ainsi enregistré 9 décès du 1<sup>er</sup> au 22 août 2003 dont 5 décès intervenus au 5<sup>ème</sup> étage sous la coupole.

Plus fréquemment, les développements de capacités d'hébergement intervenus ces 20 ou 30 dernières années relèvent de constructions industrialisées à plusieurs étages, sans recherche architecturale particulière (type V120 ou USN). Ces bâtiments à structure de béton, peu isolés, aux larges baies vitrées sans volets et pourvus de toits en terrasse ont, dans bien des cas visités par la mission, connu des températures très élevées, dépassant les 40°. L'importante mortalité enregistrée dans ces établissements en août s'est souvent concentrée au niveau des derniers étages des bâtiments qui ont représenté jusqu'aux ¾ des décès.

Plusieurs de ces bâtiments construits avec une isolation minimale ont fait l'objet de rénovations importantes, parfois pour le pire lorsqu'il s'est par exemple agi de greffer des « bow-windows » sur des façades plein sud, mais le plus souvent avec des gains sensibles en termes d'isolation : couverture des terrasses par une toiture pentue avec pose d'une double couche croisée d'isolant, fenêtres oscillo-battantes, pose de double vitrage et de volets roulants en remplacement des stores, etc.

Dans un établissement constitué de plusieurs pavillons résidentiels de type préfabriqué, la mission a constaté une très importante isolation intégrée dès la construction des bâtiments, il y a 20 ans : toitures pentues, double couche croisée de 10 cm de laine de verre, surfaces vitrées en double vitrage et de dimension raisonnable, volets extérieurs, isolation des parois. Cet effort d'isolation s'est imposé dès l'origine avec d'autant plus d'évidence économique que le chauffage de l'établissement était et reste électrique. Aux dires des résidents, la température intérieure n'a en conséquence pas dépassé, au plus



fort de la canicule, 32° dans le pavillon le plus exposé au sud (« *les gens croyaient qu'on avait la climatisation* »).

### 3.2.1.2 *Les mesures d'adaptation des locaux à la canicule*

Très peu d'établissements visités par la mission disposaient d'un système intégré de ventilation et a fortiori d'un système de rafraîchissement d'air. En l'absence de tels systèmes, tombés d'ailleurs parfois en panne, les établissements ont mis en œuvre différents types de mesures externes et internes pour réduire la chaleur de leurs locaux. L'ampleur de ces mesures d'adaptation a naturellement varié en fonction des caractéristiques et contraintes présentées par les bâtiments comme par la population accueillie ; elle a également varié en fonction de l'ingéniosité, de la débrouillardise voire de la simple présence d'esprit des personnels présents.

Pour protéger leurs résidents des effets du soleil et réduire la chaleur dans les locaux, les établissements ont d'abord eu recours à l'occultation diurne et à l'ouverture nocturne des fenêtres et baies vitrées. La mise en œuvre de ces mesures de base n'a pas toujours été simple :

- l'occultation s'est assez fréquemment heurtée à la présence de baies vitrées, dotées de stores diaphanes ou dépourvues de toute protection contre le soleil ; certains établissements n'ont alors pas hésité à prendre des allures de « bateau ivre », clouant des draps et couvertures sur les châssis ou mieux, agrafant des couvertures de survie qui protègent non seulement du froid mais également de la chaleur ;
- l'ouverture des fenêtres la nuit ou, plus opportunément en fin de nuit et tout début de matinée, a pu être entravée par des préoccupations de sécurité parfois amplifiées par des choix techniques ; au-delà des préoccupations de modernité architecturale passant par des parois lissées, les craintes d'intrusion de personnes étrangères ou de fugue de résidents au niveau des rez-de-chaussée ainsi que de défenestration dans les étages ont pu conduire à un verrouillage total ou partiel de nombreuses ouvertures de certains établissements<sup>15</sup> ; lorsqu'il était possible, le déverrouillage demandé par les responsables a pu prendre du temps, fonction de la disponibilité relative des services de maintenance en période estivale.

Pour compléter ces mesures d'occultation diurne et d'ouverture nocturne, des mesures d'arrosage des murs, des terrasses et des baies vitrées ont été mises en œuvre, notamment en région parisienne pour les bâtiments résistant le moins bien à la chaleur. Utilisant parfois les arroseurs automatiques de pelouses, cet arrosage a eu des effets variables, très insuffisants lorsqu'il visait des coupoles de verre, coursives vitrées et autres verrières.

L'action sur les ouvertures et parois extérieures des bâtiments s'est conjuguée avec des mesures visant à réduire ou à limiter les effets de la chaleur au sein des établissements.

<sup>15</sup> Toutefois, certains établissements très récents visités par la mission dans des quartiers difficiles répondent à leurs problèmes de sécurité par des fenêtres grillagées mais non closes au rez-de-chaussée ainsi que par un gardiennage par des maîtres chiens.

La plupart des établissements, dépourvus de système intégré de climatisation ou de ventilation, se sont d'abord tournés vers les matériels mobiles de ventilation (ventilateurs et parfois climatiseurs portables) et de rafraîchissement (brumisateurs, vaporisateurs). Le niveau d'équipement des établissements dans ce type de matériel est cependant resté très inégal.

Dans le meilleur des cas, l'établissement avait anticipé les difficultés et s'était constitué peu avant la canicule un stock de matériels qui a pu être rapidement mobilisé pour rafraîchir locaux et résidents. Dans le meilleur des cas également, les ventilateurs ont été utilisés au mieux pour éviter de dessécher les résidents par des courants d'air chaud : en complément de l'action rafraîchissante des draps mouillés posés devant les fenêtres, des toiles humides ont ainsi été tendues ou des sacs de glace placés devant les ventilateurs pour abaisser la température des locaux.

Dans la plupart des cas, l'équipement initial était minimal, se résumant à quelques ventilateurs individuels apportés par les résidents : en fonction de la réactivité des responsables comme de l'évolution des stocks disponibles sur le marché, les établissements ont pu ou non s'équiper du matériel nécessaire ; plusieurs établissements visités par la mission sont ainsi restés quasiment dépourvus de ventilateurs.

Face aux difficultés de ventilation et de rafraîchissement, la fermeture d'espaces trop chauds, tels que salons ou restaurants à larges baies, ainsi que le déplacement de résidents ont pu être mis en œuvre dans plusieurs établissements, dès lors que ceux-ci disposaient d'espaces plus frais disponibles et que leurs résidents étaient déplaçables, supportant plus de 3 heures de fauteuil par jour.

Dans les établissements adossés à des structures sanitaires de court ou moyen séjour partiellement inoccupées, les déplacements de résidents ont pu prendre la forme d'un transfert dans des locaux relevant du secteur sanitaire. Plus fréquemment, les déplacements ont eu lieu au sein des établissements, concernant pour tout ou partie de la journée les personnes les plus gravement affectées par la chaleur. Ainsi, un établissement a-t-il pu faire descendre une dizaine de résidents en hyperthermie dans une grande pièce plus fraîche au sous-sol où l'unique climatiseur mobile de l'établissement permettait de maintenir la température à 30° (contre 38° dans le reste de l'établissement). Ailleurs, les résidents ont été déplacés dans le côté nord de l'établissement et regroupés une partie de la journée dans une salle à manger bien ventilée, de façon à faciliter les prises de boissons et leur surveillance.

### ***3.2.2 L'anticipation de la direction et la mobilisation des personnels***

Sans qu'il soit possible d'en pondérer l'importance relative au regard des facteurs climatiques, médicaux et architecturaux, les modalités de gestion interne des établissements ont constitué, pour les rapporteurs, un élément majeur d'aggravation ou d'atténuation des conséquences de la canicule auprès des résidents. Cette gestion interne a pu jouer un rôle déterminant dans les quelques cas examinés par la mission, d'établissements de structure, taille et population comparables, situés dans une même zone géographique.

### 3.2.2.1 *Les capacités d'anticipation de la direction*

Dans leur grande majorité, les responsables d'établissements rencontrés par la mission sont encore éloignés d'une culture du risque et de l'anticipation. A quelques exceptions près, les établissements n'étaient donc guère préparés à affronter une canicule aussi forte et prolongée que celle survenue en 2003.

#### ➤ les mesures de prévention

Plusieurs des établissements visités par la mission s'engagent certes dans l'élaboration progressive de protocoles permettant de formaliser et de préciser les mesures à prendre pour répondre à différentes situations difficiles ou critiques auxquelles sont ou peuvent être confrontés les personnels. Prenant parfois la forme très simple d'un classeur des urgences prévoyant quelques mesures simples et précisant les coordonnées des personnes et services à prévenir en cas de difficultés, cette formalisation des mesures d'interventions couvre différents cas de figure tels que l'incendie mais aussi la gestion des hospitalisations, l'accompagnement des décès, la prévention des intrusions de personnes extérieures, etc. mais non les risques climatiques (fortes chaleurs comme grands froids)

De fait, la mission n'a rencontré qu'un seul responsable d'établissement en mesure de lui produire un plan formalisé de prévention et d'action en cas de fortes chaleurs. Cet établissement qui accueille des résidents désorientés (GMP 810) n'a connu aucun décès du 15 juin au 15 septembre 2003. Le plan d'intervention joint en annexe comprend à la fois la révision des plannings des personnels, la constitution de stocks de matériels de ventilation et d'hydratation, l'adaptation des prises en charge et du suivi des résidents (boissons, hydratation, pesée, température, salage des repas, assistance des médecins) et des mesures de protection contre la chaleur (occultation diurne et ouverture nocturne, arrosage du bâtiment, regroupement des résidents, etc.)

Dans la quasi-totalité des cas, le personnel a reçu, parfois dès le début de l'été, des consignes habituelles d'hydratation, notamment lors des réunions de transmission et des points hebdomadaires. La formalisation de ces consignes a été très variable, prenant parfois la forme d'un protocole traditionnel d'hydratation et se résumant le plus souvent à une note de service largement centrée sur le renforcement des tours de boissons et la fermeture des volets ou stores le jour.

S'agissant de la permanence des équipes durant l'été, plusieurs établissements se sont dotés, parfois de façon très récente, de règles spécifiques de congé permettant d'étaler des départs jusqu'alors fortement concentrés sur août et d'obtenir ainsi une présence minimale du personnel permanent (IDE/AS/ASH), généralement des 2/3. Dans d'autres cas, les règles générales de congé ont permis de garantir une présence importante du personnel permanent<sup>16</sup> et de limiter ainsi l'ampleur du personnel de remplacement, moins expérimenté sinon moins qualifié et en tout cas, toujours difficile à recruter.

<sup>16</sup> Ces règles de congé (par exemple : 5 jours avant avril, 15 jours de juin à septembre, 5 jours en hiver, 1 jour RTT par planning de 4 semaines sauf pour les plannings de juillet et août) peuvent être couplées avec des consignes permanentes garantissant l'effectif hebdomadaire nécessaire à travers une gradation de mesures : redéploiement interne, annulation des départs en formation, heures complémentaires des agents à temps partiel, rappel des agents en RTT, en repos hebdomadaire et enfin, en congés annuels.

➤ l'anticipation des difficultés

Ce n'est bien souvent qu'à mesure de l'installation et de la persistance des fortes chaleurs que les consignes classiques pour la période estivale ont été progressivement renforcées et élargies, parfois tardivement ou insuffisamment : renforcement des tours de boissons avec parfois passage la nuit, modification des menus, ouverture nocturne, allègement de l'habillement, incitation à la prise de douche, réorganisation du travail vers l'accompagnement prioritaire des résidents, mouillage de la peau, déplacement et regroupement des résidents, pose de perfusions, « humidification maximale », etc.

L'anticipation de la canicule a été très rare dans les établissements pour personnes âgées, comme d'ailleurs dans le reste du pays. La mission a toutefois visité un établissement dont le directeur a consulté Météo France le 6 août 2003. Cette maison de retraite n'a connu aucun décès en juillet et en août 2003 parmi ses résidents (GMP 636). Au vu des prévisions de prolongation et d'aggravation des fortes chaleurs, l'établissement a engagé au plus tôt les différentes mesures suivantes :

- renforcement du protocole d'hydratation avec 9 passages de boissons obligatoires, modification des menus et salage des repas des personnes à risques,
- occultation des fenêtres, ouverture nocturne et surtout, commande les 6,7 et 12 août 2003 de 31 ventilateurs qui pourront être livrés avant l'épuisement des stocks,
- commande et mise à disposition de brumisateurs, incitation à des douches plus fréquentes,
- autorisation donnée aux infirmières de perfuser en anticipation d'une prescription médicale.

➤ La mobilisation des ressources de l'environnement

Les établissements pour personnes âgées visités par la mission se caractérisent encore dans leur majorité par leur isolement et la faiblesse des liens avec l'environnement sanitaire et social en charge des personnes âgées.

Cette situation est certes en train d'évoluer à la faveur des conventions tripartites qui engagent les établissements à s'insérer dans les réseaux gérontologiques locaux. Toutefois, peu d'établissements sont à ce jour parvenus à tisser des liens étroits avec leur environnement : conventions hospitalières pour la prise en charge des résidents en court et moyen séjour, pour la réalisation périodique d'évaluations gériatriques ou géronto-psychiatriques et pour l'accueil de personnes âgées sortant de soins de suite et de réadaptation ; partenariat avec les équipes d'appui en soins palliatifs pour les traitements anti-douleur et l'accompagnement des fins de vie ; participation aux coordinations gérontologiques locales voire même animation de ces coordinations pour une harmonisation des pratiques entre les médecins coordonnateurs d'EHPAD et pour le recours aux médecins gériatres ; etc.

Cette bonne insertion constitue pourtant pour les responsables d'établissement un atout non négligeable en période de crise dès lors qu'il s'agit d'être informé rapidement de l'évolution de la situation locale pour identifier les risques et exploiter les opportunités, d'être conseillé et d'échanger sur de bonnes pratiques, d'organiser et de recevoir dans les meilleures conditions le concours du secteur sanitaire dans la prise en charge des résidents menacés. Une des retombées positives de la canicule estivale de 2003 sera peut-être d'inciter davantage certains établissements fortement touchés, qui se sont débrouillés de leur mieux et qui ont longtemps cru pouvoir s'en sortir seul, à prendre conscience de leurs limites en cas de crise pour s'ouvrir sur leur environnement et s'insérer dans les réseaux de coordination et de coopération gérontologique.

S'agissant de l'environnement familial, la plupart des établissements visités ont fait état d'un niveau de présence et de participation des familles habituel, c'est-à-dire souvent faible. Cette implication modeste peut avant tout s'expliquer par les départs en congé de ces familles, par leur prise de conscience tardive de l'existence et de l'ampleur de la crise caniculaire, par la situation de ces familles composées d'enfants eux-mêmes souvent âgés, éprouvés par la canicule et confrontés aux difficultés de déplacement notamment en milieu rural. Il n'en demeure pas moins que des établissements qui se sont attachés à préserver les liens familiaux de leurs résidents par une politique de sensibilisation des familles, d'amélioration du cadre et des conditions de visites, d'association à certains moments ou activités des résidents (prise des repas, sorties organisées) ont pu bénéficier d'une aide non négligeable des familles pour relayer des personnels très sollicités, en surveillant et en faisant boire leurs parents voire d'autres résidents.

Si l'aide des familles est restée modeste, les propositions de concours de bénévoles n'ont pas eu de suite dans les établissements visités par la mission. La délégation de la Croix-Rouge d'Eure-et-Loir, dont le numéro d'appel avait été communiqué aux établissements par la DDASS le 12 août, n'a ainsi reçu que deux appels et ceux-ci n'ont pas eu de prolongements concrets. Si le caractère trop tardif de ces propositions d'aide bénévole a pu être avancé, la difficile appréhension du contenu et des modalités concrètes de ces concours, non définies au préalable, a pu également constituer un obstacle majeur dans des institutions assez closes et un peu démunies pour gérer l'irruption très inhabituelle de collaborateurs bénévoles et aides extérieurs. Enfin, la réticence à l'égard d'une collaboration avec des personnes non qualifiées a pu jouer : « faire boire une personne âgée désorientée est un geste qui s'apprend », a-t-on affirmé dans certains établissements pour expliquer ce non-recours aux bénévoles.

### *3.2.2.2 La mobilisation des personnels*

La quasi-totalité des responsables d'établissements rencontrés par la mission ont fait état d'une mobilisation forte et souvent remarquable de leurs personnels pour faire face à la situation et assurer la surcharge de travail générée par la canicule. Il n'en demeure pas moins que la situation des établissements visités par la mission est apparue très diverse en termes de gestion et de motivation des personnels. Reflétée partiellement dans les bilans sociaux et rapports d'activité au travers de l'évolution de l'absentéisme, de l'ancienneté des agents dans leur poste et de l'importance des départs en formation, cette diversité conduit à nuancer quelque peu ce discours unanime pour considérer que

cette mobilisation générale des personnels a été d'une productivité et d'une efficacité variables selon les établissements.

➤ La modernisation des méthodes de travail

Plusieurs établissements visités par la mission disposent de personnels âgés, enracinés dans leur poste et habitués à travailler de la même façon depuis 15 ou 20 ans. Perpétuant ses anciennes habitudes de travail, ce personnel a des difficultés, sinon des réticences certaines, à travailler autrement pour s'inscrire dans un processus de formalisation et de réorganisation du travail, de formation et de valorisation des compétences, de projet et d'optimisation des moyens. Dans certains établissements, quelques individualités peuvent peser, refusant toute modification et extension de leurs tâches, considérant tout temps travaillé comme dû et excluant toute offre spontanée d'effort supplémentaire.

En revanche, d'autres établissements sont parvenus à réduire sensiblement ces rigidités internes, notamment à la faveur de la signature des conventions tripartites. Ces conventions ont d'abord permis, dans une perspective de renforcement mais aussi d'optimisation de moyens, de progresser sur l'organisation du travail, la répartition des tâches et la rédaction de fiches de postes. Surtout, ces conventions se sont traduites par un apport de personnel plus jeune et plus ouvert à de nouvelles méthodes de travail, à des démarches de projet et de valorisation des compétences : les directions ont pu alors s'appuyer sur ce nouveau personnel pour faire évoluer les personnels anciennement en poste et rompre avec une gestion au fil de l'eau de l'établissement, sans formalisme particulier ni objectifs explicites.

Cette dernière configuration est la plus favorable en période de crise, lorsqu'il s'agit de réorganiser le travail pour concentrer les moyens sur les urgences et les priorités retenues collectivement par l'établissement.

➤ La présence de la direction

Il est bien évident que les directeurs d'établissement pour personnes âgées ont droit à leurs congés et qu'un intérim de direction bien organisé permet à un établissement de fonctionner de façon satisfaisante en période normale. Il n'en demeure pas moins qu'en période exceptionnelle comme le fut celle de la canicule, la présence dans l'établissement du directeur, appuyé par le médecin coordonnateur ou le cadre de santé a favorisé la mobilisation des équipes avec une plus grande réactivité et une meilleure adéquation des réponses à l'évolution de la crise.

Un intérimaire de direction, bien souvent cadre de santé ou secrétaire administratif, aussi dévoué et compétent soit-il, n'a pas la légitimité ni l'autorité nécessaires pour gérer autre chose que des procédures ordinaires. Or c'est précisément de cette gestion ordinaire dont il convient de s'affranchir en période de crise pour faire passer les réorganisations nécessaires, qu'il s'agisse de redéploiement des tâches, de modification des horaires de travail ou d'aménagement des règles de sécurité.

Si plusieurs des directeurs d'établissement rencontrés par la mission étaient présents parce qu'ils ont choisi de ne prendre leurs congés qu'en intersaison, quelques directeurs partis en congé sont revenus dans leur établissement pour faire face à la canicule.

➤ La réalisation d'un effort exceptionnel

La canicule s'est traduite objectivement par une surcharge importante de travail, qu'il s'agisse du renforcement général de la prise en charge de l'ensemble des résidents (tournées de boissons, humidification et surveillance diurne et nocturne des résidents, aération, ventilation et rafraîchissement des locaux) comme de l'accompagnement et du suivi particulier des résidents les plus fragiles ou menacés (humidification, pose de perfusions, déplacement temporaire voire hospitalisation) ou de la gestion d'un nombre important de décès.

A quelques exceptions près liées à des difficultés de recrutement de remplaçants, les établissements n'ont pas souffert durant la période estivale d'un déficit quantitatif de personnels, au regard des moyens dont ils disposent durant l'année pour assurer leur niveau normal d'activité.

Au plan qualitatif, les choses ont pu être différentes, en fonction de l'existence ou non de règles de congé dans l'établissement garantissant une présence importante du personnel titulaire durant l'été : l'insuffisance de ces règles a pu conduire à un volume important de remplacement, avec des personnels pas toujours formés à la prise en charge des personnes âgées, ne connaissant pas forcément les gestes à accomplir, souvent plus fragiles que le personnel permanent en période difficile et nécessitant, dans tous les cas, un travail accru d'encadrement et de contrôle par les personnels permanents restés en poste dans l'établissement.

Afin de réunir les moyens supplémentaires nécessaires pour faire face à la surcharge de travail générée par la canicule, les établissements visités se sont d'abord efforcés d'augmenter leur force de travail :

- les embauches de personnels supplémentaires sont restées assez limitées concernant essentiellement le secteur privé mais aussi quelques grandes structures publiques dans lesquelles les mensualités de remplacement de l'année ont été largement consommées en août ; en l'absence de toute information des services de l'Etat et des conseils généraux sur l'éventuelle prise en charge des surcoûts correspondants, les petits et moyens établissements publics n'ont pas recruté de personnel temporaire supplémentaire pour tenir dans leur carcan budgétaire ;
- l'augmentation des temps de travail des personnels en place a été générale, qu'il s'agisse de suppression des temps de pause et d'habillage, d'heures complémentaires pour le personnel à temps partiel ou d'heures supplémentaires pour le personnel à temps plein ; sauf dans le secteur privé et dans quelques grands établissements publics, cette majoration de travail a rarement été compensée financièrement et n'a donc guère pu faire ensuite l'objet d'une demande de complément budgétaire au titre des crédits canicule débloqués à l'automne par l'Etat sur financement assurance maladie ;
- le rappel de personnel en repos ou en congé a été exceptionnel, limité à quelques établissements privés qui ont organisé des compensations financières sous forme de prime ; en revanche, des suppressions de jours de récupération voire des reports de congés ont permis de dégager des moyens

complémentaires ; dans beaucoup des établissements visités, le mois d'août s'est caractérisé par une absence remarquable de tout arrêt de travail parmi le personnel et seul un établissement de la région parisienne a dû procéder à la réquisition d'une douzaine d'agents soignants en repos ou en arrêt.

Au-delà de l'augmentation de leur force de travail, plusieurs des établissements visités se sont également attachés à optimiser les moyens disponibles, en modifiant l'organisation de leur travail :

- bien que d'ampleur variable, le redéploiement des tâches a été assez fréquent conduisant à concentrer les personnels sur l'accompagnement et le suivi des résidents au détriment des tâches de ménage et d'entretien des locaux ; ce redéploiement a pu être officiellement soutenu par les autorités de tutelle, comme dans le Cher à partir du 12 août,
- plus rare, la réorganisation des équipes a pu être précieuse prenant la forme d'un décalage des horaires pour faire face à la modification des plannings et parfois pour renforcer la présence de nuit ; cette réorganisation a pu également conduire à modifier horaires et contenu des tâches de certains personnels permanents afin d'éviter de placer trop de remplaçants sur les postes les plus difficiles et exposés ;
- ces réorganisations temporaires ont pu être engagées dans des établissements où un travail préalable de management avait permis de réduire les rigidités internes d'organisation ; elles ont été d'autant plus efficaces qu'elles se sont accompagnées d'un soutien concret des directions à leur personnel fortement sollicité : au-delà de la reconnaissance financière d'un travail exceptionnel, des directions se sont attachées par une écoute constante des besoins, à atténuer l'aggravation des conditions de travail de leur personnel (accès sans réserve aux boissons fraîches proposées au sein de l'établissement, allègement des tenues vestimentaires de travail, priorité aux résultats et soutien aux initiatives pour organiser au mieux les efforts, etc.)

En conclusion de ces développements, la mission souhaite insister sur le fait que la qualité de l'organisation interne des établissements pour personnes âgées ne peut se déduire de façon univoque de leurs résultats en matière de surmortalité au mois d'août 2003.

Si le défaut d'anticipation et de réactivité des responsables ainsi que la rigidité des modes de vie et d'organisation du travail dans les établissements ont constitué un facteur aggravant des effets dramatiques de la canicule, il convient de souligner que le sens des responsabilités de chacun ainsi que les capacités collectives d'anticipation des difficultés, de souplesse et de polyvalence dans les réponses apportées ne se sont pas toujours traduits par une faible surmortalité dans l'établissement en août.

### ***3.2.3 L'adaptation des traitements médicamenteux des résidents***

Dans le cadre d'une enquête à dimension avant tout sociale et médico-sociale, la mission n'avait ni la vocation ni les moyens d'examiner de façon approfondie les pratiques médicales suivies dans les établissements pour personnes âgées au cours de la canicule. Ce sujet n'en a pas moins été fréquemment abordé au cours des entretiens



menés par les rapporteurs, émergeant progressivement comme une problématique majeure.

Allant parfois jusqu'à évoquer un problème général de compétence en gériatrie, plusieurs des interlocuteurs rencontrés par la mission ont ainsi fait état du manque de réactivité de nombreux médecins face à un phénomène caniculaire très inhabituel. Illustrée par des erreurs initiales de diagnostic ou des difficultés à renseigner correctement la cause des décès, cette situation s'est surtout traduite par de trop rares ou trop tardives révisions ou allègements de prescriptions des médicaments aggravant les problèmes d'hydratation (diurétiques et psychotropes).

Quelques-uns des établissements visités par la mission disposaient d'un protocole de lutte contre l'hyperthermie. A titre d'exemple, un établissement de la région parisienne avait mis en place le 28 juillet puis renforcé le 12 août 2003, un tel protocole prescrivant en cas de température supérieure à 38°, l'arrêt des diurétiques, l'administration d'antipyrétiques, des mesures d'hydratation orale et de refroidissement (douche, brumisateur, serviette mouillée, vessie de glace) et la pose de perfusion.

Des investigations approfondies seraient nécessaires pour confirmer ou relativiser cette insuffisante préparation de nombreux médecins face à la canicule. A ce stade, les rapporteurs ne peuvent que reprendre les conclusions d'une mission IGAS menée sur le système de garde des médecins libéraux durant la canicule :

« La plupart des médecins rencontrés par la mission ont déclaré ne pas avoir mesuré l'ampleur de la catastrophe sanitaire en cours. Pour beaucoup, la prise de conscience est venue de signaux extérieurs à leur propre pratique professionnelle, le plus souvent des médias [...]. Aucun message d'alerte n'a été adressé aux médecins généralistes sur le caractère exceptionnel des pathologies d'hyperthermie observées durant cette période. Les médecins hospitaliers, qui ont établi progressivement ce diagnostic face à l'afflux de malades présentant des symptômes comparables, ont élaboré des protocoles de prises en charge. Il n'y a toutefois aucun circuit organisé de communication entre médecins hospitaliers et médecins libéraux et l'expérience acquise par les uns n'a pu être systématiquement transmises aux autres, même si des collaborations locales se sont parfois mises en place. Si certains médecins libéraux ont malgré tout pris en charge de façon relativement précoce cette pathologie, notamment à travers les consignes transmises dans les maisons de retraite lorsqu'ils y interviennent, aucune action systématique ou collective n'a été entreprise, notamment sur le diagnostic même d'hyperthermie ou sur la révision des prescriptions neuroleptiques en cas de fièvre ».

## QUATRIEME PARTIE - LE MAINTIEN A DOMICILE

90% des personnes âgées de plus de 75 ans et 64% des plus de 90 ans vivent à leur domicile. En outre, deux personnes âgées dépendantes sur trois vivent également à leur domicile<sup>17</sup>. Le rappel de ces quelques chiffres suffit à mettre en évidence l'importance des actions qui concourent au maintien à domicile des personnes âgées.

### 4.1 Dans les départements visités, le dispositif de maintien à domicile est inégal

L'examen de ce dispositif appelle une première remarque générale : l'existence d'un nombre encore important de petits services rend souhaitable une restructuration du paysage des services intervenant au domicile des personnes âgées par des regroupements permettant un meilleur service (services polyvalents) et des économies d'échelle (gestion, secrétariat).

Deux mesures réglementaires sont susceptibles d'y contribuer : d'une part, un décret en préparation, qui fournira un support juridique aux structures de service polyvalentes (soins et aides à domicile), d'autre part, le décret budgétaire et comptable du 22 octobre 2003, qui, en donnant aux conseils généraux un pouvoir d'agrément et de tarification des services qu'ils financent à travers l'APA ou l'aide sociale, favorisera probablement le regroupement de ces services. En contrepartie d'une meilleure prise en compte des coûts réels, les départements seront sans doute conduits à exiger une optimisation de la gestion.

La « démarche qualité » de la branche retraite, entreprise depuis 1999 pour l'aide ménagère à domicile, prônait déjà elle-même le regroupement des services à travers l'appartenance à des fédérations d'associations afin d'assurer une gestion plus rationnelle<sup>18</sup>. Encore faut-il toutefois que ces regroupements conduisent bien à assurer une polyvalence de service coordonnée autour de chaque personne âgée, alors que la mission a pu constater dans plusieurs départements des processus de cloisonnement au sein d'une même association.

#### 4.1.1 Les SSIAD

##### 4.1.1.1 La capacité des SSIAD est insuffisante au regard de besoins croissants

Les SSIAD, services de soins infirmiers à domicile, ont une fonction qui correspond mal à leur appellation puisqu'ils effectuent essentiellement des tâches de nursing. Leur personnel, sous la direction d'une infirmière coordinatrice, se compose essentiellement

<sup>17</sup> Enquête HID précitée

<sup>18</sup> Circulaire du directeur de la caisse nationale d'assurance vieillesse du 4 juin 1999.

d'aides soignantes. L'infirmière coordinatrice, la plupart du temps absorbée par des tâches administratives, n'effectue plus d'actes techniques.

La capacité d'intervention des SSIAD est globalement saturée, pour plusieurs raisons qui s'additionnent :

- augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes,
- diminution du nombre d'infirmières libérales,
- recentrage des infirmières sur leurs fonctions propres dans le cadre de la « démarche de soins infirmiers » (DSI), d'où un report de la demande de nursing à domicile sur les SSIAD.

Il en résulte que la plupart des services ont des listes d'attente, parfois très importantes, et demandent une extension de leur capacité de prise en charge. A ce propos, on ne peut manquer de souligner l'écart existant entre le nombre de places en SSIAD (16,67 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en moyenne nationale) et le nombre de lits en établissement<sup>19</sup> (134,33 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus). En effet, la proportion de personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile et relevant donc de la compétence des SSIAD est des deux tiers, et la mission a souvent constaté que le degré moyen de dépendance des personnes prises en charge par les SSIAD était comparable à celui des personnes vivant en établissement (cf infra au 4.1.1.2).

Par ailleurs, le ratio de places en SSIAD pour 1000 habitant de 75 ans et plus est très variable d'un département à l'autre :

département	ratio de places en SSIAD	département	ratio de places en SSIAD
Creuse	26,31	Paris	15,03
Cher	19,94	Val-de-Marne	14,98
Isère	18,29	Bouches-du-Rhône	14,53
Yvelines	15,47	Eure-et-Loir	12,97

Source : DGAS – chiffres au 31 décembre 2002

De plus, à l'intérieur de chaque département, certaines zones sont mal couvertes, voire totalement dépourvues. Or, là où n'existent pas de SSIAD, les infirmières libérales, rémunérées à l'acte, hésitent, selon certains interlocuteurs rencontrés par la mission, à prendre en charge des personnes âgées dépendantes, dont les temps de soins sont importants et relèvent plutôt du nursing (cf supra).

Outre le problème des capacités de prise en charge, la plupart des SSIAD éprouvent des difficultés à recruter du personnel qualifié (infirmières et aides soignantes). Selon les services rencontrés, les raisons en sont notamment :

- la concurrence des centres hospitaliers et des EHPAD,
- pour les services gérés par les CCAS, le problème posé par l'absence d'un statut adapté dans la fonction publique territoriale.

Est également évoqué parfois le coût de la formation initiale. Cet argument ne vaut pas pour la formation des infirmières, pour laquelle le principe de gratuité est acquis ; en revanche, il est vrai que la formation des aides soignantes emporte des frais

<sup>19</sup> Maisons de retraite, logements foyers, hébergement temporaire

d'inscription fréquemment élevés, sauf dans les établissements qui relèvent de l'Education nationale<sup>20</sup>. Il y a donc là un frein réel à l'entrée dans cette formation.

Il est également parfois difficile pour les SSIAD, en raison de la diminution du nombre de celles-ci, de passer convention avec des infirmières libérales.

Il en résulte qu'en certains endroits des places sont autorisées et financées mais non pourvues, faute de personnel.

Par ailleurs, il existe peu de structures de soins alternatives à l'hospitalisation. L'hospitalisation à domicile (HAD), en particulier, reste peu développée : environ 4.000 places au niveau national, dont 2258 en Ile-de-France, 30 dans la région Centre, 47 dans la région Limousin<sup>21</sup>.

#### *4.1.1.2 La population prise en charge est de plus en plus dépendante*

Les personnes prises en charge sont de plus en plus âgées et de plus en plus dépendantes avec parfois jusqu'aux  $\frac{3}{4}$  de leurs patients en GIR 1 et 2, comme dans plusieurs SSIAD ruraux rencontrés par la mission.

Mais il y a parmi les patients des SSIAD relativement peu de personnes désorientées : selon les services rencontrés, la détérioration intellectuelle, conjuguée au coût de la garde à domicile, provoque souvent l'entrée en institution (cependant, on estime que 60% des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivent à domicile avec l'aide de leur famille, même à un stade évolué de la maladie).

#### *4.1.1.3 Les relations avec les autres acteurs appellent une meilleure coordination*

La mission a observé que les SSIAD étaient souvent les initiateurs et les pivots des coordinations gérontologiques informelles existant au niveau local, mais leurs relations avec les autres acteurs sont inégales.

Les SSIAD entretiennent des relations régulières avec les médecins de ville, à l'occasion des prorogations périodiques de prise en charge sollicitées auprès des CPAM et en fonction de l'état de santé des personnes prises en charge.

La coordination des SSIAD avec les services d'aide à domicile se fait le plus souvent de façon spontanée, au chevet des patients, mais elle mériterait souvent d'être mieux organisée et formalisée.

La coordination avec les hôpitaux est encore difficile, notamment pour les sorties d'hospitalisation : les SSIAD se plaignent souvent d'être insuffisamment ou tardivement informés de l'état des patients et de la date de leur sortie.

<sup>20</sup> Il existe actuellement deux filières de formation des aides soignantes : la filière «santé », composée principalement de centres de formation annexés à des établissements publics de santé et d'établissements privés, et la filière « éducation nationale », plus récente et encore peu importante.

<sup>21</sup> DREES ( STATISS 2003 – chiffres au 1<sup>er</sup> janvier 2002)

#### **4.1.2 Les autres services d'aide au maintien à domicile**

##### *4.1.2.1 L'aide à domicile*

Ces services relèvent de grands réseaux nationaux (UNASSAD, ADMR), de grandes associations locales (AGARDOM dans la Creuse <sup>22</sup>, ADPA dans l'Isère, ...), de CCAS ou de petites associations. Très peu de services appartiennent au secteur marchand.

L'équilibre entre l'offre et la demande semble mieux assuré que pour les SSIAD, mais la création de l'APA a provoqué une « explosion » de la demande d'aide à domicile.

En outre, des fédérations de services d'aide à domicile telles que l'UNASSAD déplorent une « insuffisance notoire » d'heures financées par rapport aux besoins, notamment dans le cadre de l'enveloppe « fermée » allouée par la CNAV. La critique de l'UNASSAD vis-à-vis du financement assuré par l'APA porte plutôt sur la possibilité de faire appel à des aidants dont l'intervention est moins coûteuse que celle des professionnels de l'aide à domicile mais qui n'offrent pas une qualification suffisante, notamment lorsqu'il s'agit de faire face à des situations de crise.

Les services d'aide à domicile se heurtent aussi à un problème de recrutement de personnel qualifié, du fait de la concurrence des établissements et de la pénurie de main-d'œuvre disponible dans leurs métiers, plus en milieu urbain qu'en milieu rural.

D'où la nécessité de développer les formations en cours d'emploi ainsi que la valorisation des acquis de l'expérience (VAE).

Le personnel des services est essentiellement féminin, mais certaines associations souhaiteraient recruter plus de personnel masculin, notamment pour les gardes de nuit, l'aide aux personnes âgées invalides,....

L'accord de branche du 29 mars 2002 est salué comme un pas vers la valorisation de la profession et un effort pour la rendre plus attractive. Toutefois, cet accord, par son incidence salariale principalement, entraîne un surcoût de l'ordre de +24% sur 4 ans. Or, l'augmentation du coût horaire de la prestation est susceptible de se traduire par une diminution du nombre d'heures d'intervention, notamment dans le cadre des plans d'aide financés par l'APA. La CNAV, pour sa part, a revalorisé le montant de la participation horaire de la branche retraite, puis décidé d'affecter une contribution exceptionnelle au financement de l'accord de branche, dans le cadre de la « démarche qualité » et sous condition de qualification du personnel intervenant à domicile.

Enfin, il est à noter que le cahier des charges de la « démarche qualité » de la branche retraite, précitée, invite fermement les services d'aide à domicile à s'intégrer au sein d'une coordination ou d'un réseau gériatrique.

---

<sup>22</sup> L'AGARDOM a pris l'initiative de créer une coordination départementale qui regroupe les 6 associations d'aide à domicile.

#### 4.1.2.2 *Les autres services*

Ils sont généralement mis en place à l'initiative des CCAS.

- Portage de repas à domicile : ce type de service fait l'objet d'une demande croissante.
- Foyers restaurants : ils permettent d'abord d'assurer un bon équilibre nutritionnel, mais aussi de dispenser des informations (par exemple, pendant la canicule, sur la nécessité de s'hydrater, ...).
- Télé assistance : elle est en développement. Elle permet de relier des personnes âgées isolées ; selon les interlocuteurs rencontrés, il s'agit souvent d'une première démarche conduisant ensuite au recours à des services intervenant à domicile.
- Services d'accompagnement (pour les sorties, les courses, les démarches à effectuer,...) : ces services prennent des formes diverses et sont rendus par des personnels de qualification adaptée tels qu'assistantes à la solidarité, conseillères en économie sociale et familiale,...
- Il existe encore peu de structures intermédiaires d'hébergement temporaire (quelques places dans des maisons de retraite) et d'accueil de jour : au niveau national, 8590 lits d'hébergement temporaire et 302 places d'accueil de jour en 2002<sup>23</sup>. Dans les départements visités, la mission a relevé quelques rares lits d'hébergement temporaire dans des maisons de retraite, souvent regardés comme des sas d'entrée en institution et, de ce fait, mal perçus.
  - Des conventions ont parfois été passées avec des services publics de proximité pour assurer une vigilance à l'endroit des personnes âgées isolées, notamment en milieu rural : ainsi du conseil général de la Creuse avec la Poste.

## 4.2 **Les services de soins et d'aide à domicile ont néanmoins fait face à la canicule sans tensions extrêmes**

### 4.2.1 *Les décès pendant la période de canicule*

#### 4.2.1.1 *Les constats des services intervenant au domicile des personnes âgées*

D'une manière générale, les services intervenant au domicile des personnes âgées rencontrés par la mission font état de peu de décès pendant la canicule, d'une surmortalité faible, voire nulle, par rapport aux années précédentes, et de peu d'hospitalisations. La plupart des SSIAD, en particulier, n'ont relevé parmi leurs patients aucune surmortalité, voire, pour certains d'entre eux, aucun décès.

Toutefois, certains services remarquent que leurs patients ont été fragilisés et leurs pathologies aggravées. Par ailleurs, un « effet rebond » s'est probablement produit à l'automne, entraînant de nouvelles demandes d'admission.

<sup>23</sup> DREES (STATISS 2003- chiffres au 1<sup>er</sup> janvier 2002)

Il semble aussi que le milieu urbain ait un peu plus souffert que le milieu rural.

Ainsi la surmortalité dans les services de soins infirmiers du CCAS de Grenoble (230 places) sur la période de juin à août 2003 (la canicule s'est manifestée à Grenoble dès le mois de juin) s'est-elle établie à 6 décès (17 décès au lieu de 11), la très grande majorité des décès s'étant produits en milieu hospitalier. Au contraire, une diminution, il est vrai peu significative en termes statistiques (-2 décès), est observée en septembre et octobre.

De même, les services affiliés à l'UNASSAD ont-ils observé une légère surmortalité en région parisienne, accompagnée d'une hausse des hospitalisations. Cependant, le constat n'est pas général, puisque l'association « Age et vie », qui a une double activité de soins et aide à domicile dans le Val-de-Marne, le département le plus touché, n'a relevé aucune surmortalité dans ses services.

En revanche, dans un département rural comme la Creuse, la surmortalité relevée au mois d'août 2003 apparaît peu marquée dans les services de soins et d'aide à domicile: aucun décès, par exemple, dans le SSIAD de La Souterraine et 3 décès potentiellement imputables à la canicule dans le plus important service d'aide à domicile du département, qui intervient auprès de 1600 personnes.

#### *4.2.1.2 Les constats des services de télé assistance*

Si, semble-t-il, les personnes âgées ont peu appelé d'elles-mêmes (ce sont souvent les professionnels des soins et de l'aide à domicile qui l'ont fait) les systèmes d'urgence (SOS médecins, pompiers), les services de télé-alarme ont souvent enregistré une augmentation des appels.

Ainsi une grande association nationale de télé assistance comptant près de 40.000 abonnés, « Présence verte », liée à la Mutualité sociale agricole, a-t-elle dressé un bilan permettant de mesurer l'impact de la canicule sur ses abonnés.

En termes d'activité elle note une hausse significative de ses interventions : 5000 interventions des réseaux de solidarité et des services d'urgence au mois d'août 2003, contre 2600 en août 2002, soit un quasi doublement. En moyenne, 14 % des abonnés ont été secourus à domicile en août 2003, contre 8,5 % en 2002.

Parallèlement, l'association fait état, d'août 2002 à août 2003, de chiffres de résiliation d'abonnements d'où il ressort à nombre d'abonnés calculé constant, une augmentation des décès de 32% (+14 % de juillet 2002 à juillet 2003).

« Présence verte » a également mis en place un plateau de réception d'appels de convivialité : l'analyse de la répartition des appels reçus montre que les abonnés ont eu davantage besoin de réconfort en août 2003 qu'en août 2002.

Dans le même sens, l'examen statistique et qualitatif des appels reçus par le service de télé-alarme de Grenoble fait apparaître, pour la période du 1<sup>er</sup> juin au 31 août 2003, une augmentation globale de + 53 % par rapport à la période correspondante de 2002 ; parmi les motifs des appels reçus, les chutes sont en hausse de + 64 % et les malaises de + 85 %. Il est d'ailleurs à noter que pour la période suivante, du 1<sup>er</sup> septembre au 31

octobre, l'augmentation enregistrée d'une année sur l'autre perdure avec une moindre ampleur : +28,6% pour les chutes et + 20% pour les malaises ; cette persistance tend à illustrer la fragilisation et la fatigue engendrées par la période de canicule.

L'augmentation des appels n'est toutefois pas générale, puisque, par exemple, les systèmes de télé assistance du CCAS de Marseille, comme celui du conseil général des Bouches-du-Rhône, n'ont pas enregistré de majoration notable des appels au cours du mois d'août.

#### *4.2.1.3 Interprétation et commentaire*

Le GIR moyen pondéré (GMP) des patients à domicile étant souvent comparable à celui des résidents des EHPAD, il y a lieu de s'interroger sur l'écart de mortalité observé entre services à domicile et établissements. Cet écart est-il en partie imputable à la forte proportion dans les EHPAD de personnes désorientées, et notamment de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ayant des difficultés à boire, voire présentant un véritable « trouble de la soif » ?<sup>24</sup> A l'encontre de cette hypothèse, il y a lieu d'observer que nombre de personnes âgées désorientées vivent néanmoins à leur domicile.

Cependant, les chiffres de surmortalité émanant de l'INSERM et repris par l'INVS<sup>25</sup> font état, pour les seules personnes âgées de 75 ans et plus, d'une surmortalité à domicile de 90%, à peu près égale à celle qui a été observée dans les maisons de retraite, soit 100%. Ce constat statistique laisse penser que la surmortalité à domicile a concerné essentiellement des personnes âgées isolées, qui n'étaient pas en contact avec des services de soins et d'aide à domicile ou étaient seulement reliées à un service de télé-alarme.

Il est à noter à ce propos que la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, dans son rapport de septembre 2003, souligne le risque auquel ont pu être exposées les personnes âgées vivant seules à leur domicile par rapport à celles qui sont prises en charge par les services de soins à domicile ou hébergées en institution : « Certains témoignages laissent penser que des sujets âgés en bonne santé [non pris en charge par des services intervenant à domicile] ont pu être négligés dans un premier temps, l'attention des professionnels étant focalisée sur les sujets les plus dépendants, exposant les premiers à un risque accru d'hyperthermie maligne ». Ce point reste à confirmer.

A cet égard, il convient d'ailleurs de remarquer que les personnes âgées les plus vulnérables ne sont pas seulement celles qui vivent seules à leur domicile, mais celles qui vivent dans un véritable isolement social, c'est-à-dire dans un état de carence de relations avec leur famille (parfois inexistante), leur voisinage, un cercle d'amis (qui se réduit avec l'avancée en âge) ou des services de soins et d'aide à domicile. La mission d'expertise et d'évaluation précitée admet elle-même que si « vivre seul est un facteur de risque identifié », « vivre seul n'est pas synonyme d'isolement social ».

<sup>24</sup> Toutefois le rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, cité plus bas, précise que « les démences n'ont pas été identifiées comme facteur de surmortalité dans les études épidémiologiques, mais les vagues de chaleur étudiées sont déjà anciennes et cette pathologie était alors moins bien connue ».

<sup>25</sup> Publiés dans le Numéro spécial du BEH n° 45-46/2003 du 25 novembre 2003



L'UNASSAD, pour sa part, estime que la conjugaison d'une dépendance légère (GIR 5 et 6) et d'une situation d'isolement social crée une vulnérabilité équivalente à celle d'une dépendance lourde et donc un besoin d'aide qui ne doit pas être négligé, d'autant que l'aide joue un rôle de prévention.

L'enjeu est loin d'être négligeable, puisque à titre d'exemple la municipalité de Marseille estime que 2/3 des personnes vivant seules à leur domicile (mais pas nécessairement dans un état d'isolement social) ne sont pas repérées par les CCAS et les diverses associations.

#### **4.2.2 La réaction des services face à la canicule**

##### *4.2.2.1 Les services intervenant au domicile des personnes âgées*

Dans sa lettre circulaire précitée du 27 mai 2003 adressée aux préfets, à l'attention des DDASS, le secrétaire d'Etat aux personnes âgées demandait aux services de l'Etat de s'assurer que « les responsables des services d'aide et de soins à domicile maintiendront leur vigilance pour s'assurer de la continuité des interventions auprès des personnes âgées, tout particulièrement pendant cette période de congés ».

Dans l'ensemble, la mission a constaté que les services intervenant au domicile des personnes âgées n'ont pas plus anticipé les risques de la canicule que les établissements, et que leur réactivité a, sur le moment, été à la mesure de la mobilisation et du dévouement de leurs personnels présents.

Là aussi un effet de dilution statistique a probablement retardé la prise de conscience des conséquences humaines de la canicule. Sur un ensemble de quelque 4 millions de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à leur domicile, un total d'environ 4000 décès supplémentaires intervenant à domicile, soit 1 pour 1000, était relativement peu perceptible sur le moment. De même, pour les services d'aide et de soins à domicile, quelques décès supplémentaires de personnes fragiles ne traduisaient pas nécessairement une situation de crise manifeste.

Pour leur part, les grands réseaux associatifs d'aide à domicile, UNASSAD et UNADMR, ne font pas état de remontées d'informations alarmantes de la part de leur base pendant la période de canicule et ils n'ont pas, par la suite, dressé de bilan des conséquences de la canicule.

Ils affirment que les équipes d'intervenants à domicile possédaient le savoir-faire nécessaire en période de forte chaleur et que cette année des consignes avaient souvent été données par les services d'aide à domicile dès le mois de mai.

Dans les SSIAD, à défaut de véritable protocole d'hydratation, des consignes avaient souvent été diffusées. Ainsi, par exemple, dans le Cher, les infirmières coordonnatrices des SSIAD avaient-elles mis au point des consignes simples à faire passer aux personnes âgées, aux aides ménagères et aux familles ou voisins : découvrir les personnes, faire boire, utiliser des brumisateurs, faire prendre des douches, aménager la

nutrition. A Marseille, un SSIAD rencontré par la mission a renouvelé avec insistance, lors de ses réunions hebdomadaires de travail, les consignes sur les besoins spécifiques des personnes âgées en période d'été, y compris la surveillance des effets secondaires des traitements.

Les services ont souvent réduit la durée des passages pour permettre une plus grande fréquence des interventions. Des services ont concentré leurs interventions sur les sujets les plus dépendants. En revanche, l'UNASSAD, pour sa part, fait valoir que les services qui lui sont affiliés ont pendant la canicule multiplié spontanément les passages chez les personnes âgées peu dépendantes mais familialement isolées et non suivies par des SSIAD. Selon cette fédération, ces personnes présentent, en effet, un risque particulier (cf supra).

En outre, certains CCAS se sont préoccupés de toucher les personnes âgées isolées, notamment dans des communes de l'agglomération grenobloise disposant d'un large fichier et à Paris, où s'est posé, au-delà des personnes âgées connues du CCAS, la question du repérage des autres personnes susceptibles d'être en danger.

Les services de soins et les services d'aide estiment en général avoir été en mesure de faire face à la canicule avec des effectifs presque normaux et moyennant des remplacements habituels. Les services de soins infirmiers ont notamment eu recours comme à l'accoutumée aux écoles d'infirmiers (IFSI) pour pourvoir à ces remplacements. Des services d'aide à domicile ont limité le remplacement des personnels en congé au cas des personnes âgées qui le demandaient. Certains services ont freiné les admissions nouvelles pour se rendre plus disponibles aux personnes déjà prises en charge.

Les services soulignent surtout la fatigue des personnels, tenus de se déplacer dans des véhicules généralement dépourvus de climatisation.

Lorsque des heures supplémentaires ont été effectuées, le problème de leur financement a pu se poser. Selon certains services rencontrés, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), par exemple, n'a pas délégué de crédits supplémentaires aux CRAM.

Plus précisément, la Commission d'action sanitaire et sociale (CASS) de la CNAV a, en septembre dernier, proposé au Conseil d'administration d'habiliter la Direction à procéder à un rééquilibrage des dotations régionales dans l'hypothèse où certains organismes régionaux seraient confrontés à une insuffisance d'heures. Ce rééquilibrage au profit de certaines caisses est limité par les possibilités de restitution d'heures par d'autres caisses ; autrement dit, il s'agit d'une redistribution à enveloppe globale constante.

Toutefois, selon le directeur de la CNAV, le point de situation fait au 31 août 2003 ne validait pas l'hypothèse d'une consommation plus élevée en août d'heures d'aide ménagère à domicile financées par la branche retraite. L'UNASSAD elle-même semblait admettre que les dépassements d'heures avaient probablement été résorbés sans soulever des difficultés majeures. Peu de services semblent d'ailleurs s'être manifestés auprès des financeurs. Selon la CNAV, par exemple, aucune demande de

prise en charge d'heures supplémentaires ne lui a été adressée par les services d'aide à domicile d'Ile-de-France.

#### *4.2.2.2 Les services de télé assistance*

Les services de télé assistance, pour leur part, sont restés cantonnés dans leur fonction première de réception d'appels : même lorsqu'ils étaient conçus sur un mode d'échange bidirectionnel, personne, sauf exception (cf infra), ne semble avoir songé à les utiliser pour faire passer des messages d'hydratation aux personnes âgées.

« Présence verte », citée plus haut, observe qu'il lui est difficile de quantifier le bénéfice réel du service de télé-alarme qu'elle gère, indépendamment de l'impact des services à domicile en général (2/3 de ses abonnés bénéficient d'une aide ménagère) et surtout sans connaître la nature des services d'urgence vers lesquels ont été orientés les plus fragiles.

Le plateau de réception d'appels de convivialité avait, pour sa part, reçu pour consigne tout l'été de rappeler aux abonnés de boire régulièrement, ce qui souligne l'intérêt de l'interactivité de ce type de services pour diffuser des recommandations appropriées pendant les périodes de canicule. « Présence verte » réfléchit d'ailleurs aujourd'hui à une évolution de ses matériels pour, en cas de nouvelle crise, être en mesure d'adresser des messages à tous ses abonnés pendant toute la durée de la crise.

#### *4.2.3 Bénévoles et familles*

Dans l'ensemble, le recours aux bénévoles semble être resté dans ses limites habituelles, sans avoir permis de dégager des moyens humains supplémentaires. Certaines organisations caritatives, telles que la Croix-Rouge, avaient pourtant proposé leur concours, mais elles ont été rarement sollicitées par les établissements et services intervenant auprès des personnes âgées, soit que des renforts de personnel aient été jugés inutiles, soit que les responsables des institutions aient estimé difficile d'intégrer dans un laps de temps très court ces renforts dans le fonctionnement de leurs propres équipes.

En revanche, les associations qui s'appuient ordinairement sur un bénévolat actif ont pu le mobiliser utilement pendant la canicule. Tel a été le cas des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR), dont les bénévoles, nombreux et généralement très impliqués, assurent à la fois des fonctions d'administration et un rôle d'accompagnement social des personnes âgées à leur domicile. Les bénévoles des ADMR se sont employés à faire boire les personnes âgées, à ventiler les habitations et, le cas échéant, à suppléer les familles parties en vacances.

Un enseignement à tirer de ce constat concerne la difficulté à faire appel au bénévolat en période de crise, à moins que les bénévoles ne soient déjà associés en temps ordinaire à la vie des institutions ou que leur intervention exceptionnelle n'ait été préparée et intégrée dans des procédures d'urgence. Sans doute y aurait-il intérêt, par exemple, à prévoir les conditions d'intervention d'organisations comme la Croix-Rouge, qui disposent de secouristes qualifiés et expérimentés.

En ce qui concerne, enfin, le rôle des familles, les témoignages recueillis par la mission sont divers. Il en ressort dans l'ensemble que, conformément à ce qu'établissent les études réalisées à ce sujet, nombreuses sont encore les familles qui s'occupent de leurs parents âgés et sont au nombre des aidants, surtout à domicile. Ces familles, lorsqu'elles n'étaient pas parties en vacances, ont pris soin des personnes âgées restées à leur domicile, conjointement avec les professionnels<sup>26</sup>; d'une manière générale, elles auraient besoin d'être elles-mêmes épaulées et de bénéficier de répit en ayant la possibilité de recourir à des accueils de jour et à des hébergements temporaires.

---

<sup>26</sup> En Eure-et-Loir, la mission a même noté que des familles avaient soulagé les services en récupérant temporairement à leur domicile des parents bénéficiaires d'aide à domicile.

## CINQUIEME PARTIE – LES RECOMMANDATIONS

Pour prévenir la répétition d'une crise caniculaire d'ampleur comparable à celle connue en 2003, plusieurs éléments apparaissent nécessaires.

Le premier élément est fondamental et a trait à la prise de conscience des risques vitaux que font peser les fortes chaleurs sur les personnes fragiles et notamment les personnes âgées. De façon douloureuse, cette prise de conscience est faite et le risque caniculaire est désormais intégré par les responsables locaux. Il ne sera plus possible comme en août 2003 de ne se préoccuper que d'irrigation, d'incendie voire de surmortalité des poulets...ou de croire que l'on peut se débrouiller et se sortir seul des difficultés. A cet égard, l'exemple de Marseille qui a conservé de bons réflexes après avoir connu une forte canicule il y a 20 ans est encourageant.

Le deuxième élément relève de la poursuite des améliorations structurelles en cours dans la prise en charge des personnes âgées : rénovation, modernisation et diversification des structures d'hébergement, médicalisation accrue de la prise en charge des personnes âgées sinon des établissements d'hébergement, accroissement du nombre de places en services de soins infirmiers à domicile, renforcement de la qualification et de l'attractivité des métiers du secteur personnes âgées, etc. Ces actions de long terme doivent sans doute être amplifiées et accélérées.

Le troisième élément, sur lequel la mission s'est concentrée, concerne plus spécifiquement des mesures de prévention, d'organisation interne et de coordination des interventions en cas de canicule qui permettent de formaliser, conforter, étendre et généraliser de bonnes pratiques observées localement.

Sur la base des observations et constats qu'elle a effectués lors de ses déplacements ainsi que des travaux menés au sein du ministère chargé des affaires sociales et en particulier le rapport Vieillesse et solidarités<sup>27</sup>, la mission formule des recommandations articulées autour des quatre axes suivants :

- organiser un système de prévention des situations exceptionnelles,
- achever la clarification des responsabilités et renforcer la coordination locale,
- dynamiser la rénovation des établissements sociaux et médico-sociaux,
- améliorer la prise en charge des personnes âgées à domicile.

### 5.1 Organiser un système de prévention des situations exceptionnelles

La canicule a fait apparaître l'impréparation du secteur social et médico-social à des situations de crise. Non prises en compte dans les divers plans d'intervention plus ou moins généraux (inondations, incidents nucléaires, tremblements de terre, bio-

---

<sup>27</sup> Ce rapport, présenté par M. Jean-Marie Palach, inspecteur général des affaires sociales a été remis au ministre fin octobre

terrorisme...), d'autres situations de crise doivent également être envisagées : pollution, grand froid, coupure généralisée d'électricité, etc.

Axées sur la canicule, les recommandations dégagées par le rapport Vieillesse et solidarité ont retenu l'intérêt du gouvernement qui a annoncé la mise en œuvre de ces orientations. La présente mission ne peut que les reprendre à son compte : un système d'alerte fondé sur un partenariat entre Météo France et les autorités sanitaires, des référentiels de bonnes pratiques, un plan vermeil avec des niveaux de déclenchement (national, départemental, local), un système de repérage des personnes âgées fragiles isolées, des plans bleus de prévention et d'action dans les institutions d'hébergement.

La mission souhaite toutefois les nuancer ou les compléter sur certains points.

1/ Le système d'alerte, au-delà des facteurs climatiques, doit pouvoir, même si cela peut apparaître tardif, s'appuyer sur un système d'information permettant une connaissance aussi précoce que possible de l'évolution des décès et de leur cause. Le système d'information des professionnels de santé, reposant sur la carte CPS ainsi que sur l'informatique hospitalière, ne devrait-il pas être conçu pour permettre une remontée en temps réel de ces informations vers l'INSERM, parallèlement au cheminement administratif ?

2/ L'échelon départemental doit être privilégié en matière d'alerte, de conception de la prévention et de gestion de crise.

Le niveau national ne devrait intervenir que dans les seuls cas de crise généralisée ou en appui des dispositifs locaux, en particulier pour mobiliser les médias nationaux (télévision et radios) dont les obligations de diffusion de messages de prévention sanitaire et sociale mériteraient d'être précisées dans leur cahier des charges. A cet égard, les pouvoirs publics doivent conserver des responsabilités dans la conception et la diffusion des messages et des protocoles de prévention, à l'égard des personnes âgées à domicile et de leur famille, des professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé libéraux et, bien entendu des responsables et professionnels de santé hospitaliers ; cette mission pourrait être confiée à l'Institut national de prévention et d'éducation de la santé (INPES) et à l'Agence d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)

Au niveau départemental, la capacité des services de l'Etat en cas de crise à trouver rapidement et à bien utiliser les leviers d'intervention exclusivement gérés et suivis au quotidien par les conseils généraux, ne va pas de soi. En conséquence, les textes généraux et les plans d'intervention devront bien préciser ce qui relève normalement du président du conseil général et ce qui incombe au préfet. S'il doit entraîner clairement transfert temporaire d'autorité aux préfets, responsables de la gestion de crise, le déclenchement du plan ne doit pas conduire à une démobilisation des conseils généraux. Ceux-ci doivent non seulement faire remonter les informations dont ils disposent, qui permettent d'engager et de suivre l'exécution et l'adéquation du plan Vermeil mais également contribuer activement à la mise en œuvre des moyens et des interventions retenus dans ce plan.

3/ De par sa proximité, le niveau local, à partir des CCAS et des CLIC, a des responsabilités particulières dans les actions de prévention et de coordination des

interventions vis-à-vis des personnes âgées fragilisées à domicile. La question du repérage préalable de ces personnes est un sujet délicat.

Il apparaît indispensable que, sur une base volontaire, une personne âgée puisse demander son inscription sur un fichier de proximité de personnes en difficulté, afin que lui soit proposé, en cas de crise, une assistance adaptée. Un repérage plus systématique, tel qu'envisagé à Marseille et passant notamment par l'exploitation de grands fichiers informatiques comme ceux de la sécurité sociale, nécessiterait une base législative et mérite réflexion, tant sur son principe que sur son caractère opérationnel. Le développement de la télé assistance, dont les potentialités d'échanges bi-directionnels n'ont guère été utilisées pour diffuser des messages de prévention lors de la canicule, répondrait pour partie à l'organisation d'un lien avec la personne fragilisée isolée.

4/ Les établissements et services accueillant des personnes âgées devraient généraliser la pratique déjà existante de protocoles écrits de soins et élaborer des plans de prévention formalisés (« plans bleus »), régulièrement mis à jour, pour leur permettre de mieux faire face aux différentes situations de crise qu'ils sont susceptibles de rencontrer. Afin d'assurer une articulation adaptée entre les EHPAD et les établissements de santé, une systématisation des conventions de coopération devait être imposée par les textes.

## **5.2 Achever la clarification des responsabilités et renforcer la coordination locale**

La nouvelle phase de décentralisation en cours, dans le cadre du projet de loi relatif aux responsabilités locales, devrait consacrer la responsabilité du président du conseil général en matière d'action sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées. Celui-ci deviendrait seul responsable de la coordination gériatrique et de la mise en œuvre des CLIC. Il aurait donc un rôle majeur à jouer dans la mise en place des dispositifs de prévention et, en cas de crise, dans le déclenchement et l'accompagnement du plan Vermeil.

Les textes devront, dans ce cadre, clarifier le rôle du président du conseil général, qui, à défaut d'unifier les territoires d'action sociale départementale, devra, à tout le moins, veiller à leur meilleure harmonisation et à leur articulation. L'intervention des équipes APA, des CLIC et du service social départemental, notamment, gagnerait à une plus grande harmonisation de leurs ressorts géographiques et à leur meilleure articulation avec ceux des services d'aide ménagère et des SSIAD. Des liens étroits mériteraient aussi d'être établis avec les établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées et avec les établissements de santé, notamment les secteurs psychiatriques et les équipes de gériatrie.

Les CLIC devraient être généralisés, en recherchant une optimisation de leur taille, assurant la permanence de leur fonctionnement, en même temps qu'une proximité suffisante des professionnels de terrain. Ils devront associer l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour assurer une prise en charge coordonnée de la personne âgée dépendante mais aussi favoriser des échanges autour des enjeux collectifs (orientation des personnes âgées, formation des intervenants et des aidants,

harmonisation des méthodes, mutualisation des savoir-faire et échanges de bonnes pratiques, liaisons sanitaire / social...).

Enfin, le schéma gérontologique départemental devrait intégrer ces divers aspects et s'accompagner d'une convention avec l'Agence régionale de l'hospitalisation pour l'articulation avec le secteur sanitaire.

### 5.3 Dynamiser la rénovation des établissements sociaux et médico-sociaux

La rénovation des établissements sociaux et médico-sociaux passe par une série de mesures structurelles qu'il convient poursuivre ou d'accélérer : restructuration, adaptation voire extension du parc immobilier pour accueillir une population de plus en plus âgée et dépendante, médicalisation accrue de la prise en charge des résidents sinon des établissements d'hébergement, renforcement de la qualification et de l'attractivité des métiers du secteur personnes âgées, etc.

La canicule de l'été 2003 indique toutefois que, au-delà de ces mesures d'ensemble, des mesures complémentaires plus spécifiques apparaissent également nécessaires pour améliorer la réponse collective des établissements aux situations de crise.

#### 1/ Assurer la formalisation des mesures de prévention et d'intervention

Les plans bleus de prévention et d'action doivent être mis en place dans les établissements d'hébergement, sur la base d'un cadrage national assurant une harmonisation minimale de leur structure et de leur contenu.

Il convient que ces plans combinent différentes mesures relatives :

-   la gestion du personnel et à l'organisation du travail (règles de rappels des agents, modalités de révision des plannings et des horaires, affectation et encadrement des remplaçants, priorisation des tâches d'accompagnement des résidents, etc.)
-   la gestion des matériels et à l'adaptation des locaux (constitution d'un stock minimal de matériels d'hydratation et de ventilation, modalit  de rafraîchissement externe et interne des bâtiments, occultation diurne et ouverture nocturne, etc.),
-   l'adaptation des prises en charge (formalisation des protocoles d'hydratation, modalités d'humidification, adaptation des menus, déplacement de résidents, etc) et de l'assistance médicale (tableaux de garde, protocole d'hyperthermie, réexamen des prescriptions médicamenteuses, liaison pour les hospitalisations)

Ces plans d'actions doivent avoir un caractère opérationnel, formalisant et organisant des mesures très pratiques relevant souvent du bon sens et du système D,   l'instar des dispositions du plan de prévention joint en annexe 4 à titre d'illustration.

#### 2/ Réunir les conditions d'une mobilisation efficace des personnels

Jugées positives en termes de remise à niveau des personnels notamment soignants, de présence de médecins coordonnateurs et d'ouverture des établissements sur leur environnement, les conventions tripartites ont laissé en suspens plusieurs difficultés qui ont pu prendre un relief particulier durant la canicule.



En premier lieu, les progrès quantitatifs générés par les conventions ne garantissent pas la présence d'un personnel de qualification sinon de qualité suffisante dans les établissements.

Cette situation recouvre d'abord les difficultés générales de recrutement d'un personnel qualifié, faute de candidats dans un secteur perçu comme peu attractif. Sans prétendre apporter de solutions à un problème difficile qui excède largement le cadre de ses travaux, la mission note que des améliorations ponctuelles sont envisageables, comme l'ouverture par la DASS de Paris de l'accès des médecins étrangers aux postes d'infirmiers dans les EHPAD.

Plus spécifiquement, le maintien des moyens quantitatifs en personnel peut être obtenu, notamment en été, au prix d'un volume excessif de remplacement. Les établissements sont alors confrontés au manque de professionnalisme de la majorité des personnels de remplacement et à leur méconnaissance du secteur des personnes âgées et de la spécificité de leur prise en charge. Il apparaît nécessaire que d'une part, se généralise dans les établissements l'adoption de règles de départ en congé permettant d'assurer une permanence satisfaisante des équipes et que d'autre part, les personnels de remplacement fassent l'objet de mesures spécifiques de gestion (niveau d'encadrement et de surveillance, profil des postes d'affectation, formation minimale à la prise de poste, etc.)

Enfin, dans le cadre du développement de la formation continue des personnels, un effort spécifique de formation à la conduite et à la gestion de crise pourrait être engagé, à commencer par les établissements qui se sont caractérisés par leur manque d'anticipation et de réactivité, leur difficulté à sortir de leurs procédures habituelles pour affronter une situation exceptionnelle ou leur faible capacité à trouver les relais d'intervention nécessaires face aux limites de leur prise en charge.

D'abord destinées aux responsables d'établissements, ces formations pourraient être élargies et viser les personnels médico-sociaux sous forme d'une sensibilisation à la gestion des périodes de crise. En effet, cette sensibilisation est d'autant plus nécessaire que la gestion de crise impose souvent de privilégier souplesse et polyvalence pour concentrer les moyens sur les tâches prioritaires : réorganisation des équipes pour faire face au surcroît de travail, modification des horaires pour renforcer la présence la nuit, changement de poste mais aussi de contenu du travail de certains agents (accompagnement des résidents plutôt que entretien des locaux ou tâches administratives)...autant de mesures qui supposent de surmonter des rigidités internes que paradoxalement les conventions tripartites ont pu renforcer avec la nette distinction des tâches (et des financements) entre soins directs et soins indirects (ménage, entretien).

En deuxième lieu, le renforcement de la présence médicale à travers le développement des médecins coordonnateurs constitue un atout qu'il convient de davantage valoriser. A cet égard, la sortie prochaine du décret en cours de concertation sur le rôle, les fonctions et les modalités de rémunération du médecin coordonnateur apparaît bienvenue pour dissiper hésitations et approximations sur le positionnement de cet agent. Dans le cadre de la prévention et de la gestion des crises, le médecin coordonnateur doit :

- constituer une ressource interne favorisant la formalisation préalable des protocoles d'intervention du personnel soignant puis assurant la pertinence de l'adaptation des dispositifs de prise en charge des résidents en période critique,
- permettre de garantir la permanence de l'assistance médicale et le réexamen des modalités médicales de prise en charge dans les périodes de crise (médicaments, perfusion, hospitalisation),
- contribuer à insérer l'établissement dans son environnement sanitaire, tout en échangeant au sein des réseaux gérontologiques avec ses collègues des autres EHPAD pour harmoniser et améliorer les pratiques de prise en charge.

En dernier lieu, l'ouverture sur l'extérieur favorisée par les conventions tripartites vise à intégrer des établissements jusque là souvent isolés dans des réseaux gérontologiques reliant établissement/hôpital/médecine de ville/autres intervenants libéraux/ services sociaux. Gage d'une meilleure prise en charge des personnes âgées et d'une intervention cohérente des différents intervenants, cette intégration des établissements doit être confortée par leur participation accrue aux Centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC).

L'ouverture des établissements doit cependant également prendre la forme d'efforts accrus pour maintenir les liens familiaux de leurs résidents. Une politique de sensibilisation des familles, d'amélioration du cadre et des conditions de visites, d'association à certains moments ou activités des résidents (prise des repas, sorties organisées) ne répond pas seulement aux exigences de bien vivre et de bien être des personnes âgées hébergées. A condition qu'elle s'accompagne de quelques mesures préalables d'organisation, cette politique d'ouverture permet en cas de crise de solliciter utilement les familles pour que celles-ci apportent un soutien et une aide non négligeable pour relayer des personnels très sollicités, notamment en surveillant et en faisant boire leurs parents voire d'autres résidents.

### 3/ Procéder aux aménagements urgents et nécessaires des locaux

Il apparaît indispensable que tous les établissements disposent, en période de canicule, d'espaces suffisamment frais pour accueillir temporairement leurs résidents et leur permettre de récupérer des effets des trop fortes chaleurs.

La climatisation d'une salle suffisamment grande ne fait pas consensus en raison de son inadéquation aux besoins des résidents intransportables, des réticences des personnes âgées qui souffrent des alternances de chaud/froid et n'apprécient pas toujours d'être parquées périodiquement par lot dans des espaces climatisés comme du coût financier d'équipement et de maintenance de cette technologie ainsi que des risques sanitaires qui lui sont associés. Plusieurs des établissements visités préconisent ainsi un système de rafraîchissement d'air et non de climatisation ; d'autres privilégient des moyens mobiles de climatisation pour soulager les résidents les plus menacés.

En tout état de cause, un système minimal de rafraîchissement ou de climatisation, fixe ou mobile, adapté à la configuration et à la population de chaque établissement doit être rapidement mis en place. Cette installation suppose toutefois que soit parallèlement prévus les moyens de secours permettant de faire face aux pannes des équipements de refroidissement comme aux délestages électriques.

Des travaux complémentaires apparaissent nécessaires dans beaucoup d'établissements qu'il s'agisse de renforcer une isolation thermique minimale (et pourtant facteur d'économie) ou de modifier les ouvertures extérieures (couverture des verrières, déverrouillage des fenêtres, remplacement des stores par des volets).

Ces mesures d'urgence doivent se combiner avec des mesures à plus long terme :

- réexamen des projets de modernisation et de restructuration d'établissement en cours d'instruction afin de les compléter par des mesures garantissant une protection contre la chaleur et les effets du soleil,
- subordination de l'agrément des nouveaux établissements à leur capacité architecturale à faire face aux variations extrêmes de température et notamment à la canicule,
- retrait d'agrément et reconversion des établissements dont l'architecture et la conception ne peuvent être révisées pour un coût raisonnable.

## **5.4 Améliorer la prise en charge des personnes âgées à domicile**

Le maintien à domicile concerne 4 millions de personnes âgées. Cette proportion demande une attention particulière et fait l'objet de trois orientations :

1/Améliorer la coordination des services de maintien à domicile des personnes âgées

Il convient à cette fin de s'appuyer sur les CLIC et de promouvoir la bonne articulation de ceux-ci avec les réseaux de santé.

Il importe également de donner une base réglementaire aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile, ce qui permettra d'améliorer la coordination des interventions d'aide, d'accompagnement et de soins auprès des personnes âgées et replacera la personne au cœur du dispositif.

Outre le renforcement des capacités de prise en charge des services de soins infirmiers à domicile et des services d'aide à domicile, il faut aussi mettre en place et développer des services facilitant le maintien à domicile, et permettant que la personne âgée ne soit pas isolée (portage de repas, foyers-restaurants, services d'accompagnement, télé assistance....), en veillant à la bonne liaison entre les divers services pour une prise en charge globale de la personne âgée.

Faciliter le retour à domicile après une hospitalisation est un objectif primordial, dont la réalisation implique une bonne coordination des services à domicile avec le secteur sanitaire.

2/ Renforcer les compétences des personnels

Les difficultés de recrutement observées impliquent de développer la formation des personnels et de la rendre plus accessible en assurant notamment la gratuité des formations initiales d'aides soignantes. Il y a lieu aussi de promouvoir, au bénéfice de l'ensemble des personnels des services de maintien à domicile, les formations en cours

d'emploi et la valorisation des acquis de l'expérience. La création de centres de formation de l'aide à domicile, comme le propose le conseil général du Val-de-Marne, pourrait être examinée. Il est à prévoir d'intégrer dans la formation la préparation à une mission de vigilance sanitaire et sociale conduisant au signalement d'une situation à risque.

Il est également recommandé de sensibiliser et de former le personnel à l'éducation à la santé, à l'application de consignes simples, aux précautions à prendre et à la conduite à tenir en cas de situations exceptionnelles.

### 3/ Mieux prendre en compte l'isolement des personnes âgées

Il faut d'abord aider les aidants, c'est-à-dire les personnes, au premier rang desquelles les familles, qui accompagnent les personnes âgées, en particulier en soutenant la création ou l'extension de lieux d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, notamment pendant les périodes de congés. Les lieux d'hébergement temporaire sont à situer de préférence hors des maisons de retraite elles-mêmes, en tout cas dans des locaux séparés, afin de prévenir l'effet de « sas d'entrée ».

Leur vulnérabilité invite à mettre en place un repérage plus systématique des personnes âgées fragilisées et isolées, en les recensant et en organisant leur inscription volontaire sur un fichier. Le développement de la télé-assistance doit également contribuer à rompre leur isolement et, par l'utilisation des échanges bidirectionnels, permettre de leur adresser des messages d'information et des recommandations en cas de crise.

Il est enfin suggéré d'associer les services publics de proximité et l'environnement local aux actions de vigilance à l'égard des personnes âgées isolées. Ainsi pourrait-on recourir aux facteurs et aux gardiens d'immeubles en passant des conventions avec la Poste et les offices publics d'HLM. De même, il pourrait être fait notamment appel aux pharmaciens, aux commerçants de quartiers et ambulants.

\*  
\*       \*

Phénomène exceptionnel, la canicule de l'été 2003 a confirmé un certain nombre d'insuffisances dans une politique en faveur des personnes âgées dépendantes qui reste en construction. Elle a également montré le dévouement des équipes de terrain qui, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et au sein des services de maintien à domicile, ont généralement développé un effort important et fait preuve d'initiatives, alors qu'une partie du personnel permanent se trouvait en congé et que la canicule affectait aussi leur santé.

Sur la base des constats effectués et sans prétendre à l'exhaustivité dans un domaine qui implique un travail de réflexion et d'organisation des acteurs locaux, le présent rapport dégage un certain nombre de recommandations de nature à réduire les conséquences de nouvelles situations exceptionnelles. Il conviendra, en particulier, de bien prendre en compte, dans le cadre de l'achèvement de la décentralisation, le rôle central du conseil général et de son président dans l'action sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées dépendantes, même si la gestion de crise reste de la responsabilité du préfet, seul à pouvoir dans une telle situation coordonner les divers services publics (protection civile, santé, action sociale notamment).

Anne-Marie LEGER

Didier LACAZE

Michel LAROQUE

Didier NOURY

**ANNEXES**

## Liste des annexes

Annexe 1	lettre de mission
Annexe 2	liste des principales personnes rencontrées
Annexe 3	table des sigles utilisés
Annexe 4	exemple de plan de prévention et d'action contre les fortes chaleurs

**Annexe 1 : lettre de mission**



Le Ministre

PS/YD/FDP/D 03015959

Inspection Générale des Affaires Sociales
- 7 OCT. 2003
N° 665

Le 03 OCT. 2003

127, rue de Grenelle 75700 Paris 07 SP

Téléphone : 01 44 38 38 38

Télécopie : 01 44 38 20 10

FR/min

NOTE

A l'attention de Madame Marie-Caroline BONNET-GALZY  
Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

**OBJET :** Conséquences de la canicule estivale dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées

La canicule qu'a connue la France au mois d'août 2003 a particulièrement affecté les personnes âgées. En effet les premières conclusions de l'étude de l'INSERM, publiée le 25 septembre dernier, font apparaître une surmortalité d'environ 70 % chez les personnes âgées de 75 ans ou plus. Cette surmortalité a été particulièrement importante non seulement chez les personnes âgées vivant habituellement à leur domicile, mais aussi parmi celles qui étaient hébergées en maison de retraite, que les décès aient eu lieu sur place ou après transfert à l'hôpital.

Ce constat amène à s'interroger sur les modalités de prise en charge sociale des personnes âgées pendant cette période par les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Je vous demande en conséquence de bien vouloir diligenter une mission destinée à :

- d'une part, analyser la situation avec les différents acteurs de la prise en charge ;
- d'autre part, élaborer des recommandations sur les mesures à prévoir pour améliorer la réponse collective sur la base des enseignements tirés de cette situation exceptionnelle.

A cette fin, la mission étudiera dans plusieurs départements l'action des services de l'Etat, des conseils généraux, des municipalités, des caisses de sécurité sociale et de l'ensemble des structures gestionnaires d'établissements d'hébergement ou prestataires de services à domicile.

La mission s'attachera en particulier à l'analyse des points suivants et aux propositions d'améliorations correspondantes :

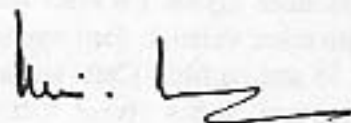
- la coordination de l'action gérontologique qu'assurent les départements dans le cadre des schémas arrêtés conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'Etat dans le département ;

.../...

- les initiatives prises à titre préventif avant et pendant la vague de chaleur dans les établissements d'hébergement pour assurer le bien-être des personnes âgées, en distinguant s'il s'agit d'initiatives coordonnées ou isolées ;
- l'organisation (notamment la permanence du personnel au sein des établissements et des services à domicile) pendant le mois d'août et son adaptation aux effets de la canicule.

Les investigations de la mission porteront prioritairement sur les zones dans lesquelles la vague de chaleur a été la plus marquée. La mission s'efforcera de comparer les réponses apportées dans les régions où la surmortalité a été particulièrement forte (Ile-de-France, Centre) et dans celles où elle a été de moindre ampleur.

Les conclusions de la mission devront m'être remises pour la fin de l'année.



François FILLON

**Annexe 2 : liste des principales personnes rencontrées**

***Personnes rencontrées au niveau national :***

M. Soutou, chargé de mission auprès du ministre du Travail, des affaires sociales et de la solidarité  
 M. Le Divenah, directeur de cabinet du secrétaire d'Etat aux personnes âgées ;  
 M. Héritier, conseiller technique  
 MM. le Dr Corvez et de Batz, conseillers techniques au cabinet du ministre de la santé  
 M. Tregoat, directeur général de l'action sociale et ses collaborateurs, Mme Voisin,  
 M. Bauduret et Mme Bony  
 M. Gratieux, sous directeur à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
 M. Lidsky, directeur général de l'action sociale à la caisse centrale de mutualité sociale agricole ;  
 M. Soumet, directeur de l'action sanitaire et sociale ;  
 Dr Pinchenzon, médecin conseil chargé du suivi des établissements et des réseaux gériatriques ;  
 Dr Treppoz, responsable médical des fonds de prévention  
 Mme Flouquet, directrice de l'action sociale pour l'Ile de France à la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés  
 M. Thierry, président de l'union régionale interfédérale des œuvres privées sanitaires et sociales (URIOPSS) ;  
 M. Coste, directeur

***Personnes rencontrées à Paris***

M. Landrieu, préfet de région, préfet de Paris  
 M. Droal, chargé de mission au SGAR  
 M. Coste, DASS de Paris,  
 Mme Celdran, directrice adjointe et leurs collaborateurs  
 Mme Hoffman-Rispal, adjointe au maire de Paris, chargée des personnes âgées ;  
 Mme Gueydan, directrice adjointe du cabinet  
 Mme Joseph-Jeanneney, directrice de l'action sociale de l'enfance et de la santé DASES ;  
 M. Lecurieux-Belfond, sous directeur à la DASES ;  
 Mme Coulon-Kiang, directrice du CAS ville de Paris ;  
 Mme Jambon, responsable du Point Emeraude 15<sup>ème</sup>/16<sup>ème</sup> et ses collaboratrices  
 Mme Neveu, directrice de la résidence Anselme Payen ;  
 Mme Fillon, secrétaire administrative  
 Mme Ouldriss directrice de la résidence l'Oasis :  
 Mme Satre, directrice de la villa Jules Janin ;  
 Mme Domfront, surveillante  
 Mme Le Divéhad, directrice de la résidence Almage/Chaillot  
 Mme Debuyssher, directrice de la résidence Repotel ;  
 Dr Sarviado, médecin coordonnateur

***Personnes rencontrées dans les Yvelines***

M. Bernard Niquet, préfet du département  
 M. Alegoët, directeur départemental de des affaires sanitaires et sociales et ses collaborateurs  
 M. Borotra, président du conseil général,  
 M. Fernandez, directeur de l'action sociale  
 M. Baqué, directeur du centre hospitalier de Plaisir-Grignon ;  
 Dr Mandelbaum, président de la Commission médicale d'établissement ;  
 Mme Alleguero, responsable du CLIC de Plaisir-Grignon et leurs collaborateurs  
 Mme Raso, directrice de la maison de retraite privée du Clos Saint Jean à Gargenville ;  
 Mme Ozanne, responsable de la qualité du groupe GDP Vendôme  
 M. Corton, directeur de l'EHPAD public Les Tilleuls à Triel sur Seine ;  
 Dr Muret, médecin coordonnateur ;  
 Mme Bernard, cadre de santé  
 Mme Tristan, directrice de la MAPI de Chatou ;  
 Dr Kalfo  
 Dr Descout, président de l'Association locale de développement sanitaire (ALDS) de Meulan ;  
 Mme Cornu, secrétaire générale

***Personnes rencontrées dans le Val-de-Marne***

M. Bergognoux, préfet du département ;  
 M. Perret, secrétaire général  
 M. Brière, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;  
 Mme Junqua, directrice adjointe ;  
 Dr Ponssard, médecin inspecteur de santé publique ;  
 Mme Fousse, inspectrice de l'action sanitaire et sociale  
 M. Fournier, vice-président du conseil général  
 Mme Conin, directrice de l'action sociale  
 Mme de Wilde, directrice de l'hôpital Charles-Foix ;  
 Dr Piette, président de la CCM ;  
 Dr Beaume, médecin, chef de service ;  
 Mme Cantoni, directrice des finances ;  
 Mme Marande, directrice des soins  
 M. Plénat, directeur de la maison de retraite « Le Sacré Cœur » à Gentilly ;  
 Mme Peter, directrice adjointe et leurs collaborateurs  
 M. Rivière, directeur adjoint de la maison de retraite « le grand âge » à Alforville ;  
 Mme Klein-Feillens, responsable des ressources humaines  
 M. Mennessier, directeur de l'association d'aide à domicile « Ages et vie » ;  
 Mme Mesureur, présidente du CLIC secteur 4  
 M. Champvert, directeur de la maison de retraite « Résidence l'Abbaye » à Saint-Maur ;  
 Dr Ek, médecin ;  
 Mme Bmrocz, cadre infirmier ;  
 Mme Frappier, cadre infirmier

***Personnes rencontrées en Eure-et-Loir***

M. Desforge, préfet du département  
 M Bouffié, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;  
 M. Naulet, responsable des établissements pour personnes âgées  
 M. Vella, vice-président du conseil général, président de la commission des affaires sociales  
 Mme Huwart, directrice générale adjointe des services, directrice de la solidarité et des affaires sociales ;  
 M. Lépine, directeur de la solidarité ;  
 M. Bailly, directeur des personnes âgées et handicapées  
 M. Tabourin, directeur adjoint de la MSA  
 Mme Furnari, chargée de mission personnes âgées à la CRAM du Centre  
 Mme Debray, directrice adjointe chargée des personnes âgées au CH de Chartres ;  
 Dr Faudon-Giblain, chef du service gériatrie du CH de Chartres  
 M. Gigarel, directeur général de la fondation Texier Gallas  
 Mme Balacon, directrice de la maison de retraite de Maintenon,  
 M. de Bizemont, vice-président du SYNERPA, gérant de la maison de retraite « les jardins d'Ariane » à Gasville-Oisème  
 M. Le Corfec, responsable du secteur personnes âgées au CCAS de Dreux,  
 Mme Desmoulin, directrice adjointe de l'ADMR 28  
 M. Cresta, directeur de l'hôpital local de La Loupe ;  
 Dr Bigard, médecin coordonnateur ;  
 Mme Taranne, surveillante du service de médecine ;  
 Mme Berjon, cadre infirmier SSR et USLD ;  
 Mme Raobisoa, responsable maison de retraite ;  
 Mme Schmit, responsable service économique et financier  
 Mme Gastebois, directrice de la maison de retraite Périer à Senonches ;  
 Dr Gross, médecin de cure médicale ;  
 Mme Dubesset, adjointe  
 Mme Medina, infirmière coordonnatrice du service de soins infirmiers à domicile ADMR de Maintenon ;  
 M. Debreucq, président ADMR

***Personnes rencontrées dans le Cher***

Mme Merloz, préfet du département  
 Mme Christian, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;  
 M. Couteaud, directeur adjoint ;  
 Mme Roustic, responsable des personnes âgées au sein du pôle santé  
 M. Bulteau, vice-président du conseil général chargé des affaires sociales,  
 M. Derouin, directeur général des services ;  
 Mme Petit-Girard, directrice de la prévention et du développement social ;  
 Mme Aubertin, directrice adjointe DPDS,  
 M. Pichet, directeur de la maison de retraite Bellevue à Bourges ;  
 M. Boix, directeur adjoint ;  
 Mme Lepoutre, cadre infirmier ;  
 Drs Patole et de Bertrand Pibrac médecins coordonnateurs

Mme Fernandes-Gaspard, directrice de la maison de retraite de la Guerche ;  
 Mme Cassiot, infirmière  
 Mme Denis, responsable du secteur personnes âgées au CCAS de Bourges  
 Mme Portelly, infirmière coordonnatrice du SSIAD de Léré Vailly  
 Mme Mathéon, infirmière coordonnatrice du SSIAD de Massay

***Personnes rencontrées en Creuse :***

M. Filly, préfet du département  
 Mme Mottet, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;  
 Mlle Calvez, responsable des personnes âgées  
 M. Laborde, vice-président du conseil général chargé des affaires sociales,  
 M. Debellut, directeur général adjoint des services, chargé du pôle jeunesse et  
 solidarités  
 M. Médée, directeur du centre hospitalier de Guéret ;  
 Dr Dumas, chef du service des urgences  
 Mme Dufresne, directrice de la maison de retraite de Dun-le-Palestel ;  
 M. Aupetit, président du conseil d'administration ;  
 Dr Grenet, médecin coordonnateur  
 Mme Maltat, directrice de la résidence Laulade à Budelières  
 Mme Brung, directrice de la maison de retraite de Marsac ;  
 Mme Rheim, directrice de la maison de retraite Felletin-Monteil au Vicomte ;  
 M. Billy, directeur de la maison de retraite d'Ajain  
 Mme Offret, maire adjointe de la Souterraine chargée des affaires sociales, vice-  
 présidente du CCAS ;  
 Mme Renon, directrice du CCAS de Guéret ;  
 Mme Pisani, adjointe au maire d'Aubusson, vice-présidente du CCAS  
 Mme Dejamet, infirmière coordonnatrice du SSIAD d'Aubusson  
 Mme Desrues, infirmière coordinatrice du SSIAD de La Souterraine  
 Mme Rebeyrolle, directrice d'AGARDOM ;  
 Mme Dumay, responsable de secteur ; Mme Jean, aide à domicile ;  
 M. Jadon, intervenant à domicile.

***Personnes rencontrées dans les Bouches-du-Rhône***

M. Frémont, préfet de région, préfet du département  
 Mme Riffard-Voilque, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;  
 M. Grégoire, directeur adjoint ;  
 M. Kaplanski, responsable du service Etablissements de santé ;  
 Mme Fassanaro, responsable du service Etablissements médico-sociaux ;  
 Mme Boualam, conseillère technique en travail social  
 M. Bertrand, directeur des personnes âgées et des personnes handicapées au conseil  
 général  
 Mme Gaunet-Escarra, conseillère municipale, chargée de la santé à la ville de Marseille  
 M. Vartanian, directeur du centre gérontologique de Montolivet à Marseille ;  
 M. Caraco, directeur adjoint responsable des ressources humaines ;  
 Mme Gonzales, directeur adjoint responsable des finances ;  
 Dr Donnarel, vice-président de la CME, médecin coordonnateur

M. Guelfi directeur du CCAS de Marseille ;  
 Mme Aumont, adjointe à la direction du 3<sup>ème</sup> âge  
 M. Saman, président de la délégation de la Croix-Rouge de Marseille ;  
 Mme Ghacem, coordonnatrice du SSIAD Croix-Rouge  
 Mme Guillemot, assistante sociale, coordonnatrice du CLIC Géroto-Nord ;  
 Mme Mathéon, infirmière coordonnatrice

### *Personnes rencontrées en Isère*

M. Bart, préfet du département  
 M. Andréa, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;  
 M. Jacquemet, directeur adjoint ; Mme Moreau, inspecteur principal ;  
 Dr Benoit, médecin inspecteur  
 M. Arias, vice-président du conseil général ;  
 Dr Thibault, chargé des personnes âgées  
 Mme Roche, responsable de l'action sociale au CCAS de Saint-Martin d'Hères ;  
 M. de Gaudenzi, infirmier coordonnateur du SSIAD et du centre médical à domicile ;  
 Mme Collomb, responsable des services d'aide à domicile ;  
 Mme Lopez, responsable du foyer logement ;  
 Mme Cella, assistante sociale ;  
 Mme Plassart, responsable du centre de jour  
 Mme Jeannel, directrice de la maison de retraite « Champ Fleuri » à Echirolles ;  
 Dr Anne Claustre, médecin coordonnateur ;  
 Mme Briot, CCAS  
 Mme Lavanant, directrice de la maison de retraite « Bévière » à Grenoble ;  
 M. Becquart, président de l'association gestionnaire ;  
 Mme Payet, infirmière coordonnatrice  
 Mme Duc-Goninaz, directrice de l'ADPA ;  
 Mme Poulet, infirmière coordonnatrice du SSIAD  
 M. Roux, maire adjoint, président du CCAS de Grenoble ;  
 Mme Goux, directrice du CCAS ;  
 M. Mercaton, directeur de l'action sociale en faveur des personnes âgées au CCAS ;  
 M. Fages, coordonnateur du CLIC de Grenoble



<b>Annexe 3 : table des sigles utilisés</b>
---

AGARDOM	Association d'aide à domicile d'Aubusson et de ses environs
AMP	Aide médico-psychologique
APA	Aide personnalisée à l'autonomie
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
AS	Aide-soignante
ASH	Agent des services hospitaliers
CASVP	Centre d'action sociale de la ville de Paris
CCAS	Centre communal d'action sociale
CLIC	Centre local d'information et de coordination gériatrique
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CODERPA	Comité départemental des retraités et personnes âgées
CPS	Carte du professionnel de santé
CROS	Conseil régional d'orientation sociale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPA	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Equivalent temps plein
FHF	Fédération hospitalière de France
FMAD	Fonds de modernisation de l'aide à domicile
GIR	Groupe iso ressources
GMP	GIR moyen pondéré
HAD	Hospitalisation à domicile
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INPES	Institut national de prévention et d'éducation à la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
MARPA	Maison d'accueil rurale pour personnes âgées
MSA	Mutualité sociale agricole
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
RTT	Réduction du temps de travail
SAD	Service d'aide à domicile
SAMU	Service d'assistance médicale d'urgence
SROS	Schéma régional de l'organisation sanitaire
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
UNADMR	Union nationale d'aide à domicile en milieu rural
UNASSAD	Union nationale des associations d'aide à domicile
URIOPS	Union régionale interfédérale des œuvres privées sanitaires et sociales
VAE	Validation des acquis de l'expérience

**Annexe 4 : exemple de plan de prévention et d'action contre  
les fortes chaleurs**

## PLAN DE PREVENTION ET D'ACTION EN CAS DE FORTES CHALEURS.

A l'entrée de l'été, et devant les chaleurs importantes que nous avons connues ces dernières semaines, il nous a paru nécessaire de renforcer les actions que nous menons chaque été pour éviter les cas de déshydratation et d'hyperthermie.

### MOYENS HUMAINS.

- Mobilisation de l'ensemble du personnel de l'établissement (Soignants, Psychologue, administratifs, cuisiniers, entretien,...).
- Revoir les **plannings** pour qu'un personnel soit en permanence disponible pour veiller aux résidents tant au niveau de l'hydratation qu'au niveau des signaux d'alerte (état général, état de la peau,...).
- Associer les familles autant que possible, en les conseillant (éviter les fausses routes par exemple).
- Recours éventuel au **réseau associatif** (bénévoles...) et les conseiller sur les conduites à tenir.
- En cas de problèmes persistants demander avis et conseils aux **Sapeurs-Pompiers** pour d'éventuelles mesures complémentaires.

### MOYENS MATERIELS.

Les **Infirmières des Ailes Jaune et Verte** serviront de lieu de stockage des matériels ci-dessous énoncés. Madame , Infirmière Coordinatrice, veillera au maintien systématique d'un niveau suffisant des stocks.

- Achat et constitution de réserves de **brumisateurs** d'eau minérale ou d'eau de source.
- Achat et constitution de réserves de **vaporisateurs** à main pour humidification des rideaux.
- Achat de **serviettes légères** ou de **lingettes** à humecter d'eau et à apposer sur les nuques et les épaules.
- Stockage des **couvertures de survie** pour usage le cas échéant.
- Stockages des **porte-sérums** et achat de **poches** de perfusions complémentaires (Rappel : Interdiction absolue d'utiliser des bouteilles verres).
- Stockage dans les frigos de **poches à glace**.
- Regroupés tous les **ventilateurs** de la résidence, sauf les grands modèles installés de façon permanentes dans les salles à manger.

Monsieur , chargé de l'Entretien, mettra en place, des **arroseurs de pelouses** afin d'arroser les terrasses et les façades les plus exposées.

Les salles à manger, qui disposent chacune d'un système de **ventilation mécanique contrôlée**, seront constamment aérées, les ventilateurs seront maintenus en marche, les fenêtres maintenus fermées et les stores baissés.

## DISPOSITIF.

- Tous les jours, les **réunions de transmissions** seront **renforcées** pour repérage et examen attentif des personnes à risque.
- Renforcement du protocole d'hydratation **de jour comme de nuit**.
- Vigilance particulière dans le suivi du **protocole de contrôle de la température** : au minimum **trois prises** de température en auriculaire tous les 24 heures. Alerte immédiate des infirmières dès détection d'une température anormale (supérieur à 38°5) pour pose d'une perfusion sous cutanée et intervention du médecin.
- **Recours systématique à l'avis de l'un des médecins** à chaque fois que le besoin s'en fait sentir ou qu'une situation anormale semble apparaître, notamment pour la pose de perfusion, sous cutanées ou intra-veineuses. Ne pas hésiter à leur demander des conseils sur les conduites à tenir avec les résidents présentant des pathologies particulières tels qu'œdèmes, problèmes cardiologiques, suppression éventuelle des traitements diurétiques non indispensables, etc...
- Surveillance systématique et quotidienne du **poids** des résidents, permettant de repérer les débuts de déshydratation.
- Ajustement des régimes au profit d'**aliments riches en eau et suffisamment salés** (environ 5g par jour).
- Choix des boissons et des aliments favorisant l'envie de boire des personnes âgées. Au moins **5 verres d'eau par jour**, mais aussi thé, café, boissons aux fruits, eau gélifiée,... Attention aux diabétiques !
- Pose fréquente et systématique de **serviettes humides ou de lingettes humidifiées** sur la nuque et les épaules. Veiller à leur maintien en place.
- Proposition de **douches ou de bains** à la demande et en fonction de l'avis médical (attention aux escarres, aux plaies, aux ulcères, etc...).

## SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL.

- **Ouverture** systématique de toutes les portes et fenêtres de l'établissement **en fin de nuit** ou tout début de matinée. Puis, **fermeture** systématique afin de préserver une température convenable.
- **Occultation des baies vitrées** : stores baissés ou, sinon tendre des draps devant les autres baies exposées et les humidifier régulièrement avec les vaporisateurs.
- Répartir les ventilateurs mobiles dans les lieux les plus frais de la résidence et y **regrouper les résidents**.
- Suppression des animations habituelles et de séances de gymnastique entraînant une fatigue inutile.
- Interdire toute sortie des résidents dans les jardins, **même à l'ombre**.
- Tenue d'un cahier indiquant **chaque jour** les mesures prises, les problèmes rencontrés, les avis recueillis, les interventions extérieures, etc...

Nous comptons sur vous tous. Merci par avance de votre vigilance.  
le 20 juin 2003.