

CAHIERS

du

GIS Risques Collectifs et Situations de Crise

N°4 - MAI 2005

**Retour sur les rapports
d'enquête et d'expertise
suite à la canicule de l'été 2003**

Patrick LAGADEC

Hervé LAROCHE





CAHIERS

du

GIS Risques Collectifs et Situations de Crise

N°4 - MAI 2005

**Retour sur les rapports
d'enquête et d'expertise
suite à la canicule de l'été 2003**

Patrick LAGADEC

Hervé LAROCHE

Cette publication du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise s'effectue dans le cadre des publications de la Maison des Sciences de l'Homme-Alpes à Grenoble (UMS 1799, CNRS).

Elle s'inscrit dans le cadre du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise ainsi que dans le cadre du projet inter-MSH "Renforcement d'un réseau interdisciplinaire sur les risques collectifs et situations de crise : développement de nouveaux dispositifs scientifiques", en partenariat entre la Maison des Sciences de l'Homme-Alpes (MSH-Alpes) à Grenoble et la Maison des Sciences Humaines et Sociales (MSHS) à Toulouse, financé par le Ministère Délégué à la Recherche (ACI Terrains, Techniques, Théories, décision 04 5 348).

Auteurs :

Patrick LAGADEC
Directeur de recherche à l'Ecole Polytechnique, Laboratoire d'Econométrie de l'Ecole Polytechnique, Paris

Hervé LAROCHE
Professeur, ESCP-EAP European School of Management, Paris

Editeurs :

Claude GILBERT, directeur du GIS, CNRS, PACTE/Cerat, Grenoble
Isabelle BOURDEAUX, ingénieur d'études au CNRS, MSH-Alpes, Grenoble

Relecture, maquette et mise en page :

Isabelle BOURDEAUX

© CNRS - Maison des Sciences de l'Homme-Alpes
BP 47 - 38040 GRENOBLE CEDEX 9
Tel. : 33 (0)4 76 82 73 02 - Fax : 33 (0)4 76 82 73 04
mail : Isabelle.Bourdeaux@msh-alpes.prd.fr
<http://www.msh-alpes.prd.fr>

ISBN : 2-914242-20-4 - ISSN : 1631-9370
Dépôt légal - 1ère édition : 2005, mai

**LES CAHIERS DU GIS RISQUES COLLECTIFS
ET SITUATIONS DE CRISE**

Le Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) Risques Collectifs et Situations de Crise, qui a fait suite au Programme du CNRS du même nom, associe le CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique), l'INRA (Institut National de la Recherche Agronomique), l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), l'IRSN (Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire), le ministère de l'Équipement, des Transports, de l'Aménagement du Territoire, du Tourisme et de la Mer (via la DRAST), le ministère de l'Écologie et du Développement Durable (via la D4E), le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille (via la DREES-MiRe).

L'objectif des *Cahiers du Gis Risques Collectifs et Situations de Crise* est de permettre la diffusion d'analyses dont le format dépasse celui d'un article sans atteindre celui d'un ouvrage et qu'il est intéressant de faire circuler rapidement au sein de la communauté des chercheurs et acteurs concernés, à un titre ou à un autre, par les risques et les crises.

Ces analyses peuvent porter sur des questions, objets et problématiques très divers, l'idée étant de favoriser la diffusion de synthèses, en particulier sur des sujets liant réflexions théoriques et réflexions pratiques. Pour chacun des *Cahiers*, la part prise par les commentaires et l'analyse des chercheurs est déterminante même si le but visé est aussi de permettre une rapide appropriation du contenu des documents concernés.

Claude GILBERT
Directeur de recherche au CNRS
Directeur du GIS



SOMMAIRE

Présentation – Claude Gilbert	11
PREMIÈRE PARTIE – RETOUR D’EXPÉRIENCE : THÉORIE ET PRATIQUE. LA CANICULE DE L’ÉTÉ 2003. AUSCULTATION DES RAPPORTS D’ENQUÊTE PATRICK LAGADEC	17
Avant-propos	19
Introduction	27
Août 2003 : « La canicule tue en France »	
Des précurseurs ignorés	
Canicule 2003 : un travail d’enquête imposant	
Examen des rapports : le choix d’une auscultation pédagogique, pas à pas	
Clés : une crise à quatre niveaux	
Enjeux	
Le rapport de l’Institut de veille sanitaire, août 2003	41
1. L’inédit	
2. Une complexité et des dynamiques hors norme	
3. Pièges et décalages	
Le rapport Lalande, septembre 2003	45
1. Points de méthode	
2. Chronologie : les administrations ne perçoivent pas la réalité de la crise	
3. Un système non préparé	
4. Le système des urgences hospitalières dans l’épreuve	
5. Des propositions	
6. Examen méthodologique : la ligne de crête des retours d’expérience	

**Le rapport de la mission d'information de l'Assemblée nationale,
octobre 2003 67**

A – La posture de la mission d'enquête

B – Le texte synthèse du rapport

1. Une catastrophe naturelle aux conséquences d'une exceptionnelle gravité
2. Une catastrophe qui n'a été ni anticipée, ni perçue rapidement comme telle

C – Les auditions

1. L'inédit
2. Alerte et représentation
3. L'incompréhension et la détermination à comprendre et à se battre
4. Alerte et cloisonnement
5. Remontées d'information
6. Convaincre : « On n'est pas dans le cas connu... »
7. Alerte et médias : l'indifférence, avant ; le cyclone, dès l'arrivée de chiffres
8. Alerte via les médias : la clé pour faire bouger une structure administrative ?
9. La complexité
10. Le vide, l'abîme
11. Retour d'expérience : défaillance "normale"
12. Le clash entre préoccupations bureaucratiques et défis de la crise
13. Perspectives
14. Un témoignage-clé pour le parcours pédagogique : Pr. Pierre Carli

**Les rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales,
décembre 2003- janvier 2004 127**

A – La fermeture des lits hospitaliers

B – Continuité et permanence des soins libéraux

C – La prise en charge médico-sociale des personnes âgées

**Le rapport du Sénat,
février 2004 151**

A – Lecture générale et démarche

1. Le drame sanitaire : consternation-réquisitoire
2. Les autres tableaux de répercussion de la canicule : satisfecit
3. Démarche, méthode

B – Données et réflexions autour de l'exceptionnel, de la discontinuité

1. Un phénomène hors-cadre
2. L'alerte

- 3. Les conséquences de la canicule sur la santé
- 4. Pièges managériaux
- 5. Les défaillances d'un système

**Le rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale,
mars 2004** 177

A – Avant-propos, Claude Evin, Président

- 1. Un déficit de leadership politique
- 2. Un piège méthodologique par carence du politique

B – Introduction

C – « Une gestion de crise empirique »

- 1. L'absence de plan, la confrontation à l'imprévu
- 2. Des connaissances inexploitées
- 3. Des signaux d'alerte inexploités
- 4. Une veille prise en défaut
- 5. Des remontées d'information quasi inexistantes
- 6. Une direction générale de la Santé (DGS) inconsciente de la gravité de la situation
- 7. Une communication tardive et inadaptée
- 8. Une culture administrative très éloignée de la culture en réseau
- 9. Le traitement des phénomènes inquiétants par l'autorité publique

**Conclusion. Une dynamique de progrès, d'immenses chantiers
pour la recherche** 197

**DEUXIÈME PARTIE – LA CANICULE DE L'ÉTÉ 2003 :
ENQUÊTE SUR LES RAPPORTS D'ENQUÊTE
HERVÉ LAROCHE** 201

Introduction : les rapports entre eux 203

1. Les effets et les causes 211

2. Un récit commun 217

3. La focalisation sur l'alerte 225

- 3.1. La question de la prévisibilité
- 3.2. Information, interprétation, alerte
- 3.3. L'analyse organisationnelle et la critique de la bureaucratie



4. Derrière les facteurs structurels	245
4.1. L'engorgement et les plans blancs	
4.2. Les soins libéraux	
4.3. La voix des patients et celles des institutions	
Conclusion : La crise comme menace et comme opportunité	269



PRÉSENTATION

L'attention croissante portée, depuis une dizaine d'années, à la question des risques collectifs et aux crises qui leur sont liées a favorisé la multiplication d'analyses, d'expertises émanant de diverses instances publiques (inspections générales, missions, commissions d'information et/ou d'enquête parlementaires...) et effectuées souvent dans des délais rapides (quelques mois). Ces productions engendrent un effet de connaissance qui détermine ensuite très fortement l'appréhension de tel ou tel risque, de telle ou telle crise et influent, avec plus ou moins d'impact, sur la gestion des risques et des crises ultérieurs. Dans le champ de la connaissance, la production des chercheurs en sciences humaines et sociales se trouve donc immédiatement concurrencée par une production de type politico-administratif. Un décalage de plus en plus important dans le temps apparaît entre le moment où ces analyses sont diffusées, font l'objet d'une publicisation et le moment où les chercheurs sont en mesure d'intervenir (compte tenu des délais inhérents à la constitution des équipes, à la recherche de financements, à la possibilité de se rendre sur le terrain, d'obtenir des rendez-vous pour des entretiens, etc.). Diverses propositions ont déjà été faites, et parfois depuis fort longtemps¹ concernant la mise en place d'un dispositif d'engagement rapide d'un pro-

¹ Patrick Lagadec (1991), *La gestion des crises, outils de réflexion à l'usage des décideurs*, Paris, Mac Graw-Hill ; Patrick Lagadec (1993), *Apprendre à gérer les crises. Société vulnérable, acteurs responsables*, Paris, Editions d'Organisation ; Claude Gilbert (1992), *L'analyse des crises post-accidentelles. Méthodologie, théorie, déontologie*, Rapport pour l'IHESI, Grenoble, GDR CRISE CNRS.

cessus de recherche en cas “d’événement” de manière à ce que les chercheurs puissent, au même titre que les autres acteurs, être rapidement partie prenante dans les premières phases d’investigation. Les résultats n’ont jusqu’à présent guère été concluants, pour différentes raisons tenant aux modalités d’engagement des crédits – longueur des délais pour les appels à projets, difficultés de procéder par commandes, etc. –, aux réticences des acteurs de terrain ou plus nationaux à coopérer avec les chercheurs, au faible nombre de chercheurs aisément mobilisables dans l’urgence (communauté de taille restreinte, multiplication des engagements institutionnels et de recherche de bon nombre des chercheurs du champ, réticences aussi de certains chercheurs à aller ainsi sur le terrain “à chaud” compte tenu des difficultés...). Concernant l’organisation d’une plus grande implication des chercheurs dans les différentes procédures d’expertise ou de retour d’expérience institutionnelles mises en place suite à des dysfonctionnements et des crises, des chercheurs sont parfois sollicités pour des auditions, mais ils ne sont pas véritablement intégrés à ces procédures. Il est donc particulièrement intéressant de s’interroger sur le contenu et la nature des apports de ces missions et commissions d’inspection, d’expertise, d’enquête et sur les conséquences que cela peut avoir sur la recherche sur les risques dans le champ des sciences humaines et sociales.

Dans le cadre du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise, la réflexion en la matière s’est appuyée sur l’analyse de l’important rapport de la Commission d’enquête conduite par Lord Phillips suite à l’affaire de la “vache folle”, publié en octobre 2000². Réalisée par Patrick Lagadec, cette analyse a été effectuée en quelques mois et a donné lieu à une publication, sous forme de Cahier du GIS³, largement diffusé. Le rapport concerné visait à analyser les conditions dans lesquelles les infections par prions sont survenues en Grande-Bretagne et, plus globalement, les mécanismes de développement d’une situation de crise. Malgré son caractère très officiel, la procédure suivie par cette commission pour conduire son enquête, assurer la transparence de sa démarche et la publicité des résultats contrastait avec les procédures du même type qui ont pu être engagées en France suite à une catastrophe ou une crise de grande ampleur. A travers la présentation de ce rapport, il

²Lord Phillips of Worth Matravers, Mrs June Bridgeman, CB, Professor Malcom Ferguson-Smith, FRS, The BSE Inquiry, House of Commons, London

³Patrick Lagadec (2001), “Retour d’expérience : théorie et pratique. Le rapport de la Commission d’Enquête britannique sur l’Encéphalopathie Spongiforme Bovine (ESB) au Royaume-Uni entre 1986 et 1996”, *Cahiers du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise*, n°1.

s’agissait donc tout à la fois de rendre compte de pratiques de retour d’expérience en développement et de mettre cette analyse à la disposition de tous ceux – chercheurs, responsables, juristes, membres de commissions d’enquête, journalistes, groupes d’intérêt, membres d’associations, etc. – qui sont concernés par le champ de la prévention, du pilotage, de l’analyse des risques collectifs et des crises.

Débatu à différentes reprises au sein du GIS Risques, l’intérêt de répéter et systématiser ce type de travail est apparu très clairement. Il s’agit d’un moyen efficace pour permettre aux chercheurs comme aux acteurs :

- de prendre rapidement connaissance de l’essentiel du contenu des retours d’expériences retenus pour examen ;

- d’approfondir la réflexion sur les conditions et pratiques de la démarche de retour d’expérience (sachant toutefois que, s’il est possible, à travers l’étude de la “littérature” ainsi produite, d’apporter quelques éclairages sur les méthodes de travail des inspections, missions et commissions d’information ou d’enquête, une véritable analyse en la matière devrait reposer sur un travail de recherche complémentaire basé sur des entretiens et éventuellement des observations participantes – ce qui soulève cependant là encore la question de la capacité à engager très rapidement les recherches) ;

- de développer plus encore les références théoriques et opérationnelles sur les problèmes de prévention et de pilotage des risques et des crises, de réaliser une expertise scientifique servant tant à la recherche qu’aux acteurs institutionnels ;

- de susciter un questionnement critique au sein de la communauté des chercheurs concernés par les risques et les crises, notamment sur le statut des analyses ainsi diffusées, sur l’usage que peut en avoir la recherche, sur le positionnement de la recherche, etc. ;

- de dégager des questions et pistes de recherche constituant de véritables plus-values sur le plan scientifique et correspondant aux possibilités effectives d’investigation des chercheurs et équipes concernés.

Compte tenu de l’état du développement des travaux sur les risques et les crises, un certain nombre de chercheurs disposent des outils suffisants (tant sur le plan méthodologique que théorique) pour analyser rapidement, du point de vue des sciences humaines et sociales, ce type de rapports. Il nous semble que ce type “d’expertise” est aussi, en tant que tel, un premier “retour” de la recherche en direction des acteurs et peut donc constituer un

utile apport (complémentaire ou non de travaux de recherche sur un mode plus habituel). Outre l'analyse du cas lui-même, de la façon dont ces rapports expliquent la crise, la problématisent, proposent des solutions, ce type de travail permet aussi de prolonger la réflexion sur le "positionnement" des chercheurs. Comment les chercheurs peuvent-ils et doivent-ils se positionner dans des domaines qui, bien plus largement qu'auparavant, peuvent vite être "saturés" par des analyses "expertes" ? Doivent-ils, comme cela fut avancé dans les années 80/90, tenter de mettre en place une capacité d'investigation rapide ? Doivent-ils prendre acte du fait que, dans les circonstances actuelles, de telles interventions sont peu envisageables, sinon à la marge, les chercheurs n'étant pas spontanément appelés à participer dans l'urgence à l'analyse de situations critiques ? Doivent-ils considérer que le temps de la recherche est distinct de celui de l'expertise et que, dans cette perspective, l'expertise participe de l'objet même de la recherche et que, de ce fait, les rapports produits sont en tant que tels des matériaux pour la recherche (comme, par exemple, le rapport de la commission présidentielle mise en place suite à l'explosion de la navette *Challenger* fut la base de la remarque analyse critique développée par Diane Vaughan⁴) ?

Dans le cadre à la fois du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise et d'un projet de recherche du Réseau des Maisons des Sciences de l'Homme financé par le Ministère de la Recherche en 2004 et associant la MSH-Alpes à Grenoble (Axe Risques et Crises Collectifs, GIS Risques) et la MSHS Toulouse (Axe Travail et Certop), nous avons donc souhaité mettre en œuvre de nouvelles analyses de corpus de rapports produits et rendus publics suite à un événement, une crise importants⁵. Dans cette double inscription institutionnelle, deux cas ont été retenus. Celui de l'accident de l'usine AZF à Toulouse, pour lequel un travail, en cours, a été engagé par des chercheurs de la MSHS de Toulouse (sous la direction de Gilbert de Terssac du CERTOP). Celui de la canicule, qui du fait de l'ampleur de la crise (aussi bien de par ses conséquences en termes de mortalité, en particulier des personnes âgées, que par les remises en cause des structures concernées, les interrogations, polémiques et prises de position suscitées) et du fait du grand nombre de rap-

⁴ Diane Vaughan (1996), *The Challenger Launch Decision*, Chicago, IL, The University of Chicago Press.

⁵ Tous les rapports analysés ici ont été rendus publics très rapidement, mis à disposition et téléchargeables en libre accès sur internet.

ports produits et rendus publics entre septembre 2003 et octobre 2004⁶ et par différents types d'instances, est apparu particulièrement intéressant.

Deux chercheurs ont été sollicités pour ce travail mi-2004 (avec un rendu du texte en mars 2005) : Patrick Lagadec, directeur de recherche à l'Ecole Polytechnique, au titre d'une analyse principale et détaillée des rapports sous l'angle de la gestion des crises, et Hervé Laroche, professeur de stratégie à l'ESCP-EAP European School of Management, au titre d'une analyse complémentaire, sous l'angle du management des organisations, de la production de sens dans les organisations, de l'analyse des défaillances organisationnelles. Deux regards différents ont ainsi été suscités, ces deux contributions permettant donc de rendre compte rapidement du contenu de ces rapports, des différents choix faits en matière d'analyse, des biais éventuels, des effets produits en termes de connaissances par des rapports qui se succèdent, se complètent parfois, se répondent, se distinguent éventuellement... Cette publication, à travers les informations mises en avant, les analyses proposées et les pistes de réflexions ouvertes, devrait ainsi intéresser aussi bien les chercheurs que les acteurs concernés par la gestion des risques et des crises.

Claude GILBERT
 Directeur de recherche au CNRS
 Politiques publiques, Actions politiques,
 Territoires (PACTE/Cerat)

⁶Le travail ici présenté couvre en fait la période septembre 2003-mars 2004. Après mars 2004, un rapport a été publié en octobre 2004 : *Surmortalité liée à la canicule d'août 2003 : suivi de la mortalité (21 août - 31 décembre 2003), causes médicales des décès (1er - 20 août 2003)*, Denis Hémon, Eric Jouglu, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Inserm, octobre 2004. Ce rapport constitue la seconde et dernière partie d'un rapport du 25 septembre 2003 et concerne le suivi de la mortalité générale post-canicule et la description des causes médicales de décès observées au cours de la période de canicule d'août 2003. Ce rapport, essentiellement statistique, n'a pas été repris dans les analyses ici présentées.



PRÉSENTATION



Première partie

Retour d'expérience : théorie et pratique

La canicule de l'été 2003

Auscultation des rapports d'enquête

Patrick LAGADEC



AVANT-PROPOS



AVANT-PROPOS

Pour mieux situer le texte qui va suivre, je souhaite apporter au lecteur les quelques éléments suivants qui permettront une meilleure compréhension de ma posture, en d'autres termes, "d'où je parle".

Fin juillet – début août 2003 (jusqu'au 5 août) : pas mieux que la plupart en France, je n'ai eu la perception d'un risque de drame majeur en santé publique du fait de la chaleur. J'avais, certes, la sensation très nette d'une situation générale qui, globalement, nous projetait hors de nos territoires habituels de référence : des incendies hors contrôle dans le Sud-Est, une pollution généralisée, une sécheresse de plus en plus préoccupante, des pénuries d'eau potable, des conditions de plus en plus dangereuses en montagne, des menaces sur la production électrique. Il y avait là suffisamment d'éléments forts – j'en étais bien conscient – qui justifiaient une vigilance renforcée, un questionnement sur les surprises possibles, une recherche acharnée de convergences de signaux faibles s'il devait y avoir phénomène inédit.

Mais nous ne disposons pas de lieux où des échanges très précoces et ouverts pourraient s'opérer en cas de situation potentiellement préoccupante. Dès lors, les sensations que l'on peut avoir sont destinées à rester personnelles et peu partagées. Aussi longtemps que ce que j'appelle "Force de Réflexion Rapide" n'existera pas – plateforme où pourraient se croiser des perceptions très précoces aux premières sensations et questionnements –, nous serons

condamnés à arriver trop tard.¹ Car les signaux clairs, en matière de crise non conventionnelle, n'arrivent par construction que trop tard.

Second motif de modestie et d'interrogation : dans mes travaux sur les grandes catastrophes, je n'avais jamais entendu évoquer le problème spécifique de la chaleur, ni en France ni à l'échelle internationale. Je n'avais pas connaissance des travaux réalisés en France par le Pr San Marco ou le Dr Besancenot, ni de ceux d'Eric Klinenberg sur la canicule de Chicago en 1995 (tout juste publiés²). Dans aucun colloque ou autre réunion internationale – y compris ceux auxquels participaient les spécialistes du Disaster Research Center (DRC), le centre mondial de référence sur l'étude des catastrophes depuis quarante ans –, je n'avais vu cette question évoquée. J'ai d'ailleurs depuis rapidement passé en revue les publications-clés en matière de catastrophes³ : la question des canicules en est totalement absente – l'attention, en matière de désastre naturel, se portant essentiellement sur “hurricanes”, “earthquakes”, “floods”, avec mention des volcans et des sécheresses. Henry Quarantelli, fondateur du DRC et figure centrale dans le domaine, après vérification générale du fond documentaire du DRC (le plus important au monde), m'a confirmé récemment la rareté extrême des mentions du phénomène de canicule dans la littérature sur les catastrophes.⁴ Eric Klinenberg, dans la même ligne, m'a indiqué que lorsqu'il entreprit ses travaux sur Chicago,

¹ Bien évidemment, un tel support ne saurait être un gage de succès à tout coup. Au moins permettrait-il de gagner en précocité et pertinence dans la réflexion comme la réaction.

² E. Klinenberg (2002), *Heat Wave, A Social Autopsy of Disaster in Chicago*, Chicago and London, The University of Chicago Press.

³ Thomas E. Drabek (1986), *Human System Responses to Disaster. An Inventory of Sociological Findings*, New York, Springer-Verlag ; E. L. Quarantelli, Ed (1978), *Disasters. Theory and Research*, Beverly Hills, California, Sage Publications ; E. L. Quarantelli, Ed. (1998), *What is a Disaster ? Perspectives on the Question*, London, Routledge ; Louise Comfort Ed. (1988), *Managing Disaster. Strategies and Policing Perspectives*, Durham, Duke University Press ; Kenneth N. Myers (1993), *Total Contingency Planning for Disasters*, New York, John Wiley ; Harold D. Foster (1980), *Disaster Planning. The Preservation of Life and Property*, New York, Springer-Verlag ; Raphael Beverley (1986), *When Disaster Strikes. How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*, New York, Basic Books.

⁴ Henry Quarantelli : « *There are no specific volumes on heat waves other than the Chicago one. But there are some passing references in some geography books, primarily the book by Hewitt and Burton called « The Hazardousness of a Place ». This book cites some statistics, especially in one table about the number of world major natural disasters by causal agent, 1947-1967, which says there were 16 heat waves in that period (it cites a book by Sheehan and Hewitt 1969 (« A Pilot Survey of Global Natural Disasters of the Past Twenty Years ») as source. Elsewhere it is said that 4,675 persons died in those heat waves. A few other standard disaster sources do allude to heat waves but they only*

il fut extrêmement surpris de constater ce vide concernant les vagues de chaleur.⁵ Je dois aussi à la vérité de dire que je n'avais pas connaissance de l'article qu'Eric Klinenberg avait publié dans *Le Monde diplomatique* au mois d'août 1997.⁶

Voilà qui doit nous inciter à revoir les modes d'échanges entre grandes aires disciplinaires, puisque, bien sûr, ce désert ne marquait pas tous les champs d'expertise. Mais, comme tous les échanges voulus n'auront pas été satisfaits avant les événements, nous devons aussi apprendre à anticiper le risque de béances dans nos préparations et donc la nécessité de mise en lien très ouverts et novateurs entre spécialistes de champs disjoints, et ce "en situation".

6–10 août 2003 : Peut-être l'aggravation des phénomènes, à partir du 6 août, m'aurait-elle fait passer de la posture de forte interrogation à celle de l'alarme.⁷ Mais, le 6 août à 7 heures, j'arrivais au terminal 2 E de l'aéroport Charles-de-Gaulle, flambant neuf, disposant d'une climatisation ressentie comme une libération.⁸ Le dernier regard sur Paris, au décollage, fut pour constater l'importance de la masse de pollution qui enveloppait la capitale.

Je faisais route vers Cincinnati pour participer à une conférence Union Européenne/Etats-Unis sur la question des crises, organisée par l'Université de Syracuse, du 6 au 10 août 2003. Je devais y intervenir sur le thème : "Preparing Key Leaders and Organizations for the Unconventional and the Unthinkable in a Turbulent World. From Crisis Management to Governance Sustainability".

provide other statistics and there is no discussion of any kind on the heat waves as such. However, there is one other source by Koppe, Kovats, Jendritzky and Menne, « Heat Waves: Risks and Responses», Denmark, World Health Organization 2004, which, while mostly technical, does have a whole chapter on Heat Health Warning Systems as well as passing references to other psychological and social aspects. There are scattered newspaper articles on heat waves also.

So while clearly there is not much of a social science literature on heat waves there is some statistical material especially by geographers (and the World Health book from Denmark which was generated according to the authors by the August 2003 heatwave in Europe). » (communication personnelle avec H. Quarantelli, 25 février 2005).

⁵ Communication personnelle, 1^{er} mars 2005.

⁶ "Juillet 1995, une vague de chaleur tue plus de 500 personnes. Autopsie d'un été meurtrier à Chicago", *Le Monde diplomatique*, août 1997, pp. 6-7. <http://www.monde-diplomatique.fr/1997/08/KLINENBERG/8956>

⁷ Mais, une fois encore, en l'absence des plateformes et connexions voulues, alerter qui ? En l'état actuel des choses, ce type d'appel tombe le plus souvent dans le vide ; ou n'est guère apprécié.

⁸ On mesurera ici encore la dimension "surprise" des catastrophes. Personne n'aurait alors songé que le terminal aurait pu s'effondrer en partie (fait rarissime dans l'histoire des aéroports).

La sensation dominante, lors de cette réunion internationale qui rassemblait une trentaine de chercheurs et de spécialistes, fut qu'il était, là aussi, comme presque toujours, très délicat de faire état de nouveaux horizons des risques et des crises. Lors de mon intervention, alors que je tentais de souligner que les leçons apprises en ces matières dans les années 1980-90 appelaient de très sérieuses actualisations, je fus vivement interrompu par des collègues qui tinrent à souligner immédiatement et en chœur :

1) qu'il n'y avait en réalité rien de vraiment nouveau dans les défis à relever ;

2) que les choses étaient désormais "sous contrôle" ;

3) qu'il ne fallait pas faire preuve de "pessimisme" (président de la séance).

Certains me firent savoir qu'ils me suivaient dans mes mises en garde ; mais cela fut dit hors séance, tant la culture dominante écarte toute évocation de phénomènes ou combinaisons de phénomènes sortant des schémas consacrés. Cela n'empêcha pas les étonnements de se faire de plus en plus marqués au cours des derniers repas de la conférence au sujet de la situation climatique prévalant en France. Des bilans "stupéfiants" commençaient à être évoqués. Mais cela, hors conférence.

11 août – fin août 2003 : Poursuivant mon séjour par Berkeley, j'y suivis la crise française dans la presse (*Le Monde*, site web, 11 août et jours suivants). La montée en ligne du docteur Pelloux, les répliques gouvernementales aux critiques, l'intervention du ministre de la Santé, le retour du Premier ministre à Paris, la mise en cause et le départ du directeur général de la Santé. Mon étonnement vint de ce que, même des personnes aguerries (le directeur général de la Santé était un expert de renommée internationale en matière de santé publique ; le ministre de la Santé avait consacré de très grands efforts personnels à la réflexion sur la crise de la vache folle lorsqu'il avait été le rapporteur des travaux de la mission d'enquête parlementaire sur le sujet) semblaient avoir été piégés par la crise. Une crise couplée à un drame humain de très grande envergure – qui, lui, suscitait non de l'étonnement, mais de la consternation. Tout cela exigeait une attention forte au retour à Paris. J'observais toutefois, d'emblée, les pathologies les plus habituelles en matière de crise.

Sur le front américain, le 14 août fut le jour d'un black-out électrique affectant tout le nord-est du continent, l'aéroport de Los Angeles ne parvenant

plus à faire partir les vols à destination de la côte Est. Telle ou telle personne de notre colloque, qui s'était attardée au retour, put expérimenter en direct l'existence effective de ces risques de réseau d'une ampleur décidément inédite.

Septembre – Décembre 2003 : A mon retour, j'eus bientôt accès à une série de travaux d'expertise, notamment ceux de la mission d'information de l'Assemblée nationale, très rapidement mis en ligne (septembre). Puis au livre de Lucien Abenheim (novembre).⁹ Le 19 novembre, je fus sollicité pour apporter mon point de vue à la Commission d'enquête de l'Assemblée nationale, lors d'une audition programmée pour le 2 décembre. Cette perspective me conduisit à rédiger un premier texte d'analyse, que je remis lors de cette audition.¹⁰ La ligne de ce travail était de tenter de dégager de l'ensemble de cette épreuve une compréhension en termes de "crise".

Mon audition se déroula juste après celle du Dr Pelloux, qui attira un très grand nombre de journalistes. Lorsque le Dr Pelloux en eut terminé, la foule le suivit dans une agitation bien caractéristique, et nous restâmes en petit comité (la presse tenait avec Patrick Pelloux un "client" exceptionnel). Je fus tout de suite frappé par l'atmosphère qui se dégageait de cette commission, faite de convivialité, de volonté de comprendre. Il n'y avait aucune recherche de bouc émissaire. Je fus aussi sensible au fait que les parlementaires ne disposaient guère d'outils, de repères, pour se saisir d'une situation de crise, dans sa dimension de "crise" précisément, avec ce qu'elle génère de pathologies habituelles. L'échange fut riche et stimulant. Nous pûmes même évoquer, à l'issue de l'audition, avec le Président et le Rapporteur, l'idée d'échanges méthodologiques complémentaires. S'ils n'eurent pas lieu dans le cadre de cette commission, il m'a tout de suite semblé qu'il pourrait y avoir là un apport pertinent de la recherche sur les crises à la réflexion des représentants de la nation.

Dans la foulée, Claude Gilbert et Isabelle Bourdeaux se dirent très ouverts à une analyse des multiples rapports d'enquête sur l'événement – comme cela avait été fait sur le rapport Phillips¹¹. Cette fois, il s'agirait d'un travail à

⁹ Pr. Lucien Abenheim, *Canicules, la santé publique en question*, Paris, Fayard, novembre 2003.

¹⁰ Patrick Lagadec : "La société française confrontée aux risques et crises en émergence. La canicule et au-delà : l'urgence de mutations décisives", Texte support de l'intervention du 2 décembre 2003, Commission d'Enquête sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule, Assemblée nationale, sur www.patricklagadec.net.

deux voix – Hervé Laroche étant lui aussi sollicité. Mon idée était précisément de me saisir de ces rapports à travers l’analyse “crise” qui me semblait faire défaut aussi bien lors des auditions que dans les écrits publiés. Il m’apparaissait que, sans cadre d’analyse, sans interrogation à partir d’une expérience des régularités du phénomène de crise, le risque était d’en rester à des chronologies, des accumulations de témoignages, des alignements de motifs de consternation¹² qui, faute d’analyse du fonctionnement des organisations et des personnes en situation de crise, ne pourraient que se répéter crise après crise.

La lecture du livre d’Eric Klinenberg fut particulièrement éclairante dans cette démarche. Un échange direct avec l’auteur me permit de mieux comprendre sa démarche.

Janvier – Août 2004 : Après un premier temps d’examen des rapports d’enquête “canicule”, j’allai conduire, à la demande du directeur général de la Santé (Pr William Dab), un travail d’écoute et de réflexion au sein de la DGS sur la question des risques émergents. Puis je fus associé à la préparation de “l’exercice national canicule” qui devait permettre de tester le “Plan Canicule” mis au point en mai 2004 – mais cet exercice, prévu pour juin puis juillet 2004, fut finalement annulé. Ces travaux ne purent que me renforcer dans mes convictions : ce qui est en cause, dans les crises en émergence, ce ne sont pas tant les limites de telle ou telle organisation, ce sont les références intellectuelles, culturelles, managériales qui nous marquent tous, globalement, quel que soit le secteur. Le champ à défricher est très vaste. Le défi est de parvenir à forger de nouveaux paradigmes, de nouveaux savoir-faire, alors


¹¹ P. Lagadec (2001), *Retour d’expérience : théorie et pratique. Le rapport de la Commission d’enquête britannique sur l’Encéphalopathie Spongiforme Bovine (ESB) au Royaume-Uni entre 1986 et 1996*, Cahiers du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise, n°1, CNRS, 170 p.

¹² Les crises produisent des effets d’aveuglement, de paralysie tels qu’après coup c’est en effet le terme qui revient le plus souvent : consternation. Comment autant de gens de qualité ont-ils pu faire montre de pareille absence de réflexe ou de pareilles attitudes de repli ? On retrouve le terme dès la première page de la préface de François Heisbourg à la publication française du rapport américain sur les attaques du 11 septembre aux Etats-Unis : « *Le lecteur sera surpris, et parfois consterné, par le nombre de bévues, de faux-pas, d’erreurs de jugement, de défaillances politiques et organisationnelles qui ont caractérisé la posture américaine face à Al-Qaïda* » (11 septembre, *Rapport de la Commission d’enquête, Rapport final de la Commission nationale sur les attaques terroristes contre les Etats-Unis, Préface de François Heisbourg, Edition des Equateurs, 2004* (pp. I-II).

que les mutations ne cessent de s'accélérer sur le front des risques, crises et ruptures.

La revue internationale de référence dans le domaine des crises, le *Journal of Contingencies and Crisis Management*, forma le projet de publier un numéro spécial sur la conduite de la crise dans les différents pays européens concernés. Je devais apporter une réflexion sur le cas de la France, ce qui fut fait.¹³ Malheureusement, faute de contributeurs dans les autres pays, le projet de numéro spécial dut être abandonné.

Septembre 2004 – Mars 2005 : Je repris le travail sur les rapports d'enquête, dans l'esprit indiqué : valoriser la richesse des observations des rapports pour une compréhension toujours plus avancée des phénomènes de crise. Ceci pour des progrès décisifs, non seulement dans le domaine de la santé publique, mais dans tous les domaines, puisque tous sont désormais confrontés à des univers de risques et de crises en mutation forte et rapide.¹⁴



¹³ P. Lagadec (2004), "Understanding the French 2003 Heat Wave Experience: Beyond the Heat, a Multi-Layered Challenge", *Journal of Contingencies and Crisis Management*, Vol. 12, n°4, December 2004, pp. 160-169.

¹⁴ Je souhaite remercier ici, pour les éclairages qu'ils ont pu m'apporter : Erwann Michel-Kerjan (Wharton School, Philadelphia), Henry Quarantelli (Disaster Research Center), Eric Klinenberg (New York University).



INTRODUCTION



INTRODUCTION

L'été 2003 restera celui de la canicule qui, en France, aura causé quelque 15 000 morts. Une vague de chaleur sans précédent, tout au moins si l'on s'en tient aux cent cinquante dernières années. Un bilan qui, au-delà du drame humain, laissa un trouble profond : comment ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné ?

Le rapport de la mission commune d'information du Sénat¹ traduit bien ce mélange d'incrédulité, de désarroi, de culpabilité collective :

« L'été dernier, au milieu du mois d'août, les Français horrifiés découvrent les effets meurtriers d'une canicule que nul n'avait prévue, et qui a frappé plus particulièrement les personnes les plus fragiles de notre société, les malades, les handicapés, des patients sous certains traitements médicamenteux et, surtout, les personnes âgées, aussi bien à leur domicile que dans les maisons de retraite et les hôpitaux. Ces personnes sont disparues dans des conditions tragiques, frappées d'hyperthermie dans la solitude de leur domicile surchauffé ou dans les maisons de retraite excessivement vitrées et transformées en serres, accueillies souvent dans un état trop souvent désespéré dans des services d'urgence débordés. Bref, nos personnes âgées sont décédées au cours de ces "journées de braise", malgré la mobilisation exceptionnelle des sapeurs-pompiers, des services d'urgence, des médecins, des infirmières, des aides-soignantes, des personnels des maisons de retraite, des services d'aide à domicile, des maires... dans des conditions inacceptables pour la France des droits de l'homme, qui n'est pourtant pas avare des conseils au monde en ce domaine. » (p. 10)

¹ *La France et les Français face à la canicule : les leçons d'une crise*, Rapport d'information n°195 (2003-2004) fait au nom de la mission commune d'information par Mme Valérie Létard, MM. Hilaire Flandre, Serge Lepeltier, Sénat, déposé le 3 février 2004, 405 p.

Août 2003 : « La canicule tue en France »

Lorsque la vague de chaleur se retira, le 14 août 2003, après dix jours de fournaise, elle laissait un bilan proprement “incroyable”. L'impression générale fut que le système, globalement, était “passé à côté”, comme absent. « *Nous n'avons rien su* » allait souligner plus tard le ministre de la Santé. « *Personne ne nous a informés* » allait-on avancer pour expliquer cette “guerre” perdue en dix jours.

Quelques repères peuvent être proposés en première approximation :

– Juin avait été très chaud. Juillet exceptionnellement chaud. Début août était torride. Mais nous étions en été : tout était donc pour le mieux, dans l'ordre naturel des choses.

– Début août, on commença toutefois à percevoir des signes de difficultés sur un très grand nombre de fronts : sécheresse grave dans les campagnes, incendies de forêts dramatiques au sud, hécatombes dans les élevages de volailles ; pics de pollution graves et généralisés, problèmes pour les transports ferroviaires du fait de la chaleur, grande inquiétude pour le maintien en fonctionnement des centrales nucléaires ; risques aggravés en montagne, craintes de catastrophes en raison d'une fonte de glaciers, généralisation des difficultés à toute l'Europe.

– Le 6 août, la température monta encore, notamment les minima nocturnes – critère critique, mais à cette date non perçu comme tel. Les premiers à indiquer qu'il y avait motif de préoccupation furent les services de Météo France, le 4 août, puis surtout le 7 août ; les premiers, ils soulignèrent le risque sanitaire, notamment pour les personnes âgées.

– Le week-end des 9-10 août fit changer de registre dans les perceptions, avec la montée en ligne des médias. *Le Parisien* titra sur 14 morts le samedi 9 août matin. Patrick Pelloux, médecin urgentiste à l'Hôpital St-Antoine à Paris et président de l'AMUHF (Association des médecins urgentistes hospitaliers de France), fit irruption sur la scène pour dénoncer avec vigueur l'apathie des autorités, souligner que les services d'urgence étaient débordés, qu'il se passait quelque chose de très grave.

– Le lundi 11, tous les médias étaient sur cette ligne. *Le Figaro* titrait : « *La canicule tue en France* ». L'opposition commença à mettre en cause le gouvernement, qui répliqua sur le thème de l'indignité de pareilles mises en cause. Le même soir, le ministre de la santé, Jean-François Mattéi, accordait une interview à TF1 depuis sa maison varoise. 20h07 : « *J'entends des esti-*

mations, 50 par-ci, 300 par-là. Ce que je peux dire, c'est que nous avons été informés des faits par les services sanitaires, par les hôpitaux, par les services d'urgence entre le 5 et le 6. Des mesures ont été prises immédiatement pour comptabiliser les décès qui pouvaient être rapportés à la chaleur. Mais vous savez, il y a souvent une intrication des phénomènes, ce sont souvent des malades qui ont une maladie chronique, ce sont des gens fragilisés, en fin de vie, et naturellement la part des choses est difficile à faire. [...] dès demain midi un numéro vert sera joignable pour donner toutes les mesures de prévention ». Cela dans une tenue estivale décontractée, sur fond de brise berçant les pins méditerranéens. Un fond, une forme perçus comme totalement décalés, tranchant avec le débordement des services d'urgence hospitaliers, ligne de défense qui va bientôt arriver aux limites.

– Le 14 août, le Premier ministre revenait à Paris depuis sa résidence de Haute-Savoie. Après un crochet dans une maison de retraite, permettant de fournir à la télévision des images d'attention aux personnes âgées, le chef du gouvernement présidait une réunion où il décida le déclenchement du plan blanc, le plan de secours des hôpitaux. Ce même jour, l'effet conjugué de l'application de ce plan et la baisse des températures fit percevoir la fin de l'épisode.

– Il restait à gérer la “crise après la crise”, avec une multitude de mises en cause – un processus bien connu.² Chaque acteur possible allait être successivement montré du doigt. La direction générale de la Santé, critiquée par le ministre de la Santé, ce qui conduisit à la démission de son directeur général ; l'Institut de Veille Sanitaire, critiqué par le ministre pour l'absence d'alerte ; les médecins de ville, qui auraient délaissé leurs patients pour partir en vacances ; les familles, qui auraient abandonné leurs vieux parents ; le ministère de l'Intérieur, qui aurait imposé le silence aux sapeurs-pompiers de Paris sur les chiffres de morts ; les maisons de retraite, qui n'auraient pas fait face. En réponse, les argumentations classiques furent alignées : « c'était sans précédent », « ce n'est pas parce qu'il fait chaud qu'il faut se plaindre au gouvernement », « de toute manière, on n'aurait rien pu faire ».

Mais le choc était trop fort, la culpabilité trop vive. La volonté de comprendre s'imposa. On allait s'engager dans des retours d'expérience, des enquêtes, des auditions, pour tirer des leçons utiles à l'avenir.

² P. 't Hart and A. Boin (2001), “Between Crisis and Normalcy: The Long Shadow of Post-crisis Politics”, in U. Rosenthal, A. Boin, L. Comfort, *Managing Crises. Threats, Dilemmas, Opportunities*, Springfield, Charles C. Thomas Publishers, pp. 28-46.

Des précurseurs ignorés

Un regard bien amer fut porté sur les précurseurs, repérés après-coup. Ils ne manquaient pas :

– L’été 1976, en France, avait fait des milliers de morts (6 000 ?) – mais l’événement avait été étiqueté sous la rubrique “sécheresse” et ne figura pas dans la case des catastrophes humaines ou de santé publique.

– Une vague de chaleur à Marseille en 1983 avait causé la mort de quelque 300 personnes, 4 700 en France – mais les leçons de l’épisode n’avaient guère retenu l’attention au-delà de la cité phocéenne.

– Athènes avait compté 2 000 morts lors de sa canicule de 1987 – mais l’événement était au mieux archivé et non présent dans les mémoires.

– Il y avait encore, surtout peut-être, Chicago et ses 700 morts en 1995. Un cas resté largement méconnu.

Une attention aux précurseurs aurait apporté plusieurs enseignements cruciaux :

– La chaleur, de façon trompeuse, peut être mortelle. Certes, tous les jours, notre corps fait un travail pour maintenir une température appropriée ; et lorsqu’il fait un peu trop chaud, il développe des mécanismes plus efficaces pour rattraper les écarts de température trop importants. Mais une combinaison de facteurs – température maximale élevée, température minimale trop élevée, durée d’une vague de chaleur, etc. – peut conduire à submerger les mécanismes de rattrapage habituels. Se met alors en place une dynamique qui n’a plus rien d’habituel : selon une cinétique qui peut être foudroyante, le sujet bascule dans un processus rapidement irréversible conduisant à la mort. Même boire n’y suffira pas.

Nous avons là une expression particulièrement claire de ce qu’est un phénomène de crise : les mécanismes habituels de rattrapage sont submergés, et il faut passer à d’autres modes si l’on veut s’arracher au processus funeste qui se met en place à haute vitesse. L’étude de ce qui se passe lorsque ces dynamiques se développent, après échec des mécanismes habituels de rattrapage, est précisément l’objet de l’analyse des crises. L’examen des logiques stratégiques et opérationnelles à construire pour prévenir et piloter ces dynamiques hors limites est l’objet des travaux en management et gouvernance des crises.

– Le phénomène ne prévient pas, il ne monte pas graduellement. Nous sommes dans le registre de la lame de fond : invisible, et soudain destructrice

à grande échelle. En matière de canicule, le bilan d'un tel phénomène peut atteindre des niveaux de gravité extrême, d'autant plus stupéfiants que la chaleur est spontanément associée à une situation positive, estivale.

– Ce phénomène, comme tout épisode de crise, tend à prendre les systèmes à contre-pied, et les responsables risquent d'y réagir de façon totalement inadéquate : déni, évitement, mises en cause, qui ne font que dramatiser la dynamique de crise.

Le cas de Chicago

La lecture du livre de Klinenberg³ aurait assurément donné les clés d'entrée principales. Il suffit d'en retenir ne serait-ce que quelques lignes pour mesurer quel abîme sépare notre représentation de la chaleur estivale des risques majeurs qui vont de pair avec ce phénomène, dès lors que sont franchis certains seuils – ténus, complexes, mal cernés, et pleins de surprises.

Au-delà, le livre aurait pu renseigner sur les pièges multiples posés par ce phénomène si naturel et agréable de la chaleur estivale : piège de détection, piège scientifique, piège sociétal, piège de gouvernance – avec la kyrielle de réactions stupéfiantes et aggravantes, tout à fait “normales”, observées à chaque fois que des systèmes sont pris de court.

Un risque majeur :

Silent and invisible killers of silenced and invisible people

« Etant donné l'attention prêtée aux catastrophes spectaculaires, si bien formatées pour une exploitation médiatique directe (camera-ready disasters), telles que les cyclones, les séismes, les tornades et les inondations, les Américains sont souvent surpris d'apprendre qu'aux Etats-Unis il y a plus de décès liés

³ E. Klinenberg (2002), *Heat Wave, A Social Autopsy of Disaster in Chicago*, Chicago and London, The University of Chicago Press. Avec ce livre, qui a reçu cinq prix, Eric Klinenberg nous offre une réflexion qui, dans son registre – les crises de texture –, peut se comparer à ce que Graham Allison avait introduit comme rupture créatrice dans l'intelligence des crises internationales avec son étude sur la crise des missiles de Cuba (Graham Allison (1971), *Essence of Decision: Explaining the Cuban Missile Crisis*, Boston Little Brown). L'ouvrage est d'un abord d'autant plus aisé pour nous que son auteur, originaire de Chicago, ancien étudiant de Berkeley, désormais professeur de sociologie à New York University, a fréquenté l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, ce qui transparaît d'emblée à la lecture. Ses réflexions sont marquées par une profondeur d'analyse qui tranche avec la littérature sur les crises, souvent inscrite dans des logiques simples, binaires, univoques et sous hypothèse que des check-lists basiques ont réponse à tout.

aux vagues de chaleur que n'en provoquent l'ensemble cumulé de tous les autres événements météorologiques extrêmes. Les vagues de chaleur reçoivent peu d'attention publique, non seulement parce qu'elles n'entraînent pas de dommages massifs aux biens matériels, et parce qu'elles ne produisent pas ces images sensationnelles comme les autres catastrophes climatologiques, mais aussi parce que leurs victimes sont avant tout des rejetés de l'ordre social – les vieux, les pauvres, les isolés. Nous avons affaire ici à un tueur silencieux et invisible, qui s'attaque aux gens rejetés dans le silence et hors du champ de vision. Les conditions sociales qui rendent les vagues de chaleur si mortelles ne sont pas formées pour s'inscrire au tableau pris en considération par les médias, ni par leurs auditoires. Et il en va de même pour les experts scientifiques sur les catastrophes. » (E. Klinenberg, p. 17)

Les pièges :

Deny, Deflect, Defend

Le maire, Richard Daley, qui avait coutume de prendre son lundi en été, convoqua une réunion de ses collaborateurs le lundi 17 juillet à 8h. [La vague de chaleur avait débuté une semaine auparavant]. Il était déjà fait état d'une centaine de victimes, et le directeur de l'institut médico-légal annonçait un bilan encore plus lourd.

Déjà la presse posait des questions. L'équipe de relations publiques du maire organisa deux événements médiatiques pour la même journée. Le premier : une visite d'un supermarché qui avait été privé de courant, et avait de ce fait perdu ses denrées périssables ; le maire annonça une audition publique pour étudier les défaillances de Commonwealth Edison, l'opérateur. Cela, calculèrent les conseillers, pour focaliser l'attention sur l'opérateur, et galvaniser les citoyens, déjà en colère en raison des pannes électriques qu'ils subissaient. Le second : une conférence de presse depuis l'un des cinq centres de personnes âgées de la ville ; on y repousserait toutes les critiques sur une quelconque défaillance municipale aussi bien en ce qui concernait la réponse opérationnelle que l'information du public sur la façon de survivre à la chaleur.

Ce point de presse donnerait aussi une chance à Daley de réparer un impair qu'il avait commis le vendredi précédent lorsqu'il avait dit à des journalistes de ne pas en faire trop avec cette situation : *« Il fait chaud. Il fait très chaud. Nous avons tous nos petits problèmes, mais n'exagérons rien. On exagère à Chicago. Et c'est pour ça que les gens aiment Chicago. On y exagère. »*

Ces mots avaient été prononcés avant que l'on connût les premiers chiffres, mais rétrospectivement ils apparaissaient inappropriés. Au cours de la conférence de presse, il plaïda : « *Soyons réalistes. Personne n'aurait pu imaginer une telle hécatombe* ». (p.171)

A sa suite, quatre hauts fonctionnaires (santé, services sociaux, pompiers, police) prirent la parole pour une défense "béton" de la municipalité et de sa réponse à la crise. La responsable de la santé, qui venait de confier à un proche du maire que la ville avait peut-être mal géré la situation, fut cette fois d'une défense sans faille sur le thème : « *On a fait tout ce qu'il fallait* ».

Le moment le plus fort fut la prise de parole du commissaire aux services sociaux (p. 172). Le vendredi précédent, comme le maire, il n'avait pas été particulièrement heureux dans ses prises de parole : il ignorait combien de centres rafraîchis la ville avait ouvert, il ignorait comment la municipalité viendrait en aide aux personnes âgées pour se rendre dans ces centres. Le maire avait redirigé la colère des gens sur l'opérateur électrique ; le Commissaire, lui, s'en prit de front aux victimes : « *Nous parlons de gens qui meurent parce qu'ils se négligent eux-mêmes* ».

Cela rencontrait en fait l'opinion de base voulant que ceux qui connaissent le malheur l'ont en fait bien cherché et que ce problème se situe au-delà de ce que l'on peut raisonnablement attendre d'un exécutif. On était là devant une catastrophe sociale, et pas devant un événement politique.

Alors que les températures baissaient, les responsables pensèrent que la crise était passée. Mais le mardi 18 juillet, on continuait à recevoir des rapports soulignant que d'autres corps arrivaient à la morgue et le directeur de l'institut médico-légal souligna que le bilan final serait assurément plus lourd que le chiffre de 376 jusque-là enregistré, puisqu'au moins 100 corps restaient à examiner. Des sénateurs de l'Etat firent publiquement savoir qu'ils demandaient des enquêtes pour étudier la réponse politique à la canicule, et des journalistes du monde entier arrivèrent à Chicago pour couvrir ce qui devenait l'affaire de l'été. Daley et son équipe étaient à nouveau sur la défensive.

Pour le mardi, les propos du Commissaire aux affaires sociales avaient déclenché leur effet boomerang, et le Commissaire dut revenir devant la presse pour présenter ses excuses. Avec cette réalité bien visible de centaines de corps en attente à la morgue, la municipalité prit une autre stratégie de relations publiques, en démentant les résultats des analyses du directeur de l'insti-

tut médico-légal, Edmund Donoghue, et donc en mettant en avant que ces morts n'étaient pas liées à la chaleur.

Le maire fit une déclaration forte : « *Chaque jour, des gens meurent de causes naturelles. Il est impossible d'affirmer que tous ceux qui sont morts au cours des huit ou neuf derniers jours sont morts de la chaleur. Ou alors on finira pas dire que quiconque décèdera cet été sera mort de la chaleur* ».

Le directeur de l'institut médico-légal souligna la validité de ses analyses et refusa de plier ses principes scientifiques aux exigences politiques. Alors qu'il avait pris soin de ne jamais mettre en question l'autorité municipale, il fut surpris de cette charge et de la mise en question de son autorité. Il resta dans un registre diplomatique alors que la pression politique sur son bureau s'accroissait. « *Le maire est fondé à soulever des questions. Nous serions très heureux de voir les chiffres vérifiés... Mais tous ces gens auraient survécu s'il n'y avait pas eu la chaleur... Je pense que mes critères sont absolument justes. Je pense que mes critères sont excellents. La vérité, c'est que, probablement, nous avons sous-estimé le nombre des morts liées à la chaleur* ». Les médecins légistes et les experts en matière de canicule du pays tout entier confirmèrent finalement les résultats du Dr Donoghue, et notamment les experts du Center for Disease Control (CDC, Atlanta). Mais la puissance de la municipalité, ses connexions avec la presse, sa capacité à cadrer l'événement, firent de la ligne de Daley la ligne de référence pour le public.

Un haut fonctionnaire des services de santé souligna à quel point la situation fut tendue, avec, fait unique pour lui, des réunions avec les portes fermées à clé et la pancarte "Interdit à la presse". Mais, après l'entrée en scène des experts fédéraux du CDC et l'appui qu'ils accordèrent au directeur de l'institut médico-légal, il fut impossible au maire de poursuivre plus avant sa mise en cause scientifique de Donoghue.

Le même haut fonctionnaire de la santé raconte ainsi la réunion au cours de laquelle le bureau du maire finit par admettre la légitimité des chiffres de morts liées à la canicule tels que les rapportait l'institut médico-légal : « *Nous étions en réunion avec l'équipe du CDC qui était venue pour une étude cas-témoins et, peu après le début de la réunion, le bureau du maire envoya un juriste pour protéger la position du maire. Il était en situation difficile. Soit il devait appuyer la ligne du maire, qui était fausse, de façon patente, soit il devait démissionner. Bien sûr, le bureau du maire était déjà furieux au vu des rapports sur les morts liées à la chaleur, et quand je lui ai dit que la mortalité était en*

réalité bien plus élevée, le juriste explosa. Je lui ai expliqué le concept de morts en excès, et il répondit : “Donc nous ne pouvons pas être certains à 100 % que ces gens sont morts de la chaleur. Vous ne pouvez pas le prouver cas par cas ? Ils auraient tous bien pu être morts par homicide, n’est-ce pas ?”. Je répondis : “Non, nous n’avons pas de confirmation de cause de la mort pour chacun des cas, mais il n’y a aucune autre cause plausible de mort et c’est ce que pensent les épidémiologistes. Et nous savons bien, de toute manière, qu’il n’y a pas eu des centaines d’homicides”. Alors le juriste se tourna vers l’un des experts du CDC dans la pièce et lui demanda : “Lequel de nous deux a raison ?”. L’expert lui répondit que c’était moi, ce qui mit un terme à la réunion. Le temps que je retourne au Health Department et que je voie la commissaire, celle-ci avait déjà reçu un coup de téléphone du bureau du maire avec l’instruction que personne ne voie ces chiffres. Nous n’étions pas autorisés à dire quoi que ce fût. » (d’après E. Klinenberg, pp. 168-174)

Canicule 2003 : un travail d’enquête imposant

E. Klinenberg souligne que, dans le cas de Chicago, les autorités municipales ne tolérèrent qu’un retour d’expérience particulièrement limité, biaisé en vérité. Les officiels se protégèrent en ramenant tout au caractère unique de l’épisode, comme si cela épuisait la réflexion ; et en faisant prévaloir l’idée qu’il ne faut pas tout attendre des pouvoirs publics (on renvoya le problème sur les associations et autres organisations de terrain, pour qu’elles s’occupent des personnes isolées⁴).

En France, au contraire, on a noté une détermination réelle à faire la lumière sur l’événement, tenter de mieux cerner ce qui posa problème, et de ce fait mieux préparer l’avenir si d’autres canicules devaient survenir. Une série de travaux d’enquête ont été engagés, donnant lieu aux publications suivantes :

– Août 2003 :

Institut de veille sanitaire, *Impact sanitaire de la vague de chaleur en France survenue en août 2003*, 72 p., 29 août 2003.

– Septembre 2003 :

Françoise Lalande, Sylvie Legrain, Alain-Jacques Valleron, Dominique Meyniel, Maryse Fourcade, *Mission d’expertise et d’évaluation du système*

⁴ Eric Klinenberg, op. cit., p. 179.

de santé pendant la canicule 2003, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, septembre 2003, 61 p.

– Septembre 2003 :

Denis Hémon et Eric Jouglu, *Estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques, Surmortalité liée à la canicule 2003*, rapport d'étape, Rapport remis au ministre de la Santé le 25 septembre 2003, INSERM, 59 p.

– Septembre - octobre 2003 :

Rapport d'information n°1091, *La crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule*, « *Prévoir l'imprévisible, changer de regard sur le vieillissement : deux défis pour demain* », présenté par M. Denis Jacquat, Député, Assemblée Nationale, tome 1, 441 p., tome 2, 580 p., octobre 2003 (version électronique sur le site de l'Assemblée datée du 24 septembre 2003)

– Décembre 2003 - Janvier 2004 :

Jean-Paul Bastianelli, Maryse Fourcade, Sylvain Picard, Liliane Salzberg, *Mission d'enquête sur les fermetures de lits en milieu hospitalier durant l'été 2003*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 52 p. (+ annexes), décembre 2003 ;

Jean-Claude Cuénat, Christine Daniel, Roland Ollivier, Thérèse Roquel, *Continuité et permanence des soins libéraux pendant l'été 2003*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 63 p. (+ annexes), décembre 2003 ;

Anne-Marie Léger, Didier Lacaze, Michel Laroque, Didier Noury, *La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 57 p. (+ annexes), janvier 2004.

– Février 2004 :

La France et les Français face à la canicule : les leçons d'une crise, Rapport d'information n°195 (2003-2004) fait au nom de la mission commune d'information par Mme Valérie Létard, MM. Hilaire Flandre, Serge Lepeltier, Sénat, déposé le 3 février 2004, 405 p.

– Mars 2004 :

Rapport n°1455 de M. François d'Aubert, rapporteur, déposé le 25 février 2004 fait au nom de la commission d'enquête sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule, Assemblée Nationale, tome 1, 232 p. ; tome 2, 573 p., 3 mars 2004.

Examen des rapports : le choix d'une auscultation pédagogique, menée pas à pas

Nous disposons, avec ces multiples expertises et enquêtes, d'un corpus d'une richesse rare en matière de retour d'expérience. Il m'a semblé important d'en tirer tout le parti possible pour faire avancer les réflexions sur un terrain particulier, celui des crises, de la gestion des crises.

Pour cela, j'ai choisi d'aller à la recherche de tout apport factuel, toute analyse, toute remarque, tout témoignage permettant d'ancrer et d'enrichir nos réflexions sur la crise de la canicule et sa gestion – et au-delà sur les crises en général. Ce travail a été fait pour chacun des rapports, examinés dans l'ordre chronologique de leur publication.⁵ Outre ces “morceaux choisis” – souvent introduits par un sous-titre permettant un étiquetage plus direct de l'élément repris – je suggère des pistes de réflexion complémentaires à travers des commentaires proposés en supplément, au fil du texte, à chaque fois que cela m'a semblé utile.

Ce choix n'a certes pas que des avantages : on pourra regretter une contribution plus synthétique. Il aurait été possible, en effet, de retenir une approche thématique transverse reprenant par exemple l'essentiel de ce que disent les rapports en matière de préparation, de signaux, d'alerte, de mobilisation, d'action, de coordination, de communication, etc. On aurait d'ailleurs pu proposer un résumé par thème d'examen et s'en tenir là. De la sorte, on aurait évité le problème de la répétition, qui pourra gêner ici : chaque rapport traitant du même sujet, à partir de l'audition des mêmes acteurs, il est inévitable que l'on retrouve au fil des pages des données, des réflexions, et des commentaires de ma part, qui se recourent.

Mais, à cette voie de la synthèse, j'ai préféré celle de l'analyse pas à pas, en dépit des problèmes que je viens d'indiquer. Pourquoi ? Parce que le défi des crises n'appelle pas d'abord une prise de connaissance synthétique de ce qu'il convient de savoir. La démarche pédagogique à opérer aujourd'hui en matière de crise exige une plongée bien plus fine, plus patiente, plus astreignante. Les pièges sont tels en ce domaine que la prise de connaissance de quelques fiches de synthèse n'a que peu d'effet. Pour acquérir d'autres possibilités de lecture et d'action, il faut passer par une déconstruction des

⁵ A l'exception du rapport d'Eric Jouglu et Denis Hémon, de nature plus spécifiquement statistique, et qui sera repris et commenté lorsque cité par d'autres rapports, notamment celui du Sénat.

réflexes et des lectures formatées. Cela exige à coup sûr de venir et revenir sur les pièges, les blocages, les schémas cognitifs “évidents”. Et la répétition n’est pas forcément négative lorsque le terrain est aussi contre-intuitif qu’en matière de crise.

J’oserai ici un parallèle, qui me semble justifié en raison des affects puissants, souvent irrépressibles, qui marquent individus et groupes en situation critique. Dans son ordre, le monde de la crise est aussi étranger au penseur et au gestionnaire des phénomènes “normaux” que le monde de la psychanalyse a pu l’être au moment de sa construction aux experts et médecins de l’époque. Il faudrait relire *Introduction à la psychanalyse* sous cet angle – son entrée en matière serait sans doute la meilleure approche pour aborder les situations de crise – monde étrange qui prend l’analyste comme le gestionnaire à contrepied ; qui déstabilise et déclenche toutes sortes de mécanismes de rejet. « *Je vous montrerai* », écrit Freud, « *que toute votre culture antérieure et toutes les habitudes de votre pensée ont dû faire de vous, inévitablement, des adversaires de la psychanalyse, et je vous dirai ce que vous devez vaincre en vous-mêmes pour surmonter cette hostilité instinctive* ».⁶

La profondeur des ancrages qui expliquent nos attitudes et réflexes habituels en temps de crise exige un travail patient, également en profondeur. Pour reprendre la veine psychanalytique, un travail sur les couches profondes de la personnalité ne s’acquiert pas par des synthèses bien cadrées que pourrait apporter l’analyste. Ici de même, si l’on veut se repérer dans le monde des crises, pour s’y mouvoir avec plus de liberté et de créativité, il convient de prendre des chemins plus tortueux. Pour voir, revoir, s’étonner, trouver des repères et des cartes nouvelles. Et peu à peu, un terreau est ainsi constitué, qui permet de consolider des cartes mentales, une culture, des questions, plus appropriées aux situations marquées par des turbulences sévères et des discontinuités déconcertantes.

Je propose donc ici, plutôt qu’un texte d’analyse, un itinéraire d’étonnement, de repérage, de reconstruction, qui passe par une lecture ne craignant pas le retour sur les mêmes chemins – chaque rapport permettant de stimuler les capacités d’étonnement, d’indiquer de nouvelles voies de lecture et d’action. J’irai donc rechercher dans les textes tout ce qui peut aiguïser notre questionnement, notre étonnement – et je citerai les passages les plus significatifs pour cette quête.

⁶ S. Freud, *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 2001, p. 10.

La démarche est bien inscrite dans la philosophie du retour d'expérience : tenter de comprendre pourquoi et comment des difficultés ont pu surgir, des paralysies se produire ; mais aussi : des initiatives remarquables se manifester. Cela n'exclut pas de fermes recommandations d'amélioration – le sujet est grave et mérite la netteté.

Dans ce même esprit, le travail vise également à contribuer à développer la réflexion sur les méthodes d'enquête suivies par les commissions en charge de ces très lourds dossiers. Il pourrait y avoir là des réflexions communes fructueuses entre les spécialistes du domaine et les parlementaires, ou autres experts en charge d'enquête a posteriori.

Clés : une crise à quatre niveaux

Pour assurer toutefois un peu de recul par rapport aux observations immédiates sur l'épisode, je partagerai volontiers ici ma grille de lecture des événements. Il m'apparaît que les difficultés observées dans ce dossier sont liées à quatre défis croisés, chacun en lui-même difficile à relever :

1. *Le défi de l'urgence*, généralement peu intégré par nos organisations, davantage inscrites dans une culture de dossiers. Or, dans ce cas, il aurait fallu, dans de très nombreuses institutions, mettre en ligne des capacités dignes de services d'urgence : réactivité, suivi, temps réel. C'est là un problème général : les crises contemporaines concernent et vont concerner un nombre sans cesse plus élevé d'organisations, qui vont devoir acquérir cette culture d'alerte, de mobilisation et de réaction rapide, souvent connue des seuls services d'urgence.

2. *Le défi de la crise*, avec tout ce que cela implique en termes de réaction en étoile, à multiples partenaires, sur des questions floues, à haut degré d'incertitude, et en univers de communication médiatique dominante. Nos organisations en général, bien au-delà de celles que l'on va voir ici à l'œuvre, sont largement démunies d'une telle culture managériale de crise.

3. *Le défi de la crise non conventionnelle*, qui s'impose désormais en raison de phénomènes qui nous confrontent à de hauts degrés de discontinuité, d'ignorance, de globalité largement étrangers à nos cultures intellectuelles et de gouvernance. Ceci dans tous les pays du monde. Pour ces questions émergentes (climat, épidémies mondiales, terrorisme, etc.), ce qui a été appris depuis les années 1990 en matière de crise est très insuffisant, même si cette première base reste indispensable à acquérir.

4. Enfin, *le défi de la crise de texture*⁷. Ce fut le trait majeur de cette crise, comme le trait dominant de l'échec de Chicago en 1995 ainsi que l'explique magistralement E. Klinenberg. Ce n'est plus tel point, tel flux, telle infrastructure qui sont touchés. Mais bien les tissus, les relations, les cultures – qui font que tels sont à l'abri, d'autres très exposés, bien au-delà de ce que pourrait donner à croire une lecture simple du thermomètre. Cette approche "biologique", et pas du tout "mécanique" des crises sociétales est bien loin de nos cultures classiques d'urgence et de crise.

La plongée dans l'examen des rapports permettra de nourrir un travail d'approfondissement de la réflexion comme de l'action sur chacune de ces lignes essentielles.

Enjeux

Il nous faut comprendre les difficultés propres à ces situations et nos impréparations collectives pour être en mesure d'affronter non seulement une canicule de type 2003, mais encore tout autre phénomène climatique à haut degré de surprise. Et bien au-delà : pour pouvoir affronter les crises de notre temps.

Pour l'heure, le décalage entre ces défis et notre pauvre préparation nous conduit non à désigner des coupables, mais plutôt à sonner le tocsin : il y a vraiment urgence en la demeure.

Les 15 000 victimes de l'été 2003 ne sont pas seulement mortes de coup de chaleur. Elles sont d'abord la traduction de ce décalage entre nos aptitudes et les rendez-vous de notre histoire. Qu'on ne s'y trompe donc pas : les acteurs de cette tragédie furtive d'août 2003 auraient pu laisser leur place à bien d'autres acteurs. En outre, ces acteurs de la canicule dont on va parler maintenant ont beaucoup appris et beaucoup mis en œuvre ces derniers mois. Je suis plus inquiet pour ceux qui, n'ayant pas connu ce type de choc, en restent encore à des assurances qui ne tiendraient pas l'épreuve de la réalité au premier épisode un peu délicat.

⁷ Je reprends le mot du livre d'E. Klinenberg, p. 91.

**LE RAPPORT DE L'INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE
29 août 2003¹**

L'étude de l'InVS est essentiellement descriptive et porte sur l'impact sanitaire de la vague de chaleur. On peut néanmoins en retenir un certain nombre d'éléments qui permettent, non seulement de cerner le phénomène, mais encore de préparer le questionnement sur la conduite de cette crise-ci et des crises en général, au-delà du seul cas de la canicule de 2003.

1. L'inédit

La canicule de l'été 2003 n'est pas un phénomène simplement "peu courant", dont on dit, de façon rapide, qu'il est "exceptionnel". Cet épisode a été réellement un inédit en termes de durée, d'intensité, de valeurs extrêmes, de valeurs moyennes. Le rapport l'indique :

« La période du 4 au 12 août est unique dans les annales de Paris depuis 1873. » (p. 8)²

« Cette période de canicule dépasse de très loin tout ce qui a été connu depuis 1873 par son intensité et sa longueur, tant au niveau des températures minimales, maximales que moyennes. » (p. 8)

« La vague de chaleur qui a touché la France en août 2003 a été exceptionnelle par les pics thermiques relevés, jamais observés par le passé. » (p. 71)

¹ Institut de Veille Sanitaire : *Impact sanitaire de la vague de chaleur en France survenue en août 2003*, Département des maladies chroniques et traumatismes - Département santé environnement, 29 août 2003, 72 p.

² Les citations tirées des rapports sont indiquées en italique entre guillemets. Un trait grisé dans la marge fait ressortir nos commentaires.

2. Une complexité et des dynamiques hors norme

Il est intéressant de noter, tout au long du rapport, l'abîme séparant l'épisode canicule et nos modes d'appréhension du phénomène.

1) *Un phénomène qui échappe aux définitions, aux formatages habituels*

« Aucune définition consensuelle de la canicule n'est actuellement disponible. » (p. 7)

« Quantifier les décès attribuables à une vague de chaleur est difficile en l'absence de définitions standardisées et compte tenu de la difficulté du diagnostic médical [...] dans cette étude [...] la définition est stricte, mais peu opérationnelle pour le personnel médical chargé d'établir le diagnostic ». [...] « les personnes décédées chez elles (à domicile ou en maison de retraite) ou dans la rue ne sont pas répertoriées. » (p. 25)

2) *Un phénomène multidimensionnel*

Températures diurnes, nocturnes ; vent, pollution, degré d'humidité. Il n'est pas possible de définir des seuils assurés, des critères simples, uniformes, admis par tous. Et il faut élargir bien davantage encore l'éventail des facteurs à prendre en considération :

« Chez les moins de 60 ans, les maladies mentales, les traitements psychotropes, l'obésité et les pathologies associées ont joué un rôle mesurable, notamment dans l'étude des décès par coup de chaleur observés à l'hôpital ». (p. 71)

3) *Un phénomène hétérogène*

Les plus forts impacts ne sont pas au Sud, mais au Centre (p. 47). Davantage : « Des disparités importantes entre les départements et au sein d'un même département ont été observées. » (p. 43)

4) *Un phénomène non graduel*

On doit faire face ici à des montées "disproportionnées", qui prennent à revers nos logiques de référence : « Le nombre de décès pris en charge par la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) présente lui aussi une courbe épidémique en deux temps : une première augmentation entre le 7 et le 10 août avec un triplement du nombre des décès par rapport à la semaine précédente, puis une deuxième phase d'augmentation extrêmement brusque commençant le

11 août pour culminer le 13 août avec une multiplication par 10 du nombre des décès ». (p. 15)

5) Un phénomène masqué

« Le 13 août, des données de mortalité hospitalière fournies lors d'une réunion par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris permettent de conclure qu'une épidémie de grande ampleur se développe ». (p. 4) *« Près de la moitié des décès répertoriés sont survenus alors que les premiers symptômes étaient apparus le jour même ou la veille, ce qui traduit la rapidité avec laquelle le décès peut survenir. »* (p. 26)

3. Pièges et décalages

Le phénomène a conduit à des bilans de haute gravité. Un premier problème est de savoir comment lire les résultats, les comprendre, les comparer à des situations dans d'autres pays. Le rapport de l'INVS permet de saisir trois points importants.

1) Le phénomène ne permet pas de se rassurer à bon compte

Sous le choc de l'annonce du bilan, il est courant (on a vu le même phénomène d'interprétation commode s'imposer à Chicago, comme noté précédemment) de mettre en avant ce que les spécialistes ont qualifié « *d'effet de moisson* » selon lequel les décédés seraient, de toute façon, morts à brève échéance.

Le rapport de l'InVS souligne qu'il n'en est rien : *« Il est notable que l'évolution de la mortalité après un coup de chaleur peut montrer soit une diminution (les décès observés lors du pic de chaleur sont interprétés comme une anticipation de décès chez des personnes très fragiles) soit une augmentation (de nombreuses personnes fragiles décompensant lors du pic thermique du fait de capacités physiologiques limitées, sans pour autant décéder à court terme). Une telle augmentation de mortalité a été observée en 1983 à Marseille, jusqu'à 6 mois après le pic thermique. »* (p. 61)

2) A l'échelle internationale, le phénomène est mal pris en compte

L'InVS donne les résultats d'une rapide recherche d'informations à l'international. Les données à disposition semblent pour le moins limitées : *« Aucun pays contacté n'a été en mesure de fournir une évaluation consolidée de l'impact sanitaire à la date du 27 août 3003. »* (p. 68)

3) Nos cultures de veille semblent décalées

Nos logiques habituelles passent par la collecte d'informations standardisées, à partir de l'hypothèse que l'on aura du temps entre la détection et l'action de prévention.

Ces logiques sont "hors-jeu" avec un phénomène tel que la canicule : « La direction de l'AP-HP a pu transmettre à l'InVS un nombre quotidien de décès survenus dans l'ensemble de ses établissements. Cette transmission a débuté le 13 août. » (p. 14) ; « L'InVS s'est adressé aux Pompes Funèbres Générales le 13 août 2003. » (p. 19)

Commentaires

– Il faut mesurer ce que peut avoir de déstabilisant cet inédit (même s'il est relatif à l'échelle du millénaire³). Très vite, lorsque l'on est hors référence habituelle, les réflexes, les pratiques, les lectures vont s'avérer piégeants. Surtout lorsque, comme ici, le fait de passer un cap plonge dans un univers tout autre. Il y a peu de différence au thermomètre lorsque l'on passe de 22°C à 25°C la nuit ; mais pour les personnes, cela peut tout simplement signifier le basculement dans la mort. On se méfiera donc du relativisme habituel en ces sujets, tendant à ne jamais prendre la mesure pleine et entière des pics enregistrés. Quelques degrés de plus, combinés à d'autres phénomènes, et l'on passe à 15 000 morts. Cela rend d'ailleurs délicates les comparaisons internationales ou interrégionales, voire les analyses départementales – la carte administrative pouvant fort bien ne pas recouvrir du tout les enjeux climatologiques et de santé publique.

– On notera aussi un important décalage avec les autres pays. Décalage peut-être dans les bilans, qu'il ne faut pas être trop pressé d'interpréter lorsque l'on dispose de chiffres – puisque quelques degrés de moins, quelques jours consécutifs en moins, des combinaisons un peu différentes, peuvent conduire à des résultats très différents. Décalage aussi dans l'intérêt porté à l'établissement de ces bilans : des pays n'ont pas de bilan, non pas parce qu'ils n'ont pas encore les chiffres, mais parce qu'ils ne sont pas spontanément intéressés à les établir. Décalage encore de sensibilité publique : dans certains pays, personne ne songe à faire des conséquences d'une canicule un sujet de gouvernance et de responsabilité.

³ E. Leroy-Ladurie (2004), *Histoire humaine et comparée du climat en Occident. Canicule et glaciers XIII^e-XVIII^e siècles*, Paris, Fayard.

LE RAPPORT LALANDE septembre 2003¹

Le ministre de la Santé, Jean-François Mattéi, décidait le 20 août 2003 de la création d'une mission d'expertise et d'évaluation chargée d'effectuer – sous dix jours – une analyse du déroulement des faits et d'apporter ses recommandations. Ce rapport, rédigé ainsi immédiatement après les faits et dans des délais très courts, est directement ciblé sur la gestion de la crise et constitue un retour d'expérience à spectre déjà élargi.

1. Points de méthode

Par sa lettre du 20 août, le ministre demandait à la mission :

- *« d'évaluer le fonctionnement et la fiabilité des systèmes de veille, d'alerte et d'information des centres de décision dans cette crise,*
- *d'analyser la nature et la mise en place des mesures d'anticipation, de prévention sanitaire et de gestion de la crise qui ont été prises [...], notamment dans le fonctionnement du système hospitalier pour la prise en charge de l'afflux de patients aux urgences, et dans la prise en charge des personnes âgées,*
- *d'identifier les dysfonctionnement éventuels,*
- *de tirer les enseignements nécessaires et de faire toutes propositions pour l'avenir. »*

¹ Françoise Lalande, Sylvie Legrain, Alain-Jacques Valleron, Dominique Meyniel, Maryse Fourcade, *Mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003*, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, septembre 2003, 61 p.

La mission devait « remettre les premières conclusions de son évaluation fin août » (p. 2).

La mission précise notamment « qu'elle a limité son champ d'investigation aux domaines relevant du ministre de la Santé ; que le délai imparti lui a permis de dresser seulement des pistes ; qu'elle a pratiqué par audition, non par enquête de terrain ; qu'elle ne s'est pas occupée des aspects individuels et d'éventuelles responsabilités personnelles. » (p. 3)

Avant d'engager ses analyses, la mission tient à relever un problème méthodologique naturellement central dans tout retour d'expérience : « En retraçant la chronologie de la catastrophe, il convient de garder à l'esprit le fait qu'il est toujours facile, a posteriori, de prévoir le déroulement des événements ». Elle souligne néanmoins : « Il ressort toutefois de cette analyse que, si rien de probant n'était perceptible jusqu'au 6 août, les indices se sont ensuite accumulés. On note ainsi un décalage sensible entre la perception des administrations sanitaires et la réalité de la crise sur le terrain ». (résumé, p.1)

Commentaires

– Ce type de retour “à chaud” est intéressant car il permet de saisir bien des éléments qui risquent rapidement de disparaître des esprits – problème classique des retours d'expérience, les crises conduisant à des reconstructions ultra-rapides.

– Mais cet exercice rapide ne doit pas dispenser d'autres formes de retour, plus ambitieuses, à engager ensuite avec davantage de recul, de temps, et de capacités d'expertise.

2. Chronologie : les administrations ne perçoivent pas la réalité de la crise

Le chapitre 1 du rapport apporte des indications sur le déroulement d'ensemble, des points spécifiques intéressants, des encadrés donnant des textes de communiqués, qui permettent de mieux cerner la dynamique des événements.

Dans la chronologie proposée, le rapport permet de situer :

- la montée continue, mais sans alerte spécifique, du phénomène de fortes chaleurs ;
- les initiatives du Pr San Marco à Marseille (8 juillet) ;
- la forte présence de Météo France ;

- la montée des premiers signaux, le mercredi 6 août, et la toute première interrogation au ministère ;
- la montée en ligne de Patrick Pelloux, président de l’association des médecins urgentistes hospitaliers de France, qui alerte la direction des Hôpitaux (DHOS) ;
- le lancement de la préoccupation sanitaire par Météo-France, le 7 août ;
- les initiatives prises par différents acteurs, comme à l’AP-HP dont le secrétaire général diffuse une note qui, le 8 août, sort du “bruit” : « *La situation est globalement préoccupante. Je vous demande instamment de prendre toutes initiatives nécessaires dès réception de cette note* » ;
- les initiatives prises entre intervenants de terrain (Samu de Paris-BSPP) ;
- le tournant du week-end du 9-10 août : le Dr Pelloux utilise le mot « *hécatombe* » ; la directrice de l’AP-HP interrompt ses vacances, se porte sur le terrain avec le directeur du Samu de Paris ;
- le mail du chef de service de la DGS qui, le 11 août, rend compte à la directrice adjointe du cabinet des faits de la semaine précédente et du week-end, d’où il ressort que « *les 48 dernières heures avaient constitué un tournant, mais que la situation était maîtrisée* » ;
- la montée en ligne, très pressante, de la directrice de l’AP-HP et celle du directeur du Samu de Paris qui demande aux médias de faire passer des conseils de prévention aux proches des personnes âgées et aux maisons de retraite – messages qui ne seront que peu relayés par les médias, l’attention étant désormais fixée sur le nombre de morts ;
- le communiqué de presse de la DGS du 11 août, qui alerte sur la gravité possible des répercussions des fortes chaleurs et relativise la situation des urgences dans les hôpitaux : « *il n’existe pas d’engorgement massif des urgences* ».
- l’activation du plan blanc en Ile-de-France, à la demande du Premier ministre, le jeudi 14 août, qui permet de débloquer aussitôt les hôpitaux (« *l’effet plan blanc a été spectaculaire* », selon le directeur du Samu de Paris).

Commentaires

- Bâtir une chronologie des événements est nécessaire, mais il faut bien mesurer la difficulté de la tâche : les analystes se trouvent le plus souvent

devant des masses d'informations confuses, parcellaires, contradictoires, souvent incompréhensibles (l'incompréhensible exprimant en lui-même la prégnance de la crise sur les acteurs). Les acteurs ne peuvent souvent fournir aucune main courante ou chronologie, pratiquement jamais de synthèse ou fil rouge stratégique qui faciliterait la tâche de l'analyste. En outre, des tournants peuvent fort bien s'opérer à partir de faits difficiles à repérer, dont on ne trouve trace nulle part. Cela serait peu significatif s'il s'agissait de comprendre une situation stable et habituelle ; mais, en crise, les phénomènes ne sont pas "gaussiens" ; un phénomène très ténu, une simple tonalité dans une conversation, peuvent fort bien expliquer, bien plus qu'une note archivée, des trajectoires décisives.

– De façon plus fondamentale, et même si l'observation ne condamne en aucune manière cette construction d'une chronologie – essentielle pour un repérage de base –, il faut garder à l'esprit le caractère fragile de toute reconstitution factuelle. Rappelons le mot de Goethe : « *Tout fait est déjà une théorie* » ; ou cette mise en garde : « *La notion de fait, quant on la précise, se ramène à un jugement d'affirmation sur la réalité extérieure [...] Ce terme a donc essentiellement une valeur appréciative* » (*Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF, 1976, p. 337). Le choix des faits repris, des lignes choisies pour relater la chronologie, suppose déjà une certaine vision de la crise, et une interprétation de celle-ci. C'est là une difficulté intrinsèque à tout exercice de retour d'expérience. Plus la crise est complexe en termes de causalité, plus l'établissement d'une chronologie devient un exercice à risque, mais plus on éprouve le besoin d'en disposer.

3. Un système non préparé

1) *Ignorance : des connaissances "disponibles" dont on ne disposait pas*

La mission reconnaît que la France n'avait jamais été confrontée à un phénomène aussi extrême, relève le piège de perception lié au fait que la chaleur estivale est vécue positivement, et clarifie ce qui était déjà connu de par le monde sur ce sujet des canicules – et qui aurait permis une prise de conscience moins tardive.

Le rapport souligne qu'il existe une littérature scientifique non négligeable, surtout aux Etats-Unis, mais que l'on enregistre une faiblesse de l'épidémiologie française sur ce tableau (même s'il y a des exceptions rares à la

règle). Cette littérature a déjà clarifié des problèmes méthodologiques que l'on va découvrir lors de la crise de 2003 :

- la difficulté de la “définition des cas”, lorsque la chaîne causale, comme ici, est complexe ;
- les limites des certificats de décès, qui ne portent que rarement la mention de la chaleur ;
- les problèmes autour de la notion de “*harvesting*” (effet de moisson), souvent avancée pour expliquer les morts de personnes très âgées et qui, en réalité, ne concerne qu’une fraction des victimes.

La mission rend compte des connaissances déjà enregistrées sur les effets des canicules, et notamment des facteurs suivants :

- c’est la succession de plusieurs jours de chaleur qui crée le risque ;
- la température minimum nocturne est un paramètre prédictif pertinent ;
- les décès surviennent très vite après les vagues de chaleur, ce qui exige des politiques de prévention déjà en place avant la crise ;
- il y a phénomène d’apprentissage : les personnes des pays habitués à la chaleur supportent mieux l’épisode de canicule, et ce dernier est de même mieux toléré en fin d’été qu’en début ;
- la pollution est un facteur aggravant, mais on ne sait pas s’il est additif ou synergique ;
- les facteurs sociaux (comme l’a montré Klinenberg sur l’épisode de Chicago en 1995) sont très importants : isolement social, revenus, habitat ;
- la prise de médicament est un important facteur de risque ;
- la climatisation a démontré de façon spectaculaire son efficacité, mais lève des résistances, notamment dans certaines administrations.

La mission souligne que les mesures de prévention ont montré leur efficacité, et qu’elles permettent de réduire de 50 % la mortalité liée à la chaleur. Elle indique encore que la collaboration épidémiologistes – météorologues est indispensable pour avancer sur des indices d’alerte pertinents.

Ces constats ont une traduction stratégique directe : « *une connaissance préalable de ces événements aurait permis une perception plus rapide des enjeux et des actions à mener* ». (p. 20)

Commentaires

- On ne peut manquer, à la lecture du bilan des expériences et connaissances qui auraient pu aider les acteurs, de déplorer, une fois encore, la fai-

blesse des retours d'expérience, la faiblesse de l'intérêt porté à l'international dans ces retours. C'est là un problème central de nos cultures de crise, bien au-delà de la question de la canicule.

– Mais on doit faire porter la réflexion à partir d'un autre point d'entrée. L'expression « *information disponible* » utilisée par le rapport est un peu trompeuse. Il s'agit plus exactement d'information *potentiellement* disponible. La question est de savoir comment on s'en saisit, comment on la rend disponible. Par construction, il y a toujours phénomène de surprise en crise, problème d'acquisition rapide de connaissances qui ne sont pas sur étagère. Cela suppose donc des cultures scientifiques et de veille propices à des recherches de connaissances en urgence absolue – ce qui n'est sans doute pas dans les références scientifiques habituelles.

– Davantage : en crise, on subit très souvent une sorte d'anesthésie mentale, de gel du questionnement, de blocage dans des univers de représentation donnés. Parce que la déstabilisation qui va de pair avec l'irruption de l'inédit, de la discontinuité, de la perte des repères provoque une recherche de sécurité immédiate, même au prix de l'aveuglement. Au moment où il faudrait sortir de ses cadres habituels, précisément, tout pousse à rester confiné dans des logiques qui ne sont plus pertinentes. Au moment où il faudrait poser des questions, tout est fait pour éviter le questionnement (derrière des "évidences" de bon aloi), voire l'interdire (avec les arguments habituels qui rassurent et bloquent à tout coup : "ne soyons pas pessimistes", "ne pas crier au loup pour rien", "ne pas jouer les Cassandre"). D'où l'immobilisme, et même le refus d'entendre les mises en garde, trop déstabilisantes. Cela a joué en 2003 : alors que le phénomène inhabituel dure depuis la mi-juin, alors que le Pr San Marco à Marseille se mobilise et mobilise ses connaissances, on ne parvient pas à sortir de ses représentations habituelles : "c'est l'été, il fait chaud ; s'il fait vraiment très chaud, il ne faut pas oublier de boire et de se mettre à l'ombre". On verra ultérieurement comment le Pr Pierre Carli, directeur du Samu de Paris, s'arrache à cette ornière et va, lui, se battre avec la littérature, sur Internet, après plusieurs nuits de garde.

– Mais, à la décharge de tous, s'il n'existe pas de "filet dynamique" (un réseau qui se met en activité de façon souple, précoce, selon des modes à inventer et ajuster) pour saisir les intuitions, les convergences d'intuitions, il est difficile de passer du ressenti à la reconnaissance plus explicite d'un signal, puis à la prise en charge effective.

– Et il reste bien sûr que, par construction là encore, il peut parfaitement y avoir ignorance (le phénomène est inédit, ou les connaissances existantes ne sont pas mobilisables car personne n’est branché sur les bons réseaux). Il convient alors de disposer de réseaux capables d’aller rechercher très loin les données qui pourraient exister ; ou de pouvoir compter sur des capacités de rattrapage, après mise en échec des capacités de veille.

2) Le système d’information sur les décès : hors-jeu pour l’alerte

La mission explore le point de savoir pourquoi des données “de base” n’étaient pas disponibles. Elle indique que le système d’information sur les décès est avant tout un outil de recherche et d’information épidémiologiques, qui s’efforce de respecter trois critères : la comparabilité avec les systèmes étrangers, l’exhaustivité, la qualité des données. Cela exige un traitement extrêmement délicat et long des données de base. Des réponses, pour une accélération de la procédure, sont recherchées à travers une informatisation plus développée. La mission souligne que cela prendra du temps et qu’il conviendrait d’avoir « *un recueil léger d’informations au jour le jour permettant au minimum d’avoir, également au jour le jour, un relevé du nombre de décès, de la distribution d’âge et de la localisation.* » (p. 24)

Commentaires

– Dans la mesure où la préoccupation pour les crises, surtout les crises inédites, n’est pas développée, nos systèmes de repérage ne sont en général pas configurés pour des suivis rapides. Notre culture nous porte à préférer des tableaux statistiques assurés, non des approches focalisées sur la recherche rapide de signaux possiblement aberrants.

– Dès lors qu’il y a risque d’apparition de phénomènes hors cadre, la recherche de précision, d’exhaustivité, tend à prendre le dessus sur la recherche de pertinence. Dix appels téléphoniques focalisés sur la recherche de signaux inhabituels apporteraient de précieuses indications et pourraient même donner rapidement un tableau très proche de la réalité ; mais on songera plutôt à préparer une “belle” enquête, respectant le plus scrupuleusement possible les meilleurs préceptes méthodologiques.

3) L’absence de programmes de prévention-anticipation

La mission indique que les Etats-Unis ont mis en place des programmes

fondés sur une idée de base : si l'on ne peut éviter les températures élevées, il est possible de réduire les effets des canicules. Des plans ont ainsi été mis en place dans certaines villes. Ces plans ciblent différentes populations (jeunes, personnes âgées, sportifs, malades, etc.), et identifient préventivement les sujets à risque, notamment les personnes isolées ; ils décrivent les gestes à poser, y compris la nécessité d'emmener les personnes à risques dans des lieux rafraîchis, comme des centres commerciaux, des bibliothèques, des entreprises. Ils impliquent : de la coordination entre météo, municipalités et agences de santé ; une capacité de déclenchement au niveau local, à partir de critères d'activation et de désactivation, selon l'intensité et la durée de la crise ; une culture de déclenchement préventif, sans attendre le signalement trop tardif des urgences et des décès. Ces dispositifs s'appuient sur des structures de quartier préexistantes (associations, bénévoles), qui doivent être formées préalablement.

La mission note qu'il n'existait rien de tel en France (sauf « *peut-être* » à Marseille). Et souligne deux ornières classiques : on ne se prépare qu'après les catastrophes ; on a le plus grand mal à s'inspirer des expériences étrangères.

Commentaires

Les quelques points énoncés, avec raison, sont d'une évidence confondante – après les faits. Mais ils sont tout sauf évidents.

– Ces mesures supposent une approche des catastrophes qui fasse confiance au terrain, travaille dans un ciblage très précis des populations, opère sur la base d'une forte anticipation, ne voie pas dans la centralisation hiérarchique la seule réponse aux crises. Nous sommes ici aux antipodes de nos cultures les plus enracinées en matière de crise.

– Il est très difficile de se préparer aux catastrophes – sauf si elles sont vraiment répétées, ce qui en fait des problèmes normaux – dès l'instant où la peur des institutions est trop forte à l'égard de tout phénomène inhabituel : toute allusion à un risque inédit est reçue comme une provocation, une mise en cause de l'autorité, un coupable penchant au pessimisme et au défaitisme, etc.²

² En juin 2001, en réunion fermée en préfecture de zone, un haut fonctionnaire de défense m'avait ainsi interrompu lors d'un exposé sur les risques émergents et les crises en gestation devant le corps préfectoral de la zone Sud, en soulignant que mes réflexions n'avaient pas lieu d'être. Lui, il était « *optimiste* », et les choses étaient « *sous contrôle* » en France. Avant de venir me trouver au cocktail pour me confier : « *Vous avez raison, mais on ne peut tout de même pas laisser dire cela devant des préfets !* ». Dans une autre zone de défense, il me fallut rapidement arrêter de poser question sur tel plan de secours qui appa-

– La notion de retour d’expérience, d’enseignements à rechercher avec obstination dans ce qui vient d’être vécu, est un excellent thème de colloque et de communication. On constate cependant qu’il y a loin du verbe aux actes, et le fait d’en parler beaucoup semble justifier de limiter d’autant les initiatives.

– Quant à s’intéresser aux connaissances étrangères, c’est un pas encore peu franchi en matière de crises délicates. Dans les réflexions internationales en matière de crise, les Français sont le plus souvent sous-représentés, parfois jusqu’à la caricature.

4) Un organisme de veille qui ne pouvait jouer son rôle

La mission relève les caractéristiques suivantes du fonctionnement de l’InVS :

– *« Il fonctionne (à l’exception des maladies infectieuses) plus comme un organisme d’observation et d’analyse scientifique a posteriori que comme un service opérationnel d’action et d’intervention généraliste en temps réel ;*

– *Il n’est pas doté d’un service de garde ; il ne dispose pas d’un service d’alerte H24 ; il n’est pas branché sur les services d’urgence ;*

– *Il fonctionne par pathologie (sans approche par populations à risque), de façon sophistiquée, mais ne dispose pas en même temps d’un système simple et robuste qui lui permettrait de détecter des phénomènes non connus ;*

– *Il lui manque une démarche de veille sur les risques émergents ou possibles, qui recenserait, en partenariat avec les organismes de recherche scientifiques, les catastrophes arrivées ailleurs, analyserait et transposerait la situation en faisant preuve d’imagination, et en tirerait les enseignements nécessaires ;*

– *Il n’a agi qu’en réponse à la demande et non de sa propre initiative, comme l’aurait fait l’organisme prospectif de détection que la loi lui demande d’être ».* (extraits, pp. 26-28)

Commentaires

– Le directeur de l’InVS s’attachera, comme on le verra par la suite, à corriger la lecture donnée ici du fonctionnement de son institut.

raissait truffé d’hypothèses irrecevables : le détenteur du plan ne supportait pas le questionnement. De même qu’un général, lors d’une grande conférence organisée sous l’égide de l’OTAN en mai 1989 à Ottawa sur le thème des grandes crises civiles, m’avait chuchoté à l’oreille juste avant que je ne commence mon exposé sur les nouvelles formes de crises : *« Surtout ne les effrayez pas ! »*.

– Les propos de la commission ne sont en rien spécifiques à l’InVS. Questions : qui, en France, est allé étudier le grand black-out électrique qui a frappé le quart Nord-Est de l’Amérique du Nord le 14 août 2003 ? Avec quels partenaires ? Qui est allé étudier le phénomène identique en Italie quelques semaines plus tard ? Comment est reçu, y compris dans les instances scientifiques, un projet destiné à mieux comprendre des risques encore non répertoriés, en mobilisant des compétences multiformes et internationales ? Comment sont reçus les projets hardis, qui sortent du cadre habituel ? Dans la mesure où les risques appelant un travail de veille sont désormais en mutation, un audit général serait utile à engager sur toutes les instances de veille, à partir de cette expérience de la canicule – afin que les adaptations en cours de l’InVS ne soient pas cantonnées à cet organisme.

5) Le cloisonnement, trait dominant de la sphère administrative

« Le cloisonnement entre administrations (centrales et déconcentrées) du ministère, entre ministères et avec les services de terrain a entravé la mise en commun des informations disponibles. Chaque direction d’administration centrale a mis en place, avec les moyens du bord, un système d’information d’urgence ad hoc, sans relation ni mise en réseau avec les autres directions. D’une façon générale, le “centre” ne sait pas aller chercher efficacement l’information, la “périphérie” ne pense pas à communiquer l’information. La direction générale de la Santé (DGS) s’est ainsi épuisée dans la recherche d’informations sans réelle efficacité ; la direction de l’Hospitalisation et de l’Offre de soins (DHOS) a mis en place un réseau, qui a permis de suivre les difficultés, mais la direction générale de l’Action sociale (DGAS) s’est mobilisée faiblement. Enfin, les liens avec les autres ministères ont été réduits et inorganisés. [...] Il n’a donc été possible de prendre les mesures d’adaptation qui s’imposaient qu’au fur et à mesure du déroulement de la crise, mais avec un certain décalage ». (p. 2)

« Beaucoup des organismes auditionnés montrent qu’ils ont appris le réflexe de faire remonter l’information à leurs organismes de tutelle, mais qu’ils n’ont pas la culture de diffusion de l’information (ni, malheureusement, les tutelles !) qui ferait immédiatement bénéficier d’autres organismes et l’ensemble du système de santé de leurs connaissances. Ceci peut surprendre au moment où, disposant d’Internet, on imagine que les tableaux de chiffres recueillis un jour donné dans un tableur peuvent être expédiés d’un simple clic à un grand nombre de partenaires. On ne doit pas faire la faute de croire que l’absence de diffusion

vient d'une absence de moyens informatiques, d'une absence de personnel compétent et nécessiterait seulement – pour être pallié – des renforcements en moyens informatiques ou en personnels ». (p. 51)

Commentaires

Les observations du rapport sont celles que l'on retrouve, de façon rituelle, à chaque examen post-crise. Il ne faudrait pas seulement en conclure que quelques règles simples pourraient suffire, du type : “penser à communiquer”, “mettre tout le monde dans une même pièce”, “équiper une salle de crise”, “désigner un département leader”, etc.

De façon générale, les organismes trouvent leur identité et leur sécurité dans leur territoire et leurs frontières, leurs informations non partagées ; toute crise les inquiète profondément, ce qui conduit à renforcer dramatiquement les lignes de démarcation entre entités et à l'intérieur de chaque entité, direction, bureau, cabinet. La véritable réponse ne consiste pas à imposer des règles drastiques ou à apporter des batteries d'outils de liaison. L'enjeu est l'intégration de la question des crises, de la discontinuité, de l'urgence, de la surprise, de la nécessité impérieuse de partager des questionnements et des lignes d'action en réseau, dans la culture et le fonctionnement des organisations.

Sauf formation ad hoc, préparation forte des uns et des autres, intégration de cette dimension crise dans le choix même des responsables, mise en valeur des exercices de nature stratégique (et non logistique, comme on le fait habituellement), les difficultés resteront en l'état. Et les prochains rapports, à la suite des prochaines crises, reprendront ce même leitmotiv³.

³ A titre d'exemple, on peut rappeler ces quelques lignes du rapport d'enquête du Sénat sur la catastrophe de l'Amoco-Cadiz (1978) : « *Ce qui est en cause, c'est un système compliqué où l'information est partagée entre divers agents qui s'ignorent plus ou moins, où une information, qui est en quelque sorte coupée en morceaux, circule mal ; une information qui engendre finalement et paradoxalement l'ignorance de l'autorité qui a compétence pour intervenir. Un système où une administration qui a des pouvoirs mais pas de moyens est appelée à demander ceux-ci à une autre administration qui apprécie l'opportunité de les lui accorder; et, inversement, une administration qui a des moyens mais ne dispose pas de l'information qui l'inciterait à les mettre en œuvre, ou du pouvoir de les utiliser. En somme, un système parcellisé, dépourvu de toute fonction de synthèse.* » (A. Colin, Rapport de la commission d'enquête du Sénat, seconde session ordinaire 1977-1978, n°486, p. 223).

6) Une défaillance d'information

« Les familles n'ont pas été prévenues des risques de la canicule [...] Aucun message médiatique n'a été destiné aux familles. [...] A cet égard, on peut regretter la rareté des messages télévisuels précis à destination de la population âgée qui consacre pourtant un temps important à regarder la télévision ». (p. 33) « Seule une alerte majeure, répétée et relayée par les médias, de type SRAS, aurait pu avoir une efficacité ». (p. 44).

Commentaires

– Depuis des décennies, les règles opérationnelles de l'information pour les alertes via les médias ont été établies par les sociologues américains spécialisés dans le champ des catastrophes : l'information doit être claire, ciblée, répétée – et venir en complément circonstanciel d'un travail d'information préalablement engagé sur la question⁴. On est bien loin de la “communication de crise” visant surtout à “rassurer”, à protéger l'autorité sous des paroles de circonstance. On est bien loin du principe sous-jacent selon lequel l'information ne peut que “faire paniquer”. Certes, en colloque, ou après les épreuves, chacun sera prêt à vanter les mérites de la “transparence” et de la “communication”. Mais, des milieux et des personnes qui n'ont jamais fait d'effort de préparation exigeant tourneront le dos à ces beaux principes à l'instant même où une situation délicate se présentera.

– Allons plus loin. Nous allons devoir faire face, désormais, à des événements de plus en plus inédits. Par construction, il ne pourra pas y avoir eu d'information préalable développée. Cela exigera donc d'être considérablement plus compétent dans l'information de crise. Il faudra être en mesure de clarifier avec force : « La situation n'est pas du tout ce qu'on pourrait penser spontanément. Attention, les vagues de chaleur peuvent tuer bien plus qu'un tremblement de terre ou un cyclone. Veuillez prendre note des conseils précis que nous pouvons vous donner ». Il faudra naturellement développer bien plus avant cette réflexion. Mais l'essentiel est qu'elle ne peut exister aussi longtemps qu'un tournant n'a pas été pris : considérer que l'information est une question de survie pour les citoyens, pas seulement un sujet d'inquiétude pour les autorités.

– Il faudrait aussi souligner que la barrière médiatique n'est pas aisée à franchir. Les médias eux-mêmes ont parfois du mal à comprendre, rapide-

⁴ <http://www.udel.edu/DRC/> ; voir notamment les travaux de Henry Quarantelli.

ment, que l'on est passé à "autre chose", dépassant radicalement le quotidien. Ainsi de cette réflexion d'un journaliste de radio, en direct, alors que l'ouragan frappait la France au petit matin du 26 décembre 1999 : « *Vents de 180 km/h ce matin en région parisienne ; soyez prudents sur les routes* »... Sur telle chaîne de télévision, le directeur de l'information ne parvenait pas à arracher du temps d'antenne à son collègue, et concurrent, directeur des programmes, jaloux de son territoire : « *il ne va tout de même pas empiéter sur nos programmes pour un peu de vent sur Paris !* ».

4. Le système des urgences hospitalières dans la tourmente

1) *Un milieu déjà en grande difficulté*

La mission, en examinant de près le fonctionnement des hôpitaux et du système de soins, souligne un point important en matière de crise : la crise percuté un système qui a déjà ses propres tensions et déséquilibres, et notamment :

- un personnel insuffisant de façon chronique, avec des fermetures de lits très marquées au mois d'août ; l'absence de responsables seniors qui auraient pu signaler plus fortement le problème (p. 38) ;
- des médecins généralistes, première ligne auprès des personnes âgées, en congés d'été au mois d'août ;
- d'où un afflux de personnes âgées dans les services d'urgence des hôpitaux – en crise permanente –, conduisant à un engorgement presque total (p. 42) ;
- des services de gériatrie "parents pauvres" de l'offre hospitalière, ce qui expose à des difficultés graves en toute circonstance touchant les personnes âgées qu'il s'agisse de canicule ou de grippe.

On ne manquera pas de relever dans les observations de la mission une difficulté importante concernant les "moyennes", qui ont pu piéger les acteurs :

« La DHOS s'est préoccupée dès le début de l'année 2003 de ce problème [de la fermeture des lits en été] et a demandé aux hôpitaux de lui faire remonter leurs prévisions de fermetures. Il ressortait en juin 2003 que les prévisions de fermeture pour l'ensemble des mois de juillet et d'août étaient d'environ 10 %, mais de 20 % pour l'AP-HP et de 15 % pour l'ensemble de l'Île-de-France. Cette moyenne dissimule des écarts importants entre juillet et août. [...] Les directions générales des établissements de soins, et notamment l'AP-HP, ont été

attentives au fait de ne pas pénaliser les lits d'aval et ont géré attentivement ce dossier. L'AP-HP n'a ainsi fermé en 2003 que 11 % des lits des services de suite et de réadaptation, contre 16 % en 2002. Elle a fermé 16,3 % des lits de réanimation en juillet, contre 34 % en août. Malheureusement, il ne semble pas que, sur le terrain, établissement par établissement, ces prévisions aient toujours été respectées. Les fermetures réelles semblent plus importantes, comme à Saint Antoine par exemple, ou surtout à Lyon, où le taux de fermeture a atteint 44 %, le taux de fermeture des services de réanimation se montant également à 33 %. Une mission d'enquête serait nécessaire pour préciser les différences entre les prévisions et les réalités ». (pp. 38-39)

2) Une belle réactivité, mais un système parvenu aux limites

La mission souligne la capacité développée par les services d'urgence pour établir entre eux un échange d'information, construire des protocoles d'intervention. De même que la réactivité forte de certains administrateurs d'hôpitaux, qui ont pris des mesures décisives, même en l'absence de déclenchement de plan blanc. Mais elle ne masque pas le piège qui menaçait : « *le risque élevé de "burn out" des équipes à la veille du 15 août. La prolongation de la vague de chaleur aurait eu des conséquences très néfastes sur la prise en charge des malades hospitalisés, avec très probablement un accroissement de la mortalité* ». (p. 48)

La mission relève aussi que « *si les hospitaliers ont su mobiliser toutes les énergies, il n'ont pas une connaissance suffisante de la gestion des catastrophes sanitaires* ». (p. 45)

3) La difficulté de cerner des critères d'alerte

La mission fait deux observations importantes :

– « *Une simple surveillance en temps réel de l'activité quantitative des urgences n'aurait pas permis de déclencher une véritable alerte avant les résultats du 11 août. A l'opposé, une surveillance quantitative et qualitative, portant à la fois sur le taux d'hospitalisation des personnes et la nature des pathologies, et en prenant en compte quelques sites témoins aurait permis de mieux comprendre le phénomène qui se développait à partir du 8 août.* » (p. 44)

– « *Les responsables des Samu insistent sur la difficulté de définir un seuil d'alerte au cours d'un phénomène sanitaire à croissance progressive* » (p. 46).

On retiendra cette clarification utile :

– « Tous les médecins interrogés ont observé que cette surmortalité ne touchait pas que des vieillards en fin de vie ; nombre d'entre eux étaient autonomes, vivant dans leur domicile et menant une vie sociale. Dans chaque site est évoquée également la survenue de cas d'hyperthermie chez des sujets jeunes (ouvriers exposés à la chaleur), le plus souvent fragilisés (SDF, psychotiques). La part de la responsabilité de certains traitements (neuroleptiques, diurétiques...), lorsqu'il était possible de les connaître, a été relevée par tous les médecins ». (p. 43)

4) Le poids de l'épreuve

– « Malgré [une] mobilisation exceptionnelle, les images des urgences – et surtout de leurs couloirs – retenues par les infirmières et les médecins sont qualifiées de “surréalistes, apocalyptiques, hallucinantes, démentielles, évoquant les épidémies d'un autre siècle” ».

– « De fait, au-delà de l'afflux des patients, ces jours ont été marqués par une mortalité très importante et inconnue de mémoire d'homme au sein même des services d'urgence ». (p. 43)

Commentaires

– Le point sur les fortes tensions préexistantes au sein du système de santé est capital dans l'examen de cette crise. Tel un cyclone qui se renforce en s'alimentant de l'énergie du milieu océanique balayé, la crise se nourrit en effet de toutes les affections qu'elle peut trouver sur son passage.

– Le point sur les moyennes est à retenir. Notre culture “gaussienne” ne nous prépare pas bien à affronter les dynamiques de crise, marquées par des éclatements du réel. De surcroît, l'absence de culture de crise risque fort de porter tout organisme confronté à une réalité déchirée, violemment contrastée, à se cramponner à ses “moyennes”, à ses courbes théoriques, quand la prise en compte du réel effectif serait impératif – mais certes inquiétant, à un moment où l'on cherche instinctivement à retrouver ses marques habituelles.

– Le leitmotiv des autorités au cœur de la canicule était : “ils font face”, en référence aux services de secours. Jamais on ne semble avoir anticipé l'arrivée aux limites du système humain par *burn out*. C'est un problème bien connu en gestion de crise, et la non-anticipation de cette vulnérabilité peut réserver de graves surprises, tout le monde connaissant des défaillances au même moment. Mais, là encore, cela supposerait une écoute du terrain

particulièrement attentive ; et supposerait aussi un terrain lui-même préparé à anticiper ce type de phénomène, qui peut porter atteinte à l'image de soi que l'on peut avoir dans des services "de choc".

– La mission souligne que les chiffres ne permettraient pas de trouver dans l'activité des urgences des signaux d'alerte pertinents. Mais elle indique qu'une combinaison de données quantitatives et qualitatives aurait été très pertinente. On pourrait ajouter qu'il serait aussi particulièrement bienvenu d'écouter les signaux, même s'ils viennent de personnes peu en cour, comme ici le docteur Patrick Pelloux. Et l'on sait, en gestion de crise, que les alertes viennent quasiment toujours par des voies dérangementes, que les intuitions viennent toujours avant les chiffres bien formatés. La solution n'est donc pas uniquement de trouver le bon "panier" de chiffres, mais de se donner les aptitudes culturelles pour saisir les signaux d'alerte, à commencer par les plus surprenants. Cela exige d'autres compétences que la seule obsession des chiffres, des moyennes, des seuils bien établis. Entre autres aptitudes, il y a certainement celle de pouvoir regarder "à côté", différemment ; et la faculté d'avoir, non pas réponse à tout, mais plutôt une palette de questions d'avance.

– L'inventivité des services d'urgence (Samu de Paris-BSPP) pour mettre au point des protocoles pertinents est à retenir et à faire connaître aux directions centrales : le terrain peut savoir réagir sans instruction hiérarchique, sans programme établi de longue date et bien validé par la hiérarchie. Davantage : dans les crises sévères, il est fort probable que les ajustements créatifs se feront au plus près du terrain ; les virtuoses du traitement de dossier, du traitement statistique, de la gestion des procédures administratives complexes ne sont probablement pas les mieux préparés à l'invention sur le vif, en univers non stabilisé.

– Les crises vont de pair avec des aberrations. A quelques kilomètres de distance (Hôpitaux/Ministères), on connaît, ici, l'apocalypse dans les urgences et, là, une assurance officielle bloquée dans l'affichage d'un "tout est sous contrôle" de rigueur. Sans connaissance des pathologies de crise, il n'est pas possible de rendre compte de ces écarts déroutants. Ce sont des problèmes spécifiques du temps de crise. La crise projetée dans des négations, des aveuglements stupéfiants. Ne pas le prendre en compte, notamment en mettant en garde les acteurs avant et pendant les crises, c'est prendre des risques de faillites très graves. S'affranchir de cette pathologie, c'est faire par exemple comme la directrice des Hôpitaux de Paris qui, sort de ses congés, revient à

Paris, se rend sur le terrain pour avoir une vue directe de la situation. C'est tout autre chose qu'un communiqué, émis à distance confortable, sur le thème : "Des activistes prétendent que le Titanic coule, ils sont coupables d'exagération, et nous faisons toute confiance à l'équipage".

– En crise, dès la fin de l'épisode, on recherche le plus souvent des arguments à la hâte permettant de se protéger du drame. Dans le cas présent, on a mis en avant des arguments du type : "de toutes les façons, ils allaient mourir" ; l'examen montre que c'est faux.

5. Des propositions

La mission avance les points suivants d'amélioration :

– La recherche : en matière médicale, mais aussi en matière démographique, géographique, sociologique ;

– L'alerte, la veille et l'amélioration des systèmes d'information : l'InVS doit être réorganisée pour une meilleure interface avec la météo, les services de secours et urgentistes libéraux, l'Environnement, l'Intérieur ; il faut mettre en place une démarche de veille scientifique sur les risques émergents avec les grands organismes de recherche. Il faut aussi réorganiser le système d'information sur les décès, en privilégiant le travail sur quelques indices-clés.

– Les programmes d'action pour les personnes âgées : il s'agit de faire du maillage tous azimuts, pour lier les intervenants, repérer les personnes isolées, mettre en place des compétences "personnes âgées", etc.

– Les plans d'urgence : pour les grandes chaleurs, pour des situations climatiques extrêmes, des plans blancs pour des situations d'afflux de victimes ne relevant pas d'une catastrophe classique ; la formation des urgentistes à la médecine de catastrophe.

– Une amélioration de l'organisation et des moyens des services d'urgence, engorgés.

– Des avancées sur la climatisation, à partir de travaux au cas par cas.

– Une étude de l'AFSSAPS sur les problèmes d'interactions entre prise médicamenteuse et hyperthermie maligne.

– La capitalisation des enseignements de la catastrophe, dans chacun des établissements ; et un examen des expériences étrangères.

Commentaires

L'investigation ouvre de très nombreuses pistes stratégiques et tactiques intéressantes. Elle ne pêche que sur un point : jamais il n'est question de culture de crise. Pourtant, il faut, une fois encore, souligner que l'absence d'une telle culture conduira à de graves échecs. Les meilleurs dispositifs explosent dès lors que le manque de préparation paralyse les personnes et les organisations, en précipitant chacun dans les ornières "normales" du temps de crise.

Aussi longtemps que le terrain spécifique des crises reste méconnu, ou pensé comme gérable à partir de quelques préceptes tactiques simples – voire simplistes –, il ne sera pas possible de sortir des logiques d'échec.

Pour prendre une image, on aura beau dire au plongeur sous-marin débutant qu'il ne doit jamais remonter à la surface à une vitesse de plus de 17 mètres par minutes, s'il n'a pas été entraîné à affronter l'imprévu, avec ses équipiers, la première panne d'air le conduira à se ruer vers la surface, en oubliant totalement la plus haute vitesse autorisée – qui, si l'on s'en souvenait, serait ressentie comme mortellement limitée. Il arrivera certes rapidement à la surface, mais pour y mourir. Et si le retour d'expérience se contente de souligner que les plongeurs "ne savent pas lire les instructions données", les morts s'accumuleront. Au contraire, si le plus haut responsable accepte de venir au fond, avec tous les autres, et de se mettre en situation un peu moins "dossier", ou de "posture de 'com' ", il y a plus de chance que le système soit en mesure de trouver ses marques le jour venu.

Questions : Combien acceptent de le faire ? Quelle exemplarité est démontrée sur ces terrains par les plus hauts responsables ? De quand datent les dernières simulations d'envergure, en France, sur des sujets de grande surprise ? Qui y participait véritablement ? Quels maillons manquants n'y participaient pas et pour quelles raisons ? De quand date la dernière annulation d'exercice, grande tradition en ces matières ?

6. Examen méthodologique : la ligne de crête des retours d'expérience

Le rapport indique : « Dans le Loir-et-Cher, le Conseil départemental de l'ordre et la DDASS ont rappelé les médecins libéraux, qui se sont pliés de bonne grâce à cette obligation. Il est dommage que cet exemple soit resté isolé. Malheureusement dans de nombreux départements, et surtout dans les grosses

agglomérations [...] on a pu constater des carences de la présence médicale libérale. Il est difficile, dans le délai imparti, de disposer de données objectives exhaustives sur le sujet et il conviendrait de mener une enquête approfondie, pour déterminer : la proportion des médecins partis en congés, leurs modalités de remplacement, la réalité de la participation à la permanence des soins au cours de cette période et durant le reste de l'année. » (p. 40)

Commentaires

C'est là le seul point qui ait donné lieu à crise dans tous les rapports d'enquête. La réaction des médecins libéraux ne s'est pas fait attendre : « nous sommes stigmatisés sans avoir été entendus » ; « le rapport Lalande s'appuie sur quelques témoignages non validés dont il tire des conclusions générales hâtives » (*Le Monde*, "Les médecins libéraux réfutent les accusations de défaillance pendant la canicule", vendredi 19 septembre 2003, page 12).

Restons ici sur une ligne méthodologique, pour tenter de situer les problèmes de pilotage de tels retours d'expérience :

– Les rapports de retour d'expérience sont des tours de force : il faut parfois construire, comme ici, dans des délais très courts, des analyses tous azimuts, ce qui suppose une masse de travail considérable, des heures d'écoute, avec une foule d'acteurs – en général très éprouvés –, et une navigation dans un univers où les contradictions, les ignorances, les fausses évidences, et même les non-sens, envahissent le champ dans son ensemble. Le risque d'erreur, d'inflexion inappropriée, est à tous les pas.

– Un premier risque est de désigner hâtivement des groupes ou des personnes, qui seront alors pris dans une dynamique de boucs émissaires, et de faire rebondir la crise. En l'espèce, il y a eu, dans cette crise, mise en cause de Patrick Pelloux, de l'InVS, des médecins, des familles (on n'est pas allé aussi loin qu'à Chicago où l'on avait mis en cause les victimes elles-mêmes).

– Un deuxième risque est que toute critique, toute question soit lue comme s'inscrivant dans ce registre de la désignation de bouc émissaire : si le terrain a déjà été sérieusement miné par les interventions des uns et des autres, à la recherche de coupables aisés à fustiger, il devient très délicat de pointer quelque question que ce soit sans être happé par le tourbillon.

– Quoi qu'il arrive, le retour d'expérience s'inscrit dans la dynamique de la crise : il n'y échappe pas. Ce qui en fait aussi un élément instable, délicat à positionner. Comme l'a bien montré l'école de Leiden, nous sommes

très vite dans la “ crise après la crise”, “la politisation de l’après-crise”, avec mobilisation de toutes les forces pour construire des images ex-post de la crise qui ne soient pas dévalorisantes – et ceci pour chaque acteur⁵. Il est évident que, dans le cas présent, et quel que soit le contenu effectif du dossier, le rapport Lalande connaît ce type de problème avec le cas des médecins libéraux.

– Un troisième risque est celui de se recroqueviller, finalement, dans la rédaction d’un rapport dont on a gommé toute aspérité. Une accumulation de faits divers, des batteries de suggestions de détails tactiques, le tout cimenté par une gangue de remarques suffisamment molles et d’apparent “bon sens”, avec ce qu’il faut d’émotion et de bons sentiments, de formules universelles et magnifiques pouvant flatter le besoin d’élévation d’âme... et quelques détails croustillants, quelques clichés à la mode, qui garantiront une reprise médiatique enthousiaste et éphémère. En d’autres termes, un rapport inutile, donc en un sens irresponsable, étant donné les enjeux pour l’avenir.


Toutes ces difficultés⁶ pourraient conduire, finalement, à l’arrêt des retours d’expérience. Il est vrai qu’étant donné la très faible formation aux

⁵ P. ‘t Hart and A. Boin (2001), “Between Crisis and Normalcy : The Long Shadow of Post-crisis Politics”, op. cit., pp. 28-46.

⁶ Ajoutons un autre risque, piège terrible en vérité, qui n’a pas joué ici mais qui doit être gardé à l’esprit : celui de découvrir que tel ou tel acteur n’a pas du tout été à la hauteur de ce qui était attendu de lui, et cela dans des proportions stupéfiantes. C’est parfois le cas, notamment, de dirigeants non formés, soudain tétanisés par la situation et qui, étrangement, font preuve de comportements totalement décalés. Passer sous silence ce point, en s’abritant derrière la règle méthodologique voulant que l’on n’entre dans aucune considération individuelle, n’est guère acceptable en termes de rigueur d’analyse. Le mentionner, c’est faire courir un risque certain à la perception de toute la démarche. On peut certes toujours souligner que la personne n’a pas reçu de son organisation la formation voulue, qu’elle a été placée à un poste qui, manifestement, ne convenait pas à son profil, qu’elle s’est trouvée piégée par une culture, une histoire, des contraintes organisationnelles qui la dépassent largement. Ceci est vrai et doit être souligné systématiquement. Mais, si l’on doit traiter du cas d’un leader-clé qui n’a pas fait montre d’un sens élémentaire de responsabilité... la ligne de réflexion que l’on vient d’indiquer risque bien vite de se révéler plus que fragile – peu honnête. Que faire ? Surtout si la personne dispose, pour des raisons les plus diverses, d’un soutien inconditionnel des forces les plus déterminantes dans et en dehors du système. Le travail de retour d’expérience devient impossible. Il ne reste plus qu’à tenir la ligne de rigueur et d’honnêteté, en sachant que ce travail sera d’emblée reçu comme inacceptable, donc enterré – et que l’analyste devra probablement en subir les conséquences.

Certes, on pourra réfuter le point que je viens de mentionner, en dénonçant en bloc cette approche “individuelle”, qui sort des cadres naturels de la sociologie. Hélas, dans le domaine des crises, on ne peut pas, pourtant, rejeter ainsi d’emblée la dimension individuelle – même si l’organisationnel reste un niveau d’analyse décisif. Bien sûr, ces considérations sont infiniment délicates à manier et source de grand embarras pour l’ana-

crises, les risques sont grands de devoir établir des constats délicats. Ou conduire à leur rareté, ce qui est le cas aujourd'hui. Mais, en crise, rien n'est si simple. Le défaut de retour d'expérience sur l'épisode de 1976 a pesé sur le fiasco de 2003 ; le défaut de diffusion des enseignements tirés de l'épisode de Marseille de 1983 a lui aussi pesé ; les freins mis à une étude officielle sérieuse de l'épisode de Chicago – comme le souligne Eric Klinenberg⁷ – n'ont pas été sans impact négatif majeur dans le pilotage de la crise française de l'été 2003. La fuite n'est donc pas une solution.



lyste. Mais quand on a côtoyé le problème de l'intérieur, en situation dure, il n'est pas possible de le "régler" par quelque assurance théorique définitive. Difficile de parler de la Bataille d'Angleterre sans considérer la place tenue par Winston Churchill.

⁷ E. Klinenberg, op. cit.



LE RAPPORT DE LA MISSION D'INFORMATION DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE



**LE RAPPORT DE LA MISSION D'INFORMATION
DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE
octobre 2003¹**

A – La posture de la mission d'enquête

Perspective : éviter le renouvellement d'une canicule modèle 2003

« Notre pays a traversé en ce mois d'août une crise sanitaire et sociale d'autant plus grave qu'elle n'a pas été perçue comme telle, une crise sanitaire qui, faute justement d'avoir été anticipée, a entraîné un drame humain.

La mission d'information [...] s'est donnée pour objectif de proposer des mesures d'urgence permettant d'éviter que ne se reproduise une telle situation.

La canicule 2003 doit être l'occasion d'une prise de conscience des évolutions de notre société, certaines inéluctables, d'autres, espérons-le, réversibles. La France vieillit, c'est une réalité, et elle ne l'assume pas pleinement. Les personnes âgées sont trop souvent invisibles, invisibles lorsqu'elles continuent à vivre plus ou moins "comme tout le monde", grâce à l'élévation du niveau de vie et aux progrès de la médecine, mais aussi invisibles dans l'isolement, l'indifférence, voire dans une mort dont on ne se préoccupe guère d'élucider les causes tant qu'elle n'apparaît pas "épidémique" comme cet été. De grands défis sociaux se présentent à nous, comme la prise en charge de la perte d'autonomie ; nous avons aujourd'hui l'occasion et le devoir de les relever. » (p. 5)

¹ Assemblée Nationale, Rapport d'information n°1091, *La crise sanitaire et sociale par la canicule*, "Prévoir l'imprévisible, changer de regard sur le vieillissement : deux défis pour demain", présenté par M. Denis Jacquat, Député, tome 1 (441 pages) – tome 2 (580 pages), octobre 2003 (document en ligne en date du 24 septembre 2003).

Commentaires 1 : force et dignité

Les grandes dimensions du problème sont clarifiées et prises à bras le corps : une crise sanitaire gravissime, une crise non perçue parce que non anticipée, une situation d'impuissance collective qui ne peut demeurer en l'état. Mais on mesure aussi les failles profondes du terrain : les vulnérabilités d'un pays dans lequel les personnes âgées sont plus nombreuses, et rejetées dans l'indifférence.

Il faut saluer la pugnacité et la dignité de la posture. Cela tranche avec ce qu'Eric Klinenberg nous dit dans son ouvrage sur le traitement exposé de l'épisode de Chicago :

« Une commission d'enquête fut bien nommée et elle publia un rapport. Mais ce rapport met l'accent uniquement sur les problèmes météorologiques, et leurs conséquences sur la santé : « Lorsque la température corporelle monte suffisamment au-dessus de la normale, des maux liés à la chaleur se produisent. Des maux sévères sont fatals. » Les facteurs sociaux ne reçurent aucune attention dans la partie-clé du rapport. Ce que la commission a aussi masqué dans sa publication, c'est le lien entre son travail et la vague de chaleur, puisque son titre, "Rapport final : La Commission du Maire sur les situations météorologiques extrêmes", ne fait aucune mention du traumatisme spécifique qu'elle analyse. Masqué par une déclaration générale sur la météorologie, le rapport aidait la municipalité à camoufler sa propre gestion de la catastrophe en donnant à l'ensemble un autre nom. Ce déplacement stratégique est caractéristique de la réponse publique et politique à la crise. Alors que le nombre de morts liés à cette vague de chaleur est sans précédent dans l'histoire des Etats-Unis, la réponse collective au traumatisme a été marquée par la volonté de ne pas connaître les raisons expliquant pourquoi il y a eu un nombre si élevé de victimes. » (pp. 16-17).

Commentaires 2 : limites, le risque d'être en retard d'une guerre

Après un drame, il est indispensable de décortiquer l'enchaînement des événements, pour comprendre et corriger, afin que ce même drame ne se reproduise pas à l'identique. Mais il serait dommageable de s'arrêter en chemin.

Après la catastrophe de Flixborough en Angleterre en 1974 (explosion d'une usine chimique), les autorités ordonnèrent la réalisation de deux enquêtes : l'une, menée par une Commission d'enquête, examinerait les causes de l'accident et préciserait les responsabilités ; l'autre serait réalisée par un comité d'experts qui conseillerait le gouvernement sur les mesures à prendre

pour maîtriser le fonctionnement des usines chimiques susceptibles de causer d'autres "Flixboroughs".²

De même ici. Ce qui a constitué le piège en 2003, ce n'est pas seulement la chaleur, c'est l'irruption d'un problème non conventionnel, non répertorié, peu visible, frappant des populations tenues en lisière. Il aurait été bon de poser d'emblée ce problème des surprises majeures et de notre impréparation à les prendre en considération, et plus encore à les traiter. Si le drame de l'été 2003 a été si profond, c'est bien que notre culture n'est pas configurée pour faire face à ce type de défi, et même, plus gravement, pour en percevoir ou en admettre l'existence. Une culture qui n'intègre pas la question des crises non conventionnelles.

Cette culture marque aussi d'une certaine façon la mission d'information, qui ne parvient pas à clarifier d'entrée le champ d'examen dans toute son étendue. La mission borne son attention au problème de la prévention d'une canicule, et même d'une canicule type 2003. Le risque est de conduire finalement les uns et les autres à se contenter de préparer la dernière guerre. C'est un piège que connaissent bien les habitués du champ des crises³. Certes, le problème général du changement climatique sera bien évoqué par la suite, mais on reste loin de la posture que l'on aurait pu (dû ?) adopter d'entrée de jeu.

B – Le texte synthèse du rapport

1. Une catastrophe naturelle aux conséquences d'une exceptionnelle gravité

La mission, dans un premier temps, cerne le phénomène : une météo sans précédent, un lien indéniable avec la mortalité, les premiers bilans. On en retiendra les éléments saillants :

– Météo : « *Paris a connu en août 2003 une période de chaleur sans précédent depuis le début du recueil des données météorologiques en 1873 : le record absolu de température reste celui de 1947 (40,4°), mais le record de température minimale (nocturne) la plus haute a été atteint les 11 et 12 août 2003, avec 25,5°. En outre, la canicule 2003 se caractérise par neuf jours consécutifs de*

² Patrick Lagadec (1981), *Le Risque technologique majeur*, Paris, Pergamon, p. 33.

³ *Complexity Crises. Never Fight the Last War* (film), Mike Granatt, A Partner of Luther Pendragon, London, Visiting Professor, University of Westminster. Previously Head of the Cabinet Office Civil Contingencies Secretariat, Head of the UK Government Information and Communication Service, talking to Patrick Lagadec, editing Aurélien Goulet, June 2004.

température maximale supérieure à 35°, avec sur cette période une température moyenne de 30,8°, alors qu'en 1911, record précédent, on n'avait relevé que cinq jours consécutifs avec une température dépassant 35°, la température moyenne n'étant que de 27,7°. » (p. 5)

– Catastrophe : « *Événement naturel exceptionnel et dramatique, la canicule de cet été peut légitimement, même si elle n'a pas été perçue sur le coup comme telle – et c'est là l'une des parts de ce drame –, être considérée comme une "catastrophe naturelle" au même titre qu'une inondation ou un séisme.* » (p. 5)

– Précédents : « *Le caractère exceptionnel de la canicule de 2003 ne doit pas occulter le fait que notre pays avait déjà connu des épisodes de canicules meurtriers. [...] Il y aurait eu à l'échelon national une surmortalité d'environ 3 000 personnes en 1976 et 4 700 en 1983, sans que cela ait été réellement perçu (sauf pour la ville de Marseille en 1983).* » (p. 6)

– Coup de chaleur : « *L'élévation de la chaleur peut être la cause initiale d'un décès par **débordement des défenses naturelles du sujet**, incapable de préserver son homéothermie* » ; « *Température au décès au moins égale à 40,6° ; exposition préalable à une forte chaleur du fait des conditions climatiques ; exclusion, par une vérification raisonnable, des autres causes d'hyperthermie.* » (p. 6)

– Dynamique : « *Les épisodes caniculaires précédents, notamment ceux qui ont touché Marseille en 1983, Athènes en 1987, Chicago en 1995, ont été analysés par le professeur Jean-Louis San Marco et le docteur Jean-Pierre Besancenot. Ce dernier, lors d'une intervention dans un colloque organisé le 21 mars 2002 par le Conseil supérieur de la météorologie, avait indiqué que, dans chacun de ces trois épisodes, on avait vu la mortalité grimper en flèche dès le début de la vague de chaleur pour culminer 24 ou 48 heures après le pic de température. Les graphiques produits à l'appui de sa démonstration faisaient apparaître un décalage temporel limité, mais réel, entre élévation de température et surmortalité. Le lien entre élévation de température et surmortalité semble également très caractéristique lors du drame de cet été, avec peut-être un décalage plus grand entre élévation de température et de la mortalité. M. Lucien Abenheim, ancien directeur général de la Santé, a souligné lors de son audition par la mission le caractère exceptionnel, d'un point de vue statistique, de la corrélation relevée.* » (p. 6).

– Nécessité d'études complémentaires : pour établir le bilan exact ("effet de récolte" ?) ; pour mieux cerner les facteurs co-aggravants potentiels de surmortalité (pollution, médicaments, etc.). (p. 7)

– Piège de la normalité : « *L'un des facteurs qui expliquent la détection trop tardive de la catastrophe qui était en train de se produire au mois d'août tient peut-être au fait qu'il existe une surmortalité "modérée", "normale", des personnes âgées en été, que des intervenants "de terrain" ont évoquée à mots couverts devant la mission ; le passage à une situation "anormale" aurait donc été moins net* ». (p. 9)

– Ouverture aux faits sociaux : « *Les études épidémiologiques devront s'attacher également aux facteurs "sociaux" éventuels d'exposition à la surmortalité : l'isolement ; le niveau social (à Chicago en 1995, il semble y avoir eu une très forte corrélation entre surmortalité et faible revenus) ; le type d'habitat (le "dernier étage") ; le type de prise en charge.* » (p. 8)

– Ouverture du champ : « *La question de la surmortalité se pose symétriquement lors des "coups de froid" ; « La question du lien entre le climat et la santé mérite d'être creusée, dans l'optique d'un changement climatique de plus en plus évident.* » (p. 9)

Commentaires

Les points mis en avant par la mission sont particulièrement intéressants dans l'optique d'une réflexion sur les crises. Des facteurs pièges sont clarifiés :

- une normalité submergée par un phénomène aberrant à l'échelle historique ;
- des co-facteurs dans tous les champs, notamment sociaux ;
- des définitions incertaines ;
- des bilans difficiles à cerner ;
- des dynamiques piégeantes, car marquées par la discontinuité, les effets retard, les montées aux extrêmes – autant de logiques étrangères à nos cultures scientifiques, organisationnelles, managériales, politiques ;
- le piège de la normalité : "il fait chaud en été" ; "les personnes âgées meurent plus en été" ; ces "évidences" permettent à la crise d'envahir la scène, masquée, avec l'assurance de pouvoir compter sur la non-réaction de tous ceux qui ont besoin de preuves – claires, indubitables, inscrites dans les cadres bien habituels – pour tolérer l'idée qu'il se passe quelque chose et qu'il va peut-être falloir se mobiliser, changer de posture. La terreur qu'inspire cette idée de devoir considérer qu'il pourrait y avoir "quelque chose de nouveau sous le soleil" (le registre de l'*Ecclésiaste* s'appliquant particulière-

ment bien en matière de canicule, mais il est général) donne toutes ses chances à une crise prenant les habits de la normalité. Les lanceurs d'alerte ne parviendront pas à convaincre ;

– l'impossibilité de s'en tenir à des analyses mono-disciplinaires : nous entrons dans des univers de crise qui obligent à prendre en compte de très larges réalités, alors même que nos cultures de l'urgence nous avaient conduits (certes à tort, comme la sociologie des désastres n'a cessé de le souligner) à restreindre nos visions ;

– relevons, *last but not least*, la remarque sur la dynamique systémique de l'attaque par coup de chaleur : le sujet résiste, les systèmes de retour à l'équilibre de la température corporelle fonctionnent, puis, tout à coup, ne peuvent plus suffire ; les systèmes de défense sont débordés, et le sujet emporté dans la mort.

2. Une catastrophe qui n'a été ni anticipée, ni perçue rapidement comme telle

La mission d'information reprend, dans le point central de son rapport, les éléments-clés de la crise et des défaillances de gestion qui ont marqué l'épisode.

L'introduction pose l'essentiel :

« Le drame de cet été n'a été ni anticipé, ni détecté très rapidement, et la gravité de son bilan est liée en grande partie à cette situation. Ou plutôt, s'il a été assez vite détecté, il n'a pas été perçu immédiatement par la plupart des responsables administratifs comme une crise majeure.

Le professeur San Marco a déploré devant la mission l'absence de leçon tirée dans notre pays des épisodes caniculaires de 1976 et 1983, très largement passés inaperçus, et l'absence de tout intérêt de la presse nationale pour les avertissements qu'il s'est efforcé de faire passer. Comme plusieurs interlocuteurs de la mission l'ont observé, à commencer par le ministre de la Santé, un pays, une ville, qui n'ont pas vécu et ressenti une canicule ne se dotent pas d'instruments d'alerte.

Des interlocuteurs de la mission ont évoqué une certaine indifférence aux problèmes du vieillissement, un déficit de l'intérêt scientifique sur ces sujets.

La mission a également relevé des dysfonctionnements, des cloisonnements administratifs, voire des contradictions qui, mettant en cause des personnes, pourraient être analysés plus au fond par la commission d'enquête à venir. » (p. 11)

Commentaires

Pas d'anticipation, pas de questionnement, pas de leçons du passé, pas d'intérêt – y compris des médias –, indifférence de fond pour ce qui est du vieillissement, cloisonnements, dysfonctionnements. Un remarquable terrain de jeu pour les crises.

Retenons les points essentiels de l'analyse de la mission.

1) Des connaissances scientifiques peut-être insuffisantes, mais pas inexistantes

La mission identifie les éléments suivants qui donnent un tableau incertain, donc peu favorable :

– Comme l'a souligné M. Lucien Abenhaim, directeur général de la Santé démissionnaire, le mot "chaleur" est resté systématiquement absent dans toutes les productions, tous les rapports, toutes les prises de position de toutes les instances qu'il avait sollicitées pour élaborer les objectifs nationaux de santé publique ;

– Le Conseil supérieur de la Météorologie a adopté le 14 octobre 2002 un vœu demandant à Météo France d'étudier la diffusion de conseils de santé et d'informations relatifs aux épisodes de canicule et de grands froids ; ceci dans la suite d'un colloque du 21 mars 2002 dans lequel la question avait été soulevée ;

– La question de la chaleur avait été abordée par l'InVS, mais sous un aspect très différent : non pas l'hyperthermie fatale, mais les problèmes pouvant toucher le public d'une manifestation sportive en période estivale "normale" ;

– Il y avait les travaux du Pr San Marco, du docteur Besancenot (qui s'était exprimé lors du colloque du 21 mars 2002) ;

– Il existait des débuts de projets de mise en place de mécanismes d'alerte en cas de canicule, mais rien n'avait avancé, « *que cela provienne du manque de volonté du ministère de la Santé, comme le président-directeur général de Météo France l'a laissé entendre, ou de Météo France comme l'indique un e-mail du 12 août de M. Gilles Dixsaut de l'Agence française de sécurité environnementale à M. Yves Coquin [Directeur adjoint de la DGS].* » (p. 12)

– « *Si les conséquences mortelles d'une canicule et le phénomène de la mort par hyperthermie, lié aux chaleurs extrêmes, étaient largement ignorés dans*

les milieux médicaux et paramédicaux, il n'en était pas de même des risques de déshydratation des personnes âgées. ». (pp. 12-13)

Commentaires

C'est là un tableau classique : un grand vide, quelques tâches éparses (mais qui ont vocation à être traitées comme des "anecdotes non significatives"), des connaissances bien fermes sur le sous-ensemble de "normalité" du champ, beaucoup de freins dont on ne sait pas très bien d'ailleurs d'où ils proviennent, quelques "Corsaires" qui plantent des jalons mais qui ne seront entendus qu'*après* la crise qu'ils annoncent (avec d'ailleurs le risque de se voir reprocher de n'avoir pas réussi à convaincre).

2) Une alerte qui a cheminé bien lentement

La mission construit le tableau suivant :

– Une épidémie insidieuse : l'été est connu pour être porteur de décès chez les personnes âgées. « *Un ou deux décès sporadiques par établissement n'ont pas, souvent, été perçus comme "anormaux" »* (p. 13)

– Dès juillet le Dr Pelloux a mis la pression sur le ministère, mais sur un autre sujet, la fermeture des "lits d'aval" conduisant à l'encombrement des services d'urgence ;

– Météo France a émis un communiqué explicite le 7 août, après avoir déjà affiché sur son site Internet, le 4 août, des conseils très complets pour faire face aux fortes chaleurs ;

– Des signaux spécifiques arrivent les 6 et 7 août au ministère de la Santé, la DGS réoriente sur l'InVS ; le Dr Patrick Pelloux appelle la DHOS « *à propos de l'encombrement des urgences* » ;

– Le 6 août, M. William Dab, responsable "santé publique" au cabinet du ministre de la Santé, a adressé un mail à M. Yves Coquin, qui assurait la direction de la DGS en l'absence de son directeur général en vacances : « *L'épidémiologie nous permet d'anticiper un excès de mortalité lié à la canicule. Il serait utile que la DGS prépare un communiqué rappelant quelques précautions élémentaires notamment chez les plus jeunes et les plus vieux. Il existe de nombreuses études sur l'impact sanitaire des vagues de chaleur. L'InVS pourrait les signaler [...] et cela pourrait faire l'objet d'un message "DGS-Urgent" [qui permet d'adresser directement des messages d'alerte électronique aux médecins libéraux volontaires].* » (pp. 13-14)

– « *La DGS n'a pas transmis de message "DGS-Urgent" et ne s'est apparemment pas mobilisée massivement sur la question.* » (p. 14)

Commentaires

– On voit se dérouler le combat inégal entre une crise non conventionnelle et des systèmes qui ne possèdent pas la grammaire de ce type d'engagement, et d'abord en matière de veille et d'alerte. Les systèmes sont configurés pour traiter des phénomènes "normaux" : ils peuvent se mobiliser s'ils reçoivent, avec des délais confortables, des signaux clairs, non ambigus, adressés à la bonne personne, sur des sujets déjà bien repérés, et pour lesquels on dispose de réponses techniques et organisationnelles bien fixées.

– En cas de situation anormale, il faut avoir d'autres grammaires à disposition. En effet, l'information reçue ne sera pas claire ; ne viendra pas par les entrées ou les tuyaux prescrits ; ne sera pas d'emblée suffisamment dramatique pour que l'on se mobilise sans risque d'erreur ; ne sera pas suffisamment spécifique pour que le service recevant l'information soit à l'évidence concerné, et le seul concerné, etc. Le phénomène hors-cadre exige un renversement des attitudes et des logiques d'action : à partir de signaux souvent peu lisibles, non spécifiques, venant par des canaux qui ne sont pas les bons, il faut se mobiliser et aller à la recherche active de traces complémentaires. Or, surtout en crise, nous adoptons de façon pavlovienne des postures administratives à haute protection sur le mode : "tout dossier non totalement rempli sera rejeté".

– Davantage : les signaux seront "ressentis" bien avant d'être formatés de façon "rationnelle". La sensation d'incohérence est par construction plus immédiate que la démonstration formelle, assurée, établie dans les cadres habituels. Encore faut-il tolérer ces "sensations", ne pas exiger d'autant plus de "preuves", "d'exhaustivité", de formalisme que la situation est dérangeante.

– Il y a ici des travaux de fond à lancer. En recherchant d'autres grammaires de lecture, d'autres attitudes, en se gardant des réponses sous forme de batteries d'indicateurs bien nets, "d'usines à gaz" organisationnelles. Dans le non-conventionnel, il faut s'y résoudre : rien, aucun truc, aucune grille, aucun seuil, ne peut dispenser de l'essentiel – le questionnement avec d'autres. Encore faut-il accepter 1) le questionnement, 2) le partage avec d'autres. Ce sont là le plus souvent des interdits fondateurs. Les institutions trouvent leur identité dans leurs savoirs assurés, dans leurs procédures éprouvées ; elles

tirent leur puissance de l'épaisseur de leurs murailles, plus que de leur créativité dans la conduite de flux. Des assouplissements peuvent être consentis en période "normale" mais, lorsque la crise se profile, les interdits sont appliqués avec la plus grande rigueur. Par la formation, il faut être en mesure d'opérer sur d'autres modes lorsque la situation l'exige.

3) *L'Institut de Veille Sanitaire hors-jeu*

La mission indique :

– « *L'InVS s'est mobilisé plutôt mollement* » ;

– « *A partir du 11 août, l'institut a lancé des travaux d'enquête et a pu, enfin, le 13 août selon M. Lucien Abenhaim, transmettre des informations à la DGS...* »

– « *"Prévoir l'imprévisible", selon la formule employée par plusieurs intervenants, n'est certes pas chose aisée. Mais, outre qu'une mortalité par un épisode de canicule n'était peut-être pas si "imprévisible" en l'état des connaissances scientifiques, le fait est que cela fait partie des missions légales de l'institut, qui ne les a pas remplies en l'espèce. Lors de son audition, M. Gilles Brücker a indiqué que les risques climatiques n'avaient pas été inscrits dans le contrat d'objectifs et de moyens en vigueur ; l'établissement ne s'en est donc pas préoccupé. Le jugement émis dans le rapport de la mission dirigée par Mme Françoise Lalande, selon lequel l'InVS n'a pas joué « pleinement le rôle que la loi lui a confié » s'est comporté surtout comme « un organisme d'observation et d'analyse a posteriori » n'est donc pas infirmé par les travaux de la mission d'information* ».

– « *L'Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale (AFSSE), chargée de par la loi « d'évaluer les risques sanitaires liés à l'environnement » en fournissant au gouvernement « l'expertise et l'appui scientifique et technique », n'a pas non plus mené de travaux sur les risques sanitaires climatiques, selon sa directrice générale, car cela ne lui avait pas été demandé par sa tutelle. Elle a également évoqué la jeunesse de l'établissement et ses faibles moyens* ». (pp. 14-15)

Commentaires

– Dans son audition, Gilles Brücker, directeur de l'InVS, conteste cette lecture d'un organisme ne fonctionnant qu'a posteriori et pas par anticipation. A l'appui, il mentionne notamment ce que l'InVS a lancé comme programme d'action sur le bio-terrorisme. Quant à la question de la chaleur, il souligne qu'il n'y avait pas eu de retour d'expérience sur l'épisode de

1976, et que l'Institut n'avait donc pas de documents sur lesquels s'appuyer pour dire que c'était un risque ; qu'aucun message n'est venu de Marseille et de ceux qui avaient tiré des leçons de 1983. (p. 165, 166)

– Pour comprendre les jugements émis par la mission Lalande, et repris par la mission d'information, il faut sans doute mesurer le fossé existant entre le monde scientifique et l'image que l'on en a de l'extérieur. A l'extérieur, la vision spontanée est que, dès lors qu'il s'agit d'inhabituel, de choses cachées, de réaction rapide face à l'inconnu, le monde scientifique est d'emblée le mieux placé pour révéler ces choses, s'en saisir sur le champ et en fournir des éléments d'intelligence comme de gestion. Les organismes scientifiques vivent en réalité sur des cultures bien différentes. Un problème scientifique se construit à travers des programmes, des cadres méthodologiques bien validés, et une prudence – justifiée – de tous les instants pour se protéger de la supercherie. Dès lors, ces sujets dont il faudrait se saisir dans l'urgence, sans protocoles “sérieux”, sans l'appui d'un état de l'art déjà bien validé, sur alerte extérieure non anticipée, ne sont pas d'emblée chéris par le monde scientifique. Bien au contraire. Et cela dans tous les pays du monde. Le milieu scientifique n'aime guère l'univers de la crise, des risques émergents, réalité insuffisamment stabilisée (par construction), mal définie (et sans définition claire, univoque, on parlera immanquablement de discipline “fourre tout”), non mesurable (les outils phares ne marchent pas bien), peu spécifique (quelles démarcations disciplinaires ?), et à haut risque (on est soudain exposé brutalement à l'inconnu, et non protégé par tout un appareillage de modèles filtrants).

– “Comment voulez-vous prévoir l'imprévisible ?” est une remarque récurrente. Le simple énoncé de cet étonnement vaut en général défense tous azimuts. Bien entendu, cela n'a pas de sens, et c'est précisément cette impossibilité qu'il s'agit de prendre en charge quand on s'intéresse aux crises non conventionnelles. **La vraie exigence n'est pas de “prévoir l'imprévisible”, mais de s'entraîner à lui faire face.** Ce qui exige des questionnements, des préparations, des entraînements intégrant de façon centrale et dominante la surprise, la perte et la reconstruction des références, y compris des références fondatrices. Exactement, là encore, ce que nos cultures font tout pour écarter. Nos exercices ont le plus souvent pour âme (quand ils existent) la mesure des écarts entre les comportements programmés par les plans et les performances des acteurs. C'est excellent pour l'urgence banale, mais hors sujet pour les

crises non conventionnelles. Souvent, j'ai tenté d'instiller un peu de surprise dans ces exercices (non pas la surprise sur le jour de l'exercice, mais la surprise sur les questions à se poser). Très régulièrement, j'ai soulevé l'objection-réflexe : « Surtout pas, vous allez casser l'exercice ! » ; « les acteurs ne pourraient le tolérer » ; « ici, les directeurs ne peuvent pas être mis en situation, à plus forte raison si elle n'est pas prévue ».

– Aussi bien pour l'InVS que pour l'AFSSE, il faudrait prendre garde au risque de désignation bien commode de bouc émissaire : on donne une mission infinie à un organisme, et on dispose d'un fusible à tout coup. Si on accordait autant d'importance et de soin au travail de simulation, à l'implication de chacun, y compris des tutelles et des niveaux ministériels, dans les préparations à l'imprévisible, dans les exercices, qu'à la formulation juridique des missions, nous disposerions d'un tableau de compétence collective autrement plus favorable.

4) Les effets du cloisonnement administratif

a) Cloisonnés et hors-jeu

– Le cabinet rédige [11 août] un communiqué de presse faisant état d'une augmentation des passages aux urgences, mais « *sans engorgement massif* », et de « *difficultés comparables aux années antérieures, en dehors de cas ponctuels* ».

– La DGS n'a pas été consultée pour la rédaction de ce communiqué qui, selon M. Lucien Abenhaim, serait issu d'éléments provenant de la DHOS ;

– Le directeur de la DHOS précise à la commission : « *jusqu'au 11, les remontées que nous avons ne constituent pas un faisceau qui nous permettrait d'affirmer que le phénomène est généralisé et dramatique* ».

– Le même jour, M. Yves Coquin adresse son message à la directrice adjointe du cabinet : « *Nous avons essayé de faire le point rapidement avec le SAMU de Paris, les pompiers... ce qui nous a confirmé que les 48 dernières heures avaient constitué un tournant, mais que la situation était maîtrisée* ». (p.15)

– La DGS, après un contact avec les opérateurs funéraires – débordés –, transmet un projet de communiqué au cabinet du ministre à 19h36 ; « *trop tard* », souligne la commission « *pour que le ministre en soit informé avant son intervention télévisée* ». (p. 15)

– L’ancien directeur général de la Santé a également déclaré, à propos de l’attitude des membres du cabinet, qu’à son retour le 13 août, « *le cabinet du ministre ne se rendait pas compte que nous étions dans une situation de crise, et pas simplement dans une situation de gestion d’urgence* ». (p. 16)

Commentaires

– Le point sur l’absence d’engorgement massif, de difficultés comparables aux années antérieures, de cas ponctuels, relève de l’idéal type en matière de traitement des crises : “Rien à signaler, tout est normal, seulement des anecdotes”. Entre cette posture et les alertes, qui depuis le week-end crèvent les écrans et commencent à faire la une des journaux, avec la montée en ligne des médecins de l’urgence – notamment les “coups de gueule” de Patrick Pelloux – l’écart est stupéfiant. C’est classique en crise. Des systèmes non préparés éprouvent les plus grandes difficultés, surtout si la situation n’est plus tout à fait “normale”, à lancer des passerelles avec le terrain, jeter un regard sur la presse et la télévision, ou à prendre langue avec les fers de lance de la fronde. Le retrait et le repli sont des comportements tout à fait “normaux” – si du moins on n’est pas préparé.

– Certes ici sortie de son contexte, la phrase reprise par la mission « *jusqu’au 11, les remontées que nous avons ne constituent pas un faisceau qui nous permettrait d’affirmer que le phénomène est généralisé et dramatique* » relève elle aussi du modèle habituel en crise. Il est pris pour acquis qu’une alerte exige un phénomène « *généralisé* » et « *dramatique* ». Si la crise attaque sur un mode en taches de léopard, et de façon non dramatique d’entrée de jeu, pas de mobilisation.

– La note reçue du directeur-adjoint de la DGS par le cabinet est un classique du genre. Elle souligne qu’il y a eu « *tournant* », en indiquant immédiatement après que la situation est « *maîtrisée* ». Enfin, pas tout à fait : le verbe « *était* », au passé, sonne étrangement. Des personnes rompues aux crises auraient interprété la mise en avant du thème “situation maîtrisée” comme un signal d’alerte majeur : le fait d’avoir besoin de “rassurer”, juste après avoir fait mention d’un “tournant”, est un signal quasi certain d’un problème grave. Ces catapultages de mots, la tonalité, l’incohérence, l’heure auraient dû, en théorie, conduire à tirer immédiatement la sonnette d’alarme. En crise, puisqu’on ne dispose que rarement de faits alarmants bien clairs, le niveau d’étrangeté d’un message, d’une tonalité, d’une chronologie, le niveau de

“malaise” plus ou moins ressenti, sont les motifs d’alerte les plus déterminants.

– Le projet de communiqué obtenu à 19h36 reste dans le vide. Certes il aurait fallu des acrobaties téléphoniques un peu compliquées pour joindre le ministre qui doit passer à 20h à la télévision, et en duplex depuis le sud de la France. Cependant, la mission est un peu rapide sur ce point. Si le lecteur du message examine celui-ci et comprend que la posture du ministre risque d’être gravement décalée, il pourrait tenter de joindre son ministre. Et, avec les moyens de liaison dont on dispose aujourd’hui, il n’est pas certain qu’il faille partir battu d’avance. Après tout, même le Var peut être joint en moins de 20 minutes. Mais, là encore, ce n’est pas une question de chronomètre, c’est une question d’univers mental, de préparation.

– Mais, si l’on s’en tient à nos cultures en vigueur dans le domaine de la gestion de crise, il est probable que l’intervention du ministre ait d’abord été, comme le veut la règle désormais, une opération de communication : dès lors, pourquoi tenter à tout prix de déranger le ministre ? Pourquoi le ministre ferait-il un dernier point avec ses conseillers – qui ont les dernières informations – avant de s’exprimer sur TF1 ?

– D’un point de vue organisationnel et de champ de prérogatives, bien plus encore, s’il s’agit de communication, il est clair que les responsables techniques n’ont guère leur mot à dire – du moins si l’on se réfère à nos dynamiques organisationnelles actuelles. C’est le royaume des communicants, dont le pouvoir est désormais bien affirmé et très jalousement gardé. Dès lors, il serait inconcevable de tenter de joindre le ministre, quelque part entre les mains des communicants et celles des journalistes.

Ce type de réflexion est extrêmement difficile à conduire en situation de crise par ceux qui ont déjà la tâche très lourde de suivre, de conduire les situations. C’est pour cette raison précisément que les logiques de pilotage de crise prévoient une fonction d’appui très particulière : celle de l’analyste ou de la cellule de réflexion stratégique, en recul, qui doit à tout moment poser question, traquer les failles, les erreurs d’interprétation, les pièges invisibles, les scénarios “impossibles”, les acteurs oubliés, etc. On objecte généralement que, comme cette personne ne peut pas être infaillible, elle ne sert à rien et qu’il vaut mieux s’en passer. On qualifie ce choix de “pragmatique” : on s’occupe des “vrais problèmes”, pas de questions “bien théoriques”. C’est ainsi que l’on va, pragmatiquement, dans le mur. Quand le ministre aura fini de s’exprimer, pour souligner que la situation est en quelque sorte sous contrôle,

qu'il a mis immédiatement en place ce qu'il fallait pour comptabiliser les morts, etc., le lundi 11 août peu après 20h15, la situation ne pourra plus être rattrapée. Même par de la "communication".

b) Une mobilisation du système sanitaire par le bas

La mission dit sa surprise :

– « *Le système hospitalier a su répondre à la crise qu'il vivait. Il est intéressant d'observer que sa mobilisation a "cheminé" du bas vers le haut, ce qui est surprenant en période de crise, où, théoriquement, les pouvoirs publics prennent de manière coordonnée les décisions qui s'imposent.*

– *Ainsi, en Ile-de-France, les premières mesures de type "plan blanc" ont-elles été prises par l'AP-HP le vendredi 8 août. C'est le lundi 11 août que l'échelon supérieur, la DHOS, a constitué la cellule de crise, tandis que l'AP-HP lançait officiellement son "plan d'action chaleur extrême". Le même jour, le plan blanc était déclenché à l'hôpital de Créteil ; le 12, le préfet l'étendra à l'ensemble du Val-de-Marne, avant qu'il ne le soit, le 13 au soir à l'Ile-de-France. Enfin, une réunion interministérielle se tiendra le 14 août, mais consacrée (exclusivement ?) aux problèmes de production électrique ».* (p. 16)

Commentaires

– Les études américaines, depuis quarante ans (Disaster Research Center, 500 études de cas à travers le monde), n'ont cessé de documenter une erreur de perception générale et spontanée : l'idée, pour les hiérarchies centrales, que l'on ne peut guère faire confiance au "terrain" en situation de crise. Cette vision est très régulièrement contredite par l'expérience : le terrain subit des tensions énormes, mais réagit ; le centre intervient d'ailleurs souvent avec retard, en se faisant d'autant plus bruyant qu'il a été absent au début, et apporte alors des perturbations majeures. A chaque crise, ceci est redécouvert avec embarras au plus haut niveau, ce qui ne conduit pas à développer les retours d'expérience de façon déterminée.

– Il est important de sortir des schémas "habituels" en ces matières et de travailler avec les uns et les autres, chacun à son niveau, pour que chaque niveau apporte ce qui est de son ressort. Seule une préparation forte et résolue permet de sortir du schéma de base. Ainsi, le fait que R. Giuliani, maire de New York, ait eu une pratique d'implication personnelle forte dans les exercices de crise a été déterminant lors des événements du 11 septembre

2001. Là encore il n'y a aucune fatalité : les études du Disaster Research Center (DRC) sur le fonctionnement du centre de crise de New York dans cette épreuve sont d'ailleurs particulièrement élogieuses, alors que, de tradition, la lecture de référence du DRC est critique à l'égard des centres de crise.⁴

c) Le social coupé du sanitaire

La tonalité est la même :

– « Le secteur "social" de l'administration centrale a été quant à lui informé "officiellement" bien tard, restant isolé des administrations "sanitaires" et bénéficiant manifestement de peu de remontées du secteur médico-social » ;

– Le Directeur de la DGAS précise : « les premières informations de la DGAS datent officiellement du dimanche 10 août quand le fonctionnaire de permanence de la DGAS a : été alerté par un établissement ; été sollicité par un journaliste. Aucune remontée officielle des difficultés n'est venue des DDASS, des établissements hébergeant des personnes âgées ou des associations de maintien et de soins à domicile... ». (p. 16)

Commentaires

Nous avons ici encore une parfaite illustration d'un management de crise "normal".

– La ligne de référence est celle de l'acte officiel, par lequel on saisit la hiérarchie. Les remontées doivent être officielles. Or, les crises actuelles se jouent des règles officielles, qui sont même leur levier privilégié. Les signaux d'alerte sont le plus souvent "hors des clous". Attendre qu'ils veuillent bien prendre les habits nécessaires pour qu'on puisse les recevoir comme il sied n'est pas en phase avec les défis de la crise. La faille se double à l'échelon local : avant de déranger la hiérarchie, il faut un dossier bien ficelé.

– Les cloisons sont parfaitement étanches avec les autres directions.

– Et soudain un journaliste fait irruption... Lui, par culture, sera allé chercher l'information, et de préférence aux points critiques du front. Le choc des deux cultures ne peut être qu'orageux, et inégal pour les responsables.

⁴ J. M. Kendra and T. Wachtendorf (2003), "Elements of Resilience After the World Trade Center Disaster : Reconstituting New York City's Emergency Operations Centre", *Disasters*, 27 (1), pp. 37-53.

d) La mobilisation tardive de la hiérarchie des services chargés de la sécurité civile :

– « Il [le colonel Grangier de la BSPP, Brigade des sapeurs-pompiers de Paris] a indiqué avoir pris contact avec ses seuls supérieurs hiérarchiques, à savoir le cabinet du préfet de police, le 8 août, pour recevoir des instructions, car il était sollicité par la presse. Il ressort des rapports rédigés à la suite de la canicule par le général Debarnot, commandant la BSPP, et MM. Lalande et Lieutaud, respectivement directeur de cabinet et chef de cabinet à la préfecture de police, qu'à cette occasion, puis à nouveau le dimanche 10 août, consigne lui a été donnée de ne pas évoquer le nombre de morts et de s'en tenir à des conseils préventifs et des informations « non alarmistes, plutôt apaisantes ». » (p. 17)

– « Les deux responsables du cabinet du préfet de police indiquent, dans leurs rapports respectifs, que la BSPP ne les a pas alertés durant le week-end du 9-10 août et que la préfecture de police ne disposait jusqu'au 11 août d'aucun élément lui permettant de mesurer l'incidence de la canicule sur la mortalité, les rapports de la BSPP n'indiquant rien à signaler en rapport avec la canicule dans la rubrique "événement". Sans doute le formalisme de ces comptes rendus ne facilite-t-il pas la transmission d'une alerte fondée sur la perception diffuse d'une situation anormale. » (p. 17)

– Quant au COGIC, le centre opérationnel de gestion interministérielle des crises, il ressort de l'audition de ses responsables, précise la mission, qu'il « a été informé de la situation grâce à l'intervention télévisée du docteur Patrick Pelloux le 10 août et à la suite d'une dépêche AFP. Manifestement, le centre ne s'est guère senti concerné par un événement perçu comme « davantage une crise sanitaire qu'une crise de sécurité civile ». » (p. 17)

– M. Lucien Abenhaim a déclaré avoir « eu beaucoup de mal à obtenir les données du ministère de l'Intérieur et [avoir dû intervenir] auprès du cabinet du préfet de police, le 14 août, pour les avoir, alors que l'Institut de veille sanitaire et la DGS essayaient depuis trois jours ». (pp. 17-18)

– « D'après le rapport du général Debarnot, l'InVS a demandé les statistiques de la BSPP le 11 août, mais il lui a été indiqué qu'il fallait l'accord du ministère de l'intérieur et de la préfecture de police ; ces statistiques ont été transmises au COGIC le 12 et il a fallu encore deux jours, apparemment, pour qu'elles parviennent aux administrations de santé publique. Le général Debarnot constate que la BSPP n'a été associée à aucune réunion avec les administrations

gérant la crise comme l'AP-HP, mais est-ce surprenant au regard de l'attitude peu coopérative retenue ? » (p. 18)

Commentaires

On mesure le travail de révolution culturelle à accomplir.

3. Un défi lancé au système sanitaire et social

Les défis sont clarifiés :

– La dégradation ultra-rapide de l'état des patients qui conduisait à court-circuiter le médecin généraliste, pour aller directement aux urgences.

– Des services d'urgences débordés, confrontés à des morts en masse (ce qui n'est pas leur lot habituel), à des engorgements majeurs (faute de place dans les services aval) et peu coordonnés entre eux.

– Le vieillissement de la population, qui fait apparaître l'inadaptation partielle de notre système de santé à ces évolutions ainsi qu'aux situations de crises spécifiques qui peuvent en découler.

– La nécessité, dans les plans de crise, de pouvoir compter sur une intégration des réponses, qu'il s'agisse d'hôpitaux, de médecins libéraux, d'intervenants à domicile.

– La difficulté de traiter, non une crise technique ponctuelle, mais une crise sociale avec toute la complexité que cela peut comporter :

« *La mission n'a pas été en mesure de dresser le portrait des victimes* » (p. 28) ;

« *Un seul trait commun est unanimement et constamment mis en avant : l'isolement de ces personnes. Il ne faut cependant pas verser dans la facilité qui consisterait à culpabiliser les familles : 57 corps non réclamés ne doivent pas faire oublier l'implication de millions de familles dans la prise en charge de leurs personnes âgées. Elle n'a jamais été aussi forte, en temps, en argent, en souffrance également parfois* » ; (p. 29)

« *Comme l'ensemble des acteurs, les établissements n'étaient pas préparés à affronter la canicule* » ;

« *Cette impréparation se double d'une fréquente inadéquation de l'architecture des établissements à un phénomène de canicule* » ; (p. 29)

« *La principale difficulté rencontrée par les établissements lors de la crise réside, de l'avis unanime, dans les tensions sur les effectifs* » ; (p. 30)

« Les services d'aides à domicile [ont été] confrontés à un manque de personnels au mois d'août comme chaque année » (p. 31) ;

« L'autre problème, commun d'ailleurs avec les établissements, est la pénurie de personnels formés et désireux de travailler auprès des personnes âgées » (p. 31) ;

« La canicule a mis en relief l'isolement de certaines de nos personnes âgées, pas par mépris ou par indifférence, mais simplement parce que les réseaux traditionnels n'ont pas su s'adapter au vieillissement de la population. [...] Il devrait être possible de développer un partenariat avec des gardiens d'immeubles en zones urbaines et les facteurs en zones rurales pour que ces professions exercent une mission de veille sociale sur les personnes âgées les plus isolées. » (p. 32) ;

« Il faut également assurer la mise en place d'un maillage social sur le plan local. L'une des plus grandes surprises – et l'une des raisons majeures – du drame de cet été réside dans la méconnaissance de la situation d'isolement d'un grand nombre de personnes âgées. La mission préconise la mise en place de plans locaux de solidarité. » (p. 32)

« A cette déclinaison locale de la solidarité doit faire écho une solidarité nationale assurant un traitement égal sur l'ensemble du territoire. » (p. 32)

Commentaires

Profitons ici de l'expérience de Chicago et de l'analyse qu'en fait Eric Klinenberg lorsqu'il interroge les logiques de réponse aux problèmes d'isolement social. Dans le chapitre de son livre intitulé "L'Etat-Providence et les événements extrêmes", il nous propose des éléments de réflexion qui sont autant de mises en garde :

« Dans les années qui suivirent la canicule, Chicago développa ses programmes pour venir en aide aux seniors durant les vagues de chaleur, et mit place un système pour repérer les seniors isolés et les contacter en cas de météo sévère.

Dans le même temps, quatre traits de la gouvernance urbaine examinés dans ce chapitre continuent à créer des risques pour les résidents :

1) la délégation de services sanitaires et sociaux à des organisations sécuritaires n'ayant pas été conçues pour ce travail,

2) l'absence d'un système efficace pour organiser et coordonner les programmes des différentes agences,

3) le manque d'implication publique pour apporter des ressources vitales, comme en matière de santé et d'énergie, nécessaire à la protection des plus vulnérables, et

4) l'hypothèse selon laquelle les citoyens fragiles et âgés seront des consommateurs actifs et informés des biens publics.

De telles ruptures, organisationnelles et politiques, fondées sur des conceptions marchandes, sont de plus en plus fréquentes aujourd'hui dans les nouvelles formes de gouvernance. L'épisode de la canicule de 1995 montre qu'elles appellent davantage d'attention.

A Chicago comme dans d'autres villes, la popularité et la légitimité de ces réformes sont autant le signe de la capacité de la ville à gérer son image, à travers un travail sophistiqué de marketing et de relations publiques, que de l'efficacité des programmes en question. Le problème est de savoir si, tout autant au jour le jour que lors des événements extrêmes, l'investissement sur l'image peut compenser la réalité ce que fait le gouvernement sur les autres fronts. Durant la vague de chaleur, la réponse la plus efficace de la ville ne fut pas un programme sanitaire, mais bien une campagne de relations publiques.» (op.cit., pp. 163-164).

4. Pistes de réflexion

La mission résume : « L'analyse de la crise sanitaire et sociale d'août 2003 débouche sur quelques constats sévères : sévères pour une société qui a détourné son regard de ses personnes âgées et, dans un premier temps, du drame qui survenait ; sévères pour des administrations qui n'ont su ni anticiper, ni alerter rapidement. Elle révèle aussi tout un dispositif sanitaire et social qui a fait face dans l'urgence, mais a été poussé à la limite de ses possibilités. Décloisonnement, proximité, prévention, anticipation et alerte doivent être les maîtres mots des mesures d'organisation à prendre rapidement pour éviter qu'un tel drame ne se reproduise. Au-delà, l'état de notre système sanitaire et social appelle des réponses structurelles dont nous savons qu'elles seront coûteuses. Engager le chantier de ce qu'il est convenu le "cinquième risque" paraît donc inévitable ». (p.33)

Pour "tirer les premières leçons" de la crise, la mission propose trente-cinq pistes, organisées en trois tableaux :

1. Mieux connaître les risques sanitaires environnementaux et les populations qui y sont exposées :
 - a. Conduire des études épidémiologiques sur l'épisode 2003 pour mieux comprendre ;
 - b. Développer la recherche sur les liens entre climat et santé publique, dans l'optique d'un changement climatique ;
 - c. Intégrer le fait des populations vulnérables, et notamment des personnes âgées, dans les programmes de santé publique.
2. Prévenir, anticiper, alerter :
 - a. former et informer ;
 - b. se donner les moyens d'alerter sur les risques et de suivre en temps réel la mortalité : signalement sanitaire, système de détection statistique des situations sanitaires "anormales" ;
 - c. conduire une réflexion sur l'organisation administrative afin de dépasser les cloisonnements ;
 - d. anticiper les crises sanitaires : plans locaux de solidarité conduisant notamment à diffuser des messages de prévention, répertorier par avance les personnes les plus fragiles, recenser dans leur entourage les personnes susceptibles de constituer des réseaux locaux de solidarité, de recenser les lieux "frais" où l'on peut les conduire pour récupérer quelques heures en cas de canicule [...] ; plans locaux articulés aux plans nationaux et régionaux des risques sanitaires.
3. Répondre aux besoins structurels du système sanitaire et social confronté au vieillissement de la population :
 - a. Savoir gérer les crises sanitaires : lits d'aval, coordination, formation à la médecine d'urgence, etc.
 - b. Développer le secteur médico-social : attractivité de profession, formation des bénévoles associatifs, disposer de pièces climatisées,
 - c. Assurer un financement pérenne des coûts liés à la perte d'autonomie.

Commentaires

– Les 35 pistes identifiées reprennent bien des constats faits par la mission, qui s'efforce d'identifier des initiatives opérationnelles concrètes. Elles pourraient sembler atomisées, bien spécifiques, mais il faut voir dans l'éventail ainsi ouvert la difficulté de s'attaquer à ces crises de "texture", plus

complexes à traiter que des accidents bien circonscrits. Nous sommes accoutumés à l'idée de plans spécifiques pour interventions sur des installations à risques identifiés, localisés, avec mobilisation de personnels spécialisés, intégrés dans des hiérarchies en dépendance directe de centres de crise dirigés par le préfet. Avec les crises de texture nous sommes confrontés à des univers bien plus fragmentés, à des symptômes plus qu'à des difficultés bien connues et bien formatées. Cela appelle d'autres logiques d'anticipation, de prévention et d'intervention, qu'il va falloir construire, mettre en œuvre, corriger. En évitant aussi bien le simplisme que l'égaré dans l'illisible.

– On regrettera toutefois que la mission ne pointe pas la question, centrale une fois encore, de la crise – en tant que telle – et des défis qu'elle pose. La canicule 2003 n'a pas seulement été un problème de chaleur extrême, de personnes âgées ni même d'urgence. On a vu un système, paralysé, atomisé, déstructuré, incapable de se saisir d'une situation pour lui "barbare". Or, en raison de nos cultures scientifiques, managériales et de gouvernance, les mêmes causes produiront les mêmes effets, demain, sur d'autres tableaux. Nous avons besoin de ruptures fortes, dans nos formations initiales, nos références managériales, nos pratiques. Ce qui va exiger recherche, formation et entraînement. La mission ne dit rien par exemple des exercices tout à fait nouveaux qu'il faudrait instaurer. Il ne servirait pas à grand-chose de mettre en place des batteries de moyens, de dispositifs, de plans, si, à la première occasion, c'est à nouveau l'hébété qui marque les réactions, surtout d'ailleurs aux étages les plus élevés.

– Il faudra se résoudre à reconnaître le défi des crises : la confrontation à la discontinuité, à l'ignorance, à la menace de déstructuration, qui conduit tout à fait "normalement" les personnes et les systèmes à la paralysie et à toute une gamme de pathologies surprenantes. Il faudra prendre le problème à bras le corps. Sinon, ce sera une litanie d'échecs, de réponses trop courtes et de fuites de moins en moins glorieuses (par exemple en matière d'exercices).

– En d'autres termes, l'impératif est d'apprendre, collectivement, à entrer dans cet univers des crises en émergence. Et sans dispenser de cet effort les hauts étages des exécutifs, à la fois première cible des crises et levier principal de leur pilotage – qui ne doit pas se transformer en handicap majeur.

C – Les auditions

On retiendra quelques “morceaux choisis” du rapport, à partir de thèmes pouvant nourrir la réflexion sur les crises et leur pilotage.

1. L'inédit

M. William Dab, directeur général de la Santé : « *Le phénomène est à ce point unique que les Américains viennent de nous proposer de nous envoyer, à leurs frais, des épidémiologistes des Centers for Diseases Control pour accélérer l'analyse des données disponibles. Comme ils viennent de nous l'écrire, “Paris 2003” est un événement princeps⁵, c'est-à-dire qu'il n'a pas d'équivalent dans l'histoire.* » (p. 222)

Commentaires

C'est précisément sur ces événements princeps, ces risques émergents qu'il nous faut, aujourd'hui, mettre l'accent tant en matière de recherche que de formation et d'entraînement. Loin de clamer que ces risques et crises “n'existent pas”, il s'agit de les étudier avec résolution, et de préparer des modes de détection et de réponse appropriés pour ces inédits – déstabilisants, de façon principale, du fait de leur caractère d'inédit.

2. Alerte et représentation

La mission a souvent demandé aux personnes auditionnées comment elles avaient pris conscience, ou avaient été averties, de ce qui se passait.

Mme Sylvie Legrain, gériatre à l'Hôpital Bichat : « *C'est un problème compliqué. Moi qui suis gériatre, je suis passée à Paris au début de la canicule, et je n'ai pas vu le problème. Il y a donc eu déficit, y compris concernant les gériatres, de perception de la gravité de la situation. [...] On n'avait pas la connaissance des coups de chaleur. A l'évidence, ce déficit de connaissances pour des gens qui étaient à domicile, autonomes, dans des habitations sous les toits, qui étaient donc à haut risque, a empêché la perception du risque. Le risque n'a été perçu ni au niveau de malades, ni au niveau des professionnels, ni au niveau des familles. Il y a donc eu un déficit d'anticipation, même chez les*

⁵ Ici comme dans la suite, les mots en gras sont mis en relief par nous.

professionnels de la gériatrie, parce qu'on ne mesurait pas l'ampleur du problème » (p. 118)

M. David Causse, adjoint au délégué général de la Fédération Hospitalière de France, responsable du pôle vieillesse, handicap, santé mentale : « *Des premières remontées des établissements d'hébergement, il ressort que les décès dus à des hyperthermies au sens strict se comptent en unités. Sur 10 000 établissements répartis sur la France entière, ce sont les **effets de sommation d'événements, en général isolés**, qui font que les chiffres sont en fin de compte aussi élevés* ». (p. 267)

M. Luc Broussy, délégué général du Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA) : « *Il faut reconnaître que l'**alerte**, dans nos organismes syndicaux comme ailleurs, a eu lieu à un moment où le gros de la crise était déjà passé. [...] On nous a expliqué que 50 % des décès ont eu lieu dans les maisons de retraite : c'est somme toute possible, puisque ce sont ces établissements qui abritent une grande partie des personnes âgées dépendantes. Si l'on s'en tient à ce chiffre, cela fait 5 à 6 000 victimes, soit, je le rappelle, 0,5 décès par établissement. C'est un point important. Si, en juillet 2002, un établissement a enregistré deux décès et qu'il passe cette année à quatre, il ne s'en trouve pas pour autant à feu et à sang, vous en conviendrez. Nous disposons de beaucoup de témoignages qui montrent que les établissements ont vécu de manière isolée la situation de juillet, puis se sont rendu compte au fur et à mesure qu'il se passait quelque chose d'anormal – mais cela n'a pas été le cas partout.*

Beaucoup de directeurs l'ont expliqué : c'est le jour où M. Patrick Pelloux est intervenu à la télévision qu'ils se sont dit qu'il se passait quelque chose qui dépassait le cadre de leur établissement.

*Je le répète, **si on passe de deux à quatre décès dans un établissement, cela ne déclenche pas forcément une alerte. En revanche, lorsque cela s'aggrave au niveau national, cela devient effrayant.***

La prise de conscience collective a donc lieu autour des 9, 10, 11 août. Auparavant, il y a pu y avoir prise de conscience individuelle dans certains établissements, mais cela n'a pas suffi pour qu'on ait l'impression que le phénomène était général et pour qu'on nous alerte. C'est donc seulement au cours du week-end des 9 et 10 août que nous avons eu des remontées qui nous ont inquiétés.

*Intervient un deuxième phénomène : les maisons de retraite ont appris, depuis des années, à ne pas se plaindre. [...] Il existe donc une sorte de **culture du dos courbé** qui, dans ces circonstances, a fait que le personnel a essayé de coller des rustines, de trouver des moyens locaux – bénévoles, intérimaires, retours de vacances – toutes les “astuces” auxquelles on peut recourir au dernier moment. Pendant ce temps, il n’avait pas vocation à se plaindre, ni aux syndicats, ni aux DDASS ou à d’autres organismes. Il n’a commencé à formaliser ses craintes que lorsqu’il s’est rendu compte que le cas n’était pas isolé. [...] Les maisons de retraites n’allaient pas appeler le ministère pour lui signaler qu’elles avaient quatre décès à déplorer au lieu de deux... Aussi devons-nous nous interroger, comme nous le faisons en ce moment, sur la procédure d’alerte. Le système doit être plus efficace, tant dans le sens ascendant que dans le sens descendant. » (pp. 270-271)*

M. Alain Villiez, conseiller technique à l’Union Nationale Interfédérale des Oeuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS) : « *S’il est possible de parler du syndrome du dos courbé, on peut aussi évoquer le **syndrome du sous-développé**, c’est-à-dire de celui qui a l’habitude de se débrouiller avec les moyens dont il dispose et qui est fort las de revendiquer, de réclamer des moyens supplémentaires qu’on se plaît à lui refuser d’année en année. [...] Nous venions d’essayer, le 18 juin dernier, un nouvel échec que nos adhérents ont somme toute intégré, avec colère, certes, mais aussi avec une certaine forme de résignation que l’on retrouve dans l’attitude qu’ils ont adoptée lorsque la canicule s’est emballée et qu’il a fallu se retrousser les manches. [...] Concernant les mesures d’alerte et la façon dont nos réseaux sont saisis, nous avons eu le sentiment que ce **réflexe d’autosuffisance** dans la difficulté a empêché nos adhérents de se tourner spontanément vers nous, tout comme ils ne se sont pas tournés vers les administrations pour obtenir le secours, le soutien et les compléments de moyens indispensables. Ils ont tout simplement continué à retrousser leurs manches. En tant que tête de réseau, nous avons réagi collectivement dans la semaine du 18 août, après ce long pont du 15 août où le sentiment de solitude des établissements a été encore plus grand et plus net. » (p. 274)*

M. Pascal Champvert, président de l’Association des Directeurs d’Établissements d’Hébergement pour Personnes Agées (ADEHPA) : « *“Dos courbé”, “sous-développé”, “personnel résigné” : telle est la réalité des établissements*

qu'ont dite mes collègues. [...] Les personnels ont été débordés pendant ce mois d'août établissement par établissement. Ils n'ont pris conscience de la situation qu'en parlant entre eux, mais il est vrai qu'ils ne pouvaient se rendre compte de la globalité du phénomène. C'est normal dans les établissements vu que tous les étés sont difficiles. Quand j'ai vu le temps qu'il faisait début juillet, je me suis dit que ce serait difficile et qu'il y aurait des décès parmi les résidents. Evidemment, on n'imaginait pas un tel degré d'horreur. Ce sont donc les sommations faites aux urgences et dans les établissements de pompes funèbres qui ont permis une prise de conscience globale.

*Il existe un deuxième élément d'explication : chez les médecins urgentistes, on n'a pas cette culture du dos courbé. On réagit, on dit non face à l'inacceptable. **Mais quand on est plongé depuis vingt ans dans quelque chose qui est assez proche de l'inacceptable, on ne repère même plus ce qui l'est encore plus.***

Qui les établissements ont-ils alerté ? Les familles, souvent. Ils n'ont pas alerté les pouvoirs publics pour deux raisons : d'abord, il n'y avait pas de prise de conscience globale ; ensuite, il existe un sentiment de défiance très fort des établissements à l'égard des pouvoirs publics.

On nous dit : « Que n'avons-nous pas eu des appels, au secrétariat d'Etat, pendant cette période ? » Chiche ! Si, à chaque fois que, dans une maison de retraite de soixante personnes il n'y a que deux professionnels, il faut appeler le secrétariat d'Etat, je crains que le standard n'explose rapidement ! » (p. 277)

*M. Théodore Amarantinis, délégué général du SYNERPA : « Les premiers signes nous ont été fournis par des établissements de petite ou de moyenne taille, ceux que nous représentons. Ils nous ont appelés dès le mois de juillet pour nous signaler qu'il n'y avait plus de ventilateurs ni de climatiseurs et que les brumisateurs n'étaient pas suffisants. **Ces petits signes**, qui relèvent du "système D", ont commencé à nous alerter quelque peu. Ensuite, les établissements nous ont indiqué qu'ils avaient des problèmes avec les urgences et avec les pompes funèbres. Il y a eu ainsi une montée en puissance, mais cela a commencé très tôt ». (p. 273)*

*M. François Aubart, président de la Coordination Médicale Hospitalière : « L'hôpital a mal vécu la crise parce que nous demeurons **incrédulés face à cette hécatombe sans précédent**. Je souhaite insister sur cette incrédule qui, dans le milieu hospitalier est, me semble-t-il, culturelle, dans la mesure où la*

gestion des risques, la politique de déclaration d'événements imprévus ou non anticipés ne fait pas partie de sa culture. A ce titre, je regrette, comme bon nombre de mes collègues, de ne peut-être pas avoir déclaré ou fait déclarer un certain nombre d'événements dès le mois de juillet ou dès le début du mois d'août. En effet, à Lyon, certains collègues ont constaté, dès les tous premiers jours d'août, une mortalité accrue. Or, en l'absence de "clone" de Patrick Pelloux, celle-ci n'a pas été déclarée. C'est un regret. » (p. 225)

« Le premier enseignement est de nature psychologique, puisque j'ai commencé en mentionnant l'incrédulité collective, notamment hospitalière, face à ce type d'événement. Il y a certainement un déni collectif dans la population. Quant au milieu médical, il souffre d'un retard culturel en ce qui concerne la politique déclarative de gestion des risques. Je pense qu'il faut également en tirer quelques leçons ». (p. 227)

« Permettez-moi de vous raconter une anecdote. Le 5 août, l'une de mes filles, médecin interne, était de garde à l'hôpital Avicenne. Elle m'a téléphoné au petit matin en me disant qu'elle avait passé une nuit terrible, car six personnes étaient décédées durant sa garde. Je suis syndicaliste, chirurgien depuis vingt-cinq ans dans l'hôpital public, et cela n'a pas fait "tilt". Je participe donc également à ce déni culturel. [...] » (p. 230)

M. Marc Giroud, président du SAMU de France : *« Le phénomène s'est révélé très hétérogène. Il y a eu la situation décrite par M. Carli, mais, lorsqu'on interrogeait d'autres collègues, certains ne comprenaient pas pourquoi on évoquait le problème. Cela a constitué une difficulté dans la compréhension de l'ensemble [...] Nous n'avons pas eu la capacité globale, au SAMU de France, de comprendre en temps réel ce qui se passait. Nous avons couru derrière l'événement en permanence. En cela, nous n'avons pas fait mieux que quiconque. »* (p. 289 ; 290)

M. Gentilini, président de la Croix-Rouge : *« Nous avons mis notre réseau en alerte quand j'ai su – je me trouvais alors à l'hôpital de Longjumeau – qu'il y avait eu neuf décès dans la maison de retraite Les Aïrelles, située dans le XX^e arrondissement de Paris. Je m'y suis rendu le lendemain matin à la première heure en pensant qu'il y avait eu un scandale, qu'il y avait eu quelque chose d'anormal. C'était le 8 ou le 9 août. Je n'avais pas été tenu au courant de l'accumulation des décès. La raison en était que la directrice était en vacances.*

La personne qui la remplaçait avait bien fait son travail, il n'y a eu aucune faute professionnelle, mais il y a eu peut-être un retard quant à la prise de conscience qu'il se passait quelque chose de tout à fait anormal ». (p. 248)

Commentaires

– C'est un classique en crise : on ne parvient pas à se représenter "qu'il se passe quelque chose", "que l'on ne joue plus du tout le jeu habituel". Ce qui n'est pas aisé lorsque la crise avance masquée. Du côté des établissements d'hébergement des personnes âgées, le tableau a en effet montré que l'on était passé par exemple de 1 décès à 2, ce qui n'est pas de nature à faire sonner le tocsin. Mais l'agrégation nationale, elle, est autrement plus lourde. Le piège est que le "terrain" peut fort bien, dans ce type de crise, ne s'apercevoir de rien. On avait noté le même problème dans le cas du repérage de la maladie de la vache folle en Angleterre (un seul animal par troupeau était touché, ce qui ne conduisait pas à s'inscrire dans la perception d'une épidémie).

– Il ne suffit pas de se dire qu'on aurait dû savoir, que la prochaine fois on saura. Le problème, pour une intelligence des crises, c'est – tout en cherchant à combler les lacunes, bien entendu – de se demander ce que l'on peut faire lorsque l'on se trouve ainsi pris dans le piège mental. Une clé est de reconnaître qu'il y a là un défi structurel, constitutif des crises, et qu'il faut prévoir des mécanismes pour franchir les murs qui bloquent nos perceptions, et donc bloquent l'alerte et la mobilisation. Un des modes de préparation est de s'entraîner au questionnement hors-cadre, et de le faire avec d'autres, en espérant que tout le monde ne subira pas le même voile de perception. Surtout, on peut entraîner sa capacité de "changement de pied", dès lors que l'on reçoit des questions (même – surtout – si elles viennent par des canaux inhabituels), ou que l'on perçoit une nette élévation du niveau d'incohérence dans le système.

– Ne pas se préparer à ces remises en question, c'est s'exposer à une seconde pathologie, très grave : l'enfermement dans l'impasse, qui devient de plus en plus déterminé à mesure que le malaise croît, que l'inquiétude grandit. On risque alors des aveuglements stupéfiants. Nos habitudes culturelles, dans lesquelles on travaille à partir de "réponses", de "certitudes", et très peu de questionnements ouverts, dans lesquelles on travaille dans son pré carré à l'abri de ses cloisons, sont porteuses de graves échecs en matière de perception. Donc d'alerte. On tente souvent de préconiser des batteries

d'indicateurs, de l'acharnement statistique. Hélas, ces réponses risquent fort de ne faire qu'aggraver les problèmes. On aura simplement ajouté des labyrinthes permettant de masquer encore davantage la nécessité de se projeter en dehors des épures habituelles, si protectrices. Personne n'est à l'abri de ces difficultés. La compétence, ce n'est pas de trouver du premier coup, comme le ferait une voyante, mais de se mettre au plus vite en questionnement et en processus de correction dynamique.

– Si d'aventure on a la chance de pouvoir compter sur une personne (en général ou en la circonstance) davantage stimulée que freinée (voire tétanisée ou anéantie) par le défi du non-conventionnel et de l'inédit, on devra tout mettre tout en œuvre pour travailler de la façon la plus créative avec elle. Au lieu de tomber dans l'ornière habituelle consistant à d'abord réduire au silence tous les profils qui ne sont pas à l'identique. La difficulté souvent identifiée est que les institutions, en général, auront éliminé ce type de profil, à tous les stades de la sélection.

– Comme disait le théâtre grec : la crise est moment de vérité. Des maisons de retraite, telles que décrites ici, vivant constamment dans l'univers de l'ingérable, de l'abandon, de la défiance, ne peuvent être en mesure de séparer le signal du bruit habituel, et encore moins de le faire connaître à des "tutelles" avec lesquelles les ponts de la confiance sont détruits.

3. L'incompréhension et la détermination à comprendre et à se battre

Mme Rose-Marie Van Lerberghe, directrice de l'AP-HP : « *Ama connaissance, nous n'avons été alertés sur les premiers cas d'hyperthermie que le jeudi 7 août au soir. Et j'insiste sur le fait que c'était la première fois qu'on voyait arriver des cas d'hyperthermie, qui n'était pas une maladie connue. D'ailleurs, dans certains cas, des antibiotiques avaient été prescrits par les médecins, désemparés de voir la température des malades monter !*

Dès le vendredi matin, les médecins de l'AP, en particulier le professeur Carli, avaient fait l'analyse du phénomène et envoyé des consignes avec un protocole médical pour expliquer ce qu'il fallait faire et éviter justement de prescrire des antibiotiques. Dès le 8 août, donc, le secrétaire général, qui assumait mon intérim, a envoyé une note qui est arrivée dans les établissements en fin de matinée, en demandant de prendre des mesures de "type plan blanc".

J'étais en contact avec le professeur Carli et M. Deroubaix [secrétaire

général de l'AP-HP] et, puisque vous demandez du vécu, je perçois à quel point il était difficile à ce moment-là de prendre complètement la mesure du phénomène. J'insiste vraiment là-dessus. Il y avait un problème, on était assez désespérés, on se demandait s'il ne fallait pas réquisitionner des salles de congrès climatisées parce qu'on pensait surtout à l'amont. On avait vu arriver des gens dans un tel état qu'on se disait que le problème se posait en amont. J'ai même demandé à mon chef de cabinet d'appeler le préfet de police pour demander si on ne pouvait pas réquisitionner des volontaires de la Croix-Rouge. On pouvait éventuellement trouver un local climatisé – on avait pensé à Bichat, c'est le seul hôpital climatisé que nous ayons – mais on ne pouvait pas, en plus, mettre du personnel à disposition, précisément en raison de l'afflux aux urgences. Manque de chance, **Bichat a subi ce jour-là des coupures de courant EDF**. On a eu de gros problèmes sur Bichat dont les urgences ont été plongées dans le noir pendant plusieurs heures. Passons. Le vendredi et le samedi, nous étions en contact par téléphone, et, vraiment, il était difficile de se rendre compte de la réalité. Il m'a même été répondu que ce n'était pas la peine de rentrer. Je suis remontée le dimanche, mais contre l'avis du secrétaire général qui disait qu'il était là et que les mesures avaient été prises. En gros, je n'étais pas indispensable. J'insiste pour éclairer votre commission.

Je suis remontée le dimanche et j'ai fait le tour de trois services d'urgences à Paris avec le professeur Carli, qui m'a présenté un état de la situation : Hôpital européen Georges Pompidou, Cochin et La Pitié. Là encore, il s'agit de mon témoignage personnel, ça a été un **choc affreux**. Entre ce qu'on disait au téléphone – et pourtant j'y avais passé du temps – et la réalité... Les couloirs étaient encombrés de brancards sur lesquels étaient couchées des personnes âgées dans un état de dénuement terrible, en état précomateux. C'était, je vous assure, quelque chose d'extrêmement difficile à vivre, pour nos équipes notamment, qui travaillaient dans la chaleur puisque nos hôpitaux ne sont pas climatisés. J'ai été personnellement bouleversée. Je remontais du Midi, je croyais avoir eu chaud dans le Midi, et j'ai trouvé qu'il faisait beaucoup plus chaud à Paris que dans le Midi ! » (pp. 256-257)

Commentaires

Pour passer le mur de la crise, il faut mobiliser une énorme quantité d'énergie. Pour poser question, ne pas se satisfaire des quelques données "rassurantes", aller chercher et chercher encore, explorer mille et une voie,

rentrer de vacances alors pourtant que l'on a un adjoint qui brille par sa réactivité exemplaire, ne pas entendre le classique conseil invitant le patron à ne pas revenir ; en arrivant, tard en soirée, aller sur le terrain pour avoir une perception directe. Plus encore : s'exposer. Consentir à abandonner ses protections et prendre le risque de devoir affronter des réalités insupportables. Tout cela demande donc une mobilisation forte, physique et plus encore psychique. La dextérité à traiter des dossiers est quelque peu distancée. Il s'agit d'exemplarité et de courage, sans lesquels il n'est point de dirigeants dans les crises.

Une question se pose : quels types de dirigeants former, quel bagage proposer, sur tous les registres, à ceux qui auront à piloter ce type de situation, en univers de plus en plus turbulents, voire proche du chaotique ?⁶

4. Alerte et cloisonnement

Le cloisonnement est un leitmotiv dans les analyses de la mission. Il faut comprendre en profondeur ce mécanisme si courant – et si envahissant en crise.

M. Alain-Jacques Valleron, épidémiologiste, membre de la “mission Lalande” : « *Le mauvais fonctionnement des systèmes d'alerte ne me paraît pas spécifiquement lié à la canicule. Celle-ci n'a fait que le révéler. En réalité, le plus flagrant, ce ne sont pas les problèmes de limitation technique ou d'organisation. La technique existe, l'organisation également avec l'Institut de veille sanitaire. Mais il existe des cloisonnements si féroces que des personnes extrêmement dévouées peuvent affirmer : « J'avais toutes les données. — Et vous ne les avez pas transmises à l'Institut de veille sanitaire ? — Non, pourquoi ? Ce n'est pas mon autorité de tutelle ! ». Tant qu'on ne rétablira pas une culture différente, basée sur un fonctionnement horizontal, les problèmes subsisteront.* » (p. 121)

⁶ Patrick Lagadec, films pédagogiques :

“Gouvernance et Responsabilité dans des mondes explosés”, à l'écoute de Christian Frémont, préfet de la zone de défense sud, préfet de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, préfet des Bouches-du-Rhône, précédemment directeur de l'administration au ministère de l'Intérieur, directeur des stages à l'Ecole nationale d'administration, montage Aurélien Goulet, avril 2004.

“Aux prises avec le chaotique”, à l'écoute de Maurice Bellet, philosophe, montage Aurélien Goulet, avril 2004.

M. Jean-Louis San Marco, directeur du Laboratoire de Santé Publique de la Faculté de Marseille : « *Le fait que je suis président de l'INPES, l'Institut National de Prévention et d'Éducation de la Santé – dont ce n'est ni la responsabilité, ni la fonction – me donne une ouverture nationale. J'ai appelé le directeur général de l'INPES pour lui dire qu'il y avait danger, qu'il y avait un problème et qu'il fallait alerter la DGS, car cela ne relevait plus de la prévention, mais de l'alerte sanitaire. Il s'agissait d'une crise à laquelle il fallait réagir. Le directeur de l'INPES m'a rappelé en me demandant de lui donner des arguments. Je lui ai envoyé l'article, qui n'était pas encore paru, pour lui montrer comment cela se passait, avant, après. J'ai su par la suite que c'est par les services de l'INPES qu'il y a eu contact avec les services de la DGS et que la réponse a été : premièrement, ce n'est pas votre responsabilité ; deuxièmement, "Circulez, il n'y a rien à voir, ce n'est pas votre problème". C'est normal, c'est celui de la DGS. On ne pouvait pas le partager. On leur a pourtant proposé de les aider à l'élaboration du communiqué, mais non. Après tout, quand on prend ses responsabilités, on les assume, cela ne me choque pas. Ce qui m'a choqué, c'est le résultat, parce que le message était techniquement parfait et opérationnellement nul. Il énonçait des faits, alors **qu'on avait besoin d'un communiqué de guerre**, dans une situation de guerre. » (p. 177)*

Commentaires

Comme pour le point précédent, il y a deux strates de difficultés. La première c'est effectivement la vision de référence : on ne pense que "hiérarchie", "pyramide". La seconde est bien plus pénalisante : en crise, avec la perte de repères de protection, on risque fort de se comporter de façon bien plus cloisonnée qu'à l'accoutumée – jusqu'à la caricature.

Il faut certes œuvrer pour développer l'horizontalité, ce qui suppose une large redistribution de la confiance et du respect (assez éloignée de la culture de secret, voire de mépris, que l'on observe souvent). Mais, au-delà, il faut intégrer d'emblée le fait que, dans une crise, on rencontrera ces difficultés de façon "normale" ; et, dès lors, se préparer à injecter rapidement confiance et dynamique de partenariat, pour contrer le cloisonnement et développer au contraire la capacité à travailler en réseau. Se préparer soi-même à devoir, alors que l'on n'est pas certain d'être vraiment légitime (ou même que l'on est persuadé du contraire au regard des textes), faire irruption dans

la case des autres – et en bravant l’interdit de base : “Un adjudant n’appelle pas un général”.

Il faut aussi se préparer à des accueils pour le moins rugueux – tout en sachant qu’un silence sera inmanquablement condamné par la suite, avec le même aplomb : “s’il savait quelque chose, il n’avait qu’à le dire ; et comme il apparaît que c’est lui qui avait la bonne vision, son silence en fait le coupable n°1”.

De façon opérationnelle – sauf préparation exceptionnelle –, une alerte sur un sujet hors-cadre a peu de chance de passer si elle n’est pas directement portée à la connaissance du plus haut responsable de l’organisme que l’on veut joindre.

Le cœur du message doit être donné : “Attention, nous jouons à autre chose”. Et surtout, ne pas inclure dans le message le moindre “Jusqu’à présent, tout va bien, on contrôle, on maîtrise”, qui engloutira l’essentiel dans une perception molle du type : “On aurait pu être inquiet, mais tout va bien, soyons optimistes, et n’affolons personne, à commencer par nous-même”.

L’essentiel est de signifier de la façon la plus claire qu’il y a discontinuité. Ce que dit le Pr San Marco : un “communiqué de guerre”.

5. Remontées d’information

M. Philippe Ritter, directeur de l’Agence Régionale d’Hospitalisation d’Ile-de-France : « *Il faut être conscient que les établissements n’ont pas attendu de recevoir des instructions pour se mettre en situation de répondre à la crise. Chacun l’a fait “le nez dans le guidon”, sans même avoir l’idée d’en rendre compte directement aux DDASS ou à l’agence, bien que nous ayons donné des instructions permanentes demandant aux établissements de rendre compte de tout problème de santé publique sérieux.* » (p. 211)

Commentaires

Ce n’est pas parce que rien n’a été organisé par le haut, parce qu’il n’y a pas eu de retour, que rien n’a été fait. Les crises enseignent que la situation difficile conduit rapidement à un rétrécissement fort du champ d’acteurs pris en compte, à l’oubli de renseigner les tutelles – oubli qui devient total si les tutelles sont perçues comme ne pouvant rien apporter. Si elles veulent exister dans la crise, les tutelles doivent donc avoir la compétence

voulue pour avoir quelque chose à apporter en appui aux acteurs de terrain. Une instruction n'y suffit pas. La posture qui peut permettre à la tutelle de rentrer dans la boucle et d'obtenir de l'information devra être du type "Comment puis-je vous aider ?". Mais ceci n'est possible que s'il y a eu entraînement préalable, développement de la confiance, préparation à la surprise, au traitement en commun de la surprise, et même désormais de l'impensable.

6. Convaincre : « On n'est pas dans le cas connu... »

Mme Rose-Marie Van Lerberghe, directrice de l'AP-HP : « *Le sujet c'est certes l'afflux aux urgences mais surtout l'insuffisance des lits d'aval. [...] L'accroissement de l'affluence aux urgences, le delta, a été important mais pas considérable. On a dit qu'il s'était étalé sur quinze jours alors qu'en réalité le phénomène s'est concentré sur une semaine et, sur cette période, 2 454 cas d'hyperthermie reçus ont donné lieu à 2 050 hospitalisations. D'habitude, on hospitalise entre 10 et 20 % des gens qui arrivent aux urgences. Le problème, en fait, se posait en aval. [...]*

Parmi les difficultés figurait celle de bien expliquer et de bien communiquer, y compris au sein de l'hôpital. On n'était pas dans le cas, bien connu des hospitaliers, de personnes âgées qui arrivent en urgence parce qu'elles sont démunies l'été. Pour obtenir la mobilisation de tout l'hôpital, y compris des chefs de service, qui ne sont pas habitués à travailler avec les urgences, il fallait leur faire comprendre qu'on était dans un autre schéma. » (p. 258, 259)

Commentaires

En crise, pour éviter les "ruptures d'attelage", il faut intégrer l'exigence de devoir consacrer un temps et une énergie considérables à la communication interne de manière à conforter, au plus vite, la dynamique de coopération⁷. Et bien sûr, il faut anticiper que la nouveauté, l'inconnu, vont provoquer des fermetures et des blocages parfois ahurissants.

⁷ Cf. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, "Anthrax and Beyond" special issue, Editors Patrick Lagadec and Uriel Rosenthal, Volume 11 Number 3 : T. G. Day (2003), "Dealing with the Threat of an Anthrax Attack on the United States Postal Service: The Consequences and Response", pp. 110-117. C. Babbs and B. O'Connor (2003), "Dealing with the Threat of an Attack through the Post Using Biological Agents : The UK experience", pp. 118-123. M. Hagenbourger (2003), "The French Post Office and Anthrax: Key Lessons and New Questions", pp. 124-128.

7. Alerte et médias : l'indifférence, avant ; le cyclone, dès l'arrivée de chiffres

Les uns et les autres – mis à part le docteur Pelloux – disent leur impuissance face à l'indifférence des médias.

M. Jean-Louis San Marco, directeur du Laboratoire de Santé Publique de la Faculté de Marseille : *« S'agissant de mon contact avec les médias, j'ai retrouvé ce que j'avais connu avec FR3 il y a vingt ans, sauf que je n'avais pas des moyens de pression sur les médias nationaux. Mais, entre l'indifférence, le refus, le mépris et les répondeurs, je n'ai pas su comment faire, jusqu'au jour où j'ai lu l'interview de Patrick Pelloux dans le Parisien. Je me suis dit : "Il y a quelqu'un qui est intéressé". Je l'ai appelé, ça n'a pas été facile et on a commencé à faire nos articles. C'était plus de la véhémence et du cri parce qu'on ignorait ce que cela donnerait. Il fallait en tout cas **casser l'indifférence et le laisser-aller**, et si cela devait durer trois semaines, on avait peut-être quelques chances qu'un certain nombre de personnes soient sauvées. Mon expérience marseillaise, malheureuse, vingt ans auparavant, me laissait dubitatif sur l'efficacité ».* (p. 177)

M. Guy Vallet, directeur de l'Assistance Publique de Marseille : *« Le professeur San Marco, dès le début de la canicule, et comme chaque année, a fait une conférence de presse. Il en a tenu deux : la première le 23 juin, la seconde le 8 juillet, au cours desquelles il a fait distribuer des petits documents très simples qui sont faits en collaboration avec la Caisse d'Epargne et qui sont diffusés dans les pharmacies, un peu partout dans l'ensemble du département des Bouches-du-Rhône. Et je me souviens très bien m'être fait la remarque qu'il y avait très peu de journalistes, plutôt des stagiaires. Par contre, au début du mois d'août, quand ça a commencé à "chauffer", là, il avait du monde ! D'ailleurs, il a beau être très urbain... il leur a dit leur fait ! ».* (p. 261)

M. Bernard Rousset, secrétaire général des Hospices Civils de Lyon : *« Nous n'avons pas fait de conférence de presse, mais, en tout état de cause, des fuites ont été organisées dans des conditions toujours un peu surprenantes. Les journalistes étaient très curieux de savoir si, vraiment, on confirmait les 17 décès au cours des vendredi, samedi, dimanche, au pavillon N, que ce soit à l'accueil, dans les deux unités d'hospitalisation ou dans l'unité de réanimation. Il a fallu*

*beaucoup de patience pour expliquer aux journalistes que les médecins avaient autre chose à faire que des interviews, et nous des statistiques. Voilà pour les relations avec la presse. En tout état de cause, les précautions, **les informations préventives n'étaient franchement pas leur préoccupation.** » (p. 262)*

Mme Rose-Marie Van Lerberghe, directrice de l'AP-HP : *« Il fallait donc communiquer à la fois en interne et en externe, parce qu'il fallait éviter que les malades arrivent dans un tel état. Quand ils arrivent avec une température de 41°, on n'a pas beaucoup de temps pour agir: Le sentiment que j'ai eu, c'est de ne pas arriver à intéresser l'auditoire, à capter son attention. La presse ne s'intéressait à ce moment-là qu'à la querelle entre M. Pelloux et M. Carli sur le nombre des décès. Je vous assure, j'étais encore sous l'émotion de ce que j'avais vu la nuit, et j'avais envie de faire passer quelque chose à la presse qui peut aider pour transmettre des **messages de prévention.** Mais le débat portait alors sur le nombre des décès. Là aussi, c'est intéressant de se souvenir, il s'agissait d'une cinquantaine ! ».* (p. 259)

Commentaires

– C'est là un constat classique, à nouveau repris : le peu de réceptivité des médias à un problème qui n'a pas encore donné lieu à crise d'opinion majeure. Et leur arrivée en trombe dès lors qu'il y a un potentiel de montée aux extrêmes, de polémique, de recherche de coupables.

– Il y a aussi chez les médias une réticence souvent profonde à être utilisés dans des processus d'information préventive. « La pédagogie, ce n'est pas mon problème », proclamait ainsi en chaque occasion un rédacteur en chef d'un grand journal de référence voici quelques années. Pour balayer ces obstacles, il y a une bien une solution : fournir un objet directement adapté au formatage médiatique. Ce qui veut dire : une histoire simple, de la dénonciation véhémente, du scandale, des faits immédiats et palpables, des formules chocs. Mais, ce mode d'entrée est aux antipodes de ce qu'est porté à faire un scientifique, un officiel, qui sait toujours que les choses ne sont pas forcément simples, que l'autorité mérite déférence, que l'on ne peut passer son temps à pourfendre les "irresponsables", et que le modelage d'une belle histoire pouvant faire la "une" risque fort de se faire au dépens de la réalité des choses. D'où souvent des mondes qui ne peuvent se comprendre.

– Dans le cas de Mme Van Lerberghe, il s'agit bien d'annoncer un phénomène de haute gravité en train de se produire, de le faire en valorisant

même la presse. Et pourtant, le message ne passe pas. Comme le remarque très bien la directrice générale de l'AP-HP, les journalistes ne peuvent plus écouter. Ils sont totalement happés par la polémique sur les morts.

– Première ligne de réflexion : la bataille de la prévention n'a pas été engagée à temps, elle est perdue dans les médias ; les journalistes sont déjà sur la nouvelle frontière qui apparaît, à savoir l'éventualité d'une catastrophe nationale – ce qui n'est assurément pas un problème secondaire. Et le système officiel est en retard, à nouveau, sur ce second front. Les différents acteurs sont sur des temporalités différentes. Une fois encore, une fonction de recul serait nécessaire pour aider les responsables.

– Seconde ligne de réflexion : comme nous l'avons souligné par ailleurs, on bute sur un problème majeur de la presse, son impréparation aux questions de crise. Avec le double risque que cela comporte : ne pouvoir jouer son rôle d'information en situation critique ; être aisément manipulable (le chiffre peut ici être utilisé comme un leurre, qui risque fort de marcher à tout coup). C'est d'autant plus dangereux en termes de démocratie qu'il est pour l'heure le plus souvent impossible d'ouvrir un débat sur la question du rôle et de la responsabilité des médias en période de crise.⁸

– On notera que la posture des Hospices de Lyon, telle qu'elle est rapportée dans le texte de la mission, n'est pas tenable. S'il y a question et forte pression sur les chiffres, on ne peut pas se contenter de dire "qu'on n'a pas que cela à faire".

8. Alerte via les médias : la seule clé pour faire bouger une structure administrative ?

M. Claude Evin, mission d'information : « *Quel pourrait être le bon système d'alerte ?* »

M. Gentilini, président de la Croix-Rouge : — *Le système d'alerte a été donné par les urgentistes. Quand on attend que l'alerte soit donnée par une structure administrative, il y a peu de chances que cela se fasse en temps réel.*

M. Claude Evin, mission d'information : — *Comme les urgentistes l'ont fait...*

⁸ "Les médias en situations de crise. Constats et questionnements à partir de couvertures d'actes de terrorisme", Point de vue de Patrick Lagadec, *Actes de la treizième séance du Séminaire du Programme Risques Collectifs et Situations de Crise*, 1er avril 1999, Grenoble, CNRS, 1999, pp. 63-136.

M. Gentilini, président de la Croix-Rouge : — *Les urgentistes ont crié haut et fort...*

M. Claude Evin, mission d'information : — *Il faut donc qu'il y ait une relation directe avec le Journal du dimanche ou Le Parisien dimanche !*

M. Gentilini, président de la Croix-Rouge : — *Non, vous êtes sévère !*

M. Claude Evin, mission d'information : — *C'est comme cela que ça s'est passé, en l'occurrence !*

M. Gentilini, président de la Croix-Rouge : — *Non. [...] Si les urgentistes n'avaient pas donné l'alerte, leur faute aurait été extrêmement grave. Ils sont aux premières loges. Cela a été pour eux un travail relativement facile. Ils ont tout de suite vu ce qui était à voir. Ils ont alerté. L'ont-ils fait dans la forme ? Je n'ai pas à en juger.*

M. Claude Evin, mission d'information : — *Je reconnais que c'était un peu une boutade. [...] La question que l'on doit se poser est la suivante : comment l'information remonte-t-elle ? Je constate, en l'occurrence – et c'était le sens de ma boutade qui pointe tout de même un problème particulier – que, **pour que l'information remonte, il a fallu alerter les médias**. Je constate que le système ne marche pas bien puisqu'il faut justement alerter les médias. » (pp. 250-251)*

Commentaires

Si le docteur Pelloux est allé au-devant des médias, comme il l'explique dans son audition, c'est parce que les autres voies étaient bloquées. Comme nous sommes en démocratie, il reste effectivement cette corde de rappel. Il serait naturellement meilleur que les voies normales de remontée d'information fonctionnent. Qu'il soit possible d'alerter sans se faire recevoir comme un ennemi ou un traître. Davantage : que le lanceur d'alerte se sente participer à un système d'intelligence de la situation, piloté, responsable. Il n'y a pas plus difficile à vivre pour un expert ou un acteur au front que de constater que le système "va dans le mur", mais que la préoccupation critique et unique des responsables est de n'être pas dérangés dans leur lecture mollement "optimiste" de la situation. Les morts d'un côté, la surdité de l'autre : la rencontre des deux masses ne peut que donner des orages violents, qui iront éclater dans la caisse de résonance médiatique.

9. La complexité

Nos habitudes sont là : pour agir, il faut disposer de modélisations bien carrées, sur lesquelles on peut bâtir des programmes d'action bien rationnels et efficaces. Hélas, en crises, ce mode normal de travail est quelque peu bousculé...

M. Dominique Meyniel, urgentiste, membre de la "mission Lalande" :
« Ce qui nous est apparu dans la littérature, c'est qu'il s'agit souvent de phénomènes extrêmement locaux, et souvent urbains, à cause de la réflexion de la chaleur par la ville, la création de bulles, etc. »

Mme Françoise Lalande : — *Sans parler des derniers étages !*

M. Claude Leteurtre, Assemblée : — *Et la pollution ?*

M. Alain Valleron, épidémiologiste, membre de la "mission Lalande" :
 — *Il est vrai que l'on a connu un pic d'ozone sur Paris. Mais il y en avait également un sur la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Le pic était élevé dans ces deux endroits, mais dans le deuxième, la mortalité a été moins forte. [...] Montpellier a été relativement épargnée, alors qu'il n'existait pas de plan d'intervention de santé publique à Montpellier, contrairement à Marseille.*

M. Claude Evin, Assemblée : — *Vous ne nous facilitez pas la tâche ! Nous ne sommes plus sûrs de rien ! » (pp. 124-125)*

Commentaires

Comme pour les autres points, l'univers de crise impose deux difficultés conjuguées : des situations floues, contradictoires, non homogènes, que les acteurs vont tout faire pour "simplifier", pour pouvoir appliquer des programmes bien standardisés ; la prise de conscience, dans le même temps, que cet effort ne tient pas, ce qui conduit à des simplifications encore plus marquées. Comme cela ne conduit pas toujours à la solution miracle, le risque est celui d'un désengagement sur le mode : « Si c'est à ce point compliqué, alors il n'y a rien faire ». Pour éviter tout inconfort, on bouclera le tout en affirmant : « Mais je reste optimiste ! ».

10. Le vide, l'abîme

Par construction, s'il y a crise, c'est qu'il y a quelque part de la discontinuité forte. On va buter sur des impossibilités, tout au moins pour les visions, organisations, outils jusque-là à disposition.

M. Patrick Hermange, directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse : « *Comment mettre dans un pot commun, en quelque sorte, toutes les personnes totalement isolées, que souvent nous ne connaissons pas ? Ce fichier pourrait être géré par les mairies, qui sont le lieu adéquat pour cela. Le vrai problème vient de ce que ces personnes, qui ne sollicitent pas grand-chose, sont inconnues des mairies et des intervenants. Mme Lalande parle de la nécessité d'un recensement, je dirais plutôt d'un repérage, à partir duquel nous pourrions agir.* » (p. 129)

Mme Danièle Dumas, présidente de l'Union Nationale des Associations d'Aide à Domicile en Milieu Rural : « *L'isolement à la campagne ou au quatrième ou au cinquième étage d'un immeuble est exactement le même. Ces personnes ont donc besoin de passages fréquents et de conseils répétés, parce qu'elles oublient. Elles ne sont pas dépendantes, mais elles oublient de boire ou de réagir efficacement face à la canicule.* » (p. 200)

Commentaires

On peut approfondir encore la réflexion, en reprenant l'ouvrage d'Eric Klinenberg sur Chicago. La faille majeure est que la population exposée n'est pas en phase avec notre modèle de référence, celui du "consommateur averti".

« *Bien imprégnées de la logique selon laquelle les consommateurs de services offerts par la municipalité ne se comporteront pas de façon efficace sans information leur permettant de faire de bons choix, les agences municipales recourent régulièrement aux services coûteux d'agences de publicité et de marketing pour faire connaître leur travail. Comme les responsables l'expliquent, les résidents de Chicago qui ont besoin d'une aide publique doivent être en mesure d'activer les réseaux d'appui, et de faire les choix appropriés au sujet des services qu'ils souhaitent et des programmes qu'ils préfèrent. Ce type de logique est, tout au moins sur le plan des principes, apprécié de tous ceux qui ne supportaient plus la vieille bureaucratie d'antan. Mais les responsables de l'offre de services pour les personnes âgées sont convaincus que le modèle du marché adopté par les services publics génère un hiatus politique entre d'un côté l'apport de service, qui exige des "clients militants", et de l'autre une population âgée isolée et fragile qui n'est pas en capacité d'aller conquérir l'assistance dont elle a besoin* » (Klinenberg, op. cit., pp. 157-159).

L'auteur souligne en substance que ce système de délivrance de services ne fait que renforcer le décalage entre ceux qui sont les plus à même de trouver leur chemin dans le dédale public, et ceux qui n'en ont pas les moyens. Ceux qui sont ainsi hors de la course en situation normale ont toute chance de l'être plus encore en situation de crise. Les mieux intégrés sont ceux qui vont, par exemple, dans les centres réfrigérés ; les autres restent dans leur fournaise.

11. Retour d'expérience : défaillance "normale"

La question du retour d'expérience est centrale dans nombre de colloques et de rapports. Elle se fait systématiquement plus discrète, voire tabou, dans la réalité. Sur ce dossier, on en a un nouvel exemple – avec toutes les conséquences létales que cela comporte.

Gilles Brücker, directeur de l'InVS : « *La vague de chaleur de 1976 n'a quasiment jamais donné lieu à une véritable évaluation des conséquences. Nous n'avions pas de documents sur lesquels nous appuyer pour dire que c'était un risque. De 1983, les Marseillais ont tiré des leçons, mais aucun message de ceux qui disent avoir l'expérience de ce risque n'est venu jusqu'à l'Institut de veille sanitaire, aucun. Je le regrette, peut-être aurions-nous essayé d'activer davantage les choses.* » (p. 166)

M. Jean-Louis San Marco, directeur du Laboratoire de Santé Publique de la Faculté de Marseille : « *Cette catastrophe était-elle évitable ? Je répondrai à l'envers. Dès lors que c'est la première fois, ce n'est pas possible. Était-ce la première fois ? Et c'est là où cela devient irritant. Peut-être en 1947 – je n'ai aucune notion là-dessus, je n'ai pas retrouvé de données – mais, en 1976, la vague de chaleur a été baptisée "sécheresse". Elle a été considérée comme un problème exclusivement agricole. Et les 3 000 morts – on dit 3 000 mais on n'a pas de données suffisamment précises – les milliers de morts sont passés inaperçus, ce qui est doublement scandaleux. Ils sont passés inaperçus, ils sont morts incognito et n'ont donc pas permis de rendre opératoire une deuxième vague qui nous aurait permis d'être alertés.* » (p. 172)

Commentaires

Il n'y a pas que l'absence de retour d'expérience à être pénalisant. Il y a aussi l'information sur l'existence des retours qui ont pu être réalisés, et

la mise à disposition de ces retours. Le sujet général des crises étant absent des cultures académiques, comme managériales, le déficit de production d'études se double donc d'un déficit de visibilité. Il y a peu de retours, et s'ils existent ils ne sont pas aisément disponibles, ou on ne va pas les chercher.

12. Le clash entre préoccupations bureaucratiques et défis de la crise

M. Jean-Louis San Marco, directeur du laboratoire de santé publique de la faculté de Marseille : « *Je voudrais revenir sur un point qui me paraît particulièrement inquiétant. J'ai été appelé l'autre jour [par telle institution] ; je me suis dit qu'on allait immédiatement se lancer, s'organiser. [Mais, déception,] la demande était un soutien méthodologique pour mesurer la modification des causes de mortalité médicale dans l'hospitalisation publique ! J'avais emmené toute mon équipe pour qu'il y ait tous les techniciens, les spécialistes du chiffre, de l'action, de la communication... nous sommes sortis de là totalement désespérés ! Au mieux, c'est regarder le problème par le petit bout de la lorgnette !* » (p. 177)

Commentaires

– C'est toujours une source de stupéfaction, pour ceux qui sont persuadés qu'une crise menace – et qu'il faut se mobiliser pour traiter les problèmes graves et urgents qu'ils voient dans toute leur brutalité –, de constater que l'intérêt majeur des institutions est de faire fonctionner les rouages habituels. Que dirait-on de pompiers qui, face à une maison en flammes, arriveraient pour faire des statistiques ? C'est pourtant une expérience récurrente de ceux qui sont plongés dans la gestion d'une crise que de recevoir au même moment de leur tutelle des liasses de tableaux statistiques à renseigner, sur un sujet tout autre, et avec la mention "urgent".

– Il y a, là encore, deux dynamiques complémentaires. D'une part, les institutions sont dans leur monde, qui consiste à faire tourner les choses telles qu'elles sont, telles qu'elles ont été inscrites dans les textes comme devant être ; dès lors, ce qui relève de la crise, de l'imprévu, est étranger à leur galaxie. D'autre part, la simple sensation (comme un animal perçoit l'imminence d'un tremblement de terre) d'une possible situation anormale, dramatise la tendance à se réfugier dans les cadres prévus et à opposer aux tiers ces règles habituelles. Les œillères fixées, les textes en vigueur brandis, les

lignes de démarcations bien affichées, l'institution s'active avec fébrilité sur un problème technique de routine – et quiconque tentera de démasquer cet évitement flagrant le fera à ses dépens.

– Le Comité Phillips sur la crise de la vache folle au Royaume-Uni décrit fort bien la mise à l'écart des questions et de ceux qui les portent, mais ce n'est là qu'un exemple : « *La ligne officielle, selon laquelle le risque de transmissibilité était théorique et le bœuf était sans danger, ne reconnut pas la validité possible d'aucune autre appréciation. On eut tendance à traiter les scientifiques dissidents par la dérision, à les jeter dans les bras des médias, et à les condamner à des déclarations exagérées sur les risques. Dès lors, les vues exprimées sur les risques devinrent polarisées. La polémique remplaça le débat.* »⁹

– Quant à la fixation sur des tableaux statistiques et des logiques de contrôle décalés par rapport aux enjeux, l'humour cinglant de Wellington (cf. page suivante), dérangé en pleine guerre par des comptables de Londres, est une médication utile pour tous ceux qui risqueraient la décompensation brutale en pleine crise en constatant la nature des préoccupations des institutions qui les entourent. Marc Bécam, Secrétaire d'Etat aux collectivités locales et chargé par le premier ministre d'alors de piloter l'ensemble de la lutte contre la marée noire de l'Amoco-Cadiz en 1978, parle avec les mêmes accents pathétiques des visites qu'il reçut de personnages faisant soudain des apparitions surréalistes sur le front des événements, pour dispenser critiques et belles phrases définitives, avant de retourner en leurs palais¹⁰.

13. Perspectives

M. Lucien Abenhaim, ancien directeur général de la Santé : « *Comment prévoir l'imprévisible ? Il faut d'abord prévoir le fait qu'il existe des événements exceptionnels que l'on ne connaît pas, évidemment. Il faut définir des mécanismes généraux de réaction. Nous avons commencé à travailler en profondeur dans cette direction il y a assez peu de temps avec le bioterrorisme. Je crois qu'il faut continuer ce travail, à la fois bien entendu à la direction générale de la santé mais aussi dans tous les ministères. Il nous faut trouver des moyens de coordination interministérielle. La coordination interministérielle constitue de très loin,*

⁹ Rapport Phillips, *op.cit.*, § 1182.

¹⁰ P. Lagadec (1988), *Etats d'urgence. Défaillance technologique et déstabilisation sociale*, Paris, Seuil, pp. 68-81.

PRIORITIES

Message
from the Duke of Wellington to the
British Foreign Office in London
(Written from Central Spain in August 1812)

Gentlemen:

Whilst marching from Portugal to a position which commands the approach to Madrid and the French forces, my officers have been diligently complying with your requests which have been sent to H.M. ship from London to Lisbon and thence by dispatch rider to our headquarters.

He have enumerated our saddles, bridles, tents and tent poles, and all manner of sundry items for which His Majesty's Government holds me accountable. I have dispatched reports on the character, wit and speen of every officer. Each item and every farthing has been accounted for with two regrettable exceptions for which I beg your indulgence.

Unfortunately the sum of one shilling and nine pence remains unaccounted for in one infantry battalion's petty cash and there has been a hideous confusion as to the number of jars of raspberry jam issued to one cavalry regiment during a sandstorm in western Spain. This reprehensible carelessness may be related to the pressure of circumstance, since we are at war with France, a fact which may come as a bit of a surprise to you gentlemen at Whitehall.

This brings me to my present purpose, which is to request elucidation of my instructions from His Majesty's Government so that I may better understand why I am dragging an army over these barren plains. I construe that perforce it must be one of two alternative duties as given below. I shall pursue either one with best of my ability but I cannot do both:

1. To train an army of uniformed British clerks in Spain for the benefit of the accountants and copy-boys in London, or, perchance
2. To see to it that the forces of Napoleon are driven out of Spain

Your most obedient servant,
WELLINGTON

au cours de toutes les crises que j'ai vécues, ce que j'ai considéré comme étant le maillon le plus faible. » (p. 245).

M. François Aubart, président de la Coordination Médicale Hospitalière : « Pour avoir participé à la rédaction de "*plans blancs*", je peux dire que ceux-ci sont *toujours conçus* pour des afflux massifs de patients souffrant de

pathologies accidentelles relativement bien connues et jamais pour la population générale souffrant de pathologies définies selon des critères émergents. » (p. 230)

M. William Dab, directeur général de la Santé : « *Certes, nous devons tirer les leçons des effets de la canicule. Mais demain, nous pouvons être confrontés à je ne sais quel phénomène que nous n’imaginons pas aujourd’hui* » (p. 220) [...] « *Dès ma prise de fonction, j’ai rencontré le directeur général de l’Institut de Veille Sanitaire [...]. Le mot “veille” qui figure dans son titre confie à l’Institut une mission spécifique. Il ne s’agit pas uniquement de mener des investigations sur les épidémies, mais d’anticiper. Pour ma part, j’ai demandé au directeur de l’InVS qu’il m’adresse à très court terme, avant la fin du mois, un bulletin d’alerte quotidien rédigé à partir des capteurs d’informations qu’il aura lui-même mis en place, de la littérature scientifique, des journaux, de l’OMS, des Centers for Diseases Control et du LCDC britannique. Ce bulletin devra nous être adressé quotidiennement – selon un système de cotation sur lequel nous pourrions travailler avec lui – et comprendre non seulement une liste des alertes mais aussi un jugement scientifique sur le degré d’urgence, de probabilité, de gravité potentielle, afin que la DGS puisse travailler sur les systèmes de réponse. Certes, nous ne pourrions pas être opérationnels du jour au lendemain mais je demande à cet institut, qui est placé sous ma tutelle, de réaliser ce travail, que je crois faisable.*

[...] *Vous avez tout à fait raison de dire qu’il ne faut pas s’enfermer dans des listes. C’est pourquoi ma préoccupation est de mettre en place un dispositif qui soit précisément capable de réagir à ce que l’on n’a pas prévu. Par exemple, au mois de janvier, on ne pouvait certes pas prévoir l’apparition du SRAS. Mais le scénario d’un nouveau virus à fort potentiel létal transmissible par voie atmosphérique peut, du point de vue de la santé publique, être envisagé. Je souhaite donc travailler sous forme de scénarios. Il me semble que, de ce point de vue, le partage des rôles entre la DGS et l’InVS est clair. J’ai un émetteur d’informations scientifiques, d’un côté. De l’autre, la direction générale de la Santé doit mettre en œuvre des systèmes de réponse.* » (pp. 220-221).

Commentaires

Phénomène non prévu ; responsabilité face à ce qui ne peut être anticipé ; implication au plus haut niveau ; coordination : ces points sont essentiels.

Ils vont exiger un immense et douloureux travail. Très souvent, à ces perspectives, l'officiel soucieux de faire bonne figure institutionnelle brandira son "optimisme" comme seul et unique argument pour stopper net toute velléité d'ouverture au non-conventionnel et à l'émergent. Le caractère définitif du propos, la condescendance envers quiconque ose faire état de questions non résolues seront à la mesure d'une solide inexpérience, acquise à force d'évitements réitérés à chaque crise rencontrée. Cette attitude ne devrait plus être tolérée aujourd'hui. Elle est non seulement stupide, mais, vu les enjeux, tout simplement criminelle.

Dans certaines grandes entreprises, quiconque n'a pas assumé des fonctions dans les secteurs les plus exposés ne pourra être admis dans le cercle des directeurs généraux. La règle devrait être généralisée, étant donné les risques de grande échelle qui sont aujourd'hui les nôtres. Occuper des fonctions élevées ne devrait pas pouvoir être envisagé sans une solide préparation aux situations à très haut degré de surprise, et à leur pilotage stratégique.

Dans bien des entreprises et organisations, on parle, comme d'un fait définitif et naturel, de hauts responsables et dirigeants dont il faudrait à tout prix se passer en situation de crise vu leur fragilité en ces circonstances, qui ne seront jamais ouverts à des simulations, qui s'opposeront à tout débriefing, etc. Aussi longtemps que cette posture est perçue comme tolérable, la question des crises ne risque guère d'avancer véritablement.

Il est évident que, si préparation il n'y a pas, la réunion interministérielle sera le lieu privilégié d'addition, et rapidement de multiplication, des peurs et des replis défensifs de chacun et de tous. Terreur de voir les questions emporter les réponses bureaucratiques soudain réduites à leur insignifiance, de voir la crise se jouer des frontières et des lignes de démarcation protectrices. Réponses codifiées et frontières de territoires : les deux assurances-clés soudain pulvérisées. Sur ce fond, inutile de songer à des postures créatrices trouvées en commun, pour des issues positives. Il restera l'inaction stupéfiante ou l'action totalement décalée, que ne pourront sauver des exploits en prestidigitation médiatique.

Maurice Grimaud et les plans d'urgence en mai 1968

« Dans nos réunions du matin à Matignon, je constatais avec surprise combien tous les grands services de l'Etat s'étaient laissés prendre de court par les événements et se trouvaient désarmés pour faire face aux difficultés qui s'accumulaient. Ce n'est pas que l'on n'eut, de longue date, prévu de fort beaux plans pour assurer la marche des services en cas de troubles et de grève généralisée, mais c'était qu'aucun de ces plans ne fonctionnait, et d'abord, parce que personne ne les avait jamais testés.

Il y avait un plan pour assurer un service minimal des chemins de fer et un pour l'aviation civile, un autre pour les transports de carburant et un encore pour le ravitaillement des villes, et aussi pour la continuité de la radio, de la télévision et des transmissions radiophoniques.

Tous, d'ailleurs, supposaient que fonctionne le plan pour la bonne marche des centrales électriques et la distribution du courant, car sans électricité ni téléphone, tous les autres s'arrêtaient. Ces plans avaient été étudiés dans le dernier détail par des états-majors mixtes de fonctionnaires et de militaires. Ils reposaient en effet sur le concours de l'armée et la réquisition de certaines catégories d'agents des services publics. Mais, une fois paraphés et revêtus de tous les cachets "Secrets", il semblait bien qu'on les avait enfermés avec soin dans les coffres aux documents confidentiels de chaque ministère, et qu'ils y aient dormi jusqu'à ce jour. Ce n'était pas en vain qu'ils portaient généralement des noms de code empruntés à la mythologie ; rarement organisation fut plus mythique que celle-ci.»¹¹

14. Un témoignage-clé pour le parcours pédagogique : Pierre Carli, directeur du Samu de Paris

Nous venons de prendre séparément des lignes d'analyse de la crise. Cette approche est indispensable, car chaque facette doit être explorée. Mais cela est insuffisant et dangereux. La crise n'est pas qu'une addition de lignes de difficulté. Elle est une dynamique, qui appelle une dynamique de réaction, construite à partir de toutes les touches du clavier à considérer. Nous choisissons, comme illustration de première qualité, le témoignage du Pr Pierre Carli

¹¹ M. Grimaud (1977), *En Mai, fais ce qu'il te plaît*, Paris, Stock, pp. 206-207.

qui permet précisément cette lecture plus intégrée et plus dynamique. Il méritera de figurer dans tous les enseignements sur les crises et leur pilotage – dès que cette discipline aura pu trouver une place dans les enseignements dispensés aux futurs décideurs¹².

« Je suis le chef de service du SAMU de Paris, qui est un service de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP), au département d'anesthésie dont je suis également le chef de service. Au début de la canicule, je suis à Paris. Il s'agit là, pour moi d'une période normale de travail. Je peux donc dire que je suis directement en première ligne puisque je vais prendre trois gardes. Je m'occupe des affaires courantes, c'est-à-dire des soins à apporter aux malades, de la gestion du service qui est ma deuxième fonction. Par la suite, je serai aussi conseiller de la direction générale de l'Assistance publique : la médecine d'urgence et l'anesthésie réanimation, c'est mon travail, et, me trouvant aux avant-postes, j'ai une vision directe des problèmes.

Le mois d'août commence tranquillement. Il fait chaud à Paris. Le 4 août, je prends un tour qui va m'amener, je l'espère, jusqu'au 15. En réalité, cela va durer plus longtemps que prévu.

Au cours de ma garde du 4 août, je ne rencontre pas de problème particulier, mais je constate que nous manquons de lits dans les hôpitaux de Paris, et ce dans tous les secteurs : lits de réanimation et lits d'hospitalisation.

*Le lendemain, mardi 5 août, se tient une réunion habituelle à l'Assistance Publique, celle du comité de surveillance des urgences pendant l'été. Cette réunion institutionnelle a été mise en place il y a plusieurs années – treize ans, je crois. On y étudie les problèmes de l'été pour voir si le nombre de lits ouverts et celui des spécialistes présents sont en adéquation avec les demandes de la population. Au cours de cette réunion, nous ne parlons pas de la chaleur, mais des difficultés dans les hôpitaux. Le constat est général : à ce moment-là, il est difficile d'obtenir des places de réanimation et des places d'hospitalisation à Paris. Par comparaison avec les autres années, le problème paraît même plus important, alors que les fermetures de lit sont conformes au schéma prévu. De ce point de vue, donc, **notre attention professionnelle est déjà alertée**. C'est un élément que nous garderons en mémoire par la suite, **et qui explique pourquoi nous allons réagir assez vite et assez fort** : nous savons que notre marge de manœuvre est faible en termes de prise en charge des patients, que ce soit pour les coups de chaleur et l'hyperthermie ou pour d'autres pathologies.*

¹² Au-delà des indispensables – et inévitables – média-trainings.

*Ma prise de conscience peut être datée du 7 août. Elle tient à un événement très précis : ce jour-là, j'interviens sur une autre urgence, une intoxication collective à la piscine Montparnasse, juste à côté du SAMU. Une cinquantaine d'enfants et de parents ont respiré une vapeur de chlore à la suite d'un dysfonctionnement du système de purification de l'air. **Ceci n'a aucun rapport avec la situation**, me direz-vous. Cela m'occupe deux heures à l'extérieur de l'hôpital et, à mon retour, nous effectuons un débriefing avec nos collègues sur ce qui s'est passé. Je parle de mon intervention. Un collègue me dit qu'hier, à la gare Montparnasse, un thermomètre ne fonctionnait pas ; et qu'aujourd'hui il est intervenu pour un vrai coup de chaleur chez un homme jeune. C'est une chose qui n'est pas fréquente. Au cours du débriefing d'une autre intervention, nous avons clairement l'impression que des personnes jeunes sont victimes de coups de chaleur. Ce ne sont pas les personnes âgées, j'y insiste, qui ont attiré notre attention à ce moment-là, mais un homme jeune pris de convulsions sur un quai de gare. **Ce n'est pas habituel**, et lorsque nous apprenons que sa température s'élevait à 43°, **nous nous disons que quelque chose est en train de se passer**. Voilà un premier élément clair, avec en toile de fond, je le rappelle, peu de place dans les hôpitaux.*

*J'ai un contact informel, ce même jour, avec la direction de l'Assistance publique. Je dis que je suis ennuyé pour les places, que **la situation ne me plaît guère** et que la chaleur va nous attirer des ennuis. Pour être honnête je pensais plus, à ce moment-là, à la pollution qu'à la chaleur elle-même.*

*Les choses commencent clairement à s'accélérer tôt dans la matinée du vendredi 8 août. **C'est alors que nous avons l'impression qu'un phénomène apparaît**. Toujours inquiétés par ce qui s'est passé la veille, nous faisons le bilan de la situation. En particulier, nous avons l'idée de comparer, grâce à une recherche informatique, notre activité de l'année dernière à la même époque et notre activité du moment. Nous nous apercevons que le nombre d'appels au SAMU en cette matinée du 8, est un peu élevé, mais pas encore beaucoup, et que l'activité est globalement la même par rapport aux sept premiers jours d'août de l'année 2002. Mais **nous creusons un peu**. Comme nous pensions à la pollution et aux personnes âgées, **je demande que l'on regarde l'âge** des personnes secourues. Nous sommes alors frappés par un phénomène très net : la proportion de personnes âgées est beaucoup plus importante que l'année dernière à la même époque. Depuis quelques jours, on voyait beaucoup de personnes âgées souvent très malades. Le 8, **une***

relation apparaît entre la chaleur, les personnes âgées malades et les cas graves constatés chez des personnes jeunes.

Dans la matinée, j'ai **plusieurs contacts téléphoniques** avec des collègues des urgences. Nous avons en effet de très bons rapports et nous nous appelons souvent. Je m'entretiens notamment avec Patrick Pelloux. J'appelle également la direction générale de l'Assistance Publique, ce qui est pour moi une procédure normale quand il y a un problème dans les hôpitaux. Je suis alors en contact avec M. Dominique Deroubaix, qui est un directeur que je connais bien et avec qui j'entretiens des **relations de confiance**, puisqu'il fut directeur de mon hôpital. Je lui dis qu'il se passe **quelque chose d'étonnant** et qu'étant de garde ce week-end, je ne me vois pas gérer le SAMU de Paris, sans qu'on ait pris des dispositions particulières de sécurité. Il est un peu plus de onze heures du matin, et les appels, à côté, sont en train de se multiplier. M. Deroubaix convient que la situation est préoccupante, et je lui suggère la mise en place d'un dispositif qui nous permette de mobiliser des lits rapidement. Nous en manquons depuis le début de la semaine. Si des personnes âgées malades commencent à arriver de partout, nous allons être confrontés à beaucoup d'ennuis. Je demande donc à M. Deroubaix de dégager des lits. Celui-ci suggère une procédure de type "plan blanc" – le mot est prononcé à ce moment-là. J'approuve son idée, et il rédige une note, que vous devez avoir dans le dossier technique qui vous a été fourni. Cette note, que j'ai vue avant qu'elle soit envoyée, part en tout début d'après-midi. M. Deroubaix l'annote de sa main. La transmission des informations à ma tutelle administrative et opérationnelle ne pose pas de problème. Le message est instantanément reçu et se traduit, en termes opérationnels, par la prise de décision qui me paraît adaptée à ce moment précis. Ce jour-là, l'Assistance Publique commence à se mettre en ordre de bataille.

Ensuite, mon action consiste à **regarder ce qu'il en est dans la littérature internationale**. Nous connaissons bien le coup de chaleur chez le sportif. On en a constaté, par exemple, lors du marathon de Paris. C'est une pathologie sur laquelle nous avons travaillé. J'ai pu observer aussi plusieurs cas lorsque j'étais militaire. Je sais donc que la chaleur peut tuer, mais je n'ai pas encore une notion bien claire de l'impact que peut avoir ce phénomène sur la population civile. Vendredi après-midi, je collecte donc une bibliographie **sur Internet**, nous disposons depuis quelque temps, grâce à l'Assistance Publique, d'un accès gratuit à toutes les banques de données. Je sors une vingtaine d'articles publiés sur le sujet et suis un peu surpris, je ne vous le cache pas,

de constater l'ampleur que peut prendre un tel phénomène. Je découvre notamment l'article du New England sur Chicago. Il y a eu aux Etats-Unis une énorme polémique, relative notamment à la prise en charge des patients. On a alors dénombré les victimes par centaines. C'est donc là une éventualité, même si je ne suis pas à ce moment-là, persuadé que cela va nous arriver. Nous sommes **cependant confortés dans l'idée que la situation "peut tourner au vinaigre"**.

On m'a interrogé à plusieurs reprises – l'IGAS, notamment – sur le fait que j'avais affirmé que la situation était sous contrôle. Je maintiens ce point : le vendredi, à 14 ou 15 heures, la situation est sous contrôle. Il y a de nombreux patients dans les services d'urgences, les équipes du SAMU et du SMUR sont en train de travailler, mais nous ne sommes pas dans une situation telle que nos moyens seraient totalement dépassés. Ce n'est pas le cas.

Je quitte mon poste en fin d'après-midi. Les gens sont au courant. Nous mettons en place un codage informatique spécial pour l'item hyperthermie de façon à retrouver les patients. Bref, nous nous mettons en ordre de bataille, et tout le monde est très alerté. Je n'ai de problème de compréhension ni avec mes troupes, ni avec l'administration.

Le lendemain, samedi, j'ai lu tout ce qu'il y avait dans la littérature et en ai discuté la nuit avec les médecins de garde au SAMU. Nous avons trouvé **des protocoles de prise en charge américains** qui nous paraissent très cohérents et que nous adaptons, pour ainsi dire, à la réalité française. J'ai dû lire jusqu'à trois heures du matin, mais le sujet est vraiment intéressant **et nous comprenons qu'il se passe quelque chose de nouveau**. Je me rends au SAMU, où je suis de garde, et prends un des deux postes de régulateur. Dans la matinée, nous constatons que **le nombre d'appels a nettement augmenté. Un phénomène inhabituel est en train de se produire**. Les gens, dont beaucoup de personnes âgées – c'est à ce moment que nous identifions clairement cet aspect –, sont **victimes de coups de chaleur**. Nous avons alors plusieurs échanges. **Je discute ainsi très longuement avec le médecin-chef des pompiers pour que nous accordions nos protocoles de prise en charge à Paris**. Je lui indique que la littérature est très claire sur le fait qu'il faut glacer les victimes avec rapidité, car la température est l'élément critique de la prise en charge. Je lui demande donc de s'arranger pour que tous les véhicules d'intervention de Paris soient dotés de glace. Il approuve cette idée, et dans les heures qui suivent les pompiers vont se lancer dans une grande chasse à la glace. Nous mettons également au point nos propres protocoles

médicaux et les diffusons très largement auprès des collègues. Nous **téléphonons à Météo France** pour connaître les évolutions prévisibles. Disposent-ils des indices que les Américains mentionnent dans leurs articles, notamment le heat index, qu'ils considèrent comme déterminant ? On nous répond que Météo France ne calcule pas cet indice, car l'hygrométrie est difficile à mesurer avec précision. Mais on nous dit qu'il va continuer à faire chaud, que cela ne fait même que commencer. Samedi matin, nous savons donc clairement que le phénomène peut s'aggraver.

Je téléphone également à des collègues de province et suis très étonné qu'il ne se passe pas grand-chose dans les autres villes. A Lille, par exemple, on constate bien une augmentation, mais elle n'est pas importante. Le SAMU de Montpellier, dont je connais bien le chef de service, m'affirme que les coups de chaleur chez les personnes âgées, c'est un "truc de Parisiens". On m'explique un procédé que nous allons utiliser très largement dans les 48 heures qui suivent : comment fabriquer du froid quand on n'a pas de climatiseur, en mouillant les linges, en utilisant un ventilateur courant pour évaporer de l'eau, en prenant des glaçons pour rendre cette eau fraîche, ce qui crée encore plus de dépression calorique. Je note l'information avec beaucoup d'intérêt et la diffuse dans mon hôpital.

Pendant ce temps, tous les SAMU de la région parisienne nous disent tous la même chose : le nombre des appels augmente nettement. Le phénomène me paraît donc **concerner très spécifiquement notre région**.

La garde du samedi se déroule de manière très active. Nous effectuons beaucoup d'interventions. Nous sommes en contact avec l'Assistance publique, qui nous demande ce qui se passe.

La nuit du samedi au dimanche, où je suis toujours de garde, ne se passe pas bien. Nous **comprendons que ce sont maintenant les maisons de retraite qui vont nous causer le plus de soucis**. Plusieurs fois nos équipes, intervenant dans un de ces établissements pour secourir un malade, s'aperçoivent qu'il y en a dix ou plus derrière qui, dans les heures qui suivent, peuvent devenir des **patients potentiels**. Les médecins s'investissent donc pour conseiller les infirmières et les aides-soignantes et leur demander de tout faire pour mettre les malades dans un endroit frais. Cette nuit-là, nous constatons de nombreux décès au cours des interventions du SAMU – alors que jusqu'à présent nous n'en avions pas vu beaucoup. Pour répondre à l'une de vos questions, nous savions auparavant qu'il y avait des morts parce que la police et les pompiers nous l'avaient dit, mais le SAMU lui-même n'intervient pas, ou très rarement, en cas de décès.

*Au cours de cette garde apparaissent deux phénomènes qui vont perdurer : d'une part, lors de nos interventions, nous découvrons des gens très âgés qui sont en train de mourir, dans les maisons de retraite mais aussi à domicile ; d'autre part, les personnes que nous secourons ont **désormais pratiquement toutes le même profil**. Il y a beaucoup moins de cas chez les personnes jeunes, et beaucoup plus chez les **personnes âgées dépendantes ou isolées**, ce qui **ne nous surprend pas du tout, le cas étant précisément décrit dans la littérature anglo-saxonne**. Nous avons clairement conscience que nous entrons dans une situation qui ressemble à celle de Chicago.*

Le dimanche 10 au matin, nous sommes vraiment loin d'être tranquilles, je ne vous le cache pas. J'ai de nouveau des contacts téléphoniques administratifs avec l'Assistance publique, et ce à tous les niveaux. Vers midi, je parle à la directrice générale de l'AP qui est en vacances mais se tient depuis vendredi en contact soit avec nous, soit avec son cabinet. Elle m'annonce son retour à Paris.

*Au cours de cette matinée, j'ai outrepassé mes droits sur certains points. Dans un cas, je n'en suis pas mécontent : comme nous n'arrivons pas à établir un contact avec les maisons de retraite, nous recherchons une instance qui pourrait le faire de manière plus globale. C'est ainsi que j'appelle la DDASS pour expliquer qu'il faut absolument trouver un contact avec ces établissements, car **c'est là, le plus en amont possible de l'hôpital, qu'il va falloir se battre si la situation perdure**. Un phénomène qui nous avait été décrit dans le Midi lors des inondations nous inquiète particulièrement : l'évacuation massive des maisons de retraite. Dans le Gard, par exemple, mon collègue chef de service m'a rapporté que les personnes en sortaient dans des états épouvantables, car le fait de les arracher à leur milieu constitue une catastrophe dans la catastrophe.*

***Essayant d'anticiper**, je demande à la DDASS de trouver le moyen de joindre les responsables des maisons de retraite pour les avertir de ce qui risque de se produire dans leurs établissements et pour s'assurer qu'ils ont reçu des consignes d'ordre pratique pour agir en amont de l'hospitalisation en refroidissant les victimes potentielles. La personne qui est de permanence à la DDASS comprend bien la situation, établit une ligne téléphonique ; nous lui communiquons les éléments dont nous disposons – tant les protocoles qui viennent des Etats-Unis qu'un document de la direction centrale transmis par la DGS pour expliquer comment refroidir les personnes. Dans la journée du dimanche, nous avons un échange assez prolongé avec les maisons de retraite et avec les personnes*

qui sont sur place. La mairie de Paris, où une organisation s'occupe des maisons de retraite, nous rappelle. Nous essayons d'établir un dispositif un tant soit peu cohérent en amont de l'hospitalisation. J'ai largement dépassé les horaires syndicaux, mais je suis toujours à mon poste.

Au terme de notre discussion avec l'Assistance publique, la direction générale, tenant compte du **caractère inédit** de ce phénomène, décide une réunion, le lendemain matin, de toutes les personnes travaillant dans les urgences, afin de déterminer l'action à mener et les moyens pour passer à un niveau supérieur dans les hôpitaux. **La situation que nous avons constatée vendredi semble en effet quelque peu dépassée le dimanche matin.**

Dimanche soir, il fait vraiment très chaud. La directrice générale de l'Assistance Publique arrive en avion à 23 heures. Sa première réaction est de me demander de lui montrer les services d'urgences des hôpitaux. A 23 heures 15, nous sautons dans une voiture du SAMU et nous nous rendons à l'hôpital Georges Pompidou, à Cochin, aux urgences de la Pitié. **Elle souhaite avoir une notion claire de la réalité du terrain.** Nous rencontrons des situations différentes selon les hôpitaux. D'un établissement à l'autre, la réaction n'est pas exactement la même. L'intensité du choc n'est pas vécue de la même façon par les structures en place. Certaines réagissent très bien, de manière très musclée. D'autres sont un peu débordées et il y a beaucoup de monde dans les couloirs. La décision de réunir tous les responsables le lendemain matin semble donc tout à fait pertinente.

Au cours de cette réunion de crise, je fais un exposé sur les chiffres du week-end. Nous expliquons avec des diapositives ce qu'est un coup de chaleur, car peu de gens ont en fait compris ce qui se passe. On parle de déshydratation et même, sur certaines chaînes de télévision, "d'hypothermie" ! Or le coup de chaleur, comme vous le savez, c'est le cerveau "qui se met à cuire", et les conséquences en sont irréversibles. Nous préparons donc la présentation, les protocoles de prise en charge.

Je précise également que j'ai appelé la Zone de défense de Paris – ce que l'IGAS m'a reproché de ne pas avoir fait. Il faut savoir que, pour nous, la zone de défense de Paris, c'est la préfecture de police, à laquelle j'ai demandé s'il y avait beaucoup de morts, etc. On m'a répondu que je n'étais pas le premier à les informer d'un phénomène tout à fait anormal, et que la préfecture serait présente à la réunion de l'Assistance Publique, de façon à assurer une coopération étroite. Le colonel de garde à la Zone de défense prend cette affaire tout à

fait au sérieux. A ce stade, il s'inquiète déjà de la question de l'entreposage des corps, au cas où il y aurait beaucoup de morts.

Durant cette période, nous étions quatre ou cinq médecins de garde au SAMU, ce qui est notre nombre habituel. L'effectif était donc parfaitement réglementaire. Par la suite, la mobilisation fut beaucoup plus importante. La réunion du lundi nous fait passer à un cran nettement supérieur dans la prise en charge. Décision est prise d'arrêter tout ce qui peut l'être – or, même au mois d'août, l'Assistance opère et admet des patients. Dans l'après-midi se **tient une conférence de presse**, à laquelle la direction générale de l'Assistance publique me demande d'assister: **Les choses ne se passent pas bien**. L'atmosphère est extrêmement polémique, les journalistes sont très agressifs envers l'hôpital public. Je leur expose ce que nous avons fait, leur passe les diapositives préparées pour les équipes soignantes. Cela ne les intéresse absolument pas. De toute évidence, leur problème est tout autre. **Lorsque nous leur disons que la situation risque de durer, qu'on ne sait pas où l'on va, qu'il faudrait nous aider à sauver les gens en les faisant descendre des étages, en demandant aux familles de revenir si elles ont laissé quelqu'un à Paris, le message n'est pas relayé. Cela n'intéresse vraiment personne à ce moment-là. Tout est filmé et enregistré, pourtant. Mais on n'en entendra pas parler.**

Le plus dur nous attend pour le reste de la semaine, mais nous sommes maintenant prévenus. **Il ne fait pas de doute que la situation est comparable à celle de Chicago, et nous savons que l'affaire va de toute façon mal tourner.** On assiste dès lors à une grosse mobilisation pour trouver aussi bien des lits dans les hôpitaux que des personnels. Je devais partir en vacances : les vacances sont repoussées sine die. Tout le monde reste à son poste. Nous sentons que nous allons affronter une période très dure, et incertaine – on nous dit alors que cela peut durer encore quinze jours. Toutes ces rumeurs météorologiques nous inquiètent beaucoup.

La journée du 11 est la plus difficile. Le nombre de nos interventions explose. Nos équipes sont partout. La coopération entre le SAMU, les pompiers et les urgences fonctionne bien. On se parle, mais **les personnels commencent à vraiment souffrir. Mardi soir, un grand ras-le-bol s'empare des services d'urgences, des SAMU et des SMUR.**

Mercredi, je suis de nouveau de garde. Le ministre de la santé effectue une visite à la Pitié qui se passe mal. Après une petite baisse dans la journée, le travail est de nouveau très soutenu dans la soirée. Nous apprenons le déclenche-

ment du plan blanc par la télévision, avant même de le découvrir sur notre téléx... Cette procédure est bien rodée. La direction générale précise que le plan est centré sur l'hospitalisation. Je tiens mon rôle en prévenant mes collègues. Dans la nuit, les choses commencent à se dégager. Vers 5 heures 30 ou 6 heures du matin, je contacte les services d'urgences par téléphone. Tous me disent que la situation est en voie de règlement, qu'il ne reste qu'une ou deux personnes sur des brancards. L'engorgement qu'avaient vécu les services d'urgences est en passe de se résorber. Parallèlement, le nombre de nos interventions diminue.

Dans les jours qui suivent, à notre grande surprise, le phénomène s'arrête d'un seul coup. La journée du 15 et les jours qui suivent sont pour nous tout à fait étonnants. Est-ce l'effet du plan blanc, est-ce celui de la température ? Toujours est-il qu'on se rapproche d'une situation normale.

Tel est le récit des événements que mes collègues et moi-même avons vécus au SAMU de Paris.

A la question de savoir si j'avais compris qu'il se passait quelque chose avant le 8 au matin, ma réponse est très claire : non. Quelques cas particuliers éveillent nos soupçons le 7, date à laquelle nous sommes déjà prudents car nous savons que les hôpitaux travaillent à flux tendus. Mais ce n'est que dans la matinée du 8 que nous prenons vraiment nos responsabilités et passons à un dispositif particulier. » (pp. 283-289).

Commentaires

– Avant même la canicule, l'esprit est en alerte plus globale : on sait qu'il y a des marges de manœuvre limitées. Donc on est déjà en posture de questionnement, d'anticipation, de vigilance, de préparation à devoir réagir. On ne sait pas quelle course il va falloir faire, mais on est déjà dans les starting-blocks.

– Un certain nombre de faits spécifiques divers aiguissent encore la vigilance et renforcent la posture d'interrogation, d'autant plus que l'on applique la règle du débriefing collectif après chaque intervention. Avec droit au questionnement partagé (sans se faire laminer sur le thème qu'il ne faut pas "être pessimiste", leitmotiv de tous les cercles incompetents et déjà prêts à la capitulation).

– Un fait qui joue le rôle de déclencheur, le jeune dont la température a atteint 43°. Dans un milieu étanche à toute réflexion, ce cas serait instantanément rangé dans la catégorie des "anecdotes non significatives" qui n'ont "aucun sens statistique".

– “Nous nous disons que quelque chose est en train de se passer” : c’est là la clé. Un dossier est ouvert. Et on le garde ouvert. Au lieu d’exiger que les signaux fassent antichambre, le temps que l’on trouve la case habituelle où on pourra les archiver, on ouvre un dossier et on se prépare à une vigilance tous azimuts. L’ennemi pourrait même attaquer par les Ardennes, réputées infranchissables. L’esprit est mis en vigilance à partir d’une personne jeune, il sera disponible même s’il faut soudain basculer et se mettre à considérer les personnes âgées, et finalement à considérer surtout ces personnes.

– Et l’esprit garde ces lignes de préoccupation multiples, il ne tente pas de n’en garder qu’une seule, ou de faire une “honnête moyenne” permettant de réduire tout signal : marges de manœuvre très étroites en toile de fond hospitalière, phénomènes spécifiques étranges...

– En d’autres termes, on est en mesure de percevoir des signaux faibles, spécifiques, hors cadre. On est loin de la situation où tout a été écarté pour “anecdote” ou mis en case bien fermée et archivée, avec l’hypothèse que, s’il se produit quelque chose de vraiment exceptionnel – des dizaines de morts sur un site unique –, on mettra en œuvre les plans spécifiques prévus pour les grands accidents.

– Pierre Carli est préoccupé, ce qui veut dire que le cerveau tourne, tel un écran radar, à la recherche de la trace d’un OVNI qu’il ne faut pas découvrir trop tard. Il pense plus à la pollution qu’à la chaleur elle-même. Peu importe le contenu : dans les crises insaisissables, le point n’est pas de tomber sur le vrai problème mais d’être suffisamment en éveil pour le détecter à la première signature.

– Le 8 août, voici enfin la trace. Mais il a fallu la chercher, elle ne tombe pas du ciel. On a l’idée de comparer l’activité de 2003 et celle de 2002. En d’autres termes, on est passé à l’action – avant d’avoir les preuves, les explications, l’assurance qu’il se passe vraiment quelque chose. Et l’on creuse, en s’intéressant à l’âge. Et là on trouve : le facteur de l’âge est bien déterminant.

– On ouvre les réseaux, en raison des relations professionnelles déjà fortes avec des collègues, de relations de confiance suivies avec les tutelles. Et on le fait en anticipation.

– Il était temps : voici que le téléphone s’emballe. Mais l’essentiel est acquis : le questionnement a été engagé, les réseaux ont été ouverts, avant l’avalanche. Attendre l’attaque pour se mettre en posture intellectuelle de

comprendre et d'agir, ce serait la condamnation à devoir reculer en désordre sous les coups de boutoir de la crise. Ici, on a un cran d'avance. Presque rien, mais juste ce petit rien qui permet de se mettre en ligne de réussite, non d'être condamné au fiasco.

– Et cette mise en posture créatrice est contagieuse, se conjugue avec les énergies des autres, en l'occurrence de M. Dominique de Roubaix qui met l'assistance publique en ordre de bataille. Là aussi en franchissant le seuil habituel : les mots, la note manuscrite, le ton. Le message est clair : “Attention, on joue à autre chose”.

– Ensuite, point de repos. Toujours gagner ou regagner de la marge d'intelligence. Alors que, souvent, le responsable non formé assène : “Ici on est pragmatique, pas de théorie”, Pierre Carli prend du temps pour aller fouiller la littérature internationale. Et il trouve : Chicago. Il a maintenant le modèle que l'on risque de connaître, et qu'il faut éviter. Le point fort de cette recherche acharnée, qui a consommé une nouvelle nuit de sommeil : on est sorti de la phase d'ignorance, extrêmement dangereuse. Ce qu'il découvre, en quelque sorte, c'est que ce temps si magnifique, c'est un peu comme ce coin de pique-nique merveilleux mais piège : le système est en fait en plein dans le couloir d'avalanche, et, avec la poursuite de la chaleur, l'effet d'accumulation, on est parti pour des chutes de pierre massives qui ne vont pas pardonner. Attention, il y a extrême urgence !

– Dans un message, il indique que la situation est sous contrôle, ce qui est vrai. Mais il y a un tel décalage entre les cultures de crise des uns et des autres que ce qui signifie pour l'habitué “nous tenons, mais attention nous nous attendons à tout”, a instantanément chez les non-formés un effet de démobilisation quasi-définitif. “Ouf ! ils m'ont dit qu'il ne fallait pas s'inquiéter !”. Il faut savoir ici que, dans un milieu non préparé, la plus petite lumière au vert déterminera un archivage instantané (d'autant plus hâtif qu'il y a eu inquiétude) du dossier avec l'étiquette : “Résolu, fausse alerte, tout est sous contrôle”. Le message : “Le Titanic a heurté un iceberg, pour le moment il flotte” a toute chance d'être transcrit sur le mode : “L'équipage du Titanic contrôle parfaitement la situation ; de toute manière le navire est insubmersible”. On observe constamment ce type de “saut logique” en crise.¹³

¹³ Exemple : « Ouf ! L'avion a donc atterri à Marseille ! ». « Non, Monsieur. Ce que je vous ai dit c'est que l'avion *devait, aurait dû* atterrir à Marseille ».

– Tout le monde est mis en ordre de bataille. On mesure le fossé avec l'organisation qui, en quelque sorte, est partie en croisière aux Antilles et devra faire des efforts considérables pour comprendre que si l'on observe des icebergs, c'est peut-être qu'il y a un problème quelque part. En crise, on observe ainsi très souvent des erreurs de représentation tout à fait stupéfiantes.

– Le lendemain, Pierre Carli a lu toute la littérature disponible : c'est la détermination à comprendre pour agir. Il a les protocoles, il les partage avec les sapeurs-pompiers, la riposte peut être mise en œuvre. Tandis que les cas se multiplient, la chasse à la glace est engagée. La course contre la montre est lancée. Ce qui a permis de ne pas perdre : une énième nuit blanche ou presque, pour rechercher, comprendre. A partir de l'obsession : « il se passe quelque chose, il me faut trouver, je trouverai ». L'énergie qui, chez un non-préparé, est consacrée à se protéger de l'assaut de l'inconnu est ici dirigée vers l'effort de compréhension et de mise en action. Et se mobilise pour des actions communes, des mises en réseau, non pour ériger des lignes de démarcation pour l'immédiat, ou des lignes de fusibles pour les mises en cause à venir.

– Et l'on continue à ouvrir les réseaux : Météo-France, en direct ; les collègues de province, l'Assistance publique. On engrange au passage le savoir-faire du sud de la France : ce ne sont pas des concurrents, bien au contraire. Les personnes formées ne voient pas des menaces partout, n'exigent pas de savoir quelle circulaire officielle permet à Montpellier de donner des conseils à Paris.

– La nuit apporte son lot de préoccupations graves et d'enseignements sur la nature et la configuration du front : ce qui pose problème, ce sont les personnes très âgées ; une des cibles, ce sont les maisons de retraite. Et l'on fait le lien avec Chicago. C'est l'avancée de nature hélicoïdale, mêlant théorie et pratique de terrain, questionnements ouverts et constats directs. Et c'est l'appel à la DDASS pour que les maisons de retraite puissent effectivement entrer dans la boucle : il faut absolument les prévenir. C'est en amont qu'est la ligne de front principale, pas aux urgences. On envisage des scénarios graves, comme l'évacuation massive des maisons de retraite si cela s'avérait indispensable. Et on fait tout pour apporter l'appui opérationnel aux maisons de retraite, en leur expliquant comment refroidir les personnes.

– Attention, la situation a considérablement évolué entre le vendredi et le dimanche : même après la discontinuité initiale, il y en a donc d'autres.

Il faut encore être disponible – en dépit de la fatigue, trois nuits de travail consécutives – pour ne pas laisser filer la situation.

– Visite sur les fronts divers pour que la Directrice générale de l'AP-HP puisse se faire une idée directe de la situation. La directrice n'a pas voulu commencer par remettre au lendemain, ou commencer par une réunion "papier". Elle va affronter la crise sur le terrain. Et c'est un acte opérationnel, pas un acte de communication médiatique.

– Conférence de presse : le désintérêt des journalistes apparaît stupéfiant. Le terrain est parti à la polémique. Question : c'est là, par exemple, que les personnes au front pourraient avoir besoin de quelque appui, en distanciation et questionnement critique pour ce type de situation bloquée. Peut-être aurait-il fallu configurer la réunion différemment en posant d'emblée que les médias étaient intéressés à la polémique, mais qu'il y avait le feu à la demeure et que l'on travaillerait sur les deux tableaux.

– Puis nouveau saut, quantitatif cette fois. Le nombre des interventions explose le lundi 11 (le jour même de l'intervention du ministre à TF1).

– Mardi, le danger : l'épuisement des équipes. C'est un problème classique, après 72 heures non stop¹⁴.

– Le 15, le mal se retire. Attention : ce n'est pas là une loi éternelle. Toute grande crise devrait appeler une gestion de la longue durée. Encore faudrait-il que l'action ne repose pas exclusivement sur quelques personnes.

– Les crises émergentes réclameraient pareilles capacités de réaction de la part de la totalité des acteurs. Et surtout des étages les plus élevés. Le problème est que, pour l'heure tout au moins, plus on monte dans les hiérarchies, plus les peurs et les résistances se font vives. Or, il faut vraiment se le dire : les crises émergentes n'ont pas de temps à perdre ; leur manœuvre la plus efficace consiste à faire prendre les mauvaises postures par les étages de décision les plus élevés. Ensuite, l'ensemble des forces est appliqué aux mauvais endroits, selon de mauvaises visions. La crise ne fait qu'appliquer la devise de Sun Tsu : "s'attaquer à la stratégie de l'ennemi". Tout dirigeant devrait donc avoir à cœur de se former pour ne pas devenir, malgré lui, le meilleur allié de la crise.

¹⁴ La même observation avait pu être faite lors du détournement de l'Airbus d'Alger (25-27 décembre 1994).

**LES RAPPORTS DE L'INSPECTION
GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES
décembre 2003 - janvier 2004**

Les rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) fournissent des éclairages spécifiques sur trois volets importants de la crise : hôpitaux, médecins libéraux, prise en charge des personnes âgées. Nous examinons ces trois rapports sous les trois angles qui sont les nôtres : établissement des faits, compréhension des dynamiques de crise, interrogation sur les approches de retour d'expérience.

A – La fermeture des lits hospitaliers ¹

« Le rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule de l'été 2003 avait mis en exergue le phénomène de fermeture estivale des lits d'hospitalisation comme l'une des difficultés importantes rencontrées par le système sanitaire pour faire face à la crise. [...] Certains établissements auraient pratiqué des fermetures plus importantes que prévues, et ce dans des proportions inquiétantes puisque certains taux de fermeture auraient atteints 30 % dans les services de réanimation. Cette situation a fortement pénalisé les services d'urgences et les SAMU face à la crise. En conséquence, je souhaite qu'une mission d'inspection soit diligentée sans délai pour faire l'analyse du phénomène [...] » (Note de Jean-François Mattéi, ministre de

¹ Jean-Paul Bastianelli, Maryse Fourcade, Sylvain Picard, Liliane Salzberg, *Mission d'enquête sur les fermetures de lits en milieu hospitalier durant l'été 2003*, Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales, décembre 2003, 52 p. + annexes.

la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, à Mme Marie-Caroline Bonnet-Galzy, Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, 15 septembre 2003.)

1. Eléments de synthèse

1) *Satisfecit*

« L'analyse du phénomène de fermeture des lits hospitaliers pendant l'été 2003 permet d'établir que, dans leur majorité, les établissements n'ont pas procédé à des réductions de leur capacité significativement différente de celles qui figuraient dans leurs prévisions. » (Résumé, p. 1)

« L'analyse du phénomène d'afflux des patients pendant la crise ne montre pas de lien, pour un établissement donné, entre le respect des prévisions de fermeture et les difficultés rencontrées. En effet, les capacités de réaction des établissements dépendent moins du taux global de fermeture que de la nature des lits fermés et du réseau de lits d'aval mobilisables » (Résumé, p. 1)

« La mission souligne que la quasi-totalité des établissements qu'elle a visités ont su réagir avec promptitude face aux événements parce que toutes les parties prenantes se sont senties concernées et se sont mobilisées : les solutions à appliquer pour trouver des lits et des personnels étaient déjà connues et éprouvées ». (Résumé, p. 2).

« En conclusion, l'analyse de la réponse hospitalière aux conséquences sanitaires de l'épisode de canicule de l'été 2003 montre que le phénomène de fermeture de lits n'a pas constitué l'élément déterminant des capacités du système de soins à faire face à l'afflux inopiné de patients. Cette capacité a reposé bien davantage sur la rapidité avec laquelle les établissements ont, l'effet de surprise des premiers jours surmonté, réactivé les lits au fur et à mesure des besoins » (p. 35)

2) *Questions et perspectives*

« Le jugement globalement favorable que la mission porte sur la réponse hospitalière aux conséquences de la canicule ne peut occulter le fait que les acteurs de terrain conçoivent des inquiétudes certaines sur l'évolution de la situation si la période de chaleur avait duré plus longtemps. L'état de fatigue du personnel, l'absence de réserves et l'accumulation de problèmes logistiques auraient sans doute déstabilisé le dispositif. » (Résumé, p. 3)

« Pour fluidifier les passages aux urgences et améliorer les performances de ces services, la mission suggère l'instauration de systèmes d'information sur les flux pilotés au niveau régional par les ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation) qui, s'ils avaient été opérationnels en août 2003, auraient permis, d'une part, de détecter dès les premiers jours l'augmentation des flux de passage aux urgences et, d'autre part, d'orienter les patients vers les établissements les plus susceptibles de les accueillir.

Au-delà de l'informatisation des services d'urgence, la généralisation à l'initiative des ARH, d'un suivi informatisé régional de la disponibilité des lits d'aval nécessite une impulsion politique affirmée. Les obstacles à l'élaboration d'un tel système ne sont pas de nature technique mais d'ordre culturel ». (Résumé, p. 3)

« La mission a constaté que l'activation d'un réseau d'aval intra et inter-établissements semble avoir constitué un facteur déterminant pour les services d'urgence. Les hôpitaux qui ont absorbé le plus rapidement leur file d'attente de patients en attente de lits sont ceux qui avaient déjà mis en place avant la canicule un réseau avec leurs partenaires locaux. »

« Par ailleurs, la mission préconise la plus grande prudence au niveau des décisions de fermetures de lits de réanimation [...] » (Résumé, p. 4)

2. Points spécifiques

1) Suivi administratif et dynamique de crise

Le rapport examine la procédure de prévision de fermetures de lits mise en place en mai 2003 par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS), qui permet à l'échelon central de mieux connaître la situation dans les régions et dans le temps (tableau hebdomadaire des prévisions, tableau hebdomadaire des fermetures réalisées au niveau régional – avec remontée chaque quinzaine) (p. 6). La mission d'inspection, tout en soulignant l'intérêt de la procédure, qui contraint notamment à s'engager dans un processus prévisionnel (p. 16), pose des questions importantes au regard des crises.

Objectifs : remontées d'états pour "image" globale, ou signaux d'alerte ?

« Le premier point faible de cette procédure réside dans le fait que son objectif n'apparaît pas clairement : a-t-elle pour vocation de donner à l'admi-

nistration une “image” de la situation des disponibilités en lits ? Ou de constituer un dispositif d’alerte et de prévention ? Ou de bâtir un système de contrôle ? Si c’est l’information et le contrôle qui sont privilégiés, on peut considérer que le dispositif (qui doit être amélioré et fiabilisé) est globalement adapté pour répondre à ces objectifs, mais il est peu opérationnel au regard de l’alerte. » (p. 7)

Qualité des agrégats : moyennes et dynamique de crise

« Le deuxième point faible, c’est que les informations qui remontent à l’administration centrale sont constituées d’agrégats régionaux, qui masquent des disparités importantes au plan local, non seulement entre les départements mais aussi et surtout entre les établissements. Plus les régions sont vastes et comportent de départements, plus il est à craindre que les variations soient conséquentes et que les moyennes masquent des écarts substantiels. Ces informations ne permettent donc pas de tirer de réels enseignements “opérationnels”, sauf si les directeurs d’ARH prennent la précaution d’assortir les tableaux statistiques de commentaires qualitatifs mettant en exergue la situation particulière de tel ou tel département ou établissement. » (p. 7)

Périodicité : maille temporelle et dynamique de crise

« Le troisième point faible concerne la périodicité prévue (tous les quinze jours) pour la remontée des réalisations. Elle est insuffisante, dans l’hypothèse où l’administration centrale ambitionne de corriger les dérives constatées. Pour être utilisée de façon vraiment efficace, l’information devrait être disponible en temps réel, ce qui suppose la création d’un dispositif informatique qui n’existe pas aujourd’hui. Ce dispositif permettrait aussi d’homogénéiser la collecte des données et d’autonomiser leur transmission en évitant, comme c’est le cas actuellement, les “re-saisies”, sources d’erreurs. » (p. 7)

Partage d’information : jungle du vocabulaire, viscosités, aberrations

« La transmission ascendante des informations concernant les prévisions est effective mais le retour d’informations aux établissements est lacunaire. » (p. 15)

« Le problème majeur posé par la transmission des données aux autorités de tutelle demeure celui des définitions et interprétations fluctuantes des notions de lits “installés”, “opérationnels”, “consolidés”, “vacants”, “fermés”, “disponibles”...

Dans les régions visitées, la mission a constaté que les services déconcentrés et les ARH ont transmis en général dans les délais impartis, les informations, même partielles, demandées par l'administration centrale.

En revanche, les DDASS n'organisent pas systématiquement la restitution des informations relatives aux fermetures prévisionnelles de lits aux établissements, pour le bassin de vie qui les concerne. Par exemple, c'est par la presse qu'un important hôpital de la région Rhône-Alpes a appris la fermeture imminente de lits dans un établissement privé situé à proximité immédiate du site des urgences. » (pp. 15-16)

Maillage géographique

« Il convient de préciser les missions que doivent assumer les différents niveaux et les règles à appliquer. Ce n'est pas au niveau national que peut se gérer avec efficacité le dispositif de prévision et de réalisation de fermetures de lits. [...] Il faut que rapidement l'administration centrale précise clairement le rôle et les limites d'intervention de chaque niveau (national, régional, local) en la matière. » (p. 17)

2) Précisions sur l'AP-HP

« Les fermetures effectives de lits dans les établissements de l'AP-HP ont été, globalement, plutôt conformes aux prévisions en août 2003. [...] Mais parmi les vingt hôpitaux de l'AP-HP ayant une activité d'urgence, six auraient fermé plus de lits que prévu. [Six établissements] qui rassemblent un peu plus du tiers de la capacité en lits de l'AP-HP. Les dépassements par rapport aux prévisions sont de l'ordre de 6 % de leurs capacités en lits. Onze hôpitaux ayant une activité d'urgences ont respecté leurs prévisions. Ils avaient toutefois initialement prévu un niveau conséquent de fermetures. » (p. 21)

Le rapport souligne immédiatement, cependant :

« L'analyse du phénomène d'afflux de patients pendant la crise ne montre pas de lien, pour un établissement donné, entre le respect des prévisions de fermetures et les difficultés rencontrées pendant cette période ». (p. 22)

3) Système d'information opérationnel et dynamique de crise

« Trouver un lit disponible pour hospitaliser une personne accueillie aux urgences d'un établissement, même en temps normal, n'est pas une chose aisée. En principe, dans tous les établissements, un système informatique a été

mis en place pour connaître tous les jours le nombre de lits d'hospitalisation disponibles. [...] Le défaut principal de ce système, c'est qu'il ne fonctionne pas en temps réel : il donne le nombre de lits disponibles (ou le nombre de malades présents) le matin ou à midi. Or, suivant les événements de la journée, la situation peut évoluer rapidement et les informations initiales n'étant pas réactualisées, les chiffres qui apparaissent à l'écran sont donc rapidement inexacts et donc de ce point de vue inutilisables. » (pp. 30-31)

« Il est évident que ce qui n'est qu'une difficulté en temps normal prend des proportions intolérables en temps de crise ». (p. 31)

4) Réactivité : la clé est dans la capacité à travailler en réseau

« La quasi-totalité des établissements que la mission a visités a su réagir avec promptitude face aux événements, d'une part parce que toutes les parties prenantes se sont senties concernées et se sont mobilisées, d'autre part parce que les solutions à appliquer pour trouver des lits et des personnels étaient déjà connues et éprouvées. Toutefois, devant l'ampleur de la crise, certains établissements ont su faire preuve d'initiative et d'imagination. » (p. 30)

« Lors de la crise sanitaire d'août 2003, l'activation d'un réseau d'aval intra et inter-établissements semble avoir constitué un facteur déterminant pour les services d'urgences. » (p. 45).

« L'analyse montre que la construction d'un réseau opérationnel, pour être efficace, doit remplir un certain nombre de conditions :

– il se construit dans la durée et demande une mobilisation de tous les acteurs ;

– il est formalisé par l'existence de conventions ou d'accords précisant les engagements réciproques des partenaires ;

– il implique des "échanges" réciproques de patients ;

– il nécessite une animation permanente, fondée sur "l'échange" de patients, sur la mise en place de procédures d'évaluation du fonctionnement de l'accord (évaluation de l'activité, devenir des patients), sur l'entretien de contacts formels et informels réguliers entre équipes médicales,

– enfin, les pathologies des patients doivent être étroitement ajustées aux besoins et aux spécialisations médicales des établissements d'accueil. » (p. 47)

« L'analyse des différentes expériences rencontrées fait apparaître deux types de promoteurs de réseaux de ce type :

– une personnalité appartenant à la communauté universitaire médicale qui, au prix d'une forte implication personnelle, parvient à constituer le réseau, puis à le faire vivre ;

– un directeur d'ARH qui prend l'initiative de réunir l'ensemble des acteurs et qui les incite à développer une démarche de coopération. » (p. 48)

« En définitive, le développement de réseaux inter-hospitaliers, comme celui des réseaux informatiques, répondent à la même problématique : le désengorgement des services d'accueil des urgences passe d'abord par la capacité de chaque service à trouver au sein de son établissement et dans son environnement sanitaire de véritables partenaires, avec lesquels il pourra initier un flux régulier et réciproque d'échanges d'information et d'orientation des patients vers des structures adaptées. Parallèlement à la construction d'échanges transversaux, il faut également admettre la nécessité de s'intégrer dans un système d'information régional, seul à même de réguler efficacement les flux d'entrées dans les services d'accueil des urgences. Une telle organisation suppose l'implication renforcée des ARH en tant qu'autorité de régulation et de coordination régionale dotée des compétences et des moyens nécessaires pour initier, puis animer de tels réseaux. » (p. 48)

Commentaires 1

Ce rapport est particulièrement riche, à plus d'un titre :

– Il permet de corriger une impression immédiate, mais inexacte, consistant à voir dans la fermeture des lits la cause des difficultés rencontrées. Le rapport souligne que ces fermetures ne furent guère, globalement tout au moins, en décalage avec les prévisions. Il faut donc approfondir l'analyse, au-delà de l'explication causale la plus spontanément mise en avant. C'est là une leçon générale en matière de compréhension des dynamiques de crise. Et l'analyse conduit à un enseignement également très général : l'essentiel des difficultés n'est pas lié à une cause spécifique mais bien plutôt au fonctionnement dynamique des systèmes, leur capacité ou non à fonctionner en tant que réseau, réactif et intégré.

– On pourrait toutefois se demander s'il n'y aurait pas à s'interroger sur le niveau de fermeture de lits (même s'il est programmé) et ce qui est nécessaire pour faire face à un problème collectif majeur imprévu. A partir de quel seuil de fermeture, même une capacité de remise en route remarquable ne permet-elle pas de répondre à la situation ? Certes, la mise en réseau est

une clé essentielle, mais jusqu'à quel seuil peut-elle compenser une situation délicate ? En d'autres termes, est-ce qu'un monde davantage marqué par des crises majeures, erratiques, n'appelle pas des modes de fonctionnement plus "musclés" en temps ordinaire, pour faire face aux accélérations foudroyantes que l'on est à tout moment susceptibles de rencontrer au niveau des besoins ? Mais quel serait le coût d'un tel ajustement ? Et n'est-on pas précisément, sur tous les terrains, dans des logiques inverses, marquées par des flux de plus en plus tendus ?

Commentaires 2

La question de la fermeture estivale des lits d'hôpitaux ayant été mise en exergue, il est donc demandé qu'une mission d'inspection soit diligentée pour analyser ce problème spécifique. La requête est naturellement fondée – d'autant plus qu'il s'agit ici d'un travail d'inspection –, mais on peut se demander si la crise n'aurait pas appelé davantage : un travail plus large sur le système hospitalier et ses capacités de réponse à des crises non conventionnelles – bien au-delà de la canicule.

Nous sommes là sur un problème méthodologique général de configuration des retours d'expérience : trop larges, ils risquent de se perdre dans l'infini ; trop étroits, ils risquent de rester à côté des plus grands enjeux révélés par une crise. Une possibilité serait d'engager les deux types de démarches – l'examen spécifique, le questionnement fondamental – à chaque épisode particulièrement sévère.

B — Continuité et soins libéraux²

« Dans son rapport, qui m'a été remis le 8 septembre dernier, la mission d'expertise du système de santé pendant la canicule d'août 2003 coordonnée par le Dr Françoise Lalande a révélé des "carences de la présence médicale libérale" dans de nombreux départements, et surtout dans les grosses agglomérations. Afin de donner suite aux préconisations de la mission, je vous demande de diligenter une enquête approfondie qui puisse évaluer [...] l'existence et, le cas échéant, la nature des carences dont les médecins libéraux ont pu être à l'origine

² Jean-Claude Cuénat, Christine Daniel, Roland Ollivier, Thérèse Roquel, *Continuité et permanence des soins libéraux pendant l'été 2003*, Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales, décembre 2003, 63 p. + annexes.

et leurs conséquences [...] » (Note de Jean-François Mattéi, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, à Mme Marie-Caroline Bonnet-Galzy, Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, 12 septembre 2003).

Les enquêtes menées par l'IGAS permettent de clarifier plusieurs points.

1. Points de synthèse

« Trois constats majeurs ressortent des enquêtes » (Résumé, p. 1)

1) Il n'y a pas eu défaillance des médecins libéraux

« Les médecins libéraux ont assuré la continuité des soins pendant les jours de semaine du mois d'août 2003. »

« Afin de mesurer la présence effective des médecins pendant les jours de semaine du mois d'août, la mission a utilisé les statistiques nationales et départementales d'activité de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie). Ces éléments permettent d'affirmer qu'environ deux tiers des médecins étaient présents dans les départements ayant une composante rurale, alors qu'un médecin sur deux était présent dans les départements urbains. Cette distinction reflète les différences existant dans les départs habituels en vacances de l'ensemble de la population et apparaît cohérente avec les flux de population : en Ile-de-France, plus de 50 % environ de population âgée de plus de 70 ans part en vacances, alors que ce pourcentage est de 34 % pour la population âgée de plus de 70 ans sur l'ensemble de la France. De plus, les médecins présents ont eu sur les deux premières semaines du mois d'août une activité en moyenne inférieure de 15 à 25 % à l'activité d'un mois normal de référence sans congé (mars 2003). Cette sous-activité du mois d'août est plus marquée dans les départements urbains – où pourtant le nombre de médecins est plus faible. [...] Seules certaines associations de médecins libéraux assurant des visites à domicile 24 heures sur 24 ont enregistré un surcroît d'activité, concentré sur les 20 premiers jours, se traduisant par une augmentation de 10 à 30 % des visites sur cette période.

En termes plus qualitatifs, les médecins généralistes libéraux n'ont pas effectué durant les 20 premiers jours d'août 2003 un nombre d'actes significativement supérieurs en direction des personnes âgées de 75 ans et plus que pendant la même période en août 2002. On observe même que, dans certains départements, notamment les Hauts-de-Seine, le nombre d'actes pour les plus de 75 ans

a diminué de 5 % entre août 2002 et août 2003. En revanche, à l'intérieur de ce volume global d'actes stables, on observe que les médecins libéraux travaillant au sein des associations de médecins effectuant des visites à domicile 24 heures sur 24 ont augmenté de façon significative leur activité envers les patients plus âgés. » (Résumé, p p. 1 et 2).

2) Des difficultés qu'il ne faut pas interpréter de façon hâtive

« Des difficultés ont été constatées pendant cette période pour l'établissement des certificats de décès en région parisienne et sur la fiabilité des tableaux de garde établis pour les nuits et les week-ends, qui ne reflètent pas nécessairement les présences médicales effectives. » (Résumé, p. 1)

« Ce décalage a pu aboutir à la situation paradoxale de l'absence de sollicitation de médecins pourtant présents mais non répertoriés, alors même que les SAMU/Centre 15 recevaient des appels beaucoup plus nombreux qu'habituellement et se retrouvaient, dans certains cas, sans effecteur libéral repéré. » (Résumé, p. 3)

3) Des difficultés générales, hors canicule

« Les difficultés relatives à l'établissement et au respect des tableaux de garde des soirs et week-ends ne sont pas propres à la période de la canicule. » (Résumé, p. 1)

« Le dispositif juridique encadrant la permanence des soins est en pleine évolution depuis 2002. » (Résumé, p. 3)

7. Points spécifiques

1) Crise, signaux, capteurs

*« Si l'on prend l'ensemble des décès observés (et non la seule surmortalité), quelle que soit la région, on constate que chaque médecin généraliste pris isolément n'a eu connaissance que d'un nombre très faible de décès, avec une moyenne significativement inférieure à un décès par médecin. Ce chiffre est en concordance avec la teneur des entretiens menés par la mission, où les généralistes ont tous indiqué n'avoir eu soit aucun décès dans leur clientèle, soit un ou deux, parfois prévisibles compte tenu de l'état de santé des patients. **La dispersion numérique de la médecine de ville rendait impossible sa participation à l'alerte.** » (p. 16, souligné par la mission).*

« Seuls les médecins regroupés en entités suffisamment importantes comme SOS médecins à Paris (plus de 150 médecins regroupés) disposaient d'éléments statistiques susceptibles de concourir au déclenchement de l'alerte et de révéler l'ampleur des difficultés en cours. Ces structures n'étaient toutefois pas intégrées dans des réseaux d'alerte au moment de la canicule. » (pp. 16-17)

2) Crise, expertise, réseau d'expertise, alerte

« Un autre élément a contribué au caractère souvent tardif de la prise de conscience du problème : à savoir le caractère très exceptionnel et très inhabituel des pathologies d'hyperthermie qui se sont manifestées au moment de la canicule. Pour les médecins hospitaliers confrontés à la gravité de la situation, les diagnostics d'hyperthermie ont été établis, selon les endroits, entre le 7 août et le 11 août. Dans un premier temps, les augmentations brutales de fièvre constatées chez les patients âgés ont été généralement attribuées à des causes infectieuses. Ce n'est que dans un second temps, notamment après les résultats des examens sanguins, que l'infection a pu être écartée et le diagnostic d'hyperthermie posé. Par la suite, des protocoles ont été définis, notamment par les SAMU et les services d'urgence de la région Ile-de-France, entre le 9 et le 11 août 2003 (protocoles de refroidissement des patients remis à la mission). Toutefois, ces protocoles n'ont pas été diffusés en direction des généralistes. Dans le cas de Paris l'AP-HP avec le SAMU avait convoqué la presse écrite et télévisée le 11 août 2003, mais les messages médicaux de traitement de l'hyperthermie n'ont pas été particulièrement repris, alors que les médias se sont fait l'écho de l'ampleur des décès.

Aucun message spécifique sur cette pathologie n'a non plus été adressé aux généralistes par les autorités sanitaires.

Trois messages ont été envoyés aux professionnels de santé pendant le mois d'août 2003 par le biais du réseau [DGS urgent]. [...] Le troisième, le 23 août, sur les effets pathologiques différés de la canicule [...identification des problèmes...]. Ce message est le seul à avoir été délivré au sujet de la canicule. Outre son caractère tardif, il faut souligner son inadaptation à la situation puisqu'il ne contient aucun élément relatif à une conduite à tenir.

Dans ce contexte, et face à une pathologie d'hyperthermie à laquelle la quasi-totalité des médecins hospitaliers rencontrés par la mission ont indiqué avoir été confrontés sous cette forme **pour la première fois de leur carrière professionnelle**, les capacités de réactions de la médecine de ville ont été obérées » (p. 17, souligné par nous)

3) Crises et discontinuités brutales

« Les responsables des services d'urgence ont insisté sur le fait que les malades arrivant chez eux ne relevaient plus de la médecine de ville vu la gravité de leur état. Or, les pathologies d'hyperthermie peuvent se déclencher très brutalement chez les patients, ne permettant pas nécessairement une prise en charge en amont par la médecine de ville. » (p. 18)

4) Crises et organisation

« Pendant les soirs et les week-ends, plusieurs SAMU/centre 15 ont cherché à joindre des médecins de garde sans succès. Ces difficultés, réelles, renvoient non pas à une absence totale de médecins sur ces plages horaires, comme le montrent les statistiques de la CNAMTS, mais au fait que les tableaux de garde peuvent se révéler incomplets, soit peu fiables, soit inexistantes. Les tableaux de garde n'ont pas permis d'identifier correctement les médecins effectivement présents, ce qui a directement pesé sur la capacité du SAMU/centre 15 à y recourir. » (p. 19)

5) Crises et pertes des tissus : tendance lourde à contrecarrer

« La crise caniculaire a été un révélateur des difficultés d'exercice d'une permanence des soins en pleine réorganisation. Dans l'intérêt de la santé publique, il est indispensable de poursuivre le mouvement de re-mobilisation des professionnels qui tendent à se désengager de façon croissante des systèmes de garde organisés, rendant la participation aux gardes de plus en plus lourdes pour les volontaires qui restent. » (p. 63)

Une action forte est nécessaire : généralisation d'une régulation libérale sur l'ensemble du territoire ; expérimentation des maisons médicales de garde ; recherche de solutions modulées pour couvrir la plage nocturne. A défaut, « deux risques se profilent : une permanence des soins libéraux fondée sur le recours exclusif à des associations de médecins assurant la visite à domicile 24 heures sur 24, sans assurance de couverture de l'ensemble du territoire ni prise en charge de toutes les couches de la population ; le recours massif aux structures d'urgence hospitalière, modifiant profondément de fait l'aspect du paysage sanitaire national. » (p. 63)

Commentaires

— Nous avons ici une leçon intéressante en matière d'analyse de crise. Alors que le volume stupéfiant de décès, de patients submergeant les urgences,

pourrait spontanément donner à croire qu'il y a eu carence flagrante des médecins, l'examen révèle que ces derniers n'avaient pas "fui", qu'il n'y a pas eu exode estival de leur part. Et même, à l'inverse, que ceux qui sont restés à leur poste ont été moins sollicités que lors d'autres étés. Cela conduit à souligner la nécessaire retenue face à toute explication simple lors des situations de crise, à commencer par les plus "évidentes".

– On remarquera toutefois que la mission s'intéresse plus particulièrement aux jours de semaines et moins aux week-ends, qui furent pourtant des moments cruciaux : 9-10 août, 15 août. On retrouve une difficulté des analyses de crise : selon le champ d'examen défini, les observations peuvent être différentes. Nos approches consolidées peuvent aisément être prises en défaut. Dès lors, les investigations post-crisis peuvent être très marquées par les options retenues dans l'examen des données.

– Comme le plus souvent en crise, tout problème que l'on pense avoir identifié conduit vite à d'autres difficultés, plus systémiques, plus profondes. Ici, par exemple : les médecins libéraux ne sont pas appelés, mais les associations de type SOS Médecins le sont bien davantage ; en d'autres termes, la dynamique qui se met en place, pour des raisons spécifiques, contourne un acteur central – qui n'a pas failli, mais s'est retrouvé sur le côté, et sans s'en rendre compte. En l'espèce, bien des personnes appellent directement les services d'urgence, ce qui est compréhensible en raison du caractère foudroyant des "coups de chaleur" qu'on ne voit pas venir comme une "angine" pour laquelle on sollicite son médecin de famille. Autre mise en perspective : les difficultés rencontrées sont aussi le symptôme de problèmes endémiques, en l'occurrence en matière de permanence de soins.

– La dynamique de crise conjugue ainsi : 1) des difficultés spécifiques, liées à la situation très particulière qui se développe ; 2) des difficultés endémiques, qui viennent alimenter les effets de déstabilisation. L'analyse de la crise doit travailler sur ces deux lignes.

2. La difficulté de l'action intégrée dans les sociétés complexes

1) Pas de signaux d'alerte

« De façon générale, l'adaptation de l'activité des médecins généralistes s'est produite sans prise de conscience de la catastrophe sanitaire en cours. En effet, le rapprochement des statistiques sur le nombre de décès observés et le

nombre de médecins généralistes montre qu'il y a eu moins d'un décès en moyenne par médecin généraliste. » (Résumé, p. 2)

2) Pas d'alerte montante

« Le caractère éclaté des cabinets médicaux rendait impossible leur participation à l'alerte. Les associations plus importantes fonctionnant 24 heures sur 24, notamment SOS Médecins et les Urgences médicales de Paris, font pour partie exception à cette règle du fait de leur mode d'organisation collectif. Elles n'étaient toutefois intégrées à aucun réseau d'alerte au moment de la canicule. » (Résumé, p. 2)

3) Pas d'alerte descendante, pas de mise en réseau

« Aucun message d'alerte n'a été adressé aux médecins généralistes sur le caractère exceptionnel des pathologies d'hyperthermie observées pendant 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 prise en charge. Il n'y a toutefois aucun circuit organisé de communication entre médecins hospitaliers et libéraux et l'expérience acquise par les uns n'a pu être systématiquement transmise aux autres, même si des collaborations locales se sont parfois mises en place.

De même, le réseau de messagerie électronique "DGS urgent", auquel sont abonnés plus de 10 000 médecins, n'a transmis de message relatif à la canicule que le 23 août 2003. Le contenu de ce message ne comportait par ailleurs pas de recommandations sur la conduite à tenir et était de ce fait décalé par rapport aux besoins des généralistes. Si certains médecins libéraux ont malgré tout pris en charge de façon relativement précoce cette pathologie, notamment à travers les consignes transmises en maison 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 de neuroleptiques en cas de fièvre. » (Résumé, p. 2)

4) La robustesse systémique par la réactivité, la chasse à toutes les discontinuités

Dans ses propositions, la mission d'inspection apporte des logiques très intéressantes en termes de résilience générale :

« Pour les alertes “montantes”, plusieurs sources potentielles d’information existent : les associations de médecins libéraux de visite à domicile fonctionnant 24 heures sur 24 comme SOS médecins, qui disposent de statistiques relativement élaborées intégrant souvent les diagnostics établis par les médecins ; les réseaux Sentinelles, qui fonctionnent aujourd’hui déjà sur certaines pathologies ; des réseaux d’information mettant en commun les consommations de médicaments dans les officines pharmaceutiques... L’enjeu est de parvenir à organiser [les] sources de façon réactive et prospective, pour qu’elles puissent envoyer un signal – qui doit être ensuite validé avant de déclencher l’alerte.

Pour les alertes “descendantes”, l’outil existant “DGS urgent” semble intéressant, mais son alimentation en messages doit également être plus réactive, en y intégrant la possibilité par exemple de diffuser rapidement des protocoles de prise en charge autour de pathologies inhabituelles, voire exceptionnelles, et en prévoyant une possibilité de diffusion de l’information au niveau local. » (Résumé, p. 4)

Dans le cadre de la réorganisation en cours de la permanence des soins, la mission souligne qu’il faut conserver « une autonomie locale » dans les modalités choisies pour les gardes, et notamment :

- veiller au **lien étroit** entre régulation libérale des appels et les régulateurs hospitaliers ;
- rendre les tableaux de garde existants **fiables**, en repérant les **carences éventuelles**, afin de ne pas altérer **la crédibilité** de l’ensemble du système de garde départemental ;
- maintenir une **souplesse d’organisation locale**, notamment dans le choix des formules à privilégier selon les diverses tranches horaires de jour et de nuit. (Résumé, p. 5, souligné par nous)

5) Veiller à la continuité entre le dernier maillon de la chaîne et le terrain

La mission souligne « l’importance de campagnes d’information en direction du public, réalisées localement afin de permettre une identification claire des systèmes locaux de permanence des soins. » (Résumé, p. 5).

Commentaires

La mission permet ici de commencer à dégager des logiques d’action dynamique pour les crises de “texture”. De façon micrométrique, à tous les

étages, des liens doivent être développés, la fiabilité recherchée, les carences éventuelles traquées, la crédibilité toujours renforcée, la souplesse systématiquement développée, et sans jamais oublier le risque de coupure avec le terrain. Sur un tel terreau, on peut d'autant mieux envisager une information montante, descendante, à partir de signaux faibles, etc. Bref, c'est d'un tissu vivant et particulièrement réactif dont on a besoin : il ne s'acquiert pas par simple annonce de procédures ou d'outils techniques.

C – La prise en charge des personnes âgées³

« La canicule qu'a connue la France au mois d'août 2003 a particulièrement affecté les personnes âgées. [...] 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. [...] » (Note de François Fillon, ministre des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, à Mme Marie-Caroline Bonnet-Galzy, Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, 3 octobre 2003).

1. Eléments de synthèse

1) La carte des acteurs⁴

« La présente mission 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 médicaux sociaux dans huit départements [...] » (Résumé, p. 1)

2) Un système piégé

« La prise de conscience de l'épidémie a été tardive et découverte

³ Anne-Marie Léger, Didier Lacaze, Michel Laroque, Didier Noury, *La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003*, Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales, janvier 2004, 57 p. + annexes.

⁴ Les sous-titres ont été établis par nos soins.

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 gérontologique, 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. » (Résumé, p. 1)

3) Des conditions de fond piégeantes

« Les établissements médico-sociaux et sociaux pour personnes âgées [...] 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 vieillissés et conçus pour des personnes valides ou de la médicalisation de ces structures, encore insuffisantes en dépit des progrès en cours [...].

En l'absence de climatisation, la conception des bâtiments (isolation, architecture, limitation des surfaces vitrées), leur organisation interne (anticipation de la direction, mobilisation des équipes, présence des responsables, variété des recettes pratiques, appui sur des familles, recentrage des tâches...), lorsqu'elles étaient satisfaisantes, ont pu, à certains endroits, sensiblement réduire les effets négatifs de la canicule. » (Résumé, p. 1)

4) Les services de maintien à domicile : dans la canicule, mais à côté de la crise

« Les services [de maintien à domicile] 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 [...].

Ils ont fait face à la canicule sans tensions extrêmes ; la fatigue du personnel liée aux déplacements dans la chaleur était la préoccupation dominante [...]. Les services de téléalarme ont souvent joué un rôle utile, mais leurs potentialités d'échanges bidirectionnels n'ont pu être mobilisées pour faire passer des messages de prévention. » (Résumé, p. 2)

5) Les personnes isolées

« Certains CCAS [Centres communaux d'action sociale] 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. » (Résumé, p. 2)

2. Points spécifiques

1) Culture d'urgence et de crise

« 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.

Plusieurs 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'intervention 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 produire un plan formalisé de prévention et d'action en cas de

fortes chaleurs. Cet établissement [...] n'a connu aucun décès du 15 juin au 15 septembre 2003. Le plan d'intervention comprend à la fois la révision des plannings des personnels, la constitution de stocks de matériels, l'adaptation des prises en charge et du suivi des résidents (boissons, hydratation, pesée, température, salage de repas, assistance des médecins) et des mesures de protection contre la chaleur (occultation diurne et ouverture nocturne, arrosage du bâtiment, regroupement des résidents, etc.). » (p. 31)

2) Crise et anticipation

« 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 [...] 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 août 2003 parmi ses résidents. Au vu des prévisions de prolongation et d'aggravation des fortes chaleurs, l'établissement a engagé au plus tôt différentes mesures [...]. » (p. 32)

3) Crise et réseaux

« 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. » (p. 32)

« Cette bonne insertion constitue pourtant pour les responsables d'établissements 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. [...] 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 de 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. [...] Si le caractère trop tardif de ces propositions d'aide bénévole a pu être avancé, la difficile appréhension du contenu et de 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. » (p. 33)

4) Crise et adaptabilité

« 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 projets d'optimisation de moyens. [...]

En revanche, d'autres établissements sont parvenus à réduire sensiblement ces rigidités internes, notamment à la faveur de la signature de conventions tripartites. [...] ces conventions se sont traduites par un apport de personnel plus jeune et plus ouvert à de nouvelles méthodes de travail [...] 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. » (p. 34)

5) Crise et direction

« [...] En période exceptionnelle comme le fut cette 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. » (p. 34)

6) Crise et capacités dynamiques de fond

« Ces réorganisations temporaires [redéploiement des tâches conduisant à concentrer les personnels sur l'accompagnement et le suivi des résidents au détriment des tâches de ménage et d'entretien des locaux, décalage des horaires] 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 mieux organiser l'effort, etc.). » (p. 36)

7) Crise, expertise, réseaux d'expertise

« 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).

[...] 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 transmise 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. » (p. 37, texte indiqué comme extrait du rapport de l'IGAS sur le système de garde des médecins libéraux durant la canicule, souligné par la mission)

8) Crise et détection de signaux d'alerte

En ce qui concerne les services intervenant au domicile des personnes âgées, on retrouve le même constat ex-post que par ailleurs : « *Là aussi un effet de dilution 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 4 000 décès supplémentaires intervenant à domicile, soit 1 pour 1 000, 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.* » (p. 45)

9) Crise et inventivité

« *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, ne semble avoir songé à les utiliser pour faire passer des messages d'hydratation aux personnes âgées.* » (p. 47)

10) Crise et appui circonstanciel de l'extérieur

« *Un enseignement à tirer concerne la difficulté de faire appel au bé-*

névolat 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 les procédures d'urgence. » (p. 47)

Commentaires

Nous disposons ici d'un document remarquable comme introduction aux crises de "texture", quatrième dimension des crises actuelles, ainsi que je l'ai indiqué en introduction. Nous sommes bien loin des situations classiques de catastrophes avec leur site bien marqué, les chantiers que l'on peut clairement définir, des acteurs en principe très clairement situés, organisés dans une hiérarchie forte.

On travaille avec de très nombreux acteurs, situés dans des logiques "confettis" ; des acteurs très éloignés de toute culture d'urgence exceptionnelle et encore plus de crise. Les terrains d'intervention sont pulvérisés et très difficiles à repérer, par construction dans le cas des personnes isolées.

Si l'on combine ces conditions avec les pièges de la crise 2003 (peu repérable), et les conditions générales avec lesquelles il faut composer (des bâtiments aggravant la situation en cas de canicule), il ne reste que peu de marge de manœuvre. Cependant, certains ont fait preuve de réactivité et d'inventivité exceptionnelles, et c'est là un thème très intéressant pour la réplique aux crises à haut degré de surprise. Ils ont joué sur tous les registres, en sollicitant l'intelligence de chacun dans les adaptations à engager ; cela s'appuyant sur des qualités managériales préalables.



LE RAPPORT DU SÉNAT



LE RAPPORT DU SÉNAT février 2004¹

Trois moments forts du rapport retiendront notre attention : le préambule, qui donne bien la perception générale de la mission, ainsi que des éléments sur la méthode d'examen ; le chapitre sur le phénomène, qui met bien en exergue ce qu'il y avait de rupture entre la situation en 2003 et les situations normales ; le chapitre consacré très spécifiquement à la gestion de la crise.

A – Lecture générale et démarche

1. Le drame sanitaire : consternation-réquisitoire

« En se gardant de toute “chasse aux sorcières”, [la mission] a engagé ses travaux sans rechercher des responsabilités individuelles, ce qui serait vain, avec la volonté de comprendre comment une telle catastrophe sanitaire avait pu se développer “à bas bruit”, dans un pays pourtant suradministré, étroitement maillé au niveau de ses territoires par un réseau de services déconcentrés de collectivités décentralisées disposant de compétences non négligeables en matière sociale et sanitaire, le tout coordonné par une institution préfectorale particulièrement efficace, qui plonge loin ses racines dans notre histoire. [...] »

¹ *La France et les Français face à la canicule : les leçons d'une crise*, Rapport d'information n° 95 (2003-2004) fait au nom de la mission commune d'information du Sénat par Mme Valérie Létard, MM. Hilaire Flandre, Serge Lepeltier, Sénat, déposé le 3 février 2004, 405 p.

*La mission ne peut que constater qu'aucun de ces acteurs n'a pris en temps utile **conscience** de la catastrophe sanitaire qui se développait : ni les préfets, ni les directions régionales et départementales de l'action sanitaire et sociale, ni les agences régionales de l'hospitalisation, ni les maisons de retraite [...], ni les services d'aide à domicile, ni les médecins libéraux, présents mais peu sollicités, ni les élus... n'ont perçu et transmis au niveau central des informations susceptibles de déclencher l'alerte. [...]*

*Quelques signaux avaient cependant été émis, émanant notamment à Paris d'un médecin urgentiste, du Samu de Paris, des sapeurs-pompiers, dont les avertissements semblent avoir été étouffés par leur autorité de tutelle, des services d'urgences des hôpitaux de l'Assistance Publique, de certains centres hospitaliers régionaux, mais aussi de quelques organes de presse régionale ou parisienne... , autant de **signes interprétés** par les responsables nationaux de la santé publique, singulièrement coupés des réalités de la base, et par les cabinets ministériels, **comme un engorgement naturel** des services d'urgence provoqué par la fermeture habituelle de lits d'hôpitaux pendant le mois d'août. [...]*

*Au total, force est de constater qu'une logique de catastrophe ou de fléau aurait dû prévaloir lors de la canicule, dont la nécessité n'a pas été perçue par nos administrations centrales, **faute de signaux irréfutables**, cet attentisme contrastant avec le dévouement exemplaire et la mobilisation exceptionnelle des acteurs de base, sapeurs-pompiers, Samu, urgentistes, personnels de hôpitaux et des maisons de retraite.*

*La mission ne peut également que s'étonner que nos responsables de santé publique aient ignoré les **précédents** climatiques [...].*

*Il aura fallu attendre le **bout de la chaîne**, le signe fatal des Pompes funèbres générales, et leurs extrapolations sans doute **peu scientifiques**, alors que le dernier acte de la tragédie était joué, pour commencer à prendre la mesure de la catastrophe sanitaire, tandis que les autorités sanitaires, ignorantes de la progression de "l'épidémie", se refusaient à valider ces évaluations et annonçaient chaque jour une surmortalité dépourvue de tout lien avec la réalité du moment.*

Au total, la mission d'information a constaté que notre système de veille et d'alerte sanitaire avait failli ; que la communication en cas de situation de crise restait à inventer ; que le cloisonnement des administrations centrales, tant au sein du ministère de la Santé, qu'entre les ministères sociaux et entre ces derniers et le ministère de l'Intérieur, n'avait pas permis de prendre conscience

de la crise ; que l'imbroglio des compétences des différents acteurs au niveau territorial n'avait pas facilité l'agrégation et la synthèse de données éparses ; que la multiplicité des agences de sécurité sanitaire ne contribuait pas à y voir clair ; que le recul de la médecine de proximité par rapport aux urgences, qui sont trop souvent détournées de leur vocation, avait sans doute contribué à l'engorgement de celles-ci ; que l'absence de modulation du système de réduction du temps de travail avait rendu plus difficile le renforcement de la présence des personnels, et aussi que notre pays pourrait sans doute engager une réflexion générale sur l'organisation des vacances estivales des Français. [...]

Bref, plus que les hommes, c'est le système qui a révélé ses défaillances ! »
(pp. 13-14, souligné par nous)

Commentaires

Le tableau est ouvert en grand par la mission. Il manque cependant dans l'analyse l'introduction de la dimension "crise" qui aurait permis de bien mieux décoder cette impuissance partagée.

C'est parce qu'on est dans l'inhabituel que les signaux ne sont pas perçus ni transmis, que les connexions habituelles ne suffisent pas et ne fonctionnent pas, que l'alerte vient sous des formes "peu scientifiques", selon des voies plus médiatiques qu'officielles, que seul le bout de chaîne se retrouve comme acteur d'alerte finalement entendu. C'est parce que les cultures de crise sont largement inexistantes qu'il n'y a pas de possibilité de tirer parti de l'expérience. Il ne s'agit donc pas de tancer chacun pour son manque de réactivité sur chacun des claviers identifiés. Aussi longtemps que l'univers de la crise restera un univers "barbare", les progrès recherchés resteront bien maigres.

Sauf travail sur l'enjeu de fond – l'acquisition d'une culture de crise partagée –, le risque est d'en rester à des envolées, certes d'une grande noblesse, mais qui ne pourront pas transformer les réalités.

2. Les autres tableaux de répercussion de la canicule : satisfecit

« [La mission] a élargi ses réflexions aux conséquences de cet accident climatique sur notre économie, notamment sur les secteurs agricole et énergétique, ainsi que sur l'environnement.

A l'inverse des développements précédents, elle a pu constater que les effets de la canicule avaient été plutôt bien gérés sur le plan économique et

environnemental et que les autorités concernées avaient su anticiper ses conséquences et les réduire. (p. 14)

*Ce constat tient sans doute à la grande habitude qu'a le monde agricole des fortes chaleurs et de la sécheresse, à la présence de **procédures préexistantes**. [...]*

Une bonne coordination interministérielle, la qualité du réseau français et notre "mix énergétique" ont permis à notre pays d'éviter les pannes qui ont touché certains de nos voisins européens, ainsi que quelques Etats américains. [...] (p. 15)

Au total, et sans qu'un parallèle, qui serait malvenu, puisse être établi entre les conséquences humaines tragiques de la canicule et ses incidences relativement réduites en matière économique, énergétique et environnementale, la mission ne peut que constater que ces dernières ont été sans doute mieux gérés du fait d'une meilleure coordination interministérielle, d'une mobilisation concertée de tous les acteurs sur le terrain, d'une anticipation plus satisfaisante, de l'importance des moyens dégagés, du caractère éprouvé des procédures d'alerte et d'une maîtrise de ces phénomènes extrêmes par des spécialistes expérimentés.

Elle ne peut que regretter que nos structures sanitaires et sociales, qui sont traditionnellement fragiles et prises de court lorsqu'elles sont confrontées à des phénomènes inédits, comme l'ont montré certaines crises sanitaires dans un passé récent, n'aient pas développé de pareilles synergies et n'aient pas disposé d'un véritable système de veille et d'alerte leur permettant de mobiliser en temps utile tous leurs talents et toute leur énergie. » (p. 16)

Commentaires

Ces développements n'emportent pas totalement la conviction.

D'une part, des conséquences sérieuses ont tout de même été enregistrées hors milieu sanitaire : hécatombes dans les élevages, grandes inquiétudes dans le domaine énergétique, incendies de forêts hors contrôle, etc. La commission met en avant (p. 15) l'action héroïque des sapeurs-pompiers, mais il est des circonstances dans lesquelles même l'héroïsme ne sauve pas de tout (voir le World Trade Center) ; ajoutons même que si ces réflexions rituelles sont bonnes pour l'image de la profession des sapeurs-pompiers, c'est assurément un mauvais service à lui rendre à long terme que de toujours écarter les questions en mettant en avant l'héroïsme des sauveteurs.

La commission souligne que nous n'avons pas connu les grands black-out, comme les USA (14 août 2003) et l'Italie (28 septembre 2003). C'est aller un peu vite dans l'écriture, car il s'agit là de phénomènes bien différents. Il ne faudrait surtout pas se laisser aller à croire que la France est à l'abri de ce type de difficulté ; et que, grâce à l'excellence de la gestion de la crise estivale, le secteur énergétique ne nourrissait aucune inquiétude sur ce type de front – pour faire ici la litote.

D'autre part, et plus fondamentalement, il faut à nouveau introduire la dimension "crise" dans ce qu'elle a de plus essentiel : la difficulté à se confronter à l'inconnu. Le défi pour le secteur sanitaire était bien l'effet de surprise. Et c'est cela qui pose le plus de problème. Comme le souligne très justement la commission, l'agriculture était bien accoutumée à ces phénomènes, avait des procédures... Mais la comparaison serait plus fondée si l'on prenait pour référence dans le monde agricole un phénomène tout aussi sournois, mal connu et grave. Comment l'agriculture réagirait-elle, par exemple, à une invasion à bas bruit d'organismes à haut potentiel de nuisance, inconnus en pays tempéré ?

En d'autres termes, ne pas introduire d'emblée une réflexion à partir de ce que l'on sait des crises risque d'engager dans des voies un peu courtes, des analyses un peu rapides, et des recommandations pouvant manquer leur cible. Le cœur, ce n'est pas le manque de procédures. Plus profondément, il y a une inadaptation des organisations de notre temps à se mouvoir dans des univers à haut degré d'instabilité et de surprise. C'est à partir de ce point qu'il faut engager tous les acteurs à reconfigurer leurs cultures, leurs savoir-faire.

Et bien sûr, il serait dangereux de considérer que le secteur sanitaire est bien plus mal préparé que d'autres à affronter ces crises non conventionnelles.

3. Démarche, méthode

« La mission tient à souligner le parfait déroulement de ces auditions qui lui ont apporté un éclairage précieux, même si certains témoignages relevaient à l'excès de la langue de bois : à cet égard, elle ne peut que regretter que le préfet de police de Paris ait complètement passé sous silence le différent qui, semble-t-il, l'avait opposé à la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris [...]. » (p. 18)

« La mission a également effectué un déplacement à l'état-major de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, et rencontré ses nouveaux responsables,

puisque à une seule exception, l'équipe en charge de l'épisode caniculaire de l'été dernier a connu, pour des raisons diverses, d'autres affectations. Ce déplacement peu constructif, et la langue de bois pratiquée par les officiers rencontrés, n'ont notamment pas permis à la mission de faire la lumière sur les consignes de silence qui auraient été données à la brigade par sa tutelle préfectorale. » (p. 23)

Commentaires

– La dureté des mots employés traduit une amertume certaine des représentants de la nation (qui semblent aussi laisser poindre de l'étonnement sur les mutations quasi générales survenues depuis l'été). Cela pose naturellement la question de la qualité des retours d'expérience (et de la possibilité pour les uns et les autres d'y apporter leur concours).

– En matière de méthode, on pourrait suggérer que ces missions d'information ou d'enquête du Parlement aient le cas échéant recours à des forces d'expertise plus large. En l'espèce, il aurait été intéressant d'auditionner E. Klinenberg. Au-delà, il serait utile de s'interroger sur la pertinence d'un groupe de réflexion "questionnement-méthode" auprès d'une mission ou d'une commission parlementaire.

B – Données et réflexions autour de l'exceptionnel, de la discontinuité

1. Un phénomène hors cadre

1) Une canicule d'une ampleur inégalée

« De fortes températures nocturnes sont enregistrées par Météo France du 4 au 14 août, avec des minima dépassant quelquefois la normale de plus de 10 degrés dans le nord de la France et des records battus plusieurs fois pour certaines stations. En revanche, une grande partie du pourtour méditerranéen enregistre le plus souvent des températures proches des valeurs normales.

Le Professeur Besancenot, directeur de recherche au CNRS, professeur de climatologie à la Faculté de Dijon, a insisté auprès de la mission sur l'impact des records de température nocturne enregistrés dans les stations météorologiques – pourtant relativement dégagées – de Paris, à savoir 25,5°. Il a estimé que si nous avions disposé de mesures dans les quartiers parisiens d'habitat dense, « les températures auraient été plus élevées de 5 à 7 degrés ». » (p. 31)

2) La durée

« Le Professeur Besancenot a, par ailleurs, rappelé à la mission que la vague de chaleur s'était installée dans notre pays dès le mois de mai, avec des températures très élevées en juin et un mois de juillet plus proche des étés habituels, à l'exception de la deuxième décennie du mois dont les températures ont été très élevées. Il a relevé que les températures du mois de juillet avaient été « dans l'ensemble bien supportées, à l'exception d'un pic notable de mortalité le 17 [...], d'ailleurs passé totalement inaperçu sur le moment ». En définitive, la vague de chaleur s'est prolongée de la fin mai à la mi-août. » (p. 31)

3) Ecart et acclimatation

« Une température élevée n'est pas ressentie et supportée de la même manière lorsqu'une personne est habituée à vivre dans la chaleur ; son organisme ne subit pas de la même façon le stress thermique. Ce constat conduit le Pr Besancenot à affirmer, dans un article de référence publié dans la revue *Environnement, risques et santé*², que « l'intensité d'une vague de chaleur ne doit pas s'apprécier au regard du niveau absolu des températures, mais au regard de l'écart par rapport aux températures habituelles. Ainsi, nous constatons une surmortalité à partir de 27 à 28 degrés en Belgique et de 41 à 42 degrés dans le sud de l'Espagne. A l'évidence, il y a une adaptation biologique et comportementale des individus. En particulier l'architecture joue un grand rôle. »

M. Jean-Louis San-Marco, chef de service à l'hôpital de la Timone, professeur de santé publique à l'Université de Marseille, a précisé à la mission que « pour Kuntz, auteur hollandais, la température dangereuse maximale est de 25 degrés pendant cinq jours, dont trois jours à 30 degrés. Si tel était le cas en France, nous mourrions tous les étés. Cela signifie qu'il y a eu une acclimatation ». » (p. 35)

4) Embarras scientifique, déplacement de disciplines

« Le Professeur Besancenot évoque, dans son article précité, l'ambiguïté la notion de "vague de chaleur" et les différentes approches permettant d'apprécier l'anomalie thermique :

– les météorologues français et américains privilégient l'appréciation en valeur absolue et fixent respectivement le seuil de l'anomalie thermique à 30

²J.P. Besancenot (2002), "Vagues de chaleur et mortalité dans les grandes agglomérations urbaines", in *Environnement, risques et santé*, vol. 1, n°4, sept./oct, pp. 229-240.

degrés et 32,2 degrés ; leurs collègues britanniques privilégient, quant à eux, l'appréciation en valeur relative, une vague de chaleur débutant lorsque le thermomètre indique au moins 4 degrés au-dessus de la moyenne tricennale du mois ;

– une deuxième interrogation porte sur le type de température qu'il convient de prendre en compte : maximum journalier, moyenne des 24 heures, minimum nocturne ?

– un troisième motif d'incertitude tient à la durée de l'anomalie thermique, car il convient de distinguer les jours chauds isolés d'une vague de chaleur, qui met en danger l'organisme par effet cumulatif. Selon le Pr Besancenot, l'Organisation météorologique mondiale (OMM) « reste floue sur ce point, en se bornant à évoquer la nécessité d'une persistance de "quelques jours ou quelques semaines". Le National Weather Service des Etats-Unis hésite entre un minimum de deux ou de trois jours consécutifs, l'Institut royal de météorologie des Pays-Bas penche plutôt pour cinq jours, mais sans justifier son choix. Reste à savoir si la température suffit dans tous les cas à caractériser une vague de chaleur ou s'il faut faire intervenir d'autres paramètres climatiques, qui conditionnent le bilan énergétique de l'organisme. Tout cela laisse bien des points en suspens et l'on est finalement tenté d'admettre qu'une vague de chaleur se définit moins météorologiquement que médicalement. » » (p. 36)

5) Histoire, rupture

« Sans remonter jusqu'à "l'an mil", le Professeur Emmanuel Le Roy Ladurie a fait bénéficier la mission d'information de ses travaux d'historien pour tenter de resituer la canicule de l'été 2003 dans notre histoire climatique. Il a estimé que [...] 2003 constituait « une rupture dans l'histoire du climat en France ». » (p. 36)

6) Les précédents en France

« En juin-juillet 1976, une vingtaine de départements voient leurs taux de mortalité s'élever de plus de 10 % au-dessus des normes saisonnières, soit 6 000 décès supplémentaires passés à l'époque inaperçus. [...]

La canicule de juillet 1983 dans le sud-est de la France a été à l'origine d'une surmortalité de 300 décès dans la seule région de Marseille [...]. La surmortalité en juin et juillet 1983 sur l'ensemble de la France s'est élevée au total à 4 700 décès. » (p. 38)

7) Interaction avec la pollution

« “Exceptionnel”, tel est l’adjectif employé par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de l’Ecologie et du Développement Durable, pour qualifier l’épisode de pollution atmosphérique de l’été 2003 ; « qui a dépassé, par sa durée et son étendue géographique, tout ce que nous avons connu jusqu’à présent ». [...]

Pour Mme Michèle Papallardo, présidente de l’Agence de l’Environnement et de la Maîtrise de l’Energie (ADEME), il s’agit de « l’épisode le plus noir en matière de pollution de l’air depuis que nous procédons à des mesures ». [...]

Cette pollution, plus forte dans les grandes agglomérations, y a renforcé le phénomène d’“îlot de chaleur urbain”, lié au caractère élevé des températures dans les quartiers d’habitat dense, ce qui conduit le Pr Besancenot à affirmer que « la qualité de l’air et la chaleur agissent ainsi de façon synergique sur la mortalité ». Leurs effets ne font pas que s’additionner, ils se potentialisent. » (pp. 40-41).

Commentaires

Les précisions apportées permettent d’entrer dans une réflexion en termes de crise :

– **un phénomène effectivement en rupture** : cela est reconnu, alors que, spontanément, on est de tradition porté à toujours souligner que la rupture suspectée n’en est pas une ;

– **des mesures pièges** : tout nous pousse à en rester à nos mesures traditionnelles prises “sous abri” et, donc, bien inscrites dans nos logiques culturelles – un phénomène est mesuré “toute chose égale par ailleurs”. On comprend ici le problème posé : alors que deux ou trois degrés en plus peuvent faire basculer dans des processus létaux, on semble toujours ne retenir que les températures sous abri, dans des stations météo parfois à l’écart, quand les températures effectivement subies en milieu urbain sont en réalité supérieures de 7°, par exemple.

– **un phénomène complexe**, qui n’est pas saisissable à partir d’un seul critère. D’emblée, on regrette le caractère qualifié “d’ambigu” du phénomène. Il faudra pourtant en prendre son parti : dans l’univers des crises, il est extrêmement rare de pouvoir nommer, décrire, estimer, évaluer les phénomènes de façon simple, unilinéaire, sans “ambiguïté”. Il est courant d’enregistrer alors des observations sur le caractère “non scientifique” de ce champ incapable de se laisser stabiliser par de “bonnes définitions”, de bonnes unités de mesure. On perçoit les sauts à franchir.

– **des phénomènes croisés** : les quelques pages du rapport donnent des éléments intéressants pour réfléchir à ces phénomènes hors norme : la nécessité de points d’entrée différents, de dimensions multiples à prendre en compte, de relativité selon l’histoire et les milieux, d’entrecroisement et de “potentialisation” des multiples phénomènes concomitants.

– **de la mécanique à la biologie** : pour entrer dans cette complexité instable et dynamique qui fait le phénomène de crise, il faut accepter de dépasser les logiques simples d’indépendance des phénomènes, de leur juxtaposition sans effets synergiques.

2. L’alerte

« Si la canicule d’août 2003 a bien été prévue par Météo France, qui a d’ailleurs eu le souci de communiquer sur ce sujet, la mission ne peut que constater, et déplorer, la relative inefficacité de ses alertes. » (p. 45)

« M. Jean-Pierre Beysson [Président de Météo France] a rappelé à la mission que Météo France avait annoncé la crise bien avant la prise de conscience de sa gravité par les pouvoirs publics. [...] Météo France a diffusé des communiqués de presse le 1^{er} août, annonçant une vague de forte chaleur, le 7 août, prévoyant la poursuite de la canicule pendant sept jours, et le 13 août, indiquant le retour à des températures plus normales. Par ailleurs, à compter du 4 août, sous l’intitulé : « la canicule tue chaque année à travers le monde, peut-être plus encore que le froid », Météo France a fait figurer sur son site Internet des conseils de comportement. » (p. 45)

Météo France fait valoir que, compte tenu du caractère exceptionnel de ses communiqués, ceux du mois d’août auraient dû attirer l’attention de leurs destinataires. La mission relève toutefois que rien, à la lecture de ces communiqués, d’ailleurs non numérotés, ne permet de percevoir ce caractère exceptionnel ; en outre, leurs intitulés n’apparaissent pas très alarmants et seule la [...] phrase [du communiqué du 7 août] “la persistance de cette situation, qui conjugue températures minimales et maximales élevées, est exceptionnelle et constitue un risque sanitaire pour les personnes sensibles (personnes âgées, personnes malades et nourrissons)”, fait état du risque sanitaire pour les personnes fragiles. [...] Une gradation des alertes – du type échelle de Richter pour les tremblements de terre – permettrait de mieux évaluer les risques. » (p. 47)

Commentaires

– Si l’on veut faire sortir les destinataires d’une lecture “normale” de la situation (“c’est l’été, il fait beau, il fait chaud, et alors ?”), il faut émettre des communiqués qui tranchent clairement avec la routine, sur le mode : “Attention, ceci n’est pas de la chaleur habituelle, il s’agit de tout autre chose”. Comme il faudrait le faire avec un très grand froid, non pas sur le mode : “Il fait froid aujourd’hui, couvrez-vous bien”, mais : “Attention, ne sortez pas !”. Il s’agit en quelque sorte de casser les représentations mentales habituelles, profondément ancrées. Je l’ai déjà indiqué à propos du vent : à 180 km/h, on ne dit pas qu’il faut être prudent sur les routes, on intervient avec vigueur pour dire qu’il ne faut plus circuler – plus du tout, sauf question de vie ou de mort aussi sérieuse que le risque encouru.

– Davantage : la situation, par les éléments de déstabilisation qu’elle génère, conduit à plus de viscosité mentale encore que d’ordinaire. Chacun s’acharnera, en crise, à garder une lecture habituelle de la situation, le plus longtemps possible. Il s’agit donc, en situation très inhabituelle, de lancer des messages signifiant très clairement la rupture.

– La contradiction est très difficile à piloter lorsque l’on est en présence de situations qui ne se présentent pas d’emblée comme devant appeler une alerte de niveau extrême – ou qui n’est pas perçue comme telle. C’était bien là un piège de la canicule.

– La référence à “l’échelle de Richter” est classique en matière d’information sur les situations à risque dans tous les domaines (ainsi des 7 degrés de l’échelle des incidents, accidents et catastrophes dans le nucléaire). Elle inspire les gradations désormais utilisées par Météo France dans ses cartes de vigilance. Mais il ne faudrait tout de même pas penser qu’on a trouvé là *la* solution à tous les problèmes. Bien des questions demeurent : la classification du phénomène, la difficulté de rendre compte de phénomènes très locaux dans des annonces globales, la gestion des erreurs, etc. Et plus encore : l’annonce des phénomènes hors échelle, car échappant aux cadrages prévus.

3. Les conséquences de la canicule sur la santé

1) Un phénomène non linéaire

« La crise s’est développée sur une période de temps très brève, de seulement 19 jours, en cinq phases distinctes : une élévation significative de la sur-

mortalité marquant le début de la crise le 4 août, un accroissement régulier et rapide jusqu'au pic atteint le 12 août, une amorce de retournement de tendance avec une première diminution le 13 août, suivie par une nette régression dans les jours suivants et finalement un retour à une mortalité normale à compter du 19 août.

Il convient tout particulièrement de noter que 80 % des décès liés à la canicule à Paris et 70 % en Ile-de-France sont survenus après le 11 août, c'est à dire en quelques jours. La crise a pris une ampleur dramatique avec une accélération singulière : la seule journée du 4 août s'est traduite par 286 décès surnuméraires attribuables à la canicule, celle de 8 août par 1 202 décès, tandis que celle du 12 août a marqué son paroxysme avec 2 197 décès supplémentaires par rapport à la valeur habituellement observée en France. » (p. 133)

2) Un phénomène impossible à classer aisément : "effet de moisson" ?

« La question qui se pose après la publication du rapport des docteurs Hémon et Jouglà (rapport Inserm³) porte sur l'évolution de la mortalité après le mois d'août 2003. Interrogé sur ce point par la mission, le Pr J.-P. Besancenot a souligné la difficulté de l'exercice et l'utilité relative du recours aux références étrangères : « C'est évidemment la grande question qui se pose. [...] D'une vague de chaleur à une autre, l'on ne retrouve absolument pas le même schéma. Dans certains cas, par exemple durant l'été 1994 en Belgique, le pic de mortalité s'est produit à la période caniculaire et a été suivi d'une période de sous-mortalité "compensatrice". Ainsi, la surmortalité sur l'ensemble de l'année n'est absolument pas de l'ordre de 1 800 décès, comme on l'avait dit sur le moment, mais de 200 ou 250. [...] »

Toutefois, dans d'autres cas, on observe le schéma inverse. L'exemple type est celui de Marseille fin juillet 1983. L'on a dénombré 300 décès en surnombre dans les dix derniers jours de juillet. A partir du 1^{er} août, les températures sont redevenues à peu près normales pour la saison. Cela n'a pas empêché la mortalité de rester excédentaire, même si elle était en diminution progressive jusqu'aux alentours du 15 décembre. En reprenant les dossiers individuels des personnes décédées après la canicule, l'on pourrait constater que nombre d'entre elles avaient été fortement affectées par la vague de chaleur. Elles avaient souvent été hospitalisées pendant la canicule et étaient décédées plusieurs semaines, voire

³ Denis Hémon et Eric Jouglà, *Estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques. Surmortalité liée à la canicule 2003*, rapport d'étape, Rapport remis au ministre de la santé le 25 septembre 2003, Inserm, 72 p.

plusieurs mois plus tard. On peut en conclure que la canicule a tué bon nombre de personnes qui auraient survécu, et pour certaines longtemps. » » (p. 135)

3) Un phénomène très sensible

« M. Hémon a procédé devant la mission à un classement des régions françaises en trois ensembles :

« Les régions de la face sud de la France [...] sont côtières et habituellement chaudes. Il y a fait très chaud, mais de façon continue et non pas avec une vague. La surmortalité a été beaucoup plus modérée qu'ailleurs.

D'autres régions, comme l'Île-de-France, le Centre, la Bourgogne, la Franche-Comté sont des régions intérieures. Elles ont connu une montée de la température pendant dix jours puis une descente. La surmortalité a alors augmenté de façon implacable du 4 au 12 août pour redescendre après.

Enfin, des régions comme la Bretagne ou la Haute-Normandie, c'est-à-dire côtières et situées sur la façade ouest, ont connu des températures variables. Elles ont augmenté du 4 au 6 août, sont redescendues du 6 au 8 pour remonter du 8 au 12, avant de finalement redescendre. La surmortalité a suivi la courbe de ces températures (...). Cette observation, qui mériterait d'être affinée, montre que **le moindre répit de chaleur est immédiatement suivi d'une baisse de la mortalité**. Cette dimension doit être prise en compte dans nos réflexions par rapport aux perspectives de préventions ». » (p. 140, souligné par nous)

4) Une population exposée très nombreuse

« Lors de son audition, le Pr Lucien Abenheim a ainsi procédé à l'évaluation suivante : « Nous avons connu quinze mille décès, mais la population qui avait besoin d'assistance représentait six millions de personnes. Je parle de tous ceux qui ont plus de 75-80 ans, qui ont des problèmes cardiaques ou respiratoires, qui sont aveugles ou sourds, ou qui souffrent d'un cancer, ces derniers représentant 800 000 personnes en France. Au total, entre six et sept millions de personnes dépendantes doivent être prises en charge pour éviter quinze mille morts. Parmi cette population, environ un million de personnes sont constitutives d'une catégorie de population à risque particulièrement exposée, qu'il convient d'identifier et qui doit bénéficier de la climatisation, y compris à domicile. » » (pp. 140-141)

5) Prudence sur les chiffres

« S'agissant du lieu des décès, la répartition a été la suivante : 42 % sont survenus dans les hôpitaux, 35 % à domicile, 19 % en maisons de retraite et 3 % dans les cliniques privées. » (p. 142)

« Lors de son audition, M. Eric Jouglu a souligné la nécessité d'approfondir les recherches sur ce point : « [...] il est particulièrement important de se projeter au-delà du simple lieu de décès, en étudiant les filières d'origine des morts. Par exemple, beaucoup de maison de retraite ont transféré des malades en très mauvais état dans les hôpitaux, où ils sont morts ». » (p. 143)

Commentaires

Les éléments donnés sont précieux pour la compréhension des phénomènes de crise, qui s'inscrivent dans des univers instables, déchirés, qui imposent des approches particulièrement fines, loin des agrégats hâtifs, alors même que les problèmes sont massifs. Il y a là un défi sérieux pour nos organisations plus habituées à des traitements de réalités plus homogènes.

4. Pièges managériaux

On retiendra du rapport tout l'éventail de dimensions et de facteurs qui se conjuguent pour rendre difficile la saisie d'un phénomène furtif comme l'était la canicule – avant qu'il n'explose, et que l'on reste ahuri du processus de non-réaction.

1) Des précédents, ignorés

« La mission d'information ne peut que s'étonner que les précédents climatiques et ces travaux [Dr Espinoza, Pr Besancenot] n'aient pas davantage été pris en compte ». (p. 158)

2) Des alertes qui ne déclenchent pas de forte réaction

« Ainsi du mail de W. Dab, déjà cité : « L'épidémiologie nous permet d'anticiper un excès de mortalité lié à la canicule. Il serait utile que la DGS prépare un communiqué rappelant quelques précautions élémentaires notamment chez les plus jeunes et les plus vieux. Il existe de nombreuses études sur l'impact sanitaire des vagues de chaleur. L'InVS pourrait les signaler [...] et cela pourrait faire l'objet d'un message "DGS-Urgent". » (p. 158)

3) Des alertes fondées sur des connaissances théoriques

« W. Dab a expliqué qu'il s'était adressé à la DGS sur la base de connaissances théoriques et qu'il n'avait ce jour-là « aucun signal émanant d'où que ce soit (médecins, hôpitaux, préfectures, DDASS, DRASS, urgentistes, etc.) qui lui aurait permis de penser que quelque chose d'anormal était en train de se passer. » » (p. 158)

4) La représentation mentale de la pollution atmosphérique

Dr Dab : « Il en est de même jusqu'au vendredi 8 août, quand la DGS sort son communiqué de presse qui fait suite à cette saisine du 6 août. Nous étions encore persuadés, les uns et les autres, d'être en attitude proactive et de gérer un risque potentiel ». (p. 158)⁴

5) Un phénomène hors référence

« Le caractère "exotique" des vagues de chaleur dans un pays tempéré comme la France explique, en partie, l'absence de prise en compte des expériences antérieures et de la littérature existante par les autorités compétentes. M. Jean-François Mattéi, ministre de la santé [...], a insisté sur ce point devant la mission d'information et relevé que « en 2003, en préparant le projet de loi de santé publique [...] la direction générale de la Santé a sollicité 140 experts français, européens et internationaux pour retenir 100 objectifs de santé publique. Aucun n'a mentionné les problèmes climatiques. Les spécialistes d'Atlanta nous l'ont dit : aucun pays, aucune région, aucune ville confronté pour la première fois à cette crise ne sait apporter les réponses nécessaires ». (p. 159)

⁴ Cette lecture est largement partagée, comme on peut le voir en reprenant cet article du Figaro du jeudi 7 août 2003. « *Le fait que les gens ne tombent pas comme des mouches par milliers sous l'effet d'un coup de chaud n'est pas vraiment surprenant dans un pays doté d'un bon système de santé* », explique Pierre Carli, directeur du Samu de Paris. « *En revanche, on peut craindre de découvrir d'ici quelques mois une surmortalité qui nous échappe pour l'heure, faute de chiffres globaux*. C'est en tout cas ce qui s'est passé lors des précédentes vagues de chaleur. » Et Le Figaro ajoute : « *Il est vrai que les décès directement imputables à la température, s'ils augmentent fortement en période de canicule, restent assez peu nombreux. En 1976, le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm) a recensé 343 morts par apoplexie, congestion, épuisement, fièvres ou coup de chaleur consécutifs à la hausse du thermomètre [...]*. » (Souligné par nous). On notera l'écart entre les 343 morts de 1976, ainsi relatés le 7 août, et les 4 000 ou 6 000 morts avancés un mois et demi plus tard pour caractériser ce même épisode.

6) Le recul devant les phénomènes nouveaux

« Le Pr San Marco : « Lorsque nous avons présenté dans un certain nombre de sociétés savantes notre vague de chaleur de 1983, elles ont été intéressées par nos actions, mais les ont trouvées plutôt “exotiques”. Nous avons le sentiment que notre expérience ne pouvait pas être exportable ». » (p. 159)

7) Une image de référence piégeante

« A ce caractère exotique du phénomène climatique s’ajoute le fait que la chaleur jouit d’une image positive. Le Pr San Marco y voit l’une des raisons importantes pour comprendre le défaut de réaction observé : « l’agent en cause n’est considéré ni par notre société ni par nos responsables comme quelque chose de dangereux. [...] La chaleur, synonyme de vacances, est attendue et véhicule une bonne image ». (pp. 159-160)

8) Des mises en garde qui ont fait sourire

« Cette donnée [image positive] rend difficile toute opération de prévention ou de communication en l’absence de culture du danger, et plus encore lorsqu’il s’agit de faire passer des messages simples, comme la nécessité de s’hydrater. Hubert Falco, secrétaire d’Etat aux personnes âgées, avait ainsi adressé aux préfets et aux DDASS, le 12 juillet 2002, soit un an avant le drame de la canicule, une circulaire de recommandations écrites sur la prise en charge des personnes âgées pendant la période d’été. Cette circulaire insistait très précisément [...] sur la prévention de la déshydratation, sur la nécessité de rafraîchir les locaux et de donner tout simplement à boire plusieurs fois par jour aux personnes âgées et concluait sur la nécessité de diffuser ces quelques préconisations d’application simple à tous les directeurs d’établissements pour personnes âgées de chaque département. Cette instruction a ensuite été renouvelée le 27 mai 2003, la nouvelle circulaire attirant l’attention sur les difficultés liées à l’isolement des personnes âgées durant la période d’été et sur la vigilance à maintenir à domicile grâce aux services d’aide ou de soins à domicile.

Ces mesures de prévention n’ont toutefois pas suscité un intérêt excessif, ainsi que l’a noté, devant la mission, le secrétaire d’Etat aux personnes âgées : « Dans un grand nombre d’établissements pour personnes âgées et au moment de leur parution, il faut reconnaître qu’elles ont plutôt suscité des remarques ironiques de la part de certains médias – et pas les moindres – et même de la part de certains gériatres – et pas les moindre non plus – ! On se demandait si le

ministre n'avait pas rien d'autre à faire, aux responsabilités qui étaient les siennes, que d'envoyer une circulaire à tous les préfets pour faire boire les personnes âgées ! ». » (p. 160)

9) Résultat : un inévitable décalage dans la saisie, une catastrophe inévitable

« L'absence de prise en compte des précédents et l'absence de conscience du danger représenté par la chaleur, avec ses implications, notamment la difficulté de faire passer des messages de prévention, ont rendu, dès le départ, la catastrophe inévitable.

La gestion de la canicule impose en effet une réaction rapide. Ainsi que l'a relevé le Pr San Marco, « lorsque les morts commencent à apparaître, cela signifie qu'une cohorte de personnes sont entrées dans un processus irréversible, dont elles ne sortiront plus, et qu'elles vont mourir ». » (p. 160)

Commentaires

– **En matière de prévention**, dès lors que l'on est confronté à des crises hors-cadre, il est crucial de se poser sans cesse la question des hypothèses implicites des modèles et représentations mentales ; il est indispensable de toujours laisser ouverte une case pour l'inconnu, l'aberrant. Dans la mesure où les phénomènes non conventionnels se multiplient aujourd'hui, cette culture du questionnement devient essentielle. Mais il est vrai que l'on est là bien loin de nos références intellectuelles, qui abordent toujours avec la plus grande suspicion toute idée de phénomène sortant de la norme. Dès lors, les réactions sont globalement handicapantes : pas de retour d'expérience sur les cas aberrants, pas d'examen de ce qui se passe à l'étranger, pas de vigilance sur les épisodes troublants du passé ; refus des alertes et des mises en garde, ricanement devant les logiques d'action suggérées... On se heurte à une redoutable difficulté : comment bousculer des représentations qui apparaissent ressortir de l'évidence mais qui sont fondées sur des hypothèses qui ne tiennent plus ? Ainsi de la chaleur, bonheur de l'été. Comment faire comprendre qu'il y aurait matière à préparation, quand toute l'expérience, effective ou retenue, conduit les acteurs à penser le contraire ? Si, de surcroît, le phénomène présente une cinétique telle qu'il ne laisse pas le temps de l'apprentissage à partir des "faits", le risque de catastrophe inévitable est alors élevé. Il convient donc de poursuivre – en sachant bien que ce sera toujours dans la difficulté et

à contre-courant – l’effort de questionnement, de travail sur l’expérience, de repérage des refus plus pathologiques que fondés.

– **En matière de réaction**, il faut partir de l’idée que l’on devra faire face à des phénomènes qui nous prendront à contre-pied. Il s’agit donc de se doter de moyens d’analyse et d’intervention adaptés. En matière de repérage des phénomènes hors-cadre, on ne saurait disposer de grilles d’analyse à partir de données bien quantifiables – elles sont le plus souvent peu utiles car fondées sur des hypothèses qui ne tiennent plus. L’essentiel, pour le repérage de ces phénomènes, devient l’intuition, la sensation, et surtout la perception d’une élévation manifeste du degré d’incohérence dans le système. Mais une telle démarche se heurtera à nos cultures de rationalité étriquée – des preuves et des données pour agir, et des preuves absolues et des données exhaustives s’il s’agit de phénomènes importants –, et aux défenses psychologiques très fortes qui se mettent immédiatement en place dès lors que l’on entre, non préparé, dans des turbulences sortant des cases ordinaires. Le syndrome Pearl Harbor est le piège à traquer : la veille de l’attaque, le supérieur exigeait de son adjoint des preuves pour agir ; le lendemain, devant la flotte en flammes et les milliers de morts, l’adjoint avait enfin ce qu’il lui fallait : « Vous vouliez des preuves ? Les voilà ! ».

5. Les défaillances d’un système

Après avoir repris le tableau des acteurs (certains centralisés, d’autres décentralisés et hors structure pyramidale comme les 10 000 maisons de retraite), le cours des événements (en soulignant le dévouement des acteurs de terrain, en première ligne), le caractère inédit de l’événement (« *nous n’avions pas connu un tel nombre de morts depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale* » selon M. Minard, directeur-adjoint des Pompes funèbres générales, p. 177), la mission conclut : « *Au total, l’analyse de la canicule conduit non pas à mettre en cause le dévouement de tout ou partie du personnel médical, ou des Français dans leur ensemble, mais plutôt à s’interroger sur les défaillances de notre système sanitaire et social.* » (p. 179)

La mission revient sur la liste des difficultés que chaque rapport ne cesse de pointer et d’aligner :

- La défaillance de l’Institut de veille sanitaire ;
- L’absence de remontée d’information : les acteurs réagissent, mais

ne se rendent pas compte de ce qui se passe véritablement, et n'alertent pas ; le traitement des certificats de décès ne peut constituer une voie d'alerte, vu la longue durée du processus ;

– L'engorgement des urgences, interprété comme lié à la fermeture estivale des lits ;

– Les cloisonnements propres au ministère de la Santé ;

– Les faiblesses du dialogue entre le ministère de l'Intérieur et les ministères sociaux

– Un ministère de l'Intérieur qui ne prend pas la mesure de la crise ; un COGIC (Centre opérationnel de gestion interministériel des crises) qui ne décèle pas la catastrophe ;

– L'absence de coordination interministérielle ;

– Une communication difficile entre la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) et la préfecture de police de Paris ;

– Une BSPP qui ne dispose pas d'un outil statistique qui aurait permis une alerte ad hoc ;

– Une coordination insuffisante des acteurs locaux.

Retenons ici les quelques points suivants qui permettent de compléter le tableau et notre réflexion.

1) L'absence de signaux

M. Lucien Abenhaim, ancien directeur général de la Santé: « *Dans la matinée du 8 août, la DGS a appelé le SAMU du Paris, l'AP-HP et la BSPP qui n'ont pas signalé de situation anormale, ni une augmentation des décès. D'autre part, je pense qu'il y a eu une confusion entre deux phénomènes : la canicule et l'engorgement des urgences. Comme je le signale dans mon ouvrage, « un train en cachait un autre », pour ainsi dire.* » (p. 187)

2) Un phénomène à la limite du crédible

M. Lucien Abenhaim : « *En 25 ans d'épidémiologie, je tiens à vous signaler que je n'ai jamais relevé une telle corrélation entre un facteur de risque et la mortalité. Les courbes de température et de décès suivent une évolution absolument parallèle, tant à la hausse qu'à la baisse. Cette corrélation se vérifie dans toutes les régions, et est tellement frappante qu'elle apparaît à la limite du crédible. Cette analyse insiste bien sur le caractère exceptionnellement mortel de la température...* » (p. 188)

3) Les difficultés de l'InVS

M. Gilles Brücker, directeur de l'InVS : « Comme le phénomène n'était pas encore analysé dans toute son ampleur, la DGS et l'InVS ont décidé de mettre en place une enquête permettant d'en mesurer la portée et le périmètre. Le 8 août, les épidémiologistes et les collaborateurs de l'InVS ont préparé la méthodologie de l'enquête : un travail conceptuel a été mené afin de déterminer les modes de recueil de l'information, le type d'information recherché, etc. La méthodologie de l'enquête a été fixée au début de la semaine suivante. » (p. 189) [...] « Dans la semaine du 11 au 15 août, l'enquête a donc été mise en place. Les informations provenant des pompes funèbres, des pompiers et du Samu nous sont parvenues. L'ensemble des données montrait bien l'existence d'une surmortalité relativement importante. » (p. 190)

La mission : « Il est vrai que les missions de l'InVS étaient très vastes, que l'on ne pouvait peut-être pas surveiller tous les risques et que la responsabilité du fonctionnement de cet organisme ne doit pas occulter celle des autres acteurs. Ils semble toutefois que l'Institut ait traversé la canicule à son rythme propre, alors que la crise se développait avec une rapidité fulgurante. » (p. 189)

4) Les personnels eux-mêmes dans le phénomène

M. Patrick Pelloux : « Vers le lundi 4 et le mardi 5 août, la température était telle que nous n'arrivions plus à tenir. Le personnel était épuisé. Il ne parvenait pas à se reposer la nuit. Cela m'a beaucoup inquiété » (p. 191) « Le mercredi soir, la situation devenait épouvantable. J'ai eu une conversation téléphonique avec M. Carli, du Samu de Paris. Nous avons discuté de la situation qui devenait de plus en plus effrayante. Dans la nuit du mercredi au jeudi, le nombre de malades s'amplifiait et nous n'avions plus de brancards à notre disposition. Dans Paris, aucun lit n'était disponible pour accueillir un malade. J'ai eu une altercation avec ma directrice qui souhaitait donner de l'eau du robinet aux malades, alors qu'elle était à 25°. Un ouvrier de l'hôpital enregistrait alors une température au plafond de l'hôpital de 45°. » (p. 192)

5) Une note d'alerte capitale – initiative forte, en décalage

M. Patrick Pelloux : « Nous avons alerté mon institution par l'intermédiaire de Dominique de Roubaix [secrétaire général de l'AP-HP]. Il a beaucoup contribué à ce que de nombreux malades soient sauvés pendant cette canicule. Dominique de Roubaix a rédigé une note le vendredi en insistant sur l'urgence

de la situation et sur la nécessité de faire de la place dans les hôpitaux. Il a ajouté à la main la mention : « Je compte vraiment sur vous ». » (p. 192)

6) Veille-initiative

M. Patrick Pelloux : « Le vendredi, le nombre de morts avait encore augmenté. J'étais de garde dans la nuit du vendredi au samedi. Je croisais alors mon collègue du Samu 94 qui m'amenait un malade dont personne ne voulait et qui attendait dans l'ambulance depuis deux heures. Il m'a fait part de la situation de crise dans son département. Il avait dû intervenir dans la journée auprès de vingt personnes victimes d'un arrêt cardio-respiratoire. J'ai alors joint mes collègues par e-mail afin de connaître la situation dans leur département. Le lendemain, j'ai lu leurs réponses et j'ai pu me rendre compte de l'étendue de la catastrophe en ouvrant mes e-mails. » (p. 192)

7) Médias-Administrations-Front : de fortes turbulences

M. Patrick Pelloux : « A aucun moment je n'ai cherché à avoir un contact avec les médias. J'étais dans mon travail. Deux journalistes du Parisien m'ont contacté car ils se rendaient compte que des événements extraordinaires se produisaient dans Paris. Ils ont publié leurs premiers articles sur la canicule le samedi. Je leur ai donné les chiffres dont je disposais, à savoir une cinquantaine de décès en région parisienne. Mais je ne pouvais pas faire le travail de l'administration. Les journalistes ont joint au téléphone des responsables de la direction générale de la Santé, qui leur ont parlé de "morts naturelles". Je ne pouvais pas accepter qu'on parle de "morts naturelles". [...] Je pensais que l'article dans Le Parisien susciterait des réactions. Mais rien ne se produisait ». (pp. 192-193)

8) Crise, adaptabilité et logiques administratives

M. Patrick Pelloux : « Le mardi soir, je participais à l'émission "Le Téléphone sonne" sur France-Inter [...] J'en profitais pour lancer des appels à tous les professionnels de la santé, même aux étudiants. Je les invitais à apporter leur aide aux hôpitaux proches de leurs lieux de vacances. Je vais vous raconter une anecdote significative de l'état de l'administration. Une de mes collègues urgentiste à Gap était alors en vacances à Martigues. Voyant la situation, elle décida de venir m'aider l'hôpital Saint-Antoine. Ma directrice m'annonça alors que cette personne ne pouvait pas travailler à Saint-Antoine car elle ne dépendait pas de cet hôpital. [...] » (p. 193)

9) Crise et information

M. Patrick Pelloux : « *Le lundi matin, une réunion de crise s'est tenue à l'Assistance publique. Un représentant de M. le préfet de police de Paris était présent et désapprouva que nous ayons mentionné l'existence de décès.* » (p. 193)

La mission : « *Le vendredi 8 août, le colonel-adjoint Grangier, commandant la brigade par interim, est contacté par la presse (Le Parisien et TF1) sur son activité opérationnelle et en réfère au chef de cabinet du préfet de police de Paris, M. Pierre Lieutaud. A cette occasion, il est fait état de sept décès constatés. Instruction est alors donnée à la brigade de diffuser les statistiques de l'activité du secours à victimes et des conseils de prévention mais « d'éviter une dramatisation inutile de la situation en évoquant directement un nombre incertain de sept morts ».*

Selon le préfet Proust, la brigade « n'avait pas les moyens d'appréhender l'ampleur du phénomène de surmortalité, du moins pas avant le 12 août », car elle « n'avait qu'une vision très partielle de la situation empêchant toute communication d'information fiable ».

Cette interprétation, confirmée par l'actuel état-major de la brigade, diffère de celle du général Debarnot et du Commandant Jacques Kerdoncuff, respectivement ancien commandant et ancien officier de presse de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris. Ceux-ci ont indiqué, lors de leur audition devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale, que la consigne de la préfecture de police le 8 août était de « ne pas diffuser de message alarmiste et de ne pas donner le nombre de morts ».

Dès le 22 août, dans son rapport adressé au Préfet Proust, le général Debarnot indiquait que « le choix de ne pas communiquer sur des chiffres paraissant alarmants a [...] peut-être enlevé la possibilité de prévenir la population du risque plus en amont [...] ». (p. 200-201)

M. Nicolas Sarkozy a écarté, devant la mission du Sénat, les accusations de dissimulation formulées contre la préfecture de police, rappelant « qu'en situation de crise, on ne publie un bilan, fût-il d'étape, que lorsque l'on est sûr de la situation », et que cela ne semblait pas le cas à propos des sept décès constatés par la brigade. Il a ajouté : « a posteriori, on peut regretter cette décision, mais peut-on la condamner pour autant ? ». (p. 201)

« L'InVS a appelé la brigade [BSPP] le 11 août afin d'obtenir des statistiques d'intervention qui, à l'issue de plusieurs validations hiérarchiques, n'ont été envoyées à l'Institut que deux jours plus tard. Le maintien de telles procédures

pendant la canicule, qui peuvent trouver leur justification dans la nécessité d'obtenir des informations fiables, doit sans doute susciter une réflexion sur l'amélioration de la communication de la brigade, dont les imperfections constatées semblent résulter des circonstances exceptionnelles, mais également d'un formalisme excessif en cas de crise ». (p. 202)

10) Indicateurs quantitatifs et qualitatifs pour les alertes sur situations non conventionnelles

La mission : « Afin d'éviter toute interprétation erronée des faits, la mission rappellera que les statistiques de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris n'étaient qu'un outil d'évaluation quantitatif (nombre d'interventions quotidiennes réparties en fausses alertes, incendies, circulation, secours à victimes, assistance à personnes, animaux, eau, gaz, électricité, protection des biens, lutte contre la pollution, reconnaissances des recherches, centres de secours les plus sollicités) de son activité opérationnelle et non un outil de veille avant la canicule. La catégorie "secours à victimes" où ont été recensées les multiples interventions liées à des malaises lors de la canicule est très hétérogène.

Comme l'a rappelé M. Nicolas Sarkozy devant la mission, les commentaires accompagnant les statistiques d'intervention avant le 12 août ne semblent pas non plus pertinents pour déceler les effets dramatiques de la canicule : « Le mardi 5 août, il nous est signalé une personne décédée dans le RER. Le mercredi 6 août : rien de particulier à signaler. Le jeudi 7 août : un militaire décédé, une intoxication au chlore dans une piscine et deux feux d'entrepôts. Le vendredi 8 août : deux feux signalés. Le samedi 9 août : deux feux signalés. Le dimanche 10 août : un feu signalé. Le lundi 11 août : rien à signaler. »

L'indicateur utilisé par la BSPP n'est donc qu'un « outil artisanal pour une activité industrielle », selon le médecin-chef Kowalski. Il ne permet pas d'évaluer globalement la situation en temps réel, la brigade opérant une comptabilisation manuelle des données ». (pp. 201-202)

11) Coordination en situation non conventionnelle

« Il serait injuste d'affirmer que le COGIC est resté inactif. En revanche, il n'a pas assuré son rôle de coordination interministérielle qui est théoriquement le sien dans l'hypothèse d'une crise grave. [...] Dans les crises telles que les inondations de 2002 ou les tempêtes de 1999, l'autorité du COGIC s'imposait de fait en tant que structure opérationnelle, unique en son genre, ayant la

capacité d'organiser les secours et de coordonner en son sein, le temps de la crise, les moyens des différents ministères. Par ailleurs, ces événements étaient des crises "classiques" de sécurité civile n'appelant pas d'éventuelles interrogations, comme pour la canicule, sur le partage des compétences avec les administrations sanitaires ». (p. 200)

12) Émiettement organisationnel et pilotage de crise

« M. François Fillon, ministre des Affaires sociales [...] a également insisté, au cours de son audition, sur le manque de coopération dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées au moment de la crise : « La réactivité des interventions de proximité qu'appelaient la poussée thermique de début août a été à mon sens ralentie par le partage des compétences dans le domaine des personnes âgées, où interviennent ensemble ou séparément les communes et les centres communaux d'action sociale ; les départements, au titre de l'aide sociale traditionnelle et, plus récemment, de l'allocation personnalisée ; l'Etat, par le biais des DDASS, au titre de la tarification des établissements et services médicalisés et des conventionnements tripartites des établissements pour personnes âgées dépendantes ; l'assurance maladie au titre du financeur, ainsi que l'assurance vieillesse et les régimes complémentaires au titre de l'action sociale en faveur des retraités. Cet émiettement des responsabilités et cet enchevêtrement des compétences sont contraires aux besoins d'un pilotage de proximité ». (p. 204)

La mission : « Au total, cette crise a été révélatrice des faiblesses d'un système sanitaire et social, fragmenté et cloisonné. C'est à partir de ce constat, sévère mais sans doute fondé, qu'il convient de tracer des pistes pour qu'une telle catastrophe ne se reproduise pas. Il ne s'agit pas seulement de considérer l'épisode de la canicule en tant que tel, mais bien de songer aux moyens d'adapter notre système à toute crise sanitaire susceptible de se produire ». (p. 204)

Commentaires

Il serait injuste et inapproprié d'en rester à un alignement de difficultés, présentées comme spécifiques du domaine, et dont chacun se serait rendu responsable. Il est plus lucide et plus efficace de clarifier l'essentiel : si tant de problèmes ont été rencontrés, c'est que nos systèmes restent – sauf accident – non préparés, donc paralysés, devant des crises non conventionnelles. On se replie alors sur des lignes de défense inadaptées. La réponse n'est pas

d'aligner des listes de turpitudes, puis de compétences spécifiques à mettre en œuvre, mais de préparer les uns et les autres à affronter ces univers pour lesquels les institutions ne sont pas du tout configurées – ce qui produit, *ipso facto*, des chapelets de problèmes, en général toujours les mêmes.



**LE RAPPORT DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE
DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE
mars 2004¹**

Nous nous focaliserons ici sur les apports spécifiques de la commission d'enquête, en nous intéressant surtout aux réflexions en recul permettant d'aller au-delà de la simple reprise des constats déjà faits antérieurement.

A – Avant-propos - Claude Evin, président

1. Un déficit de leadership politique

« Plus que la mission d'information qui l'avait précédée et qui avait insisté sur la nécessité de "prévoir l'imprévisible", la commission d'enquête met en évidence la question de la gestion de la crise. On peut toujours trouver toutes les explications pour justifier les retards à la prise de conscience de l'ampleur du phénomène, pour considérer que c'était presque une fatalité, d'autant qu'il s'agissait d'une origine climatique et qu'on ne contrôle pas les effets climatiques immédiats. La commission a acquis la conviction que les effets de cette situation n'étaient pas le résultat d'un fâcheux hasard de circonstances : il y a eu carence dans la gestion politique de cette crise. Les insuffisances de la veille sanitaire n'ont certes pas permis que des informations exhaustives soient transmises suffisamment tôt,

¹ *Le drame de la canicule : une gestion déficiente révélatrice d'une crise structurelle, Rapport n°1455 de M. François d'Aubert, rapporteur, déposé le 25 février 2004 fait au nom de la commission d'enquête sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule, Assemblée Nationale, 3 mars 2004, tome 1, 232 p. ; tome 2, 573 p.*

mais la situation de crise se caractérise justement par le fait qu'en général elle n'est pas prévue. C'est justement l'une des fonctions du politique que de gérer l'inattendu. Or, en la circonstance, le politique a été dramatiquement absent. Certains ministres l'ont d'eux-mêmes reconnu devant la commission d'enquête. » (pp. 9-10)

2. Un piège méthodologique par carence du politique

« Une conception purement technique de la santé publique a conduit, par aveuglement méthodologique, à ne pas réagir rapidement à l'émergence des risques. La réaction sanitaire aux risques liés aux fortes températures a été subordonnée au déclenchement d'une alerte épidémiologique alors que la connaissance du risque suffisait à organiser les premières mesures de précaution ou de prévention. La carence n'a pas été celle de l'alerte – l'accroissement des températures était patent – mais celle des autorités chargées de la gestion des risques.

Non que l'approche épidémiologique ne soit pas utile. Elle est indispensable pour définir et organiser des programmes de santé publique efficaces et cohérents, mais elle ne doit pas être confondue avec l'exercice des responsabilités, par nature politique, de sécurité. On ne peut impunément négliger la dimension politique de l'évaluation et de la gestion des risques, de la réponse à l'urgence en situation de crise. Or, depuis 2002, les questions de santé publique ont été regardées comme fondamentalement techniques et par conséquent déléguées par le politique à l'administration.

La sécurité sanitaire est comme toutes les fonctions de sécurité une mission régalienne. Elle ne peut être commandée par la mise en œuvre de modèles statistiques ou théoriques. Elle est éminemment politique.

C'est pour avoir oublié ce principe que, au cours de l'été 2003, les responsables concernés n'étaient malheureusement pas au rendez-vous. » (pp. 11-12)

Commentaires

Il est sain de remettre le politique au centre du pilotage des crises, moments où la collectivité se voit confrontée à des défis majeurs, éventuellement essentiels dans son histoire. La tendance a été ces dernières années de mettre en avant des spécialistes techniques, ou la communication de crise – le politique se contentant souvent de venir après les faits, pour offrir aux caméras une compassion appuyée.

Le Président souligne avec justesse que le politique doit retrouver sa place pleine et entière en ces circonstances. Ce qui suppose implication et préparation déterminée de ce niveau (et bien au-delà des “médiatrainings” qui, aujourd’hui, apparaissent la préoccupation dominante).

Cependant, il serait inapproprié de se focaliser exclusivement sur le politique. Les carences en culture de crise sont le trait dominant chez tous les acteurs. Nous sommes en face d’une défaillance collective, largement partagée. Une des responsabilités des dirigeants – dans tous les secteurs – est aujourd’hui de prendre la mesure de ces failles, de s’impliquer eux-mêmes dans la tâche à accomplir, afin que la question du pilotage des situations les plus “imprévisibles” ne relève plus du tabou mais de la responsabilité centrale du dirigeant. Pour cela, il faut accepter une tout autre posture intellectuelle et de responsabilité : le problème n’est pas, bien entendu, de “faire la liste des imprévisibles et d’aligner des plans pour chacun d’eux”, mais de s’entraîner à se confronter personnellement, en équipe et en réseau à l’imprévisible. R. Giuliani l’a fait à New York, et ceci n’a pas été un facteur de second ordre dans le fait que sa ville n’ait pas craqué le 11 septembre 2001. Pourquoi ne pas s’engager dans cette voie ? Qu’est-ce qui empêcherait les maires de Paris, Londres, Madrid, Bruxelles, Rome... de lancer des initiatives fortes, dans lesquelles ils s’impliqueraient au premier chef – de même qu’un bon nombre de présidents d’entreprises, de ministres ? Quand l’inconcevable a frappé, il est un peu tard pour inventer des réponses a priori elles aussi inconcevables. Et il ne suffit pas de se dire que les collaborateurs ont bien dû s’occuper de ces choses-là...

B – Introduction

« Le cloisonnement entre le sanitaire et le social, les dysfonctionnements du ministère de la Santé, clairement mis en évidence, ont conduit la commission à formuler des propositions pour améliorer la coopération et la réactivité des différents acteurs.

Mais sa réflexion est allée au-delà de l’attention aux phénomènes climatiques dont la violence risque de s’amplifier au cours de ce siècle.

Comme l’a expliqué, lors de son audition, M. Patrick Lagadec², c’est bien une nouvelle culture de crise qu’il s’agit de bâtir, une nouvelle manière de

² Audition du 2 décembre 2003.

réagir à ces événements qui ne seront sans doute pas encore répertoriés, bref à « l'inconnu » qui, jusqu'à aujourd'hui, provoque surtout peur et attentisme. » (p. 15)

Commentaires

C'est effectivement à partir de cette posture que la commission d'enquête était à même d'apporter les lectures et des recommandations les plus en phase avec le défi de l'été 2003 – non un défi de la chaleur spécifiquement, mais le défi du non-conventionnel qui laisse nos systèmes sans réaction – sauf dans le registre du dévouement ou de l'héroïsme.

La grande question était de savoir si, en l'état de nos cultures, une commission d'enquête pouvait tenir une telle ligne de travail, au long de ses auditions, et dans l'écriture de son rapport.

C – « Une gestion de crise empirique »

1. L'absence de plan, la confrontation à l'imprévu

« Il ressort clairement des auditions conduites par la commission d'enquête que les conséquences des fortes chaleurs sur la population n'avaient pas été véritablement analysées ni anticipées par les services en charge de la sécurité sanitaire avant l'épisode tragique de l'été dernier. Plusieurs ministres en ont convenu.

M. Nicolas Sarkozy, ministre de l'Intérieur [...] a ainsi déclaré : « Nous avons, devant la gravité des conséquences, un devoir d'honnêteté et de vérité. C'est le moins que l'on puisse faire à l'endroit des morts et des familles qui ont perdu des proches. La catastrophe n'a été ni anticipée, ni perçue comme telle. L'anticipation ne concerne pas seulement les quelques jours précédant le drame ; aucun de nous n'a jamais imaginé qu'une catastrophe de cette nature pouvait se produire dans notre pays. D'ailleurs, si cela avait été imaginé, il existerait depuis longtemps un plan canicule comme il existe un plan "grands froids".³ [...]

A la différence des rigueurs de l'hiver, les dangers de la canicule n'ont pas fait l'objet de procédures d'alertes spécifiques. Les services de l'Etat et des collectivités locales ainsi que les différents acteurs du système de soin français ont donc fait face au coup par coup et en ordre dispersé à une catastrophe qui n'était pas prévue, bien qu'elle n'ait pourtant pas été imprévisible. » (p. 50)

³ Audition du 17 décembre 2002.

Commentaires

Il est établi et reconnu que la menace spécifique n'avait pas été identifiée et donc que l'on ne s'y était pas préparé.

Mais, en second lieu, et plus profondément, l'épisode révèle la difficulté extrême à se saisir de phénomènes non prévus. Dans la mesure où nous aurons à l'avenir bien des défis de ce type – se saisir et piloter des crises et des ruptures non prévues – l'attention doit être portée aussi et surtout sur cette question centrale. Quelle est notre aptitude collective à repérer et traiter des menaces hors référence ? Il ne faudrait pas que l'on soit condamné dès l'instant où l'on n'a pas de plan.

Nous risquons de faire la même découverte en cette matière que dans celle de l'assurance. Il n'y a pas si longtemps, nous étions assurés pour tout un ensemble de circonstances, mis à part quelques exceptions clairement indiquées ; la tendance est plutôt d'être bientôt assuré pour des situations spécifiques, tout le reste étant hors couverture. Il risque d'en être de même pour les plans. D'où d'autres approches à inventer. Les Britanniques ont introduit le concept de "granularité" : l'accent est davantage mis sur la préparation de composantes, prêtes à s'intégrer dans des configurations d'ensemble spécifiques, pensées en fonction des circonstances, plus que sur des schémas globaux préétablis, par types identifiés de menaces⁴.

2. Des connaissances inexploitées

« L'étude collective de MM. Thirion, Simonet et San Marco, publiée en 1992, soulignait : « on entre dans une zone dangereuse : lorsque la température maximale atteint ou dépasse 35° ; et qu'elle survient après une nuit où il a fait 22° ou plus. Il semble que le danger survient lorsque de telles conditions persistent plus de deux jours de suite ».

« De même l'article de M. Besancenot, annonçait-il, dès son résumé, la teneur des risques encourus en des termes on ne peut plus clairs : « Malgré l'absence d'une définition rigoureuse et normalisée de ces phénomènes météorologiques, on sait depuis longtemps que les vagues de chaleur provoquent de terribles hécatombes. Des températures se maintenant à un niveau anormalement élevé peuvent faire des centaines, voire des milliers de victimes. La surmortalité touche principalement les personnes âgées, plutôt de sexe masculin en

⁴ C. Babbs and B. O'Connor, op.cit.

Amérique du Nord et de sexe féminin en Europe. Les sujets à plus haut risque sont ceux qui vivent seuls, malades ou grabataires, ceux qui prennent à dose excessive des médicaments favorisant la surcharge calorique et/ou des individus de faible niveau socio-économique, habitant des logements mal ventilés et non climatisés. [...] Par ailleurs, les vagues de chaleur ont un impact sanitaire beaucoup plus marqué dans les centres-villes que dans les quartiers périphériques et dans les campagnes. »

Formalisée un peu moins d'un an avant la catastrophe de l'été 2003, une telle analyse revêt presque, a posteriori, un caractère prémonitoire. En tout cas, elle démontre que la réflexion des scientifiques était suffisamment aboutie pour que les incidences sanitaires et sociales des vagues de chaleur soient prises en considération, à défaut de pouvoir être complètement anticipées. » (pp. 53-54)

Commentaires

La question, en termes d'analyse de crise, serait de savoir pourquoi ces connaissances n'ont pu parvenir à s'inscrire dans les tableaux de connaissance des intéressés. Faut-il pour cela que des délais très longs soient donnés ? Faut-il une répétition des phénomènes pour qu'ils parviennent à être considérés ? Les sujets neufs sont-ils trop dérangeants ? Les sujets sur le devant de la scène à un moment donné définissent-ils des champs d'influence qui ne laissent pas place à des sujets nouveaux – donc concurrents ? Et, comme on ne saurait attendre des systèmes qu'ils aient un accès direct et sans faille à toute information existante (ce qui ne veut pas dire “disponible”), il faudrait trouver des mécanismes – sans doute des systèmes de recherche beaucoup plus ouverts, réactifs – pour rendre disponible cette information.

On relèvera cette expression, utilisée par la commission : « à défaut de pouvoir être complètement anticipée ». Il serait souhaitable, dans les analyses de crise, de partir d'univers mentaux où les informations sont parcellaires, contradictoires, sans preuves évidentes, etc. L'univers de la preuve scientifique absolue, de la preuve définitive, de l'anticipation complète... qui nous est si cher – si l'on veut obtenir un brevet de scientificité assuré, confortable et protecteur – n'est plus de saison, sauf heureuse exception. On sent ici, comme dans bien d'autres écrits relatifs à la canicule, que l'ouverture à cet univers n'est pas encore opéré, y compris par les enquêteurs.

3. Des signaux d'alerte inexploités

« Il est regrettable que [les] messages [de Météo France] n'aient pas suffisamment été relayés auprès du grand public, et notamment auprès des personnes âgées, qui ne sont pas les utilisateurs les plus assidus d'Internet. Et on peut s'étonner que les démarches de Météo France n'aient pas suscité plus d'inquiétude de la part de la direction générale de la Santé (DGS) et de l'InVS. Il est vrai que ces administrations n'étaient pas destinataires de ses communiqués de presse et que leurs rapports avec cet organisme étaient assez ténus. » (p. 56)

Commentaires

En matière d'analyse de crise, on risque souvent la tautologie : si les organismes avaient plus de liens, ils auraient été mieux en lien. La question générique serait de se demander comment un organisme peut développer dans sa culture le souci de s'interroger sur ses liens externes, sur les acteurs externes qui comptent, sur les meilleures sources d'information disponibles, sur les passerelles à jeter avec les acteurs qui pourraient compter. De surcroît, dès l'instant où l'on entre en situation de crise, il faudrait pouvoir se mettre en réseau, en dépassant brutalement ses périmètres habituels. Il aurait été utile de tenter de dégager tous les facteurs qui ont joué dans un sens défavorable, afin de mieux comprendre les freins qui ont joué – ces freins, ici encore, étant de caractère générique, et non spécifique ni de la DGS ni de Météo France.

4. Une veille prise en défaut

« Même si les risques sanitaires liés aux conditions météorologiques n'étaient pas explicitement mentionnés parmi les "menaces" qu'il lui appartient de suivre et de détecter, l'InVS était bien, selon la loi, l'organisme en charge de la veille sanitaire de ce type de dangers. Lors de son audition, le directeur général de cet institut, le professeur Gilles Brücker, a cherché à nuancer ce constat, en soulignant que la définition du contrat d'objectifs et de moyens avait nécessité de faire des choix et que, faute d'un consensus sur le caractère prioritaire du risque climatologique, ce dernier n'avait pas été retenu. On ne peut que constater que l'InVS n'a pas permis de prévenir la crise comme il l'aurait dû, du moins au regard de la loi. Il existe plusieurs raisons à cela.

En premier lieu, en l'absence de connexion en temps réel avec les services d'urgences des hôpitaux et les services de secours, il ne lui a pas été possible de déceler la gravité de la crise sanitaire qui a découlé de la canicule. [...]

En second lieu, et c'est là un problème de fond pour son fonctionnement, l'InVS reste marqué par l'héritage du RNSP dont le champ d'action était, lui, limité à la surveillance de certaines maladies infectieuses et à certaines interactions environnementales sur la santé. Selon le rapport de la mission Lalande, il s'est davantage apparenté « à un organisme d'observations et d'analyse scientifique a posteriori dans certains types de pathologies » qu'à « un service opérationnel d'action et d'intervention généraliste en temps réel ».

[...] la DGS souffre du même travers. Comme l'a souligné le ministre de la Santé : « Notre système de sécurité sanitaire s'est bâti sur la virologie, la bactériologie, la microbiologie et la toxicologie ».

*L'InVS remettra un premier rapport au cabinet du ministre de la Santé le 19 août. On ne peut s'empêcher de s'interroger sur les raisons d'un délai si long, quand, en l'espace de quelques jours seulement, le quotidien *Le Parisien* effectue une évaluation, certes approximative mais pas si éloignée que cela de la réalité, de 2 000 décès pour l'Ile-de-France, dont il publiera les résultats dans son édition du 14 août. » (p. 65-60)*

Quant à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale (AFSSE) : « Il s'agit d'une agence très jeune et petite, avec un effectif autorisé de 29 postes au total. De fait, son rôle a été quasiment inexistant pendant la crise [...]. Mme Michèle Froment-Védrine, sa directrice générale, a insisté sur le fait que ses services n'ont pas été sollicités par leur tutelle au cours de la canicule. Il est vrai que l'agence n'avait pas mené de travaux auparavant sur les risques sanitaires climatiques, n'ayant pas été saisie de ce sujet ». (p. 61)

Commentaires

– Il faut mettre en rapport les caractéristiques des phénomènes à traiter – les crises non conventionnelles – et les cadres à partir desquels on tente de les approcher : une loi, qui permet de déterminer des responsabilités en cas d'échec – mais qui ne semble pas reposer sur une interrogation en termes de crise ; des champs de veille aux contours bien déterminés, avec programmes d'action bien construits, ce qui est indispensable au sérieux analytique – mais risqué en cas de problème émergent ; une culture scientifique bien distincte d'une culture opérationnelle – loin des réseaux, loin du temps réel, soucieuse

d'exactitude, même si le risque de cette approche est d'arriver trop tard ; le filtre de disciplines, à travers lesquelles il convient de se saisir des réalités – mais qui fera barrage à l'action en cas de fortes turbulences ; la logique de devoir être saisi par une tutelle.

– Ces constats ne sont en rien spécifiques du champ, ni des organismes concernés. Toutes ces références sont valides dans un monde relativement stable, cloisonné. Dès lors que l'on entre dans des turbulences sévères, des ruptures, des dynamiques décroisées, le temps réel..., les ordonnancements classiques, certes d'une grande noblesse, à l'image de nos beaux jardins "à la française", sont et seront pris en défaut⁵. L'univers de la crise contraint à des révisions fondamentales – probablement d'autant plus déchirantes, paradoxalement, que l'on est loin du terrain et proche du monde scientifique.

5. Des remontées d'information quasi-inexistantes

« Seules trois DDASS ont relayé l'alerte sanitaire auprès de la DGS et l'InVS [...]. Le ministre de la Santé a insisté sur cette absence de remontée des informations depuis l'échelon déconcentré : « rien n'est venu d'en haut en termes de santé publique. Mais rien n'est venu d'en bas non plus ! ».

On peut penser à bon droit, comme le professeur Lucien Abenheim, ancien directeur de la DGS, que si d'autres DDASS avaient mentionné des cas d'hyperthermie dès le 6 août, la réaction des administrations centrales du ministère de la Santé aurait été plus rapide : « Effectivement, pourquoi les DDASS ne nous ont-elles pas toutes appelés ? Si l'Institut de Veille Sanitaire avait reçu des appels de 15, 20 ou 50 DDASS, il aurait réfléchi différemment ». Encore eut-il fallu pour cela, que ces administrations de terrain soient elles-mêmes alertées par les organismes hospitaliers ou médico-sociaux, ce qui été très rarement le cas. ! » (pp. 61-62)

⁵ A titre d'illustration, on peut citer le cas d'un établissement hospitalier, soudain confronté à une vague de blessés. Les "seniors" médicaux sont descendus aux urgences pour l'accueil des blessés. Le système, privé de ses pilotes, est alors passé en "pilotage automatique", en faisant ce qu'il sait faire en période normale – pilotage automatique qui n'avait pas prévu de "logiciel catastrophe". Puis les seniors ont été accaparés par les cas les plus graves. Le pilotage automatique a continué à gérer la majorité des blessés, qui avaient été mis dans les lits des services pour dégager les urgences. Toutes les victimes souffraient d'une même catégorie de maux. Que donna le pilotage automatique ? Chaque service, suivant ses règles habituelles sans hésitation, fit passer aux arrivants à son étage la batterie de tests prévus en temps normal pour une admission à la spécialité concernée. Chaque batterie de tests étant bien entendu réalisée avec une compétence irréprochable. Un spécialiste de médecine de catastrophe, arrivant avec du recul, permit au système de sortir de l'ornière.

Commentaires

Ici encore, un minimum de culture de crise pourrait permettre de dépasser le constat simpliste qui guette tout retour d'expérience : "il suffit que chacun transmette l'information, et il n'y aura plus de problème d'information". S'il y a problème c'est bien que :

- 1) Les signaux ne sont pas évidents ;
- 2) On n'est pas formé à les repérer ;
- 3) On n'est pas formé à se mettre instantanément en dynamique de réseau et sur un mode de questionnement partagé ;
- 4) On n'est pas averti que, précisément, la crise conduit à rigidifier singulièrement tous les comportements, sans d'ailleurs que l'on s'en aperçoive : attente de signaux forts, mise en mode de réponse automatique et non de questionnement, recroquevillement sur soi et non mise en réseau, etc.

Il suffit d'avoir fait un peu d'exercices de crise pour savoir que même des clarifications nettes de procédures – affichées au mur, rappelées sur chaque poste de travail, rappelées en début d'exercice – ont le plus grand mal à prévaloir. La puissance des forces de repli face à la surprise est telle que seuls une formation et un entraînement créatif avec tous les acteurs sont à même de donner des résultats positifs. Le reste n'est que rappel incantatoire.

Les observations ci-dessus ne sont en rien spécifiques des organismes concernés. Ce qui signifie que l'enjeu est imposant : nous avons à repenser radicalement nos dynamiques organisationnelles, à développer des travaux fondamentaux sur ces sujets – impossibles à engager (ni à tolérer) aussi longtemps que la problématique de la crise n'est pas véritablement reconnue. Aussi longtemps que l'on tient la crise comme un moment tout à fait ordinaire, ne produisant aucune pathologie spécifique, on maintient les systèmes dans l'impossibilité de s'améliorer.

6. Une direction générale de la Santé inconsciente de la gravité de la situation

« Lors de son audition, le professeur Lucien Abenhaim, directeur général de la DGS au moment des faits, a mis en avant plusieurs arguments pour expliquer cette relative inertie, mais ils semblent autant d'erreurs d'analyse. Selon lui, le seuil des températures considéré comme dangereux était inadéquat pour un pays au climat réputé tempéré comme la France. Le Pr Abenhaim a ainsi beaucoup insisté sur la notion de modèle inadapté.

Certes, la température atteinte en France était sans doute en deçà du seuil de danger habituellement utilisé [...] Il est plus que regrettable que le principal responsable de la santé publique attende que les phénomènes s'accordent à ses modèles pour qu'il réagisse. Il n'est pas interdit à un expert scientifique, si reconnu soit-il au plan international, de faire preuve d'un élémentaire bon sens. Toute personne à Paris en ce début du mois d'août trouvait la chaleur insupportable.

De même, le signalement de cas, même peu nombreux, mais tout à fait inhabituels, aurait dû faire passer au second plan les interrogations quelque peu hermétiques pour tout un chacun sur le caractère endémique ou épidémique de la situation... (p. 65, souligné par nous)

La gravité de la situation apparaît pleinement à la DGS le 11 août après-midi (alors que la surmortalité cumulée du phénomène approche des 8 000 décès), du fait d'informations convergentes émanant des funérariums (saturés) et des médecins urgentistes de l'AP-HP (dont un représentant, le docteur Pelloux, avait évoqué une cinquantaine de décès non naturels devant la presse la veille). Le docteur Coquin adresse un point de situation, le 11 août à 10h01, à la directrice adjointe du cabinet du ministre de la Santé, Mme Anne Bolot-Gittler, de retour de vacances : « La DGS a reçu vendredi dernier – pour la première fois depuis le début de la vague de chaleur – des appels de DASS signalant des décès par coup de chaleur chez des personnes hospitalisées, ou en institutions. Nous avons essayé de faire le point rapidement avec le SAMU de Paris, les pompiers, ... ce qui nous a confirmé que les 48 dernières heures avaient constitué un tournant, mais que la situation était maîtrisée. J'ai demandé à l'InVS de mettre en place d'urgence un système de recueil et d'analyse de ces cas [...] J'ai également discuté avec un journaliste du Parisien et une journaliste de l'AFP ce week-end (le numéro du Parisien de ce matin est très correct) et mes propos à l'AFP retransmis par plusieurs radios ce matin m'ont paru correctement relatés » (p. 66)

*A vrai dire, il paraît **assez surprenant** que le cabinet du ministre ait reçu, le 11 août, un état des lieux correspondant à la situation qui prévalait deux jours plus tôt, sans mise à jour au matin du 11 août. (p. 66, souligné PL)*

Au même moment se déroule une réunion interne à l'AP-HP, à laquelle la direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins (DHOS) est associée à sa demande ; le directeur par intérim de la DGS n'y assistait pas, alors que le cabinet le lui avait expressément suggéré. (p. 66) Ce faisant, la corrélation des informations n'a pu être optimale.

Le professeur Lucien Abenhaim prend la décision de rentrer à Paris le mardi 12 août. Le lendemain, l'ampleur de la crise commence à être mieux perçue, mais seulement sur la base des estimations des Pompes funèbres générales. Celles-ci avoisinent 3 000 décès en excès (ils s'élèvent en fait, selon l'INSERM, à 12 450). C'est dire à quel point les différents mécanismes d'alerte n'étaient pas paramétrés pour déceler une crise sanitaire en rapport avec un contexte environnemental. Il est désormais trop tard ; l'essentiel du drame est passé. (p. 67)

Au total, la mission d'expertise et d'évaluation conduite par le docteur Françoise Lalande parlera d'une « activité intense, mais peu ordonnée » pour qualifier les actions de la DGS au cours de la canicule. Il est vrai qu'elle a dû traiter de nombreux problèmes en rapport plus ou moins direct avec la vague de chaleur [...]. Il n'empêche que ces services n'ont pas été suffisamment réactifs, surtout aux premiers jours de la crise.

En outre, contrairement à une suggestion du professeur William Dab, à aucun moment le système de diffusion des alertes "DGS-Urgent" ne sera activé pour sensibiliser les médecins libéraux au risque lié aux fortes chaleurs. Même s'il n'était pas encore complètement opérationnel, il aurait au moins pu être employé pour alerter les DDASS le 8 août, au lieu de transmettre par fax un communiqué de presse qui, de l'aveu des fonctionnaires de terrain rencontrés par le Président et le Rapporteur de la commission lors de leur déplacement à Orléans, le 29 janvier 2004, n'a pas été considéré comme urgent faute d'être transmis par la voie prévue à cet effet. (p. 67)

Le système de veille et d'alerte sanitaire est resté cantonné aux services supposés posséder l'expertise en matière de santé publique. (p. 67)

*La DGS n'entreprend d'obtenir des précisions des opérateurs funéraires, notamment des Pompes funèbres générales que dans la journée du 11 août. (p. 75)
Des données seront recueillies plus précisément le 13 août. (p. 76)*

Commentaires

Il est certes instructif de relever les limites de l'action. Mais, ici encore, l'exigence est de dépasser ce relevé tous azimuts des carences et retards. L'essentiel est de conclure, non pas par un raisonnement simple : « les faits étaient clairs ; les acteurs sourds et aveugles ; une instruction ministérielle leur enjoignant d'être mus par le "bon sens" va remettre les choses sur la bonne voie ».

Ce que la commission aurait dû noter c'est que toutes ces observations n'ont rien de surprenant. Un milieu non culturellement préparé à la crise non

conventionnelle réagit “normalement” comme cela. Attente, incompréhension, désordre, retard, fermeture, etc. Il ne sert pas à grand-chose de faire une fiche par insuffisance. L’essentiel est de préconiser une véritable préparation à l’inattendu – ce qui est difficile. Il faut en effet accepter d’entrer dans des bouleversements intellectuels, psychologiques, managériaux... L’interrogation doit porter sur les connaissances réelles dont on dispose, sur les exigences d’une préparation à ces nouveaux univers, et sur les obstacles à vaincre. C’est précisément parce que ce niveau de questionnement est le plus souvent esquivé – dans tous les milieux – que l’on observe, crise après crise, les mêmes difficultés.

Et, une fois encore, rien n’est ici spécifique du domaine sanitaire, de la DGS, etc. On reprendra donc volontiers ici le mot du Pr Abenheim : « *un modèle inadapté* ». Mais pas un modèle uniquement scientifique. Un modèle intellectuel, managérial et de gouvernance. Si ces modèles ne sont pas transformés “avant”, il y a de fortes chances qu’ils ne le soient pas “pendant”, ce qui assure l’échec.

7. Une communication tardive et inadaptée

« Comme Météo France, le 7 août, qui attirait l’attention sur les risques encourus par les personnes les plus fragiles, la DGS diffuse un communiqué le 8 août à 16 heures 39, sous l’intitulé : « Fortes chaleurs en France : recommandations sanitaires ». Il est assez archétypal de la lourdeur de cette administration centrale. Il faut tout d’abord observer qu’il a fallu deux jours de négociations entre plusieurs services et le cabinet du ministre pour l’élaborer. Son contenu est affligeant, se bornant à rappeler les risques découlant de la chaleur (déshydratation, coup de chaleur et aggravation des maladies chroniques). Certes, des conseils de prévention de bon sens sont donnés, tels que « porter des vêtements légers, amples, de couleur claire », « porter un chapeau », « éviter tout effort physique inutile », « éviter les expositions au soleil entre 12 et 16 heures », « augmenter sa consommation en eau, par prise régulière » ou encore « utiliser les douches et les bains pour se rafraîchir ». Mais il ne fait aucunement référence aux personnes consommatrices de médicaments susceptibles de provoquer des accidents importants (neuroleptiques, antiparkinsoniens et diurétiques notamment), pas plus qu’il ne mentionne la nécessité de manger salé ou l’utilité de la climatisation.

Faut-il dans ces conditions, s'étonner qu'il n'ait provoqué aucun retentissement dans les médias, ni de mobilisation des responsables sur le terrain ?

Les explications du 9 août du directeur général adjoint de la Santé, le docteur Yves Coquin, à un journaliste du quotidien Le Parisien insistant sur le fait qu'il fallait s'attendre à « plusieurs centaines » de décès, n'y ont rien changé. » (p. 77-78)

Commentaires

L'erreur serait de lire ces difficultés comme des difficultés de communication. Le problème est plus profond et c'est celui souligné tout au long de ces commentaires : l'impréparation dans de nombreuses organisations. Dès lors, la voie de sortie n'est pas à rechercher dans le domaine de la communication – comme on le fait trop souvent – mais dans celui de la préparation culturelle à engager. Il s'agit de tout autre chose que des “médias trainings” et autres “numéros verts” qui, s'ils sont indispensables, sont des détails dans le chantier à ouvrir.

8. Une culture administrative très éloignée de la culture en réseau

« Dans certains cas, le problème résidait moins dans l'absence de communication entre services que dans un manque évident de coopération active. Ainsi, alors que le 11 août vers 14 heures, l'InVS s'est adressée à la BSPP afin d'accéder à ses statistiques sur les secours aux victimes et les actes d'assistance à personne, il lui a été rétorqué, selon le rapport précité du général Jacques Debarnot, que l'accord préalable du cabinet du préfet de police était nécessaire. On observera en l'espèce que le respect du principe hiérarchique, qui structure le fonctionnement de toute administration, a primé sur les dispositions de l'article L. 1413-5 du code de santé publique qui dispose que : « A la demande de l'Institut de veille sanitaire, lorsqu'il s'avère nécessaire de prévenir ou de maîtriser des risques pour la santé humaine, toute personne physique ou morale est tenue de lui communiquer toute information en sa possession relative à de tels risques. »

Pour accélérer la procédure, le même jour, à 16h20, le COGIC a relayé la demande du ministère de la Santé. Or, les données ne seront communiquées par la BSPP à la préfecture de police que le 12 août, à 11h15, et la transmission du COGIC (pour l'InVS) n'interviendra qu'après accord du chef de cabinet du préfet de police, à 16h26. Lors de son audition par la commission d'enquête,

M. Jean-Paul Proust, préfet de police de Paris, n'a pu donner d'explication à ces délais.

Avec le recul, ce constat d'un manque initial de coopération entre différents services centraux et/ou déconcentrés interpelle, car il est intervenu à un moment où toute perte de temps dans l'organisation de la gestion de crise se traduisait en victimes supplémentaires ». (p. 93)

« La coordination interministérielle ne prend vraiment corps qu'à partir du 11 août. [...] En fait, l'amélioration de l'efficacité des services de l'Etat coïncide avec l'implication directe du Premier ministre et des ministres concernés. » (p. 96)

Commentaires

Ici encore deux phénomènes se conjuguent en général pour produire des lignes de démarcation qui, après-coup, et en cas de retour d'expérience, apparaissent stupéfiantes : une habitude de fonctionnement cloisonné, un renforcement considérable de ces lignes de démarcation en cas de crise.

Certes, le niveau ministériel semble en mesure d'imposer un effacement des rideaux de fer, mais cela ne peut intervenir que lorsque la crise est montée effectivement à ce niveau – c'est-à-dire bien tard. Or, désormais, les crises non conventionnelles exigent des coopérations précoces, franches et dynamiques. Il ne s'agit pas simplement de ne pas se faire la guerre – mais bien de mettre ensemble des forces d'analyse et de questionnement, de pilotage, d'intervention, d'ajustement.

Des « *entraînements communs, des formations communes* » – montrant que toute non-coopération aboutit ipso facto au fiasco pour tous – sont des voies indispensables pour contrecarrer les tendances innées à trouver dans le repli et le refus de coopération la sécurité bureaucratique.

La lecture du rapport de la commission américaine sur le 11 septembre⁶ montre de quelle qualité doivent être les mises en réseaux des organisations concernées. Ne pas échanger à temps – et en l'espèce il ne s'agit pas de passer du refus à l'acceptation, mais bien du refus au partage acharné, sur tous les terrains, sur toutes les questions –, et les morts peuvent se compter par centaines, y compris chez les sauveteurs.

⁶ *The 9/11 Commission Report, Final Report of the National Commission on Terrorist Attacks upon the United States, Authorized Edition, N.W. Norton & Company, New York, 2004, 567 p.*

⁷ Selon les mots du Dr Marie-Cécile Barthet, responsable médecine de catastrophe au Samu de Toulouse jusqu'à récemment.

9. Le traitement des phénomènes inquiétants par l'autorité publique

« Dans son rapport chronologique sur la canicule, le directeur de cabinet du préfet de police de Paris, le préfet Michel Lalande, indique que : « A partir du 5 août, le Cabinet du Préfet de Police décide de suivre tout particulièrement l'activité opérationnelle (notamment le secours à victimes) des services de secours, qu'ils soient police ou sapeurs-pompiers. » [...] Dans son rapport sur les effets de la canicule, rédigé le 22 août à l'attention du préfet de police, le général Jacques Debarnot, alors commandant de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, souligne d'ailleurs que « Le nombre de victimes décédées dû à la chaleur croît à partir du 7 août ».

L'audition conjointe de ce général et du commandant Jacques Kerdoncuff, ancien officier de la brigade, a permis à la commission d'acquérir la conviction que les sapeurs pompiers parisiens prennent alors conscience du caractère anormal de la situation.

Mais leurs signaux d'alarme, susceptibles d'éveiller l'attention des populations, ne seront pas exploités par les autorités en charge de la sécurité civile. Considérant que la BSPP n'a pas la mission ni les moyens de recenser avec fiabilité et de manière exhaustive les décès par hyperthermie, le chef de cabinet du préfet de police donnera pour consigne, le 8 août, à l'issue de deux appels téléphoniques passés à 17h53 et 18h07, « d'éviter une dramatisation inutile de la situation en évoquant directement un nombre incertain de 7 morts » et de « poursuivre, compte tenu du risque, et de manière répétée, le maximum de conseils de prévention ».⁷

Lors de son audition par la commission d'enquête, le préfet de police de Paris, M. Jean-Paul Proust, a justifié cette décision. [...]

En tout état de cause, il semble que, au moins dans le cas de Paris, en agissant de la sorte, les autorités préfectorales aient manqué une bonne occasion de déclencher l'alerte à un moment qui aurait sans doute permis de limiter les conséquences dramatiques de la canicule sur la région la plus peuplée de France. De surcroît, cette démarche a certainement conduit les sapeurs-pompiers à observer une certaine réserve sur les décès constatés, y compris vis-à-vis de leurs autorités de tutelle, car le bilan des décès recensés, toutes causes confondues, à Paris et dans la petite couronne, du 1er au 15 août 2003, montre clairement une évolution anormale à partir du 7 août.

⁷ « Extrait d'une note interne adressée au préfet de police de Paris, le 20 septembre 2003. »

Le directeur de cabinet du préfet de police de Paris, soulignant dans son rapport sur les événements que « Jusqu'au lundi 11 août inclus, aucune information ou analyse prospective de quelque service que ce soit ne permet au Cabinet du Préfet de Police d'imaginer l'incidence de la canicule sur la mortalité », il est possible de déduire que l'ensemble des informations (activités des sapeurs-pompiers, nombre de décès constatés, températures) n'a pas été suffisamment corrélé. » (p. 68-71)

« [...] il est également apparu à la commission que la BSPP a suivi des consignes de prudence données le 8 août par le cabinet du préfet de police de Paris, dont la teneur était la suivante, selon le commandant Kerdoncuff: « le message que j'ai entendu était de ne pas créer de psychose et de faire passer un message rassurant. Ce n'est pas à moi de donner un avis. Je n'étais que porte-parole, je ne faisais que passer un message ». La commission s'est étonnée du caractère contradictoire de ces instructions. En effet, il paraît difficile d'attirer l'attention du public, surtout en période estivale, lorsque l'on diffuse un message qui n'a rien d'alarmant. Il semblerait qu'au contraire, la révélation officielle des estimations, même imparfaites, des sapeurs-pompiers aurait été de nature à mobiliser davantage les Français sur les précautions à prendre » (p. 79)

Commentaires

– Les écrits autour de ce qui s'est effectivement passé entre la BSPP et ses tutelles restent marqués par un certain flou. Il aurait été utile de demander à la Brigade l'écoute précise des échanges qui ont eu lieu pendant ces journées, puisque, en principe, toutes les communications font l'objet d'enregistrement.

– Fondamentalement, on est ici face à des questions graves. D'une part, la question de l'ordre public n'est pas aisée, et il faut se garder de réflexions simplistes, soulignant que la transparence permet de résoudre tous les problèmes. Il peut y avoir risque à révéler de façon hâtive une information inquiétante, non validée, surtout si les services de l'Etat sont eux-mêmes en grande difficulté. Il est assurément dans la tradition française d'être particulièrement réservé sur une telle ligne d'ouverture, aussi longtemps que les choses ne sont pas bien en main et que l'on n'est pas en mesure de "rassurer". Nous sommes là, pourtant, aux antipodes de tout ce que préconisent les études de cas et pratiques anglo-saxonnes. Le sujet n'est pas nouveau et nous n'avons ici qu'une illustration "normale" des traits fondateurs de notre culture de gouvernance.


– Cela dit, le dossier doit être aujourd’hui réouvert en prenant en compte un facteur nouveau et décisif, le développement de crises extrêmes, notamment terroristes. Jusqu’à aujourd’hui, l’Etat avait un rôle de bouclier pouvant protéger le citoyen ; désormais le citoyen est en première ligne, l’Etat pourra venir l’aider mais seulement dans une certaine mesure – ce qui exige que l’Etat lui donne très rapidement des informations. Il faut mesurer la profondeur de la rupture. Le rapport américain sur la tragédie du 11 septembre met sur cette voie : « *La leçon que la population civile et les services de secours ont à tirer du 11 septembre est simple : dans le nouvel âge de la terreur, ils (nous) sont (sont) des cibles prioritaires. Les dégâts que l’Amérique a subis ce jour-là ont mis en évidence à la fois la gravité de la menace terroriste et la nécessité corrélative de s’y préparer pour y faire face. Les services de secours vivent aujourd’hui dans un monde transformé par les attaques du 11 septembre. Compte tenu du fait que personne ne peut sérieusement envisager de pouvoir prévenir n’importe quelle forme d’attaque concevable, la population civile et les services de secours vont à nouveau se retrouver en première ligne. Nous devons nous préparer à cette perspective. Se consacrer à nouveau à cette tâche est peut-être le meilleur moyen d’honorer la mémoire de ceux qui sont morts ce jour-là.* »⁸ Cela conduit notamment à donner de l’information précise et en temps réel à ceux qui sont sur cette première ligne. En l’espèce, pour le cas des World Trade Centre, un message type : « *Vous devez évacuer, par tous les moyens ; non, vous ne pouvez pas trouver une issue en allant vers le toit, on ne pourra pas utiliser les hélicoptères* », était le seul pertinent. Encore aurait-il fallu : que les émetteurs d’information (le 911) soient eux-mêmes renseignés ; que l’on casse le modèle de référence, qui fut parfois suivi au début : « *The building is secure* » ; que le système, globalement, n’ait pas été submergé par un défi à ce point hors de ses modèles de référence (on le mesure bien dans cette remarque faite sur les lieux par une personne soucieuse de remettre un interlocuteur dans la réalité : « *Non, ce n’est pas un gros avion : les avions de ligne, ça vole plus haut !* ») ; que l’on admette, en matière de communication, que le partage de l’information est crucial, même aux pires moments, et qu’il est constitutif de l’opération de secours.

– Bien entendu, puisqu’il s’agit ici d’univers de crise extrême, aucune ligne d’action n’est d’une évidence et d’une assurance absolue en situation. Nous tombons sur ce qui fait le cœur de la crise : la discontinuité dans les

⁸ *The 9/11 Commission Report*, op. cit., p. 378.

questions, le pari dans les réponses. Il faut se préparer pour être en mesure de relever de défi. Dans le cas du World Trade Center, certains étaient surtout fixés sur les risques d'une évacuation générale, au moins aussi longtemps que le second avion n'avait pas percuté la seconde tour – et leur logique n'est mauvaise, assurément, qu'après-coup. Mais au moins peut-on réfléchir aux plus nettes erreurs à éviter : par exemple, demander à ceux qui sont spontanément descendus de retourner dans leurs bureaux, comme cela fut hélas fait (p. 371).

– Il serait urgent de travailler, en simulation, sur les défis les plus difficiles que l'on risque ainsi de rencontrer – sans partir du point de vue selon lequel, « en situation, on saura faire ». Cette perspective exige une rupture nette avec l'esprit de nos exercices. Il est pourtant indispensable de la mettre en action au plus vite : ne laissons pas aux circonstances (et le terrorisme n'est pas ici la seule question à anticiper) le monopole de l'inventivité.





CONCLUSION



CONCLUSION

Tout au long de cette auscultation des rapports d'enquête, j'ai souligné qu'il fallait dépasser les difficultés particulières identifiées et bien mesurer l'enjeu fondamental, "mode commun" de la défaillance collective : l'impréparation aux défis de notre temps, qui sortent de nos modèles intellectuels, managériaux et de gouvernance.

C'est bien là le défi à relever, au-delà des mille et une recommandations opérationnelles que l'on peut faire pour mieux traiter une autre canicule.

Pour conforter cette lecture, je citerai volontiers ces lignes du rapport de retour d'expérience réalisé à la demande du Premier ministre à la suite des tempêtes de décembre 1999¹ :

« En fait, personne ne semble avoir anticipé, dès les premiers signes alarmants, le scénario d'emballement qui a eu cours. Sans doute faut-il voir là un indice, dans l'organisation administrative des dispositifs en place, de la sur-estimation de la fonction de réaction sur celle de réflexion stratégique sur les dynamiques en œuvre. Il serait évidemment idéal de mener continuellement en parallèle cette réflexion.

Aucune cellule spécialisée, plus détachée à ce moment-là des contingences de l'urgence et sans doute trop rarement prévue dans les organigrammes, n'a d'ailleurs été mise en place ou activée pour assurer cette mission.

¹ Premier Ministre, *Evaluation des dispositifs de secours et d'intervention mis en œuvre à l'occasion des tempêtes des 26 et 28 décembre 1999*, Rapport d'étape de la mission interministérielle, juillet 2000, pp. 37-38.

Les possibilités de bifurcations multiples d'évolution des crises systémiques imposent, en effet, des modalités d'approches des problèmes qui prennent elles-mêmes mieux en compte l'imprévu, voire préparent celui-ci en tant que tel et abandonnent quelque peu des « logiques de réponses souvent trop codifiées pour des logiques de questionnement ouvert »².

Certes, l'intérêt de disposer de catalogues de ressources et des fiches réflexes reste entier. Mais, face à "l'aberrant", à des circonstances dont les formes n'entreront jamais complètement dans des quadrillages exhaustivement préétablis, l'essentiel apparaît plus encore de développer l'apprentissage en soi de la réactivité collective, et de mieux apprendre à travailler efficacement en équipes et en réseaux.

Face à des réalités qui peuvent être mouvantes, empreintes de fortes incertitudes, où les problèmes de communication sont critiques, les moyens d'information et de commandement défaillants, les modes d'action habituels inadaptés, les responsables doivent avoir été eux-mêmes, autant que faire se peut, préalablement formés à intervenir dans ce type de situation de rupture. »

Il ne faut pas se masquer l'ampleur de la tâche. Elle suppose même des avancées assez fondamentales dans l'intelligence de la discontinuité, de la complexité, du temps réel, de l'interconnexion générale des activités et vulnérabilités, etc. Nous sommes loin des check-lists rapides apportant les catalogues de réponses pour temps de crise. Ma conviction est qu'en ces matières nous en sommes encore à un stade tout à fait embryonnaire du savoir comme du savoir-faire.

D'un point de vue méthodologique, je rappellerai ici une piste déjà évoquée dans le cours des commentaires : l'intérêt d'un travail de réflexion avec des parlementaires, comme avec d'autres analystes, pour contribuer à une qualité toujours meilleure de ces retours d'expérience – indispensables, mais difficiles – sur le terrain des grandes crises de notre temps. Entre autres lignes d'investigation, chercheurs et analystes devraient s'efforcer de clarifier les pratiques internationales en cours, de reprendre sous cet angle méthodologique les grands retours d'expérience qui ont marqué ces dernières décennies (commission présidentielle sur Three Mile Island, commissions sur les accidents de Challenger et de Columbia³, commission Phillips sur la BSE en

² Patrick Lagadec, *Ruptures créatrices*, Paris, Editions d'Organisation, 2000.

³ Mathilde Bourrier (Université de Technologie de Compiègne) a ainsi attiré mon atten-

Angleterre, commission Nicolet suite aux pluies verglaçantes au Québec en 1998, Commission sur le 11 septembre, etc.), d'organiser des échanges sur le sujet, et de proposer des lignes d'action novatrices.

Enfin, conjuguant méthodologie, politique et gouvernance en univers de haute et grave instabilité, il faut souligner la difficulté – destinée à toujours demeurer ouverte, mais qui appelle de ce fait une réflexion toujours plus vigilante –, qui concerne les choix fondamentaux de posture d'enquête après de lourdes épreuves :

– Comment éviter la chasse au bouc émissaire, la condamnation expéditive de tel ou tel, processus d'autant plus facile pour qui dispose des clés de l'après-crise ?

– Comment éviter, à l'inverse, un effacement bien hâtif des responsabilités, sous couvert de ne pas tomber dans le piège précédent, sous couvert aussi de la nécessité de refaire du consensus, de la confiance ? C'est la question que le Sphinx pose à quiconque accepte de se confronter à ce type de dossier. Ce fut là un point méthodologique-politique particulièrement discuté lors de la remise du rapport de l'enquête officielle américaine sur le 11 septembre : fallait-il tout faire pour obtenir le consensus ? Ce fut la ligne retenue.⁴ Fallait-il au contraire redouter que cette recherche de l'unanimité conduise à un rapport manquant sa cible ?⁵

tion sur les travaux de Diane Vaughan au sein de la commission d'enquête sur l'accident de Columbia. Diane Vaughan: "How Theory Travels : A Most Public Sociology", *The American Sociological Association*, Footnotes, Nov-Dec 2003.

⁴ Thomas H. Kean and Lee H. Hamilton, "How We Navigated the Partisan Waters", 23/10/2004.

⁵ Richard A. Clarke, "Honorable Commission, Toothless Report", Op-Ed Contributor, *The New York Times*, July 25, 2004.





Deuxième partie

La canicule de l'été 2003

Enquête sur les rapports d'enquête

Hervé LAROCHE





INTRODUCTION

LES RAPPORTS ENTRE EUX



INTRODUCTION

LES RAPPORTS ENTRE EUX

Cette “enquête sur les rapports d’enquête” concernant la crise de la canicule de l’été 2003 en France ne constitue pas une “contre-enquête”. Je n’ai pas effectué moi-même un travail d’enquête sur la crise de la canicule, et je ne dispose d’aucune source d’information autre que les rapports ici considérés. Il ne s’agit donc pas d’évaluer les rapports en fonction d’une “vérité” factuelle ou théorique dont je serais le dépositaire. Dans la mesure du possible j’essaierai de demeurer neutre quant aux données elles-mêmes, même si à l’évidence je ne peux prétendre ne pas avoir d’interprétations personnelles. De la même manière, il ne s’agit pas d’appliquer au matériau présenté par les rapports une analyse de la crise elle-même à la lumière d’une théorie particulière. Je ne suis pas dépositaire d’une théorie des risques ou des crises (de leur émergence, de leur détection, de leur gestion). La connaissance que je peux avoir des théories qui sont aujourd’hui en circulation sur ces sujets varie selon les types de théorie et s’accompagne à coup sûr de préférences personnelles. Je serai, implicitement ou explicitement, amené à mobiliser certaines théories dans mes analyses, mais je tenterai de le faire dans un but heuristique, sans leur conférer une valeur normative.

L’objectif ici poursuivi est plutôt de produire une analyse “interne” des rapports. Il s’agit d’identifier les manières qu’ont les rapports de construire leur “vérité”. Je ne présuppose pas que les rapports “mentent” ou cherchent à

INTRODUCTION

LES RAPPORTS ENTRE EUX

“travestir” la vérité. Mais je présuppose, suivant Brown¹, que les rapports constituent des entreprises de production d’explications qui visent à fournir un récit suffisamment cohérent et plausible de l’événement étudié en revêtant ce récit de la légitimité de l’institution qui publie le rapport. Je présuppose également que la construction de ce récit engage des enjeux importants de confiance et de légitimité pour certains acteurs et certaines institutions, et que ces enjeux sont présents dans les stratégies adoptées par les rapports. Je présuppose enfin que les rapports sont orientés par le souci de produire des recommandations, c’est-à-dire que, loin de constituer une phase d’analyse ou de diagnostic isolée de préoccupations d’action, ils sont déjà des éléments d’un processus d’action lié de près ou de loin à l’événement. Ceci n’a rien de critiquable en soi : l’Assemblée Nationale, par exemple, n’a pas pour vocation de produire de l’information, elle a pour vocation de produire des éléments (textes législatifs notamment) qui suscitent, guident, encadrent, orientent, etc., l’action publique. Un service d’inspection comme l’IGAS n’est pas un organisme de recherche. Il est un élément dans un dispositif administratif en charge d’un système qu’il s’agit de faire fonctionner et faire évoluer. Bien que constituant indéniablement des temps de réflexion et d’analyse, ces rapports n’en sont pas moins déjà des actions.

L’orientation de ce travail est donc délibérément critique. Mais cette critique ne vise pas à “discréditer” les rapports. Elle vise à mettre en perspective et relativiser les vérités qu’ils produisent. Dans une perspective de retour d’expérience, la lecture de ces rapports sera d’autant plus productrice d’apprentissage que les conditions de réception de l’information qu’ils contiennent seront précisées.

Le projet initial était de faire une analyse pour chacun des rapports, puis de procéder à une comparaison. Cependant il est vite apparu que les rapports formaient bien plus un ensemble articulé (bien que de manière assez lâche) que des entités indépendantes les unes des autres. Ceci vaut pour le fond, en ce que les rapports convergent vers un récit commun de la crise, comme pour la forme, en ce qu’ils se répondent et s’enchaînent les uns aux

¹ A.D. Brown (2000a), “Making Sense of Inquiry Sensemaking”, *Journal of Management Studies*, 37, 1, 45-75 ; A.D. Brown (2000b), “Honourable Members and Dishonourable Deeds : Sensemaking, Impression Management and Legitimation in the ‘Arms to Iraq Affair’”, *Human Relations*, 53, 5, 655-689 ; A.D. Brown (2003), “Authoritative Sensemaking in a Public Inquiry Report”, *Organization Studies*, 25, 1, 95-112.

autres (à des degrés divers selon les rapports et selon les thèmes cependant). J'ai donc finalement choisi de les considérer comme un tout, sans pour autant négliger de mettre en lumière les différences et divergences qui existent entre eux.

Les rapports qui entrent dans le champ de cette étude sont présentés dans le tableau suivant :

<i>rapport</i>	<i>délat</i> *	<i>objet</i> **	<i>champ</i>	<i>volume</i>
InVS	0	dommages	sanitaire, global	73 p.
Mission Lalande	1	analyses / recommandations	sanitaire, global	55 p.
Assemblée Nationale (1) (rapport Jacquat)	1	dommages / analyses / recommandations	sanitaire, global	58 p. + annexes + auditions
IGAS (1) Fermetures de lits	4	analyses / recommandations	sanitaire, secteur hospitalier	52 p. + annexes
IGAS (2) Soins libéraux	4	analyses / recommandations	sanitaire, secteur libéral	63 p. + annexes
IGAS (3) Médico-social	5	dommages / analyses / recommandations	sanitaire, secteur social et médico-social	57 p. + annexes
Sénat	6	dommages / analyses / recommandations	économique et sanitaire, global	242 p. + auditions
Assemblée Nationale (2) (rapport d'Aubert)	6	dommages / analyses / recommandations	sanitaire, global	234 p. + auditions
INSERM***	14	dommages	sanitaire	76 p.

* de publication en mois à partir d'août 2003

** objet de l'investigation : dommages / analyses / recommandations

*** non étudié en tant que tel

On peut classer les 9 rapports en 3 familles :

– les rapports concentrés sur les dommages (deux : InVS et Inserm) : ils cherchent à établir un bilan de la crise (sanitaire) avec comme difficulté méthodologique principale l'attribution des décès à la chaleur (surmortalité) ; ils ne contiennent pas de récit de la crise, seulement pour le rapport InVS un bref récit (incident) de l'alerte et de l'évaluation des dommages.

– les rapports globaux (quatre : Lalande, Assemblée nationale (AN) 1, Sénat, AN 2) : ils couvrent l'ensemble de la crise ; l'analyse des dommages est reprise des rapports InVS ou Inserm (rapport intermédiaire pour ce dernier). Ces rapports se concentrent sur l'analyse de la crise (son déroulement, ses causes) et énoncent des recommandations. Sur ces quatre rapports, trois sont

INTRODUCTION

LES RAPPORTS ENTRE EUX

publiés par des institutions qui s'autosaisissent et sont réalisés par des non-spécialistes. Le quatrième (rapport Lalande) est réalisé par une mission ad hoc composée de spécialistes de la santé à la demande du gouvernement.

– les rapports focalisés sur différents secteurs de l'action sanitaire (trois : rapports IGAS). Ils couvrent plus spécifiquement un des trois secteurs concernés par la crise. Ces rapports répondent à des lettres de mission et sont réalisés par des "professionnels" de l'investigation administrative.

Les premiers rapports, InVS et Lalande, sont explicitement complémentaires. A l'InVS a été confiée la mission de fournir une première évaluation de l'impact sanitaire de la canicule, tandis que la mission Lalande, qui ne dispose que d'estimations très grossières de cet impact, doit s'attacher aux actions et réactions du système de santé (au sens large) pendant la crise. Il y a donc à l'origine une division du travail d'investigation.

Dans une large mesure les trois rapports IGAS peuvent être considérés comme des prolongements directs du rapport Lalande, puisque les lettres de mission font explicitement référence à ce rapport dans la formulation même de la mission. Les autres rapports globaux produits par l'Assemblée Nationale (AN 2) et le Sénat se réfèrent largement au rapport Lalande (par exemple le rapport du Sénat en reprend intégralement la chronologie).

De manière générale le rapport Lalande joue un rôle particulier dans cette succession de rapports du fait de sa primauté, mais aussi en raison du caractère assez tranché de son propos. Les autres locuteurs sont de facto amenés à se positionner par rapport aux thèses du rapport Lalande, même si, on le verra, ce positionnement peut être proche de l'esquive.

En effet, le rapport Lalande distribue des critiques assez vives à toutes les étapes de la "chaîne" : il critique l'absence d'anticipation et la lenteur de l'alerte, mais il critique aussi la réaction du système de soins, dans deux de ses composantes : les hôpitaux (à travers le problème de l'"engorgement" attribué à des fermetures de lits excessives) et les médecins libéraux "en cabinet" (dont les absences pour congés ont contribué à l'encombrement des urgences du fait d'un report sur l'hôpital des demandes de soins). Les rapports suivants auront donc à traiter cet "agenda" dressé par le rapport Lalande, soit explicitement (rapports de l'IGAS) soit de manière indirecte (rapports Assemblée Nationale et Sénat). Ils vont tous dans la même direction : l'atténuation des critiques portées par le rapport Lalande sur les acteurs qui ont été

directement confrontés aux victimes. Ceci s'opère de différentes manières. Pour les rapports IGAS, il s'agit pour l'essentiel d'un jeu subtil consistant à répondre de manière formellement exacte à la lettre de mission ("au pied de la lettre"), lettre elle-même formulée de manière à éviter un traitement frontal des problèmes soulevés par le rapport Lalande. Les rapports globaux, eux, vont jouer sur un transfert de la critique : c'est l'anticipation et l'alerte qui sont fondamentalement en cause, bien davantage que le système de soins lui-même, dans toutes ses composantes. En ce qui concerne ce dernier, dans les deux types de rapports, une manière fondamentale d'atténuer la critique du rapport Lalande est de focaliser d'emblée l'analyse sur les facteurs structurels déficients, plutôt que sur les comportements des acteurs.

Il faut pour commencer cette analyse des rapports d'enquête s'interroger sur leur caractérisation comme crise de la canicule d'août 2003 : quels sont les effets indésirables et quelles sont les causes générales qui sont rapportés à ces effets ? Le "cadrage" de la crise comme une crise sanitaire ayant touché les personnes âgées aboutit en effet d'une part à minorer certains effets et certaines causes, d'autre part oriente très nettement les recherches sur le processus de la crise ainsi que les propositions et recommandations.

Comme soutenu plus haut, il y a un récit commun de la crise, très nettement lisible dans les rapports "globaux". Ce récit est celui d'une défaillance d'anticipation et d'alerte ayant conduit un système de soins structurellement déficient à affronter avec grandes difficultés mais avec grand courage une situation dépassant ses capacités.

Ce récit désigne des héros : les personnels soignants qui ont affronté directement l'afflux des victimes. De manière complémentaire, il conduit à distribuer la responsabilité des dommages vers 1) le système administratif en charge de l'alerte, 2) les déficiences structurelles du système de soins. Il y a une différence très importante entre ces deux imputations : la première met en cause des acteurs concrets (l'InVS, la DGS, etc.) dont les comportements seront analysés dans le détail, alors que la seconde met en cause un "état des choses" dans lequel les comportements des acteurs sont avant tout le résultat de déterminations structurelles. Ce récit explicatif fondamental est doublé (et renforcé) par un second récit qui est celui de la révélation, à l'occasion de la crise, de "l'état des choses" en question, à savoir le délabrement et l'insuffisance générale du système de soins.

INTRODUCTION

LES RAPPORTS ENTRE EUX

Le rapport Lalande est le premier à construire ce (double) récit. Néanmoins il énonce des critiques sévères à l'endroit de certains acteurs du système de soins, mettant en cause explicitement des comportements et non des facteurs structurels. Les autres rapports vont reprendre la structure générale du récit et accentuer l'imputation aux responsables de l'alerte d'une part et aux facteurs structurels d'autre part.


L'analyse de l'alerte est certainement l'aspect de la crise qui est reconstitué par les rapports avec le plus de minutie. On va assez loin dans les détails des processus de sélection, circulation et traitement de l'information au sein des différentes organisations concernées directement ou indirectement. Le "décalage" constaté par le rapport Lalande entre les réactions de ces organisations et la réalité de la crise (établi dans la chronologie qui ouvre le rapport) conduit à un jugement (partagé par tous les rapports à sa suite), selon lequel il y a eu défaillance à la fois dans la prévention de la crise et dans le déclenchement de l'alerte. En pointant l'état des connaissances et des informations au début de la crise, les rapports s'attachent à établir que la crise était prévisible et qu'il était possible, dans une large mesure, de l'identifier à temps, ou au moins avec un "décalage" bien moindre. Les rapports entrent ensuite dans l'analyse détaillée des processus, à la recherche des facteurs qui ont fait obstacle à la prise de conscience de la crise et à la mobilisation des acteurs concernés. Cette analyse mobilise des "théories" implicites des organisations et de leur fonctionnement, qui motivent une critique souvent marquée de la bureaucratie, sans que cette critique ne se traduise par des recommandations audacieuses d'un point de vue organisationnel.

La focalisation sur le défaut d'anticipation et de vigilance est justifiée, dans les rapports, par le fait que ce retard est vu comme la cause des difficultés majeures que le système de soins va affronter. Mais ce retard, cause exogène au système de soins, et cause circonstancielle, va rencontrer une cause endogène et surtout structurelle : les insuffisances qualitatives et quantitatives du système de soins. Les rapports "globaux" insistent sur le caractère de surprise que prend la mise au jour, à leurs yeux, de ces insuffisances. C'est donc d'une "révélation" que témoignent les rapports, révélation d'autant plus frappante que ces insuffisances sont diagnostiquées comme provenant largement d'un processus de "dégradation" structurelle du système de soins.

Les défauts ou insuffisances dans les réactions du système de soins pendant la crise de la canicule sont alors directement imputées à ces facteurs

structurels sur lesquels les rapports attirent l'attention et focalisent leurs recommandations. La conséquence, particulièrement visible dans le rapport AN 2, est que l'analyse des processus et des comportements pendant la crise elle-même est beaucoup moins détaillée en ce qui concerne les actions de soins qu'en ce qui concerne la prévention et l'alerte. J'examinerai plus particulièrement deux points sur lesquels la structuration du récit commun se traduit par des analyses incomplètes, voire biaisées : le phénomène d' "engorgement" des hôpitaux et l'absence d'utilisation des dispositifs d'urgence dits "plans blancs" par les hôpitaux, d'une part, et la contribution des médecins libéraux à la gestion de la crise, d'autre part. Ces points me conduiront à soulever la question des "voix" qui ont été entendues par les différentes missions et commissions, pour constater que celle des patients n'a guère eu l'occasion de s'exprimer.

La conclusion reviendra sur la "finalité" de ces rapports en réinterprétant les modes de construction de ce récit commun comme une manière de répondre à la menace que représente une telle crise pour les institutions tout en la transformant en opportunité d'action.





1. LES EFFETS ET LES CAUSES



1. LES EFFETS ET LES CAUSES

Les démarches de prévention des risques commencent généralement par la définition des événements redoutés ou indésirables. On peut imaginer qu'une analyse post-crise commence par une définition précise des effets indésirables, en nature et en ampleur, et détermine le périmètre de son analyse à partir des effets indésirables effectivement constatés. Rétrospectivement, ceci constituerait une caractérisation de l'événement en tant que crise.

Les rapports, dans leur ensemble, sont plutôt riches en information sur le bilan de la canicule. Deux de ces rapports sont spécifiquement consacrés à dresser ce bilan dans le domaine sanitaire (InVS et INSERM). Les autres rapports les prennent pour base de leur présentation des dommages, de manière détaillée (AN 1, AN 2, Sénat, IGAS 3) ou implicitement (Lalande, IGAS 1, IGAS 2).

Le rapport du Sénat se distingue en présentant un bilan économique et écologique de la canicule, en plus du bilan sanitaire. C'est le seul qui tente de couvrir tous les effets de la canicule, sans pour autant les définir de manière stricte. Son titre en atteste : *La France et les Français face à la canicule : les leçons d'une crise*. On a là une démarche originale car elle procède d'un "cadre" du problème en termes d'appréhension du changement climatique. La canicule de 2003 est en effet présentée comme une "cause" exceptionnelle dont il s'agit d'évaluer les effets, exceptionnels ou non (sur l'économie et l'environnement : effets limités ; sanitaire : catastrophe). La canicule est vue comme un révélateur d'un phénomène de réchauffement climatique porteur

d'effets multiples dont il s'agit d'évaluer l'importance potentielle dans le futur à travers l'analyse des conséquences visibles de l'occurrence particulière de 2003. La perspective est donc environnementale ou "écologique". Le rapport est aussi celui qui insiste le plus sur la pollution comme élément du phénomène caniculaire global et le seul qui appelle à des politiques dans ce domaine.

La démarche peut paraître saugrenue, en raison de la démesure apparente entre les effets sur l'agriculture et la forêt et les 15 000 décès imputés à la canicule. Mais elle a sa logique, qui est celle de l'apprentissage et de l'anticipation. Ainsi, en ce qui concerne le secteur énergétique, le rapport note : « *Si la situation a été en définitive correctement gérée, il n'en reste pas moins que la catastrophe a été évitée de peu.* » Il qualifie la canicule de 2003 d'« *avertissement sans frais* ». Peut-on avancer qu'en établissant la comparaison de l'impact de la canicule entre les domaines économiques et environnementaux, d'une part, et le domaine sanitaire, d'autre part, le rapport entend mettre en lumière un décalage important des capacités de gestion des crises selon les domaines ?

Les autres rapports caractérisent d'emblée la crise comme une crise sanitaire et ne se préoccupent que du bilan sanitaire. Le cadrage dominant est alors celui des problèmes de la vieillesse. C'est donc le trait dominant de la majorité des victimes qui définit la nature de la crise. On peut remarquer que ceci conduit à négliger les trois à quatre cents victimes âgées de moins de 50 ans – un chiffre qui, considéré isolément, pourrait paraître important.

La révision importante du bilan sanitaire effectué entre le rapport InVS d'août 2003 et celui de l'INSERM d'octobre 2004, précédé d'un rapport intermédiaire, explique que les rapports présentent des évaluations assez différentes de l'impact de la canicule. Mais dans tous les cas les rapports ne discutent pas le caractère catastrophique de ce bilan. Il paraît établi clairement par le nombre de décès imputés à la canicule. Les rapports AN 2 et Sénat vont même tenir à clore toute discussion sur ce bilan sanitaire en donnant une réponse claire bien que peu précise à la question de l'évaluation de la surmortalité.

En effet, les décès sont mesurés en valeur absolue (InVS), comme décès ayant eu pour cause l'hyperthermie sur la période considérée. Mais puisqu'il s'agit de personnes âgées, un taux de décès important est de toute façon attendu, canicule ou non. L'effet indésirable est alors défini en termes

de « *surmortalité* » (rapport INSERM – cf. rapport IGAS 3). Mais encore cette surmortalité doit-elle s’apprécier relativement à une durée précise, comme une réduction de temps de vie attendu. Ceci en raison de ce qui est désigné sous le nom d’« *effet moisson* » : la canicule aurait précipité des décès attendus à brève échéance (on pourrait par exemple constater une surmortalité sur 2003 mais une sous-mortalité sur 2004). En toute rigueur on devrait donc définir un délai « raisonnable » pour apprécier l’ampleur de cette surmortalité.

Le chiffrage de la surmortalité en termes relatifs (diminution d’espérance de vie) est certainement difficilement acceptable socialement. Techniquement, il demande un délai important. La question n’est donc véritablement abordée que lorsque des données sont disponibles sur la mortalité de l’ensemble de l’année 2003, avec un rapport intermédiaire de l’INSERM et des données INSEE. Le rapport du Sénat prend une position claire, de nature « politique » et non technique : « *Quelle que soit la réponse à cette interrogation, la vie des victimes a été abrégée et celles-ci sont décédées dans des conditions inacceptables pour notre pays* » (p. 132). Le rapport AN 2 aborde frontalement la question en proposant le terme de « *compensation* » comme substitut à « *l’effet de moisson* ». Selon le rapport, qui reprend des chiffres de l’INSEE, il n’y a pas eu de « *compensation* », sauf dans le cas d’un département. L’implication est donc que ces 15 000 décès sont des victimes « *à part entière* ». Cependant le calcul étant basé sur les chiffres de mortalité pour l’année 2003, qui fait apparaître une surmortalité d’environ 15 000 par rapport à 2002, la conclusion qu’il n’y a pas eu de « *compensation* » suppose qu’implicitement la commission n’envisage pas de traquer la « *compensation* » au-delà de 2003, soit environ 4 mois après la canicule. Ceci est un critère arbitraire et n’est pas discuté ni rapporté à des normes ou calculs usuels dans d’autres domaines sanitaires. La commission semble vouloir « *mettre un terme au débat* », comme l’énonce le rapport p. 28.

Les autres effets de la canicule dans le domaine sanitaire sont regroupés sous le terme d’« *engorgement* ». Ce phénomène concerne essentiellement les services d’urgence des hôpitaux. Le rapport du Sénat fait cependant une mention de la saturation des services funéraires et de la nécessité d’assurer la « *dignité des funérailles* ». Concernant les hôpitaux, il est écrit ainsi dans le rapport Lalande : « *Malgré cette mobilisation exceptionnelle, les images des urgences – et surtout de leurs couloirs – retenues par les infirmières et les médecins sont qualifiées de “surréalistes, apocalyptiques, hallucinantes, démentielles,*

évoquant les épidémies d'un autre siècle » (Lalande p. 43). Les « images » sont également évoquées par le rapport AN 2 : « Urgences saturées, attentes de plusieurs heures, victimes laissées à même les brancards, personnes décédant dans les couloirs, autant d'images qui resteront longtemps dans les mémoires. » (AN 2 p. 118).

Cette référence aux images et à leur pouvoir fait contraste avec l'absence de souci de mesurer ce phénomène d'engorgement. Même le rapport IGAS 1 qui touche directement et exclusivement à cette question n'en fait aucune évaluation. Une analyse aurait pourtant été intéressante car le phénomène a plusieurs facettes.

L'« engorgement » du système de soins (urgences et hôpitaux) peut renvoyer à trois types d'effets indésirables :


– un défaut de qualité dans les soins : l'attente et les conditions d'accueil (lits dans les couloirs, etc.) sont des traitements qui s'écartent des normes de qualité (implicites ou explicites). Le « public » concerné ici est celui des patients. Aucun des rapports ne cherche à définir ce critère, encore moins à le mesurer. Une mesure d'un tel effet pourrait être : distribution des délais entre arrivée du patient à l'hôpital et installation du patient dans un lit « normal » et « durable » (durée à définir). Une mesure plus approximative pourrait être : nombre de patients en attente de lit dans les hôpitaux. (voir 4.1)

– un défaut d'efficacité du système sanitaire : l'engorgement peut être vu comme un problème logistique, une surcharge du système qui engendre des surcoûts et remet en cause son organisation. Ce critère purement interne et « gestionnaire » (public concerné : membres du système, et surtout dirigeants et tutelle) n'est pas envisagé par les rapports, même si certains surcoûts sont mentionnés.

– un problème de légitimité : l'engorgement manifeste l'incapacité du système sanitaire à assurer de manière socialement acceptable la gestion d'événements sanitaires inattendus. L'épisode de la canicule peut engendrer une baisse de confiance dans le système sanitaire, miner sa légitimité, etc. Le public concerné est alors l'ensemble de la population du pays, potentiellement concernée par des événements sanitaires autres que la canicule. Une mesure de cet effet pourrait être obtenue par des enquêtes d'opinion ad hoc. Ce critère n'est pas envisagé par les rapports. Mais le caractère très général des propositions faites par les missions suggère qu'il est implicitement présent à l'esprit. On a même le sentiment que le risque de canicule est « oublié »

par certains rapports qui préconisent des améliorations générales du système de santé et se soucient même d'améliorations sans rapport direct avec les risques de crises sanitaires.

Concernant les causes, le rapport InVS et le rapport IGAS 3 mentionnent que les effets sanitaires ayant donné lieu à la « *crise de la canicule d'août 2003* » sont imputables aux fortes chaleurs mais aussi à une pollution à l'ozone (la canicule favorisant cette dernière). Les deux facteurs ne sont pas parfaitement corrélés cependant. Par exemple, ainsi que le signale le rapport IGAS 3 (p. 26), un lieu peut être relativement protégé des fortes chaleurs par son emplacement particulier mais néanmoins exposé à l'ozone tout autant que les autres. Techniquement, il y a donc deux causes aux difficultés et aux décès. Il est certain que les effets sur une personne donnée, surtout âgée et en situation "polyathologique", sont difficiles à distinguer. Néanmoins les implications ne sont pas négligeables au niveau des enseignements à tirer et préconisations, et plus généralement en termes de politique face à des phénomènes caniculaires. La lutte contre la chaleur elle-même requiert essentiellement des mesures de protection (par exemple climatisation), alors que la pollution à l'ozone est un facteur qui peut être attaqué par des politiques environnementales (à moyen terme au moins). S'il n'est pas trop surprenant que des rapports internes à l'univers sanitaire négligent d'envisager des mesures environnementales, la minimisation du facteur "ozone" dans ces rapports peut conduire à oublier ou minorer ce facteur dans les politiques environnementales élaborées en dehors des contextes de crise. En d'autres termes : les rapports IGAS ne contribuent pas à la mise en lumière de cette cause particulière et à la prise en compte de ce facteur de risque sanitaire.





2. LE RÉCIT COMMUN



2. LE RÉCIT COMMUN

Le rapport Lalande montre une insistance particulière à souligner les efforts de l'institution hospitalière. Les citations qui suivent sont des extraits particulièrement significatifs : il s'agit soit des titres soit des extraits du résumé placé en début de rapport.

« *Dans un contexte global difficile, les hôpitaux, soutenus par leur administration, ont réagi avec courage* » (titre chapitre III)

« *La directrice de l'AP-HP interrompt ses vacances et visite trois hôpitaux parisiens avec le responsable du SAMU de Paris.* » (chronologie)

« *Soutenues par la DHOS, les directions générales des hôpitaux ont réagi avec détermination* » (titre, 3.3.)

« *Dans un contexte global difficile, aggravé par la période estivale, les hôpitaux ont réagi avec courage* » (résumé)

« *Chaque service d'urgence, avec le soutien de la direction de son établissement, s'est organisé (...)* » (résumé)

« *Malgré toute l'énergie déployée, les personnels n'ont pas pu empêcher l'engorgement presque total des services d'accueil des urgences et l'encombrement insupportable des couloirs des hôpitaux* » (résumé)

« (...) *les SAMU-SAUR, les ambulanciers, mais surtout les pompiers (...) ont connu une augmentation considérable de leur activité (...). Ils y ont fait face avec détermination.* » (résumé)

« *La direction générale de l'Assistance Publique de Paris, qui est allée sur le terrain soutenir les personnels (...)* » (résumé).

2. LE RÉCIT COMMUN

Le contraste est frappant avec les formulations utilisées pour qualifier les autres acteurs :

« *Le manque d'anticipation a gêné gravement la compréhension du caractère exceptionnel du phénomène et de ce fait l'adaptation rapide du système* » (titre)

« *Il y a eu un manque d'anticipation, sans doute dû au mode de fonctionnement de l'institut de veille sanitaire, qui ne lui a pas permis de jouer pleinement le rôle que la loi lui a confié* » (titre)

« *Le cloisonnement entre administrations du ministère, entre ministères, et avec les services opérationnels, a empêché la mise en commun des informations disponibles* » (titre)

« *Un système de permanence des soins libéraux souvent défaillant, entraînant un recours toujours accru aux SAU* » (titre).

Le récit qui sous-tend le rapport Lalande est celui d'un système soignant urgentiste et hospitalier qui, malgré des moyens limités, réagit spontanément et solidairement face à un problème soudain et insurmontable dont l'origine est à chercher dans l'impréparation (imputable notamment à l'InVS, la DGS et la DHOS), l'inefficacité administrative (DGS), et l'égoïsme (médecins libéraux). Le rapport Lalande évite tout questionnement sur l'action de ceux qui ont été au plus près des victimes : le personnel soignant hospitalier. Leur action est au contraire présentée de manière extrêmement laudative : elle est héroïsée. Les urgentistes libéraux (SAMU, SAUR) et les pompiers sont associés à ce groupe central. Plus on s'éloigne de ce centre opérationnel, plus le rapport pointe des défaillances et des manques.

Dans ce type de récit, une question-clé est de savoir où faire passer la frontière entre les héros et les adjuvants plus ou moins défaillants. L'insistance des formulations citées ci-dessus à associer les composantes administratives des hôpitaux aux efforts des personnels soignants est frappante. Après tout, n'est-ce pas naturel ? Cette insistance signale que le rapport place ces dernières parmi les adjuvants utiles (ils "soutiennent"). Les directions d'hôpitaux ont certes opéré des fermetures de lits en excès, mais cela s'est fait avant la crise. Quant à la DHOS, il lui est imputé de ne rien avoir de prévu contre la canicule, mais le rapport mentionne qu'elle soutient les directions générales des hôpitaux.

On peut avancer que le rapport Lalande a un souci marqué de préserver l'intégrité de l'institution hospitalière.

Les rapports qui vont suivre le rapport Lalande conservent les traits généraux de ce récit, même lorsqu'ils introduisent des informations qui pourraient conduire à le mettre en question.

Le point-clé ici n'est pas de renverser ce récit et de lui en substituer un autre qui, par exemple, mettrait en cause les personnels soignants. Il est d'établir que les investigations n'ont pas exploré certaines questions et ont modelé leur discours de manière à produire une "vérité" sur la crise de la canicule.

Le rapport AN 1 énonce que « *Le drame de cet été n'a été ni anticipé, ni détecté très rapidement, et la gravité de son bilan est liée en grande partie à cette situation* » (AN 1, p. 11). Il constate que le système hospitalier a montré « *une capacité avérée à faire face à l'urgence sanitaire* » (AN 1, p. 21).

Le rapport du Sénat diagnostique une impréparation des pouvoirs publics, conséquemment « *pris de court* » par la canicule (p. 153). La défaillance du système d'alerte et de gestion de crise « *n'a pas permis de coordonner les efforts d'acteurs multiples et éclatés* » (Sénat, p. 158). Sous le titre « *une mobilisation réelle des acteurs de terrain* », le rapport du Sénat multiplie les hommages, directement ou par l'intermédiaire des personnes auditées (responsables du plus haut niveau, le plus souvent) (Sénat, pp. 163-174) :

– d'abord au personnel hospitalier (« *dernier recours* »), en soulignant la mobilisation massive et exceptionnelle, la solidarité entre soignants et administratifs et la solidarité entre établissements (le rapport IGAS 1 était pourtant plus nuancé, surtout sur le dernier point. On note que les données fournies sont très maigres et que la tonalité est très émotionnelle, à l'image des citations de la directrice de l'AP-HP pp. 166 et 167) ;

- ensuite au personnel des maisons de retraite ;
- aux pompiers de Paris ;
- aux services funéraires ;
- aux familles (dont le rapport loue le "dévouement").

A l'instar de l'insistance du rapport Lalande à signaler le "soutien" administratif, les formulations employées dans les différents rapports relèvent de stratégies textuelles sophistiquées. Nombre de ces formulations sont proches de l'oxymore : si elles ne vont pas jusqu'à affirmer simultanément deux idées contraires, elles cherchent à mettre en avant des idées tout en introduisant une limitation d'importance.

2. LE RÉCIT COMMUN

« On peut considérer que l'ensemble de notre système sanitaire a su faire face à cette situation, même si la crise a mis au jour certains dysfonctionnements latents ou déjà connus. » (AN 1, p. 21)

« (...) le sentiment que chaque catégorie d'acteurs du système de santé a pleinement joué son rôle dans la limite de ses moyens » (AN 1, p. 21)

« Une indéniable capacité d'adaptation des structures d'urgence parvenue à sa limite » (AN 1, p. 23)

« Cette situation (la crise) n'a pu être surmontée que par un réflexe de solidarité de l'ensemble de l'hôpital. Les urgentistes ont pu, avec plus ou moins de difficultés, convaincre leur administration et leurs collègues des autres services que leurs demandes de lit ne relevaient pas de l'antenne habituelle mais d'une absolue nécessité. » (AN 1, p. 24)

Cependant, au-delà de cette rhétorique, le point principal que ces rapports cherchent à établir est sans doute exprimé le plus clairement par le rapport du Sénat à travers cette citation : *« Au total, l'analyse de la crise de la canicule conduit non pas à mettre en cause le dévouement de tout ou partie du personnel médical, ou des Français dans leur ensemble, mais plutôt à s'interroger sur les défaillances de notre système sanitaire et social. » (Sénat p. 176)*

L'interprétation ici proposée est que tout ce qui pourrait être éventuellement questionné ou critiqué dans les comportements du personnel médical pendant la crise ne doit pas être imputé à ce personnel lui-même, qui est "dévoué", mais au système, c'est-à-dire à des facteurs structurels qui déterminent les comportements de ce personnel. On note au passage l'élargissement opéré depuis le rapport Lalande. Alors que ce dernier protégeait seulement l'institution hospitalière, c'est maintenant tout le "personnel médical" qui est protégé par la défaillance du système.

Le rapport AN 2 va développer complètement le programme que résume la citation extraite du rapport du Sénat. Ceci est lisible dans la structure même du rapport, qu'on présente ici en reprenant les titres des quatre parties :

« Une catastrophe sanitaire exceptionnelle » => « une gestion de crise empirique » => « les difficultés structurelles du système sanitaire et médico-social français » => « éviter qu'un tel drame se renouvelle »

Soit une structure du type :

Effets (25 p.) => comportements (50 p.) => structures (70 p.) => actions à prendre (40 p.)

Mais quelques incohérences apparaissent par rapport à cette structure :

– Des mesures prises ou annoncées par le gouvernement depuis la crise sont mentionnées (de manière approuvée) dans l'analyse des comportements ou des structures (exemple : AN 2, p. 115 ; p. 133 ; pp. 136-137). On aurait pu envisager, en toute rigueur, que ces mesures soient récapitulées dans la quatrième partie (« éviter qu'un tel drame se reproduise ») ou qu'elles soient signalées en notes et non dans le texte. On peut voir là un souci de souligner la réactivité du gouvernement et ainsi de restaurer sa légitimité.

– Des comportements sont exposés et analysés dans la partie “structures”, et ignorés dans la partie “comportements”. Deux points sont particulièrement importants : a) l'absence de déclenchement des “plans blancs” par les directeurs d'hôpitaux (p. 133 et sq.) ; b) l'absence des médecins généralistes libéraux dans la gestion de la crise (p. 161 et sq.). Ce transfert peut avoir comme conséquences tout d'abord que ces comportements sont laissés dans l'ombre ou du moins désignés avec une intensité bien moindre que d'autres venant d'autres acteurs, ensuite qu'ils sont directement imputés à des facteurs structurels dépassant les acteurs concernés (« *Les problèmes des hôpitaux au grand jour* » ; « *les difficultés de la médecine de ville* » : titre des parties correspondantes).

Ce déplacement des “comportements” vers les “structures” est renforcé par un autre déplacement. La structure logique du rapport, apparemment rigoureuse, est en fait “contaminée” par une structure thématique sous-jacente qui se fait jour à travers l'importance des thèmes traités dans chacune des parties :

(premiers) effets => (absence d') alerte => révélations sur l'état du système
=> actions à prendre

Cette structure se révèle à travers l'importance considérable accordée à la problématique de l'alerte (de la faillite de l'alerte) dans la deuxième partie du rapport et à sa concentration sur les organisations spécifiquement concernées par l'alerte (ex. InVS) ou la coordination de l'action (ex. les administrations centrales et les cabinets). Le système de soins lui-même est

2. LE RÉCIT COMMUN

relativement peu étudié dans cette partie, et lorsqu'il l'est, c'est surtout dans la perspective de l'alerte : en quoi les signaux perceptibles au niveau du système de soins ont ou n'ont pas été transmis, perçus, interprétés, etc.

En termes de saillance, les comportements des acteurs du système de soins pendant la crise sont largement dépassés par la faillite spectaculaire de l'alerte et de la coordination, d'une part, et par la "révélation", à la faveur de la crise, de l'état général du système sanitaire : « *La canicule a été le révélateur des carences structurelles du système sanitaire français* » (AN 2, p. 102).

Cette structure sous-jacente est une structure narrative : elle suit le déroulement de la crise et raconte l'histoire d'un événement qui surgit, submerge un système en place et révèle des traits spécifiques inobservés ou niés dudit système. La révélation ne se limite pas au constat que le système de soins n'était pas préparé à faire face à une canicule : elle porte sur le délabrement général du système de soins dans son fonctionnement ordinaire, hors crise ; et elle porte sur la sous-estimation générale des besoins globaux d'une population vieillissante. On peut supposer que cette histoire est finalement plus "intéressante" que celle de la canicule proprement dite : celle-ci est en quelque sorte réduite à un simple "épisode significatif" et est assez rapidement escamotée une fois qu'elle a produit son effet de révélation. L'investigation rétrospective passe alors au second plan, derrière la préoccupation d'établir un diagnostic du système en général et de le réformer. L'histoire de la crise de la canicule se dissout ainsi dans une autre histoire qui commence alors à s'écrire : celle de la réforme du système sanitaire français et de "l'intégration" du vieillissement dans la société et les institutions.

Les rapports IGAS diffèrent des rapports analysés dans cette partie en ce qu'ils ne fournissent pas de "récit" complet de la crise, étant focalisés chacun sur une composante du système de soins. Ils se distinguent nettement des rapports globaux en ne montrant aucune tendance à l'héroïsation et en produisant une information qualitative détaillée sur les comportements des acteurs du système de soin. En revanche, au moins pour les deux premiers, ils participent pleinement à l'entreprise de "déchargement" des acteurs sur les facteurs structurels. Ceci est très visible dans la structure logique des rapports IGAS 1 et IGAS 2 (fermetures et médecins libéraux). On peut la résumer ainsi :

(effets) => imputations de responsabilité pour cause d'écart à la règle => investigation sur l'écart à la règle => constat d'absence d'écart => (réfutation de l'imputation de responsabilité) => "révélation" de problèmes structurels ayant produit ou renforcé les effets indésirables => recommandations sur ces problèmes structurels

Le rapport IGAS 3 adopte lui une démarche d'évaluation plus générale : il part d'une mesure des effets de la crise et non d'une démarche administrative ou réglementaire de référence (comme les prévisions de fermetures de lits ou les règles juridiques sur la continuité et la permanence des soins). Il ne s'agit donc pas de voir si des règles (sens large) ont été respectées ou violées par des acteurs-clés mais d'analyser comment des effets peuvent être rapportés à des comportements (acteurs de l'univers gérontologique) et des contextes (administratifs, organisationnels, architecturaux) :

effets => recherche de causes dans comportements et structures => recommandations sur comportements et structures.

On peut noter que ce rapport IGAS 3 est demandé par le nouveau ministre de la Santé (F. Fillon a succédé à J.P. Mattei). La lettre de mission est d'ailleurs rédigée de manière très différente des deux autres : elle désigne un domaine d'investigation mais ne suggère pas de causes et encore moins des manquements ou écarts par rapport à des règles.

Que cette histoire (double) attire l'attention des hommes politiques et des administrateurs peut être pris comme un signe positif. Ceci a cependant pour effet d'occulter ou voiler l'analyse du comportement de certains acteurs et d'empêcher ou dispenser que soit éclairci le lien entre ces comportements et les facteurs structurels révélés qui composent l'intrigue de la seconde histoire : celle de la révélation qui prend le pas sur celle de la crise elle-même. Cet effet est particulièrement remarquable pour les médecins libéraux "de cabinet" qui étaient mis en cause dans le rapport Lalande. Il couvre aussi les comportements internes à l'hôpital qui ont pu jouer un rôle dans le phénomène de l'engorgement et dans la faible utilisation des plans blancs.



3. LA FOCALISATION SUR L'ALERTE



3. LA FOCALISATION SUR L'ALERTE

Tous les rapports "globaux" (Lalande, AN 1, Sénat, AN 2) convergent sur un même diagnostic : si la canicule de 2003 a eu un effet aussi massif, c'est en raison d'une absence d'anticipation sur les conséquences sanitaires des phénomènes caniculaires et en raison d'une alerte déficiente une fois le phénomène enclenché.

Les rapports s'attachent à établir 1) en quoi la crise était prévisible, 2) pourquoi elle n'a pas été détectée à temps. Le rapport Lalande fait cependant cet avertissement : « (...) *il est toujours facile, a posteriori, de prévoir le déroulement des événements* » (Lalande, résumé). C'est sur la base d'une chronologie qu'il établit son constat d'un « *décalage entre la perception des administrations sanitaires et la réalité de la crise* ». Mais son appréciation n'en est pas moins nette, tant sur les programmes de prévention (« *manifestement pas suffisants* », titre p. 24) que sur la détection de la crise.

Cet ordre dans la restitution des résultats de l'investigation est important et procède bien, malgré la précaution que prend le rapport Lalande, d'un raisonnement marqué par un biais de rétrospection. On pourrait envisager qu'un rapport examine d'abord comment le système a agi et réagi avant de poser la question de la prévisibilité, laquelle apparaîtrait sans doute différemment une fois les comportements en situation décrits et leur logique mise à jour. Mais la recherche du caractère prévisible d'une crise est un enjeu majeur d'un rapport car il va orienter les imputations de responsabilité, ou, pour éviter ce terme et ses connotations juridiques et morales, de causalité, envers les acteurs concernés par la crise. C'est souvent le premier objet de polémique publique après une catastrophe.

3.1. La recherche de prévisibilité

Sur la canicule la démarche est appliquée à deux niveaux, celui de "l'anticipation" et celui de "l'alerte".

La question de l'anticipation relève de la question générale de la prévention.

La seule action significative pour prévenir les effets d'une possible canicule qui soit notée est l'instruction de 2002 du secrétariat d'Etat aux Personnes âgées, accueillie « *avec ironie* » en raison de son caractère trivial.

Le rapport InVS signale très clairement que le phénomène en cause est connu (InVS p. 5 et sq.), qu'il y a des précédents repérés, que les causalités sont claires, et les remèdes aussi d'ailleurs.

Le rapport Lalande établit également que « *les connaissances épidémiologiques* » étaient « *disponibles au moment de la crise* » (Lalande, p. 20). Il décrit les programmes de recherche et de prévention mis en œuvre aux Etats-Unis. Le rapport AN 1 énonce en titre : « *des connaissances scientifiques peut-être insuffisantes, mais pas inexistantes* » (AN 1, p. 11). Il qualifie la déshydratation des personnes âgées de « *risque connu* ». Le rapport du Sénat fait état des précédents à l'étranger (Sénat, p. 142) avant de juger « *les pouvoirs publics impréparés* » (Sénat, p. 153) et de mentionner « *des données pourtant existantes* » (Sénat, p. 153).

Le rapport AN 2, enfin, considère qu'on avait là un « *risque envisageable* » (AN 2, p. 52 titre) et pointe la « *rareté mais aussi (la) sous-exploitation des études sur les risques sanitaires* » (AN 2, p. 54 titre). Le rapport s'attache à montrer que l'information scientifique était disponible en citant les travaux du Dr Besancenot (p. 55) et que la connaissance pratique et l'expérience l'étaient également en citant l'exemple de Marseille et du Pr San Marco (p. 57). Il souligne les absences de la DGS et de l'InVS à la commission Santé et biométéorologie (p. 57), qui apparaissent ainsi comme des signes d'une « *absence d'intérêt* » (p. 57). Il indique que le déficit de connaissances pouvait être comblé « *à peu de frais* ». Le rapport adopte sur ces points un ton nettement critique : la commission « *s'étonne* », l'absence d'intérêt est « *troublante* ».

La commission semble donc considérer comme naturel qu'une connaissance, parce qu'elle est disponible, soit exploitée sinon totalement, au moins largement. Un écart par rapport à une exploitation maximale de la connais-

sance disponible appelle des explications et motive la recherche de signes d'inattention, de négligence, d'erreurs d'interprétation.

La démonstration de prévisibilité de la crise s'appuie largement, dans tous les rapports :

- sur les travaux ou le témoignage du Dr Besancenot,
- sur les précédents étrangers (avec éventuellement les mesures de prévention correspondantes),
- et sur le précédent français de Marseille présenté par le témoignage du Pr San Marco.

L'analyse de l'alerte porte sur l'identification de la crise en tant que crise par les acteurs concernés. On reviendra plus en détail ci-dessous sur les processus qui ont produit cette absence ou ce retard dans l'alerte. Les rapports convergent également très fortement et une formule résume assez bien leur conclusion : « *Des signaux épars et non synthétisés* » (Sénat, p. 179). Ils établissent donc :

- que les conséquences de la canicule n'ont pas été identifiées comme une crise sanitaire appelant des mesures d'exception,
- que, si des indices étaient disponibles, ils n'ont pas été perçus ou interprétés par les acteurs comme signalant un phénomène exceptionnel et général (y compris par certains acteurs se trouvant au contact des victimes : je reviendrai sur ce point avec l'analyse des phénomènes de "dilution" ou de "dispersion" concernant la perception de la crise par les médecins libéraux et les institutions médico-sociales – cf. 3.2).

Néanmoins, en pointant notamment les difficultés de circulation de l'information entre les acteurs concernés et en les attribuant à des facteurs organisationnels (« *cloisonnement entre administrations du ministère, entre ministères, et avec les services opérationnels* » [Lalande, p. 29 titre] ; « *extrême éclatement des structures* » [Sénat, p. 179] ; « *l'inertie des interlocuteurs administratifs* » [AN 2, p. 111]), les rapports soutiennent clairement que les indices pouvaient être traités (rassemblés, analysés, interprétés) de sorte que la crise soit identifiée, au moins à partir d'une certaine date (vers le 9 août).

Je propose de caractériser la logique d'investigation suivie par les rapports de la manière suivante :

A-t-on agi à temps ? => savait-on ? => pouvait-on savoir ? => aurait-on pu savoir ?

De manière schématique, cette chaîne de question est sous-tendue par cette idée simple que l'action est rendue possible par l'information qui elle-même peut être plus ou moins disponible. "Savait-on ?" : les acteurs possédaient-ils l'information leur permettant, voire leur intimant d'agir ? "Pouvait-on savoir ?" : les acteurs pouvaient-ils se procurer cette information moyennant un effort modeste ? "Aurait-on pu savoir ?" : les acteurs pouvaient-ils avoir cette information moyennant un effort important impliquant sans doute d'autres acteurs plus lointains (par exemple des chercheurs) ?

L'analyse "descend" jusqu'à ce que l'on puisse apporter une réponse "oui" à une des questions. Cette réponse déclenche une imputation de comportements fautifs ou douteux de la part des acteurs concernés. L'investigation procède alors en examinant pourquoi les acteurs n'ont pas "remonté" la chaîne jusqu'à l'action. Pourquoi n'a-t-on pas agi si l'on savait ? Est-ce par une volonté de ne pas agir ? Pourquoi ne savait-on pas si l'on pouvait savoir ? Pourquoi les informations disponibles n'ont-elles pas été reçues et traitées correctement ? Est-ce par négligence, inattention ? Enfin, pourquoi les informations n'étaient-elles pas disponibles si on disposait des moyens pour les produire ? Est-ce en raison d'un effort insuffisant ou mal orienté ?

Au cas où la cascade de questions aboutit à un non (on n'aurait pas pu savoir), alors la crise peut être dite imprévisible et les acteurs concernés exemptés de tout rôle causal. L'imputation de causalité est évidemment d'autant plus forte que l'on remonte dans cette chaîne : savoir et ne pas agir met en cause directement la nature des intentions des acteurs concernés.

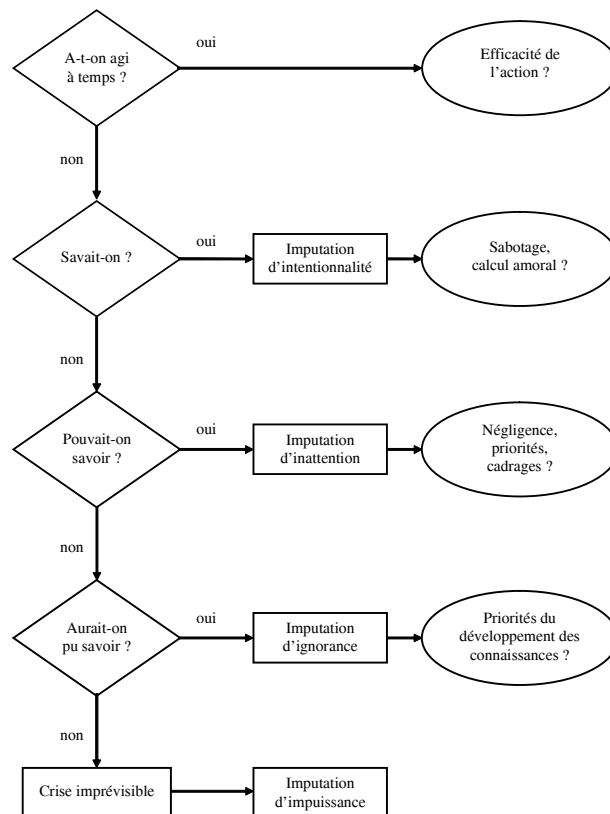
A titre de comparaison, il semble que l'analyse de la canicule de Chicago en 1995 par Klinenberg établisse que les autorités municipales savaient mais n'ont pas agi en raison du statut social des victimes (Noirs, vieux, pauvres essentiellement)¹. L'enquête de Diane Vaughan sur Challenger² est

¹ Voir le débat "Symposium about E. Klinenberg (2002), *Heat Wave: A Social Autopsy of Disaster in Chicago*, Chicago, Chicago University Press", in *Contemporary Sociology: A Journal of Reviews*, (2004), 33, 2 : L. Clarke, "Using Disaster to See Society", pp. 137-139 ; M. Duneier, "Scrutinizing the Heat: On Ethnic Myths and The Importance of Shoe Leather", pp. 139-150 ; J.D. McLeod, "Dissecting a Social Autopsy", pp. 151-156. Et E. Klinenberg (2004), "Overheated", *Contemporary Sociology: A Journal of Reviews*, 33, 5 pp. 521-528.

² D. Vaughan (1996), *The Challenger Launch Decision*, Chicago, Chicago University Press.

partie de l'hypothèse qu' "on savait" (l'existence de risques excessifs) mais "on n'a pas agi" (pas annulé le lancement). Elle a abouti à la conclusion qu'"on pouvait savoir". Bazerman et Watkins³ analysent les attentats du 11 septembre 2001 ou la faillite d'Enron (et la chute d'Andersen) comme des "surprises prévisibles" : ils soutiennent qu'"on pouvait savoir" à coup sûr et que, pour certains acteurs, parmi les plus puissants, "on savait".

La figure suivante résume la logique de la recherche de prévisibilité dans les rapports.



³ M.H. Bazerman & M.D. Watkins (2004), *Predictable Surprises*, Boston, Harvard Business School Press.

3.2. Information, interprétation et alerte

Les rapports sont très attentifs au recueil, à la disponibilité, à la circulation et au traitement de l'information, qu'ils analysent en grand détail. Mais, à part quelques remarques et citations, ils négligent les phénomènes d'interprétation (de « *sensemaking* »⁴) et les phénomènes de promulgation (qu'on le prenne comme une communication ou plus fortement comme une "décision" sur la nature de la situation). Ils paraissent donc encore très marqués par une vision classique de l'information et de la communication (utilitaire, objective, additive) et par une vision hiérarchique de son traitement (l'information "remonte" et les décisions "descendent"). Malgré une grande finesse de détail l'analyse des rapports demeure assez "rustique" par rapport aux connaissances disponibles comme par rapport aux pratiques. Ceci a des conséquences dans les mesures envisagées et recommandations avancées, qui sont souvent très timides. Elles peuvent paradoxalement s'avérer suffisantes en ce qui concerne les canicules ou risques proches car désormais la situation a radicalement changé : le cadre cognitif a été modifié par la crise de 2003 et il est très probable que l'interprétation des informations ne se ferait aujourd'hui plus de la même manière, même sans mesures particulières. L'apprentissage possible et peut-être manqué par les rapports concerne plutôt d'autres risques. Le rendre possible implique cependant de s'interroger non plus sur la "détection" des crises, mais sur leur "promulgation".

3.2.1. Les indices

Il y a une question récurrente dans les rapports : sur quels indices pouvait-on identifier l'existence d'une "crise majeure" ? Sans les distinguer explicitement, les rapports considèrent principalement quatre types d'indices : les températures, les décès, l'encombrement des hôpitaux et, enfin, la saturation des funérariums. A ces quatre types il faut toutefois ajouter le cas particulier des statistiques d'intervention de la BSPP.

Les températures

Le rapport InVS montre qu'il n'y a pas de définition claire de ce qu'est une canicule (pas de seuil admis, difficulté à définir des périodes de référence). La température elle-même ne fournit pas un indice univoque : on

⁴K.E. Weick (1995), *Sensemaking in Organizations*, Thousand Oaks (Cal.), Sage.

tend à focaliser l'attention sur la température maximale alors qu'un facteur-clé pour la santé est l'écart entre maxima et minima (des minima bas permettent de supporter des maxima élevés). D'un point de vue sanitaire la canicule est un phénomène différentiel, défini par l'intervalle entre deux paramètres (ce qui en fait un phénomène difficile à appréhender).

Il y a donc un écart important entre la canicule comme catégorie évidente du sens commun ("il fait très chaud") et les indices qui permettraient de détecter, en dehors de ce sens commun, un phénomène susceptible d'avoir des conséquences sanitaires. Cet écart appelle la construction d'une procédure explicite de caractérisation de la situation météorologique et débouchant sur une décision.

Cette procédure n'existait pas et l'idée de la créer n'était pas même présente parce que la chaleur n'était pas considérée comme une source possible de problème sanitaire majeur par la plupart des acteurs concernés. Ce point est établi par tous les rapports à la suite du rapport Lalande (voir ci-dessus l'analyse de l'absence d'anticipation). A l'été 2003, les effets indésirables de la canicule étaient attendus en termes de sécheresse essentiellement, avec des impacts redoutés sur l'agriculture, les forêts, et sur le refroidissement des centrales nucléaires (et donc l'alimentation du pays en énergie électrique). Parmi les acteurs en charge des risques sanitaires, les critiques se concentrent sur l'InVS (Lalande, AN 2). Le rapport du Sénat est plus nuancé (Sénat, p. 177 et sq.). Il distingue son incapacité à détecter la crise (qu'il rapporte à l'étendue de ses missions, aux choix de priorités effectués, et à l'histoire scientifique de l'institution), et sa « *faible réactivité* » pendant la crise, imputée à un système de garde insuffisant (« *l'Institut a traversé la canicule à son rythme propre* »). Il donne la parole à des acteurs directement mis en cause dans la défaillance de l'alerte. Ainsi le directeur de l'InVS explique que, face à un « *phénomène non identifié* », la synthèse d'informations est très problématique (Sénat, p. 180). Le directeur de cabinet du ministre de la Santé, W. Dab, explique que « *une chose est de recevoir un signal, son interprétation en est une autre* » (Sénat, p. 182) et insiste sur la nécessité de s'interroger sur « *la façon de transformer une information en un fait analysable et significatif* » (Sénat p. 211).

Les décès

Les rapports notent tous que, les victimes étant principalement des personnes âgées, les décès ne constituent pas un phénomène saillant en eux-

mêmes. C'est l'excès de décès qui pouvait constituer un indice. Or la surmortalité des personnes âgées est un phénomène habituel en été (AN 1, p. 9). On peut donc considérer que l'indice était, en quelque sorte, une surmortalité excessive. Il est établi dès le rapport Lalande que des décès pour coup de chaleur avaient été signalés (trois personnes dans le Morbihan, dès le 6 août). Le rapport AN 1 suggère que, si les premiers signalements d'hyperthermie ont concerné des personnes jeunes, c'est parce que ces décès attiraient l'attention, alors que les décès de personnes âgées qui devaient se produire en même temps paraissaient "normaux".

Les rapports IGAS 2 et IGAS 3 examinent plus particulièrement cette question de la perception des décès par deux des catégories d'acteurs les plus à même de les constater : les médecins libéraux "de ville" et les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées. Le constat est le même dans les deux cas : le rapport IGAS 2 constate que les médecins libéraux n'ont pas perçu qu'il y avait en France un problème sanitaire grave, sinon tardivement, comme les citoyens ordinaires, à travers les informations diffusées par voie de presse et de télévision (IGAS 2, p. 15). Le rapport IGAS 3 note : « *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.* » (IGAS 3, p. 9). Pour expliquer ce phénomène, les deux rapports développent des analyses très semblables, fondées sur l'idée de « *dispersion* » (IGAS 2) ou de « *dilution* » (IGAS 3).

Dans le rapport IGAS 2, une analyse statistique (IGAS 2, p. 16) montre que, au niveau d'un médecin isolé ("omnipraticien"), la fréquence des décès ne pouvait constituer un indice significatif. Le rapport conclut que « *la dispersion numérique de la médecine de ville rendait impossible sa participation à l'alerte.* » (IGAS 2, p. 16, souligné dans le rapport). L'analyse statistique est assez grossière dans sa méthode :

– Les comparaisons destinées à établir le caractère exceptionnel ou non des phénomènes (p. 12 à 16) se font en rapportant les chiffres de l'année 2003 à ceux de l'année 2002 (sur les périodes correspondantes). Ceci fait l'hypothèse implicite que 2002 est une année "normale". Plus généralement, ceci rend impossible la prise en compte des variations aléatoires naturelles. Des comparaisons par rapport à des séries ou des moyennes seraient plus

probantes. Néanmoins on peut admettre que les praticiens gardent en mémoire les grandeurs rencontrées dans un passé proche plus que des moyennes.

– Elle considère une période de temps très large (1^{er} au 20 août), ce qui a pour effet de gommer les pics (deux au moins) du phénomène. En d’autres termes, les possibles excès de décès sur une journée, par exemple, ne sont pas appréhendés, alors que l’on peut penser qu’ils sont susceptibles de constituer des faits saillants retenant l’attention des praticiens. Ce que démontre en fait la statistique de l’IGAS, c’est que, pour un médecin “moyen”, il n’y avait pas de raison, le 20 août, de s’alarmer de la mortalité rencontrée depuis le 1^{er} du mois. Elle ne montre aucunement que les médecins n’ont pu, en nombre significatif, rencontrer des excès importants au cours de la période considérée.

– La statistique rapporte de plus les décès aux omnipraticiens actifs (et non aux omnipraticiens présents effectivement sur la période, c’est-à-dire en tenant compte des congés). Le rapport mentionne ce défaut (IGAS 2, p. 16), mais on peut se demander pourquoi il ne le corrige pas, les données sur les présences effectives étant disponibles ou pouvant être au moins estimées (c’est d’ailleurs largement l’objet du rapport).

Le rapport IGAS 3 étudie la même question en ce qui concerne les établissements médico-sociaux (IGAS 3, p. 19) et en ce qui concerne les services intervenant à domicile auprès des personnes âgées (IGAS 3, p. 45). Il procède à un calcul du même type que celui pratiqué pour les omnipraticiens et conclut à une « *dilution du phénomène* » qui expliquerait l’absence de prise de conscience. Le rapport IGAS 3 introduit toutefois une nuance importante en reconnaissant l’importance des variations quotidiennes : « *Concentrée sur quelques jours, elle [NB : l’importance de l’augmentation des décès] est, toutefois, devenue évidente dans certains établissements à partir du week-end des 9 et 10 août.* » (IGAS 3, p. 9)

Cet argument de la dilution ou de la dispersion dessine le scénario d’un phénomène à l’origine réparti sur une vaste portion du territoire, gagnant progressivement en intensité et ne devenant visible (ne provoquant des écarts importants entre l’attendu et le perçu) qu’en se concentrant dans des lieux et temps limités : grandes villes, services d’urgence, hôpitaux et pompes funèbres.

Cependant l’appréciation de ce scénario reste basée sur des indicateurs sommaires et de simples déclarations. On peut se demander s’il n’existe pas des modèles statistiques (épidémiologiques) pour modéliser ce genre de processus. Enfin il y a contradiction latente entre le constat que les médecins

libéraux ont été sursollicités pour établir des certificats de décès (sur la région parisienne) (IGAS 2, p. 19) et l'affirmation qu'ils n'ont pas pu percevoir qu'il y avait un nombre anormal de décès (IGAS 2, p. 16 – affirmation faite pour la région parisienne comme pour la province).

L'analyse du rôle des décès comme indice dans les rapports appelle deux commentaires. Tout d'abord, le fait de privilégier les calculs sur les décès est discutable. Les rapports IGAS 2 et 3 sur la canicule envisagent parfois d'autres indices, comme les appels, les interventions, etc., mais de manière peu systématique. Le décès est en quelque sorte le point ultime de l'alerte, celui où un dommage irréversible est constaté. Dans la gestion de la fiabilité des systèmes technologiques, par exemple, on ne considère pas que seuls les accidents caractérisés constituent des signaux d'alerte. Pour reprendre l'exemple de la surveillance de la grippe évoqué par le rapport IGAS 2 comme un modèle positif à imiter, les signaux d'alerte sont-ils définis en termes de décès ? Ou bien, plutôt, en termes de "cas" constatés ? Concernant les médecins libéraux tout particulièrement, il y a là un déplacement qui obscurcit la question-clé, l'énigme de l'absence médicale des médecins libéraux pendant la crise (voir 4.2.).

Toutefois, indépendamment du fait que ce critère d'alerte (nombre ou fréquence des décès) peut paraître protecteur pour les acteurs concernés (parce qu'il est "maximal"), on peut avancer l'hypothèse que ce critère est sans doute celui qui s'impose dans la réalité. En effet, la définition d'un cas d'hyperthermie est difficile à faire, surtout sur une personne âgée souffrant d'autres maux. Il y a peut-être, dans la démarche cognitive du personnel (médical ou social) face à ces personnes âgées souffrantes, un déficit de diagnostic. Tout d'abord, la multiplication des symptômes rend plus difficile l'identification précise d'une cause pathologique. Ensuite, cette complication permanente et l'état dégradé de la personne conduisent à une globalisation (par exemple : elle va "bien" ou "mal") et découragent la catégorisation. Ces schémas cognitifs routiniers, parce qu'insuffisamment précis, ont peut-être contribué à une ignorance ou une minimisation des indices d'hyperthermie.

A l'hypothèse de dilution statistique basée sur le calcul des décès, on peut donc envisager de substituer, au moins dans un premier temps d'analyse, l'hypothèse d'une dilution cognitive basée sur les pratiques de diagnostic (ou, plus généralement, pour inclure les personnels sociaux et socio-médicaux, d'interprétation) des cas concernant des personnes âgées. Les rapports

n'ont pas exploré cette piste, se montrant généralement très soucieux des questions d'information et peu soucieux des phénomènes d'interprétation.

Il reste que, si elles existent, ces routines cognitives ont pu s'installer parce que le cadre général d'une crise sanitaire due à une canicule n'était pas disponible. Le « *sensemaking* » s'effectue par la rencontre entre un indice et un cadre cognitif. Le cadre étant absent ou peu prégnant et l'indice affaibli ou peu saillant, la prise de conscience ne s'est pas effectuée.

L'engorgement des urgences

Les rapports mentionnent volontiers les « *images* » terribles des patients encombrant les couloirs faute d'être transférés dans des services de soins ou de réanimation (par exemple : « *Urgences saturées, attentes de plusieurs heures, victimes laissées à même les brancards, personnes décédant dans les couloirs, autant d'images qui resteront longtemps dans les mémoires.* » [AN 2, p. 113]). Il y avait là un fait saillant, susceptible de plus d'une évaluation quantitative, qui pouvait constituer un indice d'une situation anormale.

L'accumulation de patients dans les services d'urgence des hôpitaux est examinée en tant qu'indice par le rapport AN 2 qui constate : « *Il est fâcheux que les difficultés rencontrées par les urgences hospitalières aient été considérées comme résultant d'un problème de lits ponctuel, sans relation particulière avec le contexte climatique.* » (AN 2, p. 67). En fait, le problème de lits n'est pas ponctuel, il est structurel (cf. rapport IGAS 1). L'« *engorgement* » des services d'urgence n'est donc pas un indice fiable susceptible de révéler une anomalie : il est fréquent et peut être attribué à une variation aléatoire des flux entrants ou sortants ou à une difficulté spécifique (une « *surdifficulté* ») à trouver des lits d'aval.

Toutes fortes qu'elles soient, les « *images* » ne peuvent constituer un indice que pour ceux qui les voient. Le rapport du Sénat donne largement la parole au médecin urgentiste P. Pelloux (Hôpital Saint-Antoine, Paris), dont les propos suggèrent qu'elles n'avaient pas suffi, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital, pour déclencher une mobilisation de moyens exceptionnels (Sénat, pp. 188-190).

La saturation des services funéraires

La saturation des funérariums constitue, elle, un indice non ambigu. Ceci n'a rien d'évident, et les rapports ne questionnent pas ce point. Mais,

vraisemblablement, le système général des services funéraires est jugé fiable et bien dimensionné (et même largement dimensionné). C'est en raison de cette croyance (justifiée ou non) que la saturation des funérariums est perçue comme un indice et déclenche un « *sensemaking* », alors que la saturation des services d'urgences ou la fréquence des décès dans les maisons de retraite ne sont pas investies du même pouvoir par ceux qui les perçoivent (AN 2, p. 68 ; voir aussi p. 77, et p. 85 concernant l'institut médico-légal).

3.2.2. La promulgation de la crise

Le rôle des indices ne peut se comprendre que par rapport aux cadres cognitifs disponibles (actifs) pour les interpréter. La canicule est perçue comme un danger essentiellement en tant que cause de sécheresse et d'incendies. L'augmentation de la population âgée est perçue comme un problème d'accueil et d'assistance. Les deux phénomènes ne sont donc pas appelés à se croiser. Les indices susceptibles de signaler la crise sanitaire ont donc "fonction" de "créer" ou "instituer" la crise (l'"énacter", la promulguer), et non seulement de la désigner dans un répertoire cognitif déjà constitué et catégorisé.

De ce point de vue, il y a sans doute une tendance à la réification, a posteriori, de la "crise majeure". Les rapports semblent considérer que les acteurs sont en quelque sorte entrés dans la crise majeure comme on entre dans un milieu particulier, différent de celui que l'on quitte. La discussion sur le critère des températures montre que le milieu nouveau n'était pas préalablement repéré, caractérisé. L'argument de la dispersion ou de la dilution des indices revient à soutenir que ce milieu était en quelque sorte transparent ou au moins translucide. L'engorgement des urgences suggère cependant que certains acteurs avaient bien conscience d'avoir pénétré un milieu différent. Face à ces ambiguïtés, la question est alors de savoir si, comment et par qui ce milieu "différent" va être caractérisé. La caractérisation de la situation comme crise majeure est une construction, en quelque sorte une "décision". C'est en ce sens que la crise, pour exister, doit être promulguée.

Dans leurs recommandations souvent abondantes, les rapports ne traitent guère de ce point. C'est souvent qu'ils envisagent seulement la reproduction d'une canicule et que, dans ce cas, le problème de la "promulgation" de la crise ne se posera vraisemblablement pas avec la même acuité. « *Pour prévenir la répétition d'une crise caniculaire (...), 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. » (IGAS 3, p. 49). Les autres rapports détaillent les systèmes d'information à mettre en place, les procédures de circulation et de traitement de ces informations, les instances chargées de la collecte et de l'interprétation et celles chargées de la décision. Ces recommandations restent souvent marquées par un modèle vertical de l'information et de la décision qui renvoie à une vision très classique de l'organisation et de la décision (voir 3.3.).

Cependant, si l'on élargit la perspective à d'autres situations de crise présentant les traits d'origine de celle de la canicule, soit un phénomène échappant largement aux catégories bureaucratiques et aux schémas cognitifs en place (en raison même de sa trivialité, en l'occurrence), on trouve peu de réponse, dans les rapports, à la question de la "promulgation". De qui, comment et en quels termes attend-on la "déclaration de crise" qui est nécessaire pour que l'action s'adapte à la réalité exceptionnelle ? Les contributions des rapports sur cette question sont non seulement faibles, mais par certains aspects inquiétants. J'analyserai deux points : le risque de "psychose" invoqué par la BSPP pour ne pas diffuser ses données, et la reconnaissance ambivalente du rôle joué par les médias.

Les rapports globaux mentionnent la réticence de la BSPP à diffuser les données en sa possession, qui ira jusqu'au refus de les communiquer à l'InVS sans autorisation de la Préfecture de Police (voir par exemple AN 2, pp. 71, 80, 95). Dans l'analyse que les rapports font de cet épisode, les critiques sont orientées vers les reproches classiques de "cloisonnement" excessif entre administrations, d'une "rigidité" procédurale finalement attendue de la part d'institutions militaires ou policières (même si le rapport du Sénat manifeste clairement son mécontentement). Les motifs invoqués par la Préfecture de Police et repris par les responsables de la BSPP pour expliquer leur rétention d'information ne sont en revanche pas critiqués par les rapports. Il s'agissait de « ne pas provoquer de psychose » dans la population. Cet argument est particulièrement peu pertinent dans le cas d'une canicule, qui n'est pas un phénomène contagieux et dont on ne voit pas en quoi il pourrait déclencher des

comportements de panique ou créer du désordre. On peut se demander si l'on n'a pas là un signe de la prégnance d'une "théorie de la foule irresponsable", théorie finalement suffisamment admise par les auteurs des rapports pour qu'ils n'en remarquent pas l'absence de pertinence dans le cas présent – pour autant qu'elle en ait dans d'autres cas.

Plus généralement, ce point amène à évoquer la question de l'information du public par les médias, et donc la participation du public à la crise (voir aussi 4.3.). Aucun des rapports ne fait une histoire médiatique de la crise, même si la chronologie établie par le rapport Lalande mentionne certains épisodes, et si le rapport AN 2 utilise les articles du Parisien pour montrer que l'on pouvait connaître la réalité de la crise. Les médias sont souvent évoqués sur des modes très allusifs. Ainsi, l'intervention du ministre de la Santé à la télévision le 11 août n'est jamais analysée et son contenu n'est pas reproduit ni même cité dans les rapports. Le rapport du Sénat entend même expliciter cette intervention sans en rappeler le contenu : « *Ces points sont importants, car ils éclairent les conditions dans lesquelles M. le ministre de la Santé a été amené à s'exprimer le soir du 11 août à la télévision* » (Sénat, p. 15) (ce qui précède tend à montrer que des informations-clés ont été communiquées trop tard – il s'en faut d'une heure ou deux – au cabinet du ministre). Le rapport de l'InVS produit des explications embarrassées à un fait qui n'est pas explicité : « *C'est donc en tenant compte de ces différents éléments que le chiffre de 3 000 décès a été avancé par l'InVS...* » (InVS, p. 19). La formulation narrative tranche sur le style général du rapport. Toujours sur la question de l'évaluation du nombre de victimes, le rapport AN 2 écrit : « *Ces statistiques confortent les exemples rappelés depuis août 2003 lors de nombreux reportages télévisés* » (AN 2, p. 46). C'est une phrase isolée dont il convient de ne pas exagérer l'importance. Mais, prise au pied de la lettre, elle suggère que la réalité est d'abord définie par les reportages télévisés.

Ce fait qui s'exprime ici à travers cette formulation curieuse n'est pourtant pas reconnu en tant que tel, et les médias demeurent tenus à distance de l'analyse. Les déclarations, entretiens, articles, reportages ont rythmé la crise, produit des indices, constitué des enjeux, structuré des interprétations. La crise s'est jouée en partie dans les médias, non pas seulement une image plus ou moins partielle ou déformée de la crise, non pas un théâtre d'acteurs (même si ces aspects sont flagrants), mais la fabrication de la crise elle-même, sa promulgation en tant que crise, ainsi que son déploiement et sa dynamique.

Le rapport AN 2 reconnaît d'ailleurs l'efficacité des médias comme recours face au « *décalage entre la perception de la situation par les praticiens de terrain et leur hiérarchie administrative* » : « *Paradoxalement, c'est en s'affranchissant des circuits officiels de la remontée d'information que les acteurs de terrain ont donné l'alerte le plus efficacement* » (allusion aux interventions médiatiques de médecins – Pr San Marco et Dr Pelloux – AN 2, p. 112). Que cet effet demeure “paradoxal” laisse entendre que, dans un monde où les « *circuits officiels de remontée d'information* » fonctionneraient bien, les médias seraient inutiles ou ne feraient que diffuser les informations que les « *circuits officiels* » leur communiqueraient.

On peut aussi considérer que le silence des rapports sur ce problème de “promulgation” de la crise s'explique par un souci de ne pas mettre en cause les responsables politiques du moment, et notamment le ministre de la Santé. Le silence des rapports serait une manière d'éviter de rappeler le silence de ce ministre ou ses paroles malheureuses. A cet égard, l'intéressant avant-propos de Claude Evin au rapport AN 2 apparaît assez évidemment comme une “correction” au rapport (rédigé par François d'Aubert), correction orientée vers une critique du gouvernement. Mais derrière cette critique il y a une proposition intéressante, qui est que, à la différence des propositions du rapport, le “politique” est vu non pas comme un sommet hiérarchique mais comme une voix, un “donneur de sens” (« *sensegiver* ») : il énonce, promulgue la crise. Cette idée de confier l'énonciation de la crise, de sa nature et de son sens, à une subjectivité (légitimée par l'élection mais néanmoins subjectivité assumée – “le politique” s'oppose ici à l'administratif, la procédure, la mesure) est intéressante dans la mesure où elle désigne un acteur doté d'une autorité performative (au sens linguistique) – ou rappelle que le responsable politique a cette autorité. Cependant, en plus des situations performatives, qui sont largement normées et anticipées (sinon ritualisées), la crise doit généralement être qualifiée : crise de quoi, pour qui. Car l'action ne peut se déployer qu'à partir de ce sens qui est donné à la situation : les ressources disponibles peuvent alors être mises en rapport avec la situation qualifiée pour voir dans quelle mesure elles peuvent être pertinentes, comment elles peuvent être réinterprétées, mobilisées et bricolées pour que l'on puisse en faire des réponses à une question pour laquelle elles n'ont pas été préparées. Ainsi des plans blancs : sorte de couteau suisse de l'urgence sanitaire, ils peuvent être acti-

vés intelligemment si la crise est énoncée (légitimité de la mesure) et si son sens est défini (opérationnalité, ce qui implique un choix parmi les outils du couteau suisse). Ce n'est pas la précision qui est ici un enjeu, mais la pertinence générale : c'est bien pourquoi le politique est attendu, et non l'expert ou l'administratif.

3.3. L'analyse organisationnelle et la critique de la bureaucratie

L'objet de cette section est de voir comment les rapports appréhendent les organisations et les processus qui façonnent leur action. La crise de la canicule met en jeu un ensemble complexe d'organisations de natures très variées. L'histoire de la crise est aussi l'histoire d'organisations qui n'ont pas produit une action adéquate. Et les mesures préconisées dans les différents rapports relèvent pour une bonne part du design organisationnel (pour d'autres parts elles concernent des mesures d'ordre médical ou technique et aussi des mesures d'ordre juridique ou réglementaire, catégories sur lesquelles je ne porterai aucun jugement). Je retiendrai deux points : tout d'abord, les rapports se livrent souvent à une critique sévère de la bureaucratie publique ou parapublique, mais leurs propositions s'inscrivent cependant la plupart du temps dans le cadre du modèle hiérarchique caractéristique de cette bureaucratie critiquée ; ensuite, les rapports reconnaissent inégalement l'écart entre la loi et la réalité d'une organisation et de son action. Les analyses ici présentées sont construites essentiellement à partir des sections des rapports consacrées à l'alerte et concernent donc peu les établissements de soins eux-mêmes, puisque dans les rapports ces derniers sont peu appréhendés dans leur dimension organisationnelle.

3.3.1. Le modèle hiérarchique critiqué et réhabilité

Sur cet aspect organisationnel il faut nettement distinguer les rapports de l'IGAS et les rapports "globaux" (Lalande, AN 1, Sénat et AN 2) (les rapports InVS et INSERM ne sont pas concernés).

Les rapports IGAS montrent un grand souci, sinon une obsession, des aspects réglementaires et juridiques, mais ils contiennent également des descriptions et analyses très fouillées des organisations étudiées et de ce qui s'y passe non pas "en principe" mais "réellement". Ils contiennent beaucoup d'exemples et d'illustrations concrètes. Le rapport IGAS 1 porte une atten-

tion remarquable aux “routines”, aux procédures telles qu’elles sont concrètement appliquées (cf. la description de la recherche d’un lit disponible p. 30 et sq.). Il approche les organisations étudiées comme des systèmes concrets d’acteurs en relations (cf. p. 44 sur les conditions de réussite de la gestion partagée des lits, ou la formation et la pérennité des réseaux p. 47). Le rapport IGAS 3 est également très attentif aux questions organisationnelles, managériales, aux processus concrets, aux pratiques. Les dispositifs sociaux et médico-sociaux sont décrits avec précision, non pas tant dans une perspective juridico-administrative (le cadre en est néanmoins rappelé, ce qui est indispensable), mais plus comme des contextes d’action qui doivent être compris dans leur complexité et dans leur variété (considérables).

Les rapports globaux ne montrent pas, ou pas souvent, le même souci et la même finesse. Si l’on excepte le rapport Lalande, il est clair que des députés ou des sénateurs ne peuvent avoir la même dextérité sur ces questions que des spécialistes de l’IGAS, spécialistes de l’analyse et spécialistes des systèmes en question. On peut cependant juger que les députés et les sénateurs ont fait un usage très limité des rapports IGAS, se bornant à reprendre les conclusions générales ou les données quantitatives et restreignant sans doute ainsi la qualité de leurs analyses ainsi que celle de leurs recommandations.

Les rapports de l’Assemblée Nationale et du Sénat se livrent volontiers à une critique intense de la bureaucratie. Le terme « *cloisonnement* » revient sans cesse, ainsi que la « *lourdeur* » ou les « *corporatismes* ». Cependant, ils dépassent rarement ces constats qui relèvent d’une critique convenue, sinon de clichés, que ce soit dans l’expression exacte de ces phénomènes ou la recherche de facteurs les favorisant. Le résultat est que les remèdes proposés sont bien souvent eux aussi convenus et superficiels. Par exemple, le rapport AN 2 exhibe un organigramme graphiquement très expressif pour dénoncer la structure excessivement compartimentée de la DGS (AN 2, p. 107). Mais plus loin, après avoir déploré le mode de fonctionnement « *alvéolaire* » de l’administration, le rapport écrit : « *Il apparaît tout d’abord nécessaire d’accentuer le travail en réseau des administrations publiques. Cela passe essentiellement par des contacts réguliers entre responsables de haut niveau, lesquels doivent pouvoir rester joignables en cas de difficulté.* » (AN 2, p. 183). Pendant la canicule, les « *responsables de haut niveau* » ont été parfaitement joignables mais, joints ou pas, ils n’ont pas déclenché l’alerte ni mobilisé les moyens requis.

On trouve encore : « (...) *il ne serait sans doute pas inutile d'intensifier ces réunions internes et interministérielles* » (AN 2, p. 185). Cette surprenante assimilation du travail en réseau à une coordination au sommet fait également écho au constat suivant. Sous le titre « *une mobilisation du système sanitaire par le bas* », il est écrit : « *Le système hospitalier a su répondre à la crise qu'il vivait. Il est intéressant d'observer que sa mobilisation a "cheminé" du bas vers le haut, ce qui est surprenant en période de crise, où, théoriquement, les pouvoirs publics prennent de manière coordonnée les décisions qui s'imposent* » (AN 1, p. 16). Malgré une faillite générale (Sénat, p. 73, cri de Mattei) le modèle hiérarchique vertical n'est critiqué qu'à son sommet (directions centrales, cabinet, etc.), non dans son architecture globale (Sénat, p. 84).

Enfin, alors que les préfets ont joué un rôle bien peu actif dans la crise de la canicule, les rapports convergent vers « *la nécessaire réaffirmation de la prééminence des préfets dans la gestion de crise* » (AN 2, p. 186 : titre ; on trouve une recommandation semblable dans le rapport du Sénat pp. 220-221). Le modèle administratif hiérarchique traditionnel demeure donc la solution, sans doute parce que les idées alternatives ne sont pas disponibles, en raison d'un manque de culture ou de curiosité ou de sensibilité à la dimension organisationnelle. Même lorsqu'elles sont mentionnées, les idées de réseau, de distribution de l'information, de distribution de l'attention, de coordination horizontale, sont profondément étrangères aux auteurs du rapport. Le modèle hiérarchique qui a montré son inefficacité pendant la crise demeure le seul envisagé : les rapports se soucient seulement de le voir mieux fonctionner.

3.3.2. La loi et l'histoire

Les rapports IGAS 1 et 2 enquêtent sur de possibles manquements aux cadres législatifs et réglementaires de la part d'acteurs du système de soins (les hôpitaux et les médecins libéraux). Ils concluent qu'il n'y a pas eu d'écarts nets ou, s'il y en a eu, qu'ils sont imputables à des décalages provoqués par la mutation du cadre réglementaire (sur l'organisation des permanences, par exemple). Le cas de l'InVS apporte un éclairage différent. Parmi les institutions mises en cause dans le rapport Lalande, l'InVS est certainement celle qui trouve le moins de défenseurs et qui reste, d'un rapport à l'autre, soumis à des critiques sévères. La référence prise d'emblée pour analyser le comportement de l'InVS pendant la crise est celle de la loi, qui est

rappelée par le rapport Lalande et détaillée par le rapport AN 2 (pp. 59-60). Les rapports considèrent que l'InVS a failli dans l'exercice de sa mission, avant de concéder quelques circonstances atténuantes. Le jugement est clair : « (...) *l'InVS n'a pas permis de prévenir la crise comme il l'aurait dû, du moins en regard de la loi.* » (AN 2, p. 60). Le fait que le contrat d'objectifs et de moyens passé entre la DGS et l'InVS ait mis l'accent sur le bioterrorisme et que le risque climatologique n'ait pas été retenu comme prioritaire dans ce contrat est entendu mais n'est pas retenu comme une explication valable du comportement de l'InVS. Néanmoins le rapport n'accable pas totalement l'InVS. La restriction introduite par « *du moins* » dans la phrase ci-dessus suggère qu'il existe une autre référence possible que la seule loi, envers laquelle le jugement pourrait ne pas être aussi sévère ; ou, pour le dire autrement, que la loi est une référence particulièrement exigeante en l'occurrence, c'est-à-dire partiellement irréaliste. On peut supposer que le rapport prend ainsi en compte l'argument du contrat d'objectifs et de moyens. Plus ouvertement, le rapport trouve dans l'histoire scientifique et institutionnelle de l'InVS des raisons à son orientation sélective privilégiant les maladies infectieuses (p. 61) et l'analyse a posteriori.

On voit donc que les rapports (surtout Lalande et AN 2) ne reconnaissent pas ou peu le rôle des agendas politiques et organisationnels dans l'orientation de l'action (y compris quand ils sont officiels comme dans un contrat d'objectifs et de moyens) – rôle que la sociologie, l'analyse des organisations et la science politique considèrent comme primordial. On peut y voir un écho de l'absence du « politique » dénoncé par Claude Evin dans son avant-propos (AN 2). On peut aussi remarquer que l'InVS ne bénéficie pas, ou pas dans la même mesure, d'une imputation de son comportement pendant la crise à des facteurs structurels, à la différence d'autres acteurs (voir 2.). Cependant les rapports admettent, en second plan, le poids de l'histoire dans la construction d'une organisation.



4. DERRIÈRE LES FACTEURS STRUCTURELS



4. DERRIÈRE LES FACTEURS STRUCTURELS

Les rapports imputent à des facteurs structurels les difficultés rencontrées par le système de soins pendant la crise. Les comportements des acteurs du système de soins sont peu étudiés en eux-mêmes, ils sont d'emblée interprétés comme des conséquences structurelles et en tant que conséquences ne paraissent pas devoir retenir l'attention. Cette interprétation apparaît cependant comme une réponse aux imputations faites par le rapport Lalande envers les hôpitaux d'une part et les médecins libéraux d'autre part. Le rapport Lalande voit en effet dans les prises de congés des médecins libéraux une des causes de l'afflux de patients dans les services d'urgence et dans des fermetures excessives de lits la cause d'une capacité d'accueil insuffisante, avec pour conséquence "l'engorgement" de ces mêmes services d'urgence. Ce dernier point soulève également la question des plans blancs, ces dispositifs susceptibles de dégager des capacités de soins en cas de crise, dont les rapports établissent qu'ils ont été très peu utilisés.

4.1. L'engorgement et les plans blancs

4.1.1. Les hôpitaux face à l'afflux de patients

« *L'engorgement* » est le terme qui désigne les conséquences de l'afflux de patients dans les services d'urgence des hôpitaux. Ce phénomène n'est défini de manière précise dans aucun des rapports : on ne cherche pas à le qualifier ni à le mesurer. La traduction tangible qui est invoquée (incidem-

ment) est celle des « images » des reportages télévisés (AN 2 commission, p. 113 : « Urgences saturées, attentes de plusieurs heures, victimes laissées à même les brancards, personnes décédant dans les couloirs, autant d'images qui resteront longtemps dans les mémoires. »).

Le phénomène est envisagé sous plusieurs angles différents :

– comme une manifestation de la crise en tant que crise : le dépassement de la capacité d'accueil des services d'urgences témoigne de ce qu'il s'est produit un phénomène anormal ; avant donc l'estimation de victimes (les décès), l'engorgement établit le caractère de crise de la canicule en donnant la mesure du phénomène ;

– comme un indice disponible qui pouvait conduire à prendre conscience du caractère exceptionnel de la situation et amener les acteurs à déclencher des réponses globales ou locales (plans blancs) (c'est d'ailleurs le sens que prend l'intervention médiatique du médecin urgentiste P. Pelloux pendant la crise) ;

– comme un défaut de qualité dans le service rendu aux patients : attente excessive, inconfort, atteinte à la dignité, etc. ;

– comme une difficulté ajoutée aux conditions d'action des personnels soignants dans les services d'urgence : encombrement, surcharge, distraction des tâches de soins pour “trouver des lits”, etc.

Cependant, ce dernier point ne fait pas l'objet d'une évaluation en termes d'effets sur les patients. La question de savoir si cet « engorgement » a pu conduire à ce que les patients reçoivent des soins insuffisants et s'il a donc constitué un facteur d'aggravation des dommages n'est évoquée par aucun des rapports. En d'autres termes, la dégradation du service hospitalier n'est pas étudiée comme une cause possible de surmortalité.

4.1.2. Lits fermés et lits rouverts

Dans la recherche des causes et dans les imputations de responsabilité, le problème “engorgement” amène à la question des “fermetures de lits”. Envisagé comme un problème de flux, l'engorgement est imputé à une capacité d'accueil insuffisante. Le rapport Lalande en trouve la cause principale dans les fermetures de lits opérés pendant l'été et identifie un taux de fermeture excessif. Le rapport IGAS 1 examine cette question et établit que les fermetures de lit n'ont pas été excessives. Les autres rapports ajoutent peu d'éléments sur cette question, qu'ils reprennent de manière peu approfondie

et souvent en ignorant les informations apportées (il est vrai de manière assez contournée) par le rapport IGAS 1.

En fait la question des fermetures de lits recouvre deux problèmes complémentaires :

– un problème de nature administrative qui est celui de la procédure par laquelle les hôpitaux calculent et valident la réduction de leur offre de soins pendant la période estivale et les raisons pour lesquelles cette offre de soins doit être réduite ; derrière ce problème se pose la question de savoir si cette réduction est maîtrisée par les autorités sanitaires ; c'est donc une question de gouvernement du système de soins.

– un problème de nature organisationnelle qui est de savoir ce que signifie exactement un "lit fermé" face à une situation d'urgence ou, en d'autres termes, à se demander jusqu'à quel point un lit fermé le demeure et pourquoi. Ce point renvoie au fonctionnement interne de l'hôpital.

Le rapport Lalande impute les difficultés rencontrées par les hôpitaux à « une période estivale marquée par des fermetures de lits d'hôpitaux plus importantes que prévues » (titre 3.1.2., pp. 38-39). Il indique que les prévisions de fermetures transmises par les établissements à la DHOS auraient été dépassées dans de nombreux cas.

Le rapport IGAS 1 est directement issu du constat fait par le rapport Lalande. La lettre de mission qui le motive (citée en annexe du rapport IGAS 1) fait référence au rapport Lalande qui « a mis en exergue le phénomène de fermeture estivale de lits d'hospitalisation comme l'une des difficultés importantes rencontrées par le système sanitaire pour faire face à la crise ». Le rapport IGAS 1 lui-même débute par un récit au conditionnel – mode rarement employé dans les rapports – qui est semble-t-il destiné à être confirmé ou infirmé par les investigations menées par ses auteurs.

« En d'autres termes, selon cette analyse, dans certains hôpitaux les prévisions annoncées n'auraient pas été respectées, les possibilités d'hospitalisation auraient donc été réduites, les services d'urgences n'auraient pas pu transférer les malades, ceux-ci auraient "stationnés" aux services d'accueil des urgences, lesquels auraient été rapidement saturés. » (IGAS 1, p. 5).

Cependant le rapport donne immédiatement une traduction assez surprenante de ce récit en formulant les questions à examiner :

« L'examen du problème posé par cette prévision de disponibilité de lits qui n'aurait pas été respectée, est sous-tendu par trois séries d'interrogations :

– existe-t-il une procédure formalisée de prévision de fermetures de lits ? est-elle commune à tous les établissements ?

– quelle est la qualité de cette procédure ? quel crédit peut-on accorder à ces prévisions ?

– ces prévisions sont-elles respectées ? » (IGAS 1, p. 5).

Cette reformulation pour le moins restrictive des questions posées par le récit au conditionnel ne fait que reprendre les termes de la lettre de mission. Celle-ci, en effet, après sa référence au rapport Lalande, restreint très nettement la dimension de l'investigation. Il ne s'agit pas de voir si et dans quelle mesure la fermeture des lits a eu un impact sur la gestion de la crise (avec par exemple des mesures qualitatives ou quantitatives de cet impact), mais de mesurer les écarts entre les prévisions de fermeture et les réalisations. La lettre expose la procédure de prévision des fermetures estivales mise en place par la DHOS et donne cette instruction « *pour faire l'analyse du phénomène de fermeture de lits dans les établissements hospitaliers durant l'été* » : « *Les différences entre les prévisions de l'administration centrale et la réalité des fermetures de lit seront précisément relevées ainsi que les raisons de ces écarts.* »

La question n'est donc pas : a-t-on fermé trop de lits par rapport aux besoins ? mais : a-t-on fermé trop de lits par rapport aux prévisions ? La référence n'est plus la réalité externe des besoins de soins mais une procédure interne de prévision.

Dès la page 5 cependant le rapport IGAS 1 suggère l'inanité de la question posée en explicitant la procédure à laquelle la lettre de mission fait référence : cette procédure « *visait essentiellement à connaître les prévisions de fermetures de lits pour chaque région et non pas à imposer des normes et de [sic] consignes détaillées pour véritablement organiser l'activité hospitalière durant la période des vacances d'été.* » Le rapport fait une analyse très précise de la procédure et en dresse une évaluation très sévère (même s'il juge que c'est une amélioration) : objectif flou, information collectée peu utile car trop peu détaillée et périodicité trop faible (15 jours). La comparaison avec le dispositif de l'AP-HP renforce cette critique largement implicite. Pour faire bonne mesure il est suggéré que l'information collectée est sans grande valeur du fait d'un manque d'homogénéité de la terminologie utilisée (p. 15). Enfin : « *Porter une appréciation sur le taux moyen de fermeture de lits suppose que l'on soit en mesure de comparer celui-ci à un taux de référence* » (p. 26). Or

celui-ci n'existe pas et on n'est pas en mesure d'en déterminer un (sauf partiellement pour l'AP-HP compte tenu des spécificités de la région parisienne).

En d'autres termes, le rapport IGAS 1 établit que ces prévisions ont une finalité informationnelle et non décisionnelle. Elles ne sont pas un outil de pilotage pour la DHOS. Dit encore plus brutalement : l'administration centrale ne gère pas cette variable.

Le rapport répond à la lettre à la question posée dans sa formulation restreinte : non, il n'y a pas eu d'écarts significatifs. Il ajoute que de toute façon les établissements ont pu rouvrir des lits rapidement, ce qui suggère que la question importante n'est pas celle des fermetures prévues, mais celle des lits effectivement "ouvrables" en cas de besoin.

La conclusion du rapport est donc que « *l'existence de fermetures de lits plus importantes que prévues ne constitue pas le facteur principal d'engorgement des services d'urgences pendant la canicule* » (titre 1, p. 5), repris p. 35 sous cette formulation : « (...) *le phénomène de fermetures de lits n'a pas constitué l'élément déterminant des capacités du système de soins à faire face à l'afflux inopiné de patients. Cette capacité a reposé bien davantage sur la rapidité avec laquelle les établissements ont, l'effet de surprise des premiers jours surmonté, réactivé les lits au fur et à mesure des besoins.* » Cependant le rapport ne cherche pas à identifier ce « *facteur principal* » ou cet « *élément déterminant* ». On peut même penser que la formulation utilisée (« *l'effet de surprise des premiers jours surmonté* ») tend à nier le phénomène. Le rapport fait la concession de l'existence d'un délai de réaction. Que recouvre cet « *effet de surprise* », quelle est la nature de cet effet ? Pourquoi y a-t-il surprise, dans quelle mesure ? Pourquoi l'effet est-il attribué à la surprise, ou pourquoi la surprise engendre-t-elle cet effet ? Enfin, quels sont ces « *premiers jours* » ? C'est ce délai de réaction, jamais décrit ni mesuré, qui contient en lui toute la question initiale, celle de l'engorgement, pas davantage décrit ni mesuré. Enfin, on note aussi que derrière son apparence de rigueur, le vocabulaire employé est très ambigu. Le mot « *capacité* » a-t-il ici un sens purement quantitatif (jauge), un sens neutre (possibilité matérielle), ou un sens positif (constat de réalisation) ? « *Rapidité* » peut également être entendu comme un terme neutre (échelle de vitesse) ou comme un terme positif (contraire de lent).

Le rapport IGAS 1 peut donc à première vue être jugé sévèrement sous l'angle de son apport à la compréhension de la crise : il délaisse le problème de fond pour répondre de manière pointilleuse à une question de faible pertinence.

4. DERRIÈRE LES FACTEURS STRUCTURELS

On peut être tenté d'y voir une opération de défense de l'institution hospitalière et/ou du ministre de la Santé. Sa structure peut en effet être analysée ainsi :

(effets) => imputations de responsabilité pour cause d'écart à la règle => investigation sur l'écart à la règle => constat d'absence d'écart => (réfutation de l'imputation de responsabilité)

Cependant, derrière le respect formel de la lettre de mission, de manière indirecte, le rapport établit clairement des points très importants :

1) Il n'y a pas de contrôle global par les autorités administratives et par le ministère sur les fermetures de lits estivales, parce qu'il n'y a ni politique ni outil pour le faire.

2) Les fermetures sont le résultat de « *facteurs endogènes* » aux hôpitaux et non d'une politique de soins adaptée aux besoins de la population et sont sans rapport avec les besoins de la population. Le rapport donne des descriptions réalistes et détaillées de procédures et "routines" organisationnelles qui sous-tendent les décisions de fermeture de lits et établit que ces dernières sont dictées par des raisons internes à chaque établissement. Les fermetures sont qualifiées de « *variable d'ajustement* ».

3) En cas de crise, le point crucial n'est pas le niveau de lits fermés mais la capacité à les réactiver rapidement. Le rapport donne là également des descriptions fines des négociations quotidiennes entre les services d'urgences et les services de soins (pp. 30-32), descriptions qui ne donnent pas une image apaisée et solidaire de l'univers hospitalier. Il écrit que « *le grand âge des patients est souvent aussi un élément qui n'incite pas les services sollicités à les accueillir d'emblée* ». Les analyses sur la mobilisation du personnel hospitalier suggèrent également que celle-ci ne va pas sans difficultés, contrairement à l'image de spontanéité désintéressée qu'en donnent d'autres rapports. Ainsi, p. 32, il est écrit que le rappel de personnels en congés annuels constitue une « *mesure très rarement mise en œuvre parce que techniquement et culturellement très difficile à concrétiser* ». La référence à la « *culture* » peut apparaître comme une euphémisation. Les propositions de mesures « *d'accompagnement* » à l'égard du personnel (p. 51) reviennent sur le problème du rappel sous un angle plus juridique mais aussi sur des questions de rémunération des heures supplémentaires.

Ces points ne seront pas ou peu repris par les rapports suivants.

Le rapport AN 1 ne rappelle pas les éclaircissements de l'IGAS sur la réalité de la procédure de planification des fermetures, mais au contraire paraît réaffirmer l'idée d'une politique maîtrisée de fermetures : « *la demande du ministre de la Santé de réduire le nombre de fermetures de lit pendant l'été (...) était légitime* » (AN 1, p. 27). Sur l'engorgement lui-même, le rapport constate de manière assez proche de l'IGAS que « *la difficulté de trouver un lit dans les autres services de l'hôpital est quasiment structurelle pour les urgences* » (AN 1, p. 24). Il écrit ensuite : « *Cette situation [NB : la crise] n'a pu être surmontée que par un réflexe de solidarité de l'ensemble de l'hôpital. Les urgentistes ont pu, avec plus ou moins de difficultés, convaincre leur administration et leurs collègues des autres services que leurs demandes de lit ne relevaient pas de l'antienne habituelle mais d'une absolue nécessité.* » (AN 1, p. 24). On peut juger qu'un « *réflexe de solidarité* » qui exige la démonstration que la demande habituellement légitime est cette fois encore plus légitime n'a rien d'un réflexe et ne relève guère de la solidarité. La formulation contradictoire du rapport vise ici, comme à d'autres endroits, à réaffirmer et protéger l'unité de l'institution hospitalière.

Le rapport du Sénat s'attarde peu sur le problème des fermetures de lit. Il note la « *rigidité des modes de fonctionnement de l'hôpital* » (Sénat, pp. 228-231).

Le rapport AN 2 ignore pareillement l'analyse faite par l'IGAS sur la procédure de planification des fermetures : « *Le ministre de la Santé était conscient de ce problème et il avait donné des instructions à la DHOS pour que le nombre de lits fermés à l'été 2003 soit inférieur à celui de l'été 2002.* » (p. 118). En revanche, il déclare (p. 120) que le rapport IGAS a confirmé le rapport Lalande sur ce point des fermetures excessives, alors que c'est l'inverse.

A cet égard le concept de « *fermeture de lit* » reçoit dans le rapport AN 2 un sens absolu et un peu mystérieux. L'analyse accepte cette catégorie administrative abstraite aux dépens de la réalité physique de la capacité d'accueil. Là encore, le travail fait par l'IGAS est largement ignoré. Le rapport fait montre sur ce sujet d'une faible capacité d'analyse organisationnelle, s'interrogeant peu sur les processus concrets et les logiques internes, s'en tenant à la stigmatisation des « *lourdeurs administratives* » et appelant à « *une application exacte des objectifs* » sous peine de « *sanctions* », soit des solutions bien classiquement administratives. Bien que le rapport stigmatise « *la persistance des corporatismes internes à l'hôpital* » (titre p. 132) et les « *rigi-*

dités », « lourdeur », « manque de dialogue », « cloisonnement », « morcellement », « querelles de chapelles », il ne s'appuie sur aucune analyse concrète. L'intérieur de l'hôpital reste très largement ignoré par le rapport (notamment les points-clés des négociations entre services et avec la direction pour l'obtention de lits d'aval et de personnel). En particulier, les médecins non urgentistes sont exempts de toute analyse. Les syndicats sont également absents. En revanche, le rapport AN 2 ajoute au rapport IGAS une analyse des effets pervers de la procédure de l'accord préalable.

Incidemment, on notera que le rapport AN 2 est plutôt sévère sur l'AP-HP (par exemple : p. 93 ; 94 ; 116 ; 133) alors que le rapport IGAS 1 était lui plutôt positif (relativement aux autres institutions hospitalières).

Au total il apparaît que malgré un travail important de recueil de données et d'analyse, la question de l'engorgement n'a pas été véritablement traitée par les rapports, dans la mesure où des dimensions importantes du phénomène sont ignorées (impact sur les victimes, notamment), où il n'en est pas donné une mesure précise, où l'analyse des causes est déplacée vers une question formulée de manière biaisée (les fermetures de lit), et où les analyses peinent à restituer les processus et les comportements des acteurs concernés (à l'intérieur de l'hôpital). Le rapport IGAS 1 contient les éléments nécessaires mais, parce qu'il s'en tient assez artificiellement à la lettre de sa mission, ne formule pas clairement son analyse. Les autres rapports semblent négliger ou éviter de reprendre les informations mises à jour par l'IGAS. A ceci on peut avancer au moins deux raisons :

- la répugnance ou la timidité à “entrer dans l'hôpital” et à analyser, au risque de les mettre en cause, les comportements des personnels soignants (voir analyse du “récit commun”) ;

- le souci d'éviter la mise en évidence de l'absence de maîtrise du gouvernement et de l'administration centrale sur ce qui apparaît rétrospectivement comme une lacune considérable dans la gestion globale de l'offre de soins.

4.1.3. Les plans blancs

Les rapports, on l'a dit, convergent vers un récit où les services d'urgence, donc les hôpitaux, ont eu à faire face à un afflux exceptionnel de patients, tandis que l'appareil administratif, qu'il soit local (DDASS, ARH)

ou national (DGS, DHOS, jusqu'au cabinet du ministre), demeurait inconscient de l'existence d'un événement sanitaire exceptionnel et en conséquence ne déclenchait aucune mobilisation de moyens pour y faire face. Les hôpitaux se sont donc trouvés isolés face à la situation exceptionnelle à laquelle ils étaient confrontés, avec notamment un phénomène d'engorgement résultant d'une insuffisance de personnels et de lits pour accueillir les patients.

Cependant, les hôpitaux disposaient d'un dispositif d'urgence prévu pour faire face à un afflux massif de victimes : les "plans blancs". Ces plans, officiellement « *plans d'accueil hospitaliers* », institués depuis 1987 et actualisés annuellement, permettent à un hôpital « *d'adapter les capacités d'accueil de l'établissement, par transferts de malades vers des services moins exposés ou par annulation des admissions non urgentes* », « *de rappeler des personnels en renfort, grâce à des numéros de téléphone consignés dans des enveloppes sous scellés* », et « *de gérer plus efficacement la prise en charge des familles et des médias, et de mettre la logistique de l'hôpital en adéquation avec les besoins* » (AN 2, p. 134). Ils sont préparés de manière coordonnée au niveau départemental.

Bien que conçus sans référence à un événement caniculaire, les plans blancs constituaient un des rares outils dont disposaient les acteurs de terrain pour faire face à une crise qu'ils affrontaient sans soutien de leur administration de tutelle. Un seul hôpital (Créteil) a déclenché spontanément le plan blanc (et ceci tardivement : le 11 août). Cette mesure a été étendue à tout le département correspondant le lendemain, sur l'initiative du préfet. L'AP-HP a pris des mesures partielles "type plan blanc" dès le 8 août, complétées le 11 août par un second volet, avant d'officialiser la mesure le 13 au soir. D'autres établissements affirment avoir pris des mesures "type plan blanc", partielles, et officieusement. Le plan blanc est généralisé le 14 août sur décision du Premier Ministre.

Le fait que les directeurs d'hôpitaux n'aient pas eu recours à cet outil, ou dans une proportion si modeste, est donc une énigme qui appelle explication. Les rapports, cependant, n'en donnent pas de satisfaisante.

Le rapport IGAS 1, relatif aux fermetures de lit, consacre moins d'une demi-page aux plans blancs (IGAS 1, p.34). Ceux-ci sont pourtant un moyen de dégager des lits en situation exceptionnelle. Le rapport affirme que le déclenchement du plan blanc généralisé par le Premier Ministre « *a eu un effet bénéfique, parce qu'il a été assimilé à une "réquisition"* ». Il a permis de « *légitimer les déprogrammations d'interventions (...)* », « *sensibiliser le personnel*

et justifier les mesures exceptionnelles » et, « s'agissant du personnel médical, faire lever un certain nombre de réticences (voire de refus) afin de permettre les "hébergements" ».

Ce paragraphe très bref et très dense est surprenant car c'est la seule mention, dans le rapport, de résistances sérieuses face aux mesures envisagées pour faire face à la pénurie de lits. La description du processus d'obtention de lits par les SAU faite p. 31 est beaucoup plus mesurée. Les mots employés sont ici très forts : réquisition, légitimer, justifier, réticences, refus. Ils suggèrent que la coopération de certains acteurs, notamment médicaux, ne pouvait être obtenue sinon par le moyen d'une contrainte forte.

Le rapport poursuit : « *Beaucoup d'hôpitaux l'ont mis en œuvre de fait (au moins dans certains de ses aspects) sans avoir besoin de l'annoncer* » (IGAS 1, p.34).

Cette seconde affirmation semble en contradiction avec la première. Le rapport commence par attribuer au plan blanc un pouvoir de type "institutionnel", que lui confère son statut reconnu de mesure d'urgence officielle. Il ne s'agit donc pas seulement d'une liste de mesures techniques. Or la mise en œuvre "de fait", partielle et officieuse, ne peut conférer ce pouvoir institutionnel de "réquisition".

Le contenu de ce paragraphe laisse soupçonner que le système hospitalier a réagi de manière moins homogène et moins spontanée que les conclusions du rapport Lalande ne le laissent penser. Mais la vitesse de réaction des hôpitaux n'est jamais évaluée (pas plus que l'engorgement). Le rapport ne mesure pas non plus les moyens par lesquels les hôpitaux ont fait face : répartition des lits trouvés entre lits rouverts, lits vacants trouvés dans des services de soins, lits trouvés dans d'autres établissements, etc.

Le rapport du Sénat fait le constat d'un déclenchement tardif mais n'approfondit pas la question (Sénat, pp. 165-166).

En revanche, le rapport AN2 y consacre cinq pages (pp. 133-138) en commençant par déplorer le faible recours à ce dispositif. Le raisonnement présenté peut être résumé ainsi :

- 1) Le rapport affirme que les plans blancs ont été très efficaces une fois déclenchés officiellement le 14.
- 2) Il en tire qu'ils auraient dû être déclenchés plus tôt et officiellement.
- 3) Il constate que, s'ils ne l'ont pas été, c'est parce que les directeurs

d'établissements doutaient de l'efficacité de certaines mesures contenues dans le plan.

4) Il reconnaît notamment que celle concernant le rappel des personnels en vacances était irréaliste.

5) Il reconnaît également que des mesures type plan blanc, pertinentes et réalistes, ont été prises par de nombreux établissements.

On peut donc se demander pour quelles raisons le rapport déplore le trop faible recours aux plans blancs ; pourquoi il ne porte pas plutôt un jugement positif sur le pragmatisme des directeurs d'établissement ; pourquoi il juge que le déclenchement officiel si tardif a eu autant d'efficacité ; et pourquoi il loue un dispositif qui contient des mesures irréalistes.

Il ressort de cette analyse que :

– les raisons pour lesquelles cet outil a été si peu utilisé, ou utilisé de manière partielle, demeurent obscures ; mais elles semblent relever de processus internes aux hôpitaux : le plan blanc modifie en effet l'équilibre des pouvoirs et son déclenchement met en jeu la légitimité du motif (on touche là à la perception de la crise) et du "déclencheur" d'alerte (ce qui touche aux rapports entre groupes)

– on manque là l'occasion d'analyser la validité concrète d'un outil de gestion de crise.

Quant à la raison pour laquelle le rapport AN 2 déplore l'absence de recours aux plans blancs, on peut en trouver une trace possible dans cette citation : « *leur déclenchement a une lisibilité bien plus grande, y compris pour le grand public, que les plans ad hoc.* » (AN 2, p. 136). Le déclenchement des plans blancs aurait donc eu cette vertu essentielle de manifester l'action publique dans un contexte où celle-ci brillait par sa discrétion. Il est en quelque sorte reproché aux directeurs d'établissement de ne pas avoir été les substituts des administrations centrales ou déconcentrées auprès, non pas des victimes de la crise, mais du grand public qui assistait par ailleurs aux reportages télévisés et lisait les enquêtes du Parisien, très lisibles les uns comme les autres.

4.2. Les soins libéraux

Note 1: par médecins libéraux, on désigne ici les médecins libéraux exerçant "en cabinet", et principalement les médecins généralistes, soit la médecine dite "de ville" classique. Les médecins libéraux exerçant dans le

cadre de services opérant en continu (SOS médecins, par exemple) ne sont pas concernés par cette analyse.

Note 2 : cette section traite du rôle des médecins libéraux dans les soins et non dans l'alerte ; ce dernier point est traité dans la section 2.1.

4.2.1. Mise en cause et défense des médecins libéraux

Les médecins libéraux sont mis en cause assez directement dans le rapport Lalande (pp. 39-41) : leur contribution à la gestion de la crise a été marginale, et ce parce qu'ils étaient peu disponibles. Le rapport suggère que cette indisponibilité avait deux causes essentielles : des prises de congés massives et des permanences non assurées. Cette absence des médecins libéraux est évidemment en contradiction avec l'image admise du "médecin de famille" proche de ses patients et assurant, par cette proximité et par sa présence continue, la qualité des soins à l'ensemble de la population française. Mais le rapport Lalande ne fait pas que pointer l'absence des médecins : il indique que cette absence a eu pour conséquence un report de la demande de soins sur les services d'urgence, entraînant ainsi leur saturation, leur engorgement. Les médecins libéraux sont ainsi pris en défaut de solidarité avec l'ensemble de la profession médicale.

La mise en cause faite par le rapport Lalande motive le rapport IGAS 2 (analysé plus loin).

Tous les rapports suivants abordent le rôle des médecins libéraux dans la crise en allant dans le sens d'une atténuation des critiques du rapport Lalande, à l'exception du rapport IGAS1 (qui ne traite pas la question) et du rapport IGAS 3, qui ne la traite que très brièvement, mais avec dureté :

« 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. » (IGAS 3, p. 37)

Les rapports globaux (AN1, Sénat et AN2) se livrent à des constats souvent embarrassés de la contribution des médecins libéraux. Les formulations employées en témoignent :

« La médecine de ville, une action réelle mais peu visible » (AN 1, p. 22)

« (...) présents mais peu sollicités » (Sénat, p. 174)

« Il est indéniable que la médecine de ville n'a sans doute pas joué un rôle aussi important qu'elle avait vocation à le faire. (...) Il semble néanmoins

abusif de considérer que les médecins libéraux ont failli à leur mission (...) » (AN 2, p. 160)

« *Un secteur en seconde ligne, à l'exception des associations de médecins assurant des visites 24 heures sur 24* » (AN 2, p. 166 : titre)

« *Une participation malgré tout non négligeable à la régulation médicale* » (AN 2, p. 169 : titre)

Néanmoins, les rapports entreprennent sans ambiguïté la défense des médecins libéraux.

Le rapport AN 1 rappelle la critique très forte du rapport Lalande mais l'atténue en raison :

– de « *l'engagement des généralistes souligné par certains intervenants, les syndicats de médecins libéraux mais également de SOS Médecins, ou encore la mission Lalande qui note qu' "un certain nombre de médecins généralistes étaient là mais qu'ils avaient été débordés"* » (AN 1, p. 22) . Le rapport Lalande est donc opposé à lui-même.

– du nombre de feuilles de soins électroniques transmises en août 2003 par les médecins libéraux, égal aux deux mois précédents, « *ce qui ne permet pas de corroborer l'assertion d'une désertion des généralistes* ». La validité d'un tel indicateur n'est pas discutée.

– du fait que, les problèmes éventuels de permanence concernant surtout les zones rurales, leur impact sur la crise a dû être limité.

Le rapport du Sénat revient sur la mise en cause des médecins libéraux par le rapport Lalande. Il suggère indirectement que l'analyse a été sommaire, ce rapport ayant été « *rédigé, il convient de le rappeler, dans des délais très courts* », et mentionne la « *vive polémique* » provoquée par ces « *appréciations sévères* ». Le rapport donne une longue citation du président du conseil de l'ordre des médecins qui dit que ceux-ci ont été « *mis en cause de manière injuste* ».

Enfin, dans le rapport AN 2, c'est le rapporteur lui-même qui, sans citer de données, s'engage :

« *Le Rapporteur se doit d'indiquer que bon nombre d'entre eux [NB. : les médecins libéraux] ont accompli avec dévouement et efficacité cette tâche quotidienne de suivi des personnes âgées.* » (AN 2, p. 162)

« *Les cas sont nombreux d'interventions, de visites quotidiennes qui ont sauvé la vie des personnes âgées.* » (AN 2, p. 164)

« (...) l'activité de ces derniers [les médecins généralistes] (...) a surtout concerné les nourrissons, et non les personnes âgées ». (AN 2, p.166)

Les rapports vont chercher à établir deux types d'éléments :

– en réponse directe au rapport Lalande, le rapport IGAS 2 va examiner la présence des médecins libéraux sur la période considérée et va établir que ceux-ci n'étaient pas massivement en congés ; les médecins libéraux n'ont donc pas abandonné leurs patients.

– les autres rapports (AN 1, Sénat et AN 2) vont trouver dans les comportements des patients les explications à la faible contribution des médecins libéraux : s'ils n'ont pas participé significativement aux soins liés à la canicule, c'est que les patients ne les ont pas sollicités.

4.2.2. La non-absence des médecins libéraux

La question du rôle des médecins libéraux pendant la crise est l'objet unique du rapport IGAS 2. De manière très similaire à la lettre de mission à l'origine du rapport IGAS 1, la lettre de mission demandant une enquête sur la continuité et permanence des soins libéraux pendant la canicule reprend l'affirmation du rapport Lalande et en tire des questions qui suivent une approche réglementaire : quelles étaient les instructions ? ces instructions ont-elles été violées (nature des carences) ? quelles sanctions sont en cours ?

De même que dans le rapport sur les fermetures de lits, il n'était pas demandé d'évaluer la contribution des hôpitaux à la gestion de la crise, il n'est pas demandé d'évaluer la contribution des médecins libéraux.

La logique de la demande peut être illustrée ainsi : la lettre demande que soient évaluées « les conséquences sur l'impossibilité de joindre un médecin généraliste sur les services d'urgence ». Elle ne demande pas que soient évaluées « les conséquences sur l'impossibilité de joindre un médecin généraliste **sur les soins en cas d'urgence** », formulation où le destinataire de soins serait directement pris en compte. On note pourtant que cette dernière formulation inclurait la première. Incidemment, ce point n'est pas traité par le rapport.

Le rapport commence par rappeler la distinction entre continuité des soins (qui renvoie à l'organisation des congés) et permanence des soins (qui renvoie aux nuits et week-ends). Il rappelle le cadre juridique correspondant.

Le rapport comprend 4 parties. Voici les titres qui, rédigés sous formes de propositions, résument le contenu du rapport et son articulation logique :

1. « *La continuité des soins pendant les jours de semaine de la canicule a été assurée par les médecins libéraux, selon leurs modes d'exercice usuels.* »
2. « *Des difficultés ont été constatées pour l'établissement des certificats de décès en région parisienne et pour l'organisation de la permanence des soins pendant les soirs et les week-ends du mois d'août dans certains secteurs de garde.* »
3. « *Les difficultés que rencontre la permanence des soins ne sont pas propres à la canicule.* »
4. « *Les propositions de la mission visent à intégrer les médecins libéraux dans les dispositifs d'alerte et à réaffirmer les objectifs qui doivent guider une réorganisation de la permanence des soins adaptée aux particularités des différents départements.* »

La formulation de ces titres et leur enchaînement peuvent être analysés ainsi :

1) « *La continuité des soins pendant les jours de semaine de la canicule a été assurée par les médecins libéraux, selon leurs modes d'exercice usuels.* »

Le premier titre lave les médecins libéraux de l'accusation implicite d'avoir abandonné leurs patients en partant en vacances (rapport Lalande). Les médecins ou leurs remplaçants étaient présents pendant les jours de semaine.

2) « *Des difficultés ont été constatées pour l'établissement des certificats de décès en région parisienne et pour l'organisation de la permanence des soins pendant les soirs et les week-ends du mois d'août dans certains secteurs de garde.* »

Le deuxième titre identifie les « *difficultés* ». Implicitement, la structure du rapport est donc 1) là où il n'y a pas eu de difficultés (non-négatif), et 2) là où il y a eu des difficultés (négatif). Il n'y a pas eu de difficultés dues à une non-continuité des soins puisque celle-ci a été assurée. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas eu de difficultés liées à cette partie du système de soins (les médecins libéraux). Cependant les phénomènes traités comme difficultés sont très différents. Le deuxième titre peut se traduire ainsi en termes de résultats : les médecins libéraux ont été insuffisamment disponibles pour les certificats de décès et pour les soins pendant les périodes de garde. Le premier point renvoie à un problème lié à la continuité des soins : il provient en grande partie du fait que les médecins remplaçant ceux qui étaient en congés ont été réticents à établir des certificats pour des malades qu'ils ne connaissaient pas. En toute logique ce point relève de la première partie du rapport. Le

second point renvoie explicitement à la permanence des soins : parce que cette permanence était mal organisée, les services d'urgence n'ont pas pu se délester et mobiliser les médecins libéraux présents. Incidemment, ce point traite de la troisième question de la lettre de mission, mais sans s'y référer.

De manière surprenante, alors que le rapport commence par établir une distinction très nette entre la continuité et la permanence (p. 1) et affirme traiter ces deux questions séparément, il mêle les deux problèmes dans cette deuxième partie, celle-là même qui traite des difficultés.

Dans la formulation retenue, il n'est pas fait mention des médecins libéraux, les causes des difficultés demeurant non précisées. Par ailleurs, la première difficulté est un résultat (certificat de décès) mais la seconde est un état ou processus intermédiaire (organisation, terme vague) pour lequel la conséquence (le résultat) n'est pas précisée. En résumé, alors que le premier titre est très clair, mentionne un résultat (continuité des soins) et une cause (les médecins libéraux), le second titre mélange un résultat et un état intermédiaire en omettant de mentionner la cause. Le résultat est une certaine confusion des idées. On remarque également que la difficulté qui est reconnue dans ses conséquences finales porte sur un point secondaire (les certificats de décès – problématique administrative) alors que la difficulté admise de manière indirecte (l'organisation des permanences) porte, elle, sur une question-clé : la disponibilité des médecins libéraux pour assurer des soins.

3) « *Les difficultés que rencontre la permanence des soins ne sont pas propres à la canicule.* »

L'idée défendue est que ces difficultés sont permanentes et indépendantes d'une situation de crise comme la canicule. Cette partie est la plus copieuse (24 pages) et ne fait, en dehors de son titre, aucune référence à la canicule. Elle développe une analyse très détaillée du problème de l'organisation de la permanence qui a été un des sujets les plus délicats pendant les conflits entre médecins et CNAM en 2001 et 2002. Une des conclusions principales porte sur la tarification des astreintes. Cette analyse est conduite sans rapport ni à la canicule ni à d'autres scénarios de crises sanitaires. Elle est menée comme une question générale d'organisation du système. La crise de la canicule est prise ici comme un révélateur d'un problème général, ce qui est légitime, mais on peut se demander s'il n'y a pas là un déplacement des enjeux.

4) « *Les propositions de la mission visent à intégrer les médecins libéraux dans les dispositifs d'alerte et à réaffirmer les objectifs qui doivent guider une réorganisation de la permanence des soins adaptée aux particularités des différents départements.* »

La surprise vient ici de l'idée de dispositif d'alerte car c'est un point qui n'apparaît pas dans les titres précédents et qui semble sans rapport direct avec l'objectif de la mission.

4.2.3. La non-sollicitation des médecins libéraux par les patients

Le rapport IGAS 2 laisse ouverte cette énigme : bien que présents, les médecins libéraux n'ont été que faiblement sollicités. Le rapport établit que les médecins libéraux en exercice n'ont pas eu un nombre inhabituel de demandes particulières venant de personnes âgées ou relatives à la chaleur (IGAS 2, p. 11). En revanche ils ont traité beaucoup d'enfants pour ces problèmes dans les semaines précédentes. Et en revanche aussi les services 24/24 ont eux été fortement sollicités. Ceci suggère que les personnes en demande de soins se sont adressées à ces services sans même tenter de passer par les médecins libéraux. Le rapport ne développe pas cette hypothèse. Le comportement des patients n'est évoqué que brièvement (deux paragraphes), à travers les interprétations qu'en ont fait, devant la commission, les praticiens interrogés.

Incidentement, ces interprétations suggèrent une histoire encore différente et accablante pour les médecins libéraux : l'absence des médecins libéraux pour congés, même non excessive, aurait eu un effet négatif fort parce que les patients âgés répugnent à consulter les remplaçants. Ils auraient donc renoncé à consulter (jusqu'au décès) ou bien auraient fait directement appel aux urgences (encombrant ainsi le système hospitalier). La conclusion ici serait conforme à l'accusation du rapport Lalande et conduirait à infirmer le titre 1.

Cette théorie sur les comportements des patients ne sera pas reprise par les autres rapports. En revanche, d'autres théories seront avancées, sur des bases empiriques de même nature (déclarations de membres de la profession médicale essentiellement).

Le rapport AN 1 suggère que les médecins libéraux n'ont pas été appelés auprès des patients parce que ceux-ci passaient très vite de l'état normal à un état très dégradé.

Le rapport du Sénat avance une explication proche : la « faible sollicitation » des médecins libéraux vient du « réflexe spontané de la grande majorité de la population » qui « consiste, en cas de fortes incertitudes pour sa santé ou pour sa vie, à se rendre à l'hôpital plutôt que chez le médecin généraliste » (Sénat, p. 175). L'expression « réflexe spontané » n'est pas neutre ; elle renvoie à un comportement naturel et automatique, comportement qui ne peut donc trouver sa cause dans le comportement réciproque des médecins libéraux – ainsi exemptés de toute responsabilité. Cependant, dans les recommandations (Sénat, p. 225), ce tropisme vers les urgences concernerait aussi les affections bénignes. Soit, au total, tous les besoins de soins, si l'on additionne. La question de savoir si les symptômes provoqués par la canicule sont signes d'une affection grave ou bénigne ne change rien : dans les deux cas on ne va donc pas voir les médecins libéraux.

La conséquence fâcheuse est l'engorgement des urgences. Le rapport du Sénat s'en préoccupe en appelant à « une nouvelle articulation entre médecine libérale et urgences » (Sénat pp. 225-227). Il s'appuie sur le diagnostic de la directrice de l'AP-HP : « L'hôpital public, en particulier à Paris, se transforme en médecine généraliste de proximité ». Le rapport explique ce phénomène par la conjonction « d'un certain consumérisme des patients » et « d'une certaine désaffection du corps médical pour le système des permanences de garde ».

Les deux phénomènes n'ont cependant pas la même légitimité, si l'on étudie les formulations qu'emploie le rapport.

Le comportement des patients est décrit en des termes assez péjoratifs : « consommateurs », ils sont exigeants et veulent être pris « tout de suite » en charge « même en cas d'affection bénigne ». Ils prennent l'hôpital pour un « hypermarché » ou un « libre-service » (termes cités par le Pr Carli). Ces jugements traduisent de fortes réserves sur la légitimité des comportements du public en matière de santé (au moins en matière d'urgence) et paraissent sous-tendus par une critique implicite de la consommation en général.

Le comportement des médecins face aux permanences est lui expliqué par des facteurs démographiques (vieillesse, féminisation) et par une recherche de « qualité de vie » dont il est précisé qu'elle est « au demeurant légitime » (Sénat, p. 225).

L'asymétrie est donc nette dans les jugements. Les facteurs sociétaux invoqués sont à connotation négative quand il s'agit des patients (« consomé-

risme », c'est-à-dire transposition induite des habitudes et attentes devenues naturelles dans la sphère économique domestique) et à connotation neutre quand il s'agit des médecins (vieillesse, féminisation). Le lien entre ces facteurs et la désaffection pour les permanences n'est pourtant pas mécanique : c'est la population médicale, pour vieillissante et féminisée qu'elle soit, qui traduit ainsi ses préférences en comportements. Enfin et surtout, l'aspiration à une meilleure qualité de service de soin (proximité, rapidité) est jugée illégitime pour les patients, tandis que l'aspiration à une meilleure qualité de vie est légitime pour les médecins.

La directrice de l'AP-HP va plus loin : « *Je considère qu'attendre 8 heures pour un petit bobo parce que l'on aura fait passer, en priorité, les cas urgents, ne peut être considéré comme un dysfonctionnement. (...) il est nécessaire de développer la pédagogie sur ce point.* » (Sénat, p. 226).

Le point ici n'est pas de juger de l'arbitrage fait entre les demandes des différentes parties prenantes, mais de constater que :

- il y a de facto un arbitrage qui est fait et cet arbitrage n'est pas discuté ni même posé en termes d'arbitrage, c'est-à-dire de choix ;
- la question de la vocation générale de la médecine de ville, pourtant soulevée par la crise de la canicule au même titre que celle de la mission de l'InVS et du dispositif des agences publiques de santé (pour prendre un exemple), n'est pas posée ;
- la voix des patients est absente du rapport, elle n'est portée que par le corps médical, selon sa propre conception du service médical.

Le rapport AN 2 n'aborde la question des médecins libéraux que dans la troisième partie (« *les difficultés structurelles du système sanitaire et médico-social français* », p. 102), essentiellement dans une partie spécifique (« *Les difficultés de la médecine de ville* », pp. 160-171). Le rôle des médecins libéraux est cependant évoqué plus tôt lorsque le rapport traite des services d'urgences des hôpitaux (p. 114 et sq.). Le rapport constate l'augmentation du recours à ces services par la population (« *une tendance de fond* »).

La question là encore est de savoir pourquoi les patients s'adressent aux urgences plutôt qu'aux médecins généralistes : « (...) *les personnes malades privilégient un déplacement aux services d'urgence de l'hôpital lorsqu'elles contractent une pathologie assez sérieuse, plutôt que de s'adresser à des médecins généralistes ou spécialistes libéraux. Il est vrai que la modicité des tarifs*

appliqués à l'hôpital peut expliquer pour partie ce phénomène d'affluence aux urgences. » (AN 2, p. 114). L'explication économique suggérée est complétée par une référence à une étude de la DREES sur les motifs de recours aux urgences. Une liste partielle et hétéroclite de motivations principales (score supérieur à 40 %) est dressée : « *proximité* », « *sentiment d'urgence et de gravité* », « *besoin d'un plateau technique spécialisé* ». Le rapport note : « *L'absence de médecin est invoquée par seulement 10 à 16 % des usagers, ce qui confirme la complémentarité entre urgences et médecins libéraux. Par ailleurs, il convient de relever que, selon cette même étude, le taux de satisfaction des usagers des urgences est assez élevé, de l'ordre de 73 %, ce qui explique là encore que les malades y recourent de plus en plus.* » (AN 2, p. 114)

Les patients ont donc recours aux urgences parce que ça marche et que ce n'est pas cher. Logiquement, le rapport reprend à son compte la proposition de J. de Kervasdoué d'en faire conditionnellement supporter le coût aux patients (AN 2, p. 116). On note que le taux de satisfaction des usagers des urgences n'est pas comparé à un taux de satisfaction en cas de recours à un médecin libéral. Dans tous les cas la conclusion glissée dans le rapport selon laquelle cette analyse « *confirme la complémentarité entre urgences et médecins libéraux* » ne paraît pas justifiée par les données citées.

La même étude est de nouveau sollicitée plus loin :

« *La DREES a souligné qu'une infime proportion des patients qui se présentent aux urgences le fait sur prescription médicale* [souligné dans le rapport]. *En d'autres termes, les patients court-circuitent les médecins libéraux dès lors qu'ils sont confrontés à une pathologie relativement grave. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la médecine de ville n'ait pas joué un rôle de premier plan lors de la canicule, les cas d'hyperthermie représentant des symptômes suffisamment sérieux pour justifier l'envoi direct des victimes aux urgences hospitalières.* » (AN 2, pp. 161-162). Le scénario ici décrit est peu clair : il est d'abord envisagé que les patients eux-mêmes décident de ne pas solliciter un médecin libéral ; puis il est fait référence à « *l'envoi direct des victimes* », sans que la nature de « *l'envoyeur* » soit précisé. On peut supposer qu'il s'agit de services d'urgence. Dans les deux cas, derrière le constat et quel que soit le décideur, une question reste pendante : pourquoi ne fait-on pas appel aux médecins libéraux dans ces cas ? Le fait que les médecins libéraux aient été consultés pour les nourrissons et non pour les personnes âgées invite à questionner les processus de décision qui conduisent les patients ou les personnes prenant

des décisions à leur sujet à recourir à tel ou tel dispositif de soins. Cette approche “montante” du recours au soin n’est jamais adoptée. Les données sur cet aspect ne sont pas recherchées et, quand elles existent, elles proviennent d’abord des acteurs du système de soins. La conclusion selon laquelle « *Il n’y a donc rien d’étonnant à ce que la médecine de ville n’ait pas joué un rôle de premier plan lors de la canicule* » apparaît prématurée en l’absence de réponse informée à cette question.

Elle est d’autant plus prématurée qu’un élément important ayant trait aux comportements des médecins est signalé plus loin : « *A contrario, le désintérêt croissant de la médecine de ville pour les visites à domicile, même s’il est moins marqué pour les patients âgés, peut aussi expliquer pourquoi les victimes de la canicule se sont adressées directement aux services de secours et d’urgence. Cette tendance n’est pas sans incidence sur le caractère effectif des soins prodigués, mais il ne s’agit plus, dans ce cas, d’un problème de présence médicale, comme le reproche a pu en être fait aux médecins généralistes.* » (AN 2, p. 168). Le rapport continue ainsi : « *Il serait sans doute utile, à cette fin, que le problème des visites médicales à domicile en période de vacances soit abordé par la CNAMTS et les représentants syndicaux des médecins et infirmiers libéraux. Il s’agit en effet d’une faiblesse qui a pu indirectement peser au cours du mois d’août.* » (AN 2, p. 170) et constate que « *l’hôpital pallie ainsi dans les faits un problème d’organisation de la médecine de ville* » (AN 2, p. 170)

Au total, en sus d’être traité dans une partie qui a pour objet les facteurs structurels, les comportements des médecins libéraux sont mis à jour par touches successives et limitées, bien après des supputations peu fondées sur les comportements des patients. Ce n’est que très tardivement, dans la quatrième partie, celle des recommandations, qu’est fait le diagnostic le plus net de la contribution des médecins libéraux à la crise et des raisons derrière cette (non) contribution :

« *L’implication de la médecine libérale dans la gestion de la crise sanitaire déclenchée par la canicule a été faible non pas à cause d’une absence des médecins mais plutôt en raison d’une tendance insidieuse, depuis plusieurs années, à leur cantonnement dans un rôle de prévention et de soins des épidémies les plus bénignes, ce que d’aucuns appellent la “bobologie”. L’idée du médecin généraliste référent a fait long feu, malgré toute sa pertinence. Il est injuste de considérer que la médecine libérale aurait démissionné de ses obligations de service public médical. Tel n’est assurément pas le cas. En revanche, il semble*


urgent de s'interroger plus avant sur les moyens de replacer cette profession en première ligne du système de soin français. Il en va de l'avenir de l'efficacité de la prise en charge et de la prévention de la santé des Français. » (AN 2, p. 194)

4.3. La voix des patients et celles des institutions

Le rôle de la médecine libérale dans la crise soulève, on l'a vu, des questions sur les comportements des Français en matière de choix des filières de soins. On a vu que ces comportements sont appréhendés de manière très partielle, interprétés de manière souvent contradictoire et évalués selon des critères fortement teintés de valeurs. De manière générale, les patients ne sont pas considérés comme des participants actifs au problème sanitaire qu'a posé la canicule. Les rapports ne se soucient pas de rechercher leur point de vue. C'est bien évidemment impossible pour les victimes et sans doute difficile pour les rescapés ou du moins certaines catégories de patients. Mais, ni dans l'analyse de la crise ni dans les propositions et recommandations, aucune tentative sérieuse n'est faite pour appréhender les patients en tant qu'acteurs qui auraient des comportements autonomes, des interprétations raisonnables et des attentes légitimes. Les patients ne "parlent" qu'indirectement. Ceci peut se concevoir, du fait de leur dispersion et, pour certaines catégories, de leur état. Mais leur voix n'est portée que par les institutions officielles qui ont été impliquées directement dans la crise. Les auditions de l'Assemblée Nationale et du Sénat comptent en tout et pour tout deux personnes étrangères à l'univers institutionnel directement concerné : un journaliste du Parisien et un chercheur spécialiste des risques et de la gestion de crise. D'autres spécialités (sociologues, psychologues, etc.) auraient pu être sollicitées pour porter la voix du public. Les rapports IGAS font état d'un nombre important de contacts (notamment le rapport IGAS 3), mais présentent le même parti pris. On a vu plus haut que le rapport AN 2 mentionnait une étude menée par la DREES et portant sur les comportements et attentes des patients. Mais aucune étude focalisée sur les problèmes posés par la canicule n'a apparemment été commandée dans le cadre de ces investigations.

Au total, et malgré la quantité considérable d'information collectée par les rapports, il apparaît que la voix des institutions du système sanitaire, si elle est souvent mise en question, n'est jamais confrontée à d'autres voix, ni directement ni indirectement. Le questionnement repose alors sur les seules

capacités et volontés des enquêteurs, et les résultats dépendent des interprétations qu'ils sont capables et désireux de produire. A cet égard, on note que la commission d'enquête qui a produit le rapport AN 2 comptait 10 médecins sur 30 membres, auxquels on peut ajouter un directeur d'hôpital et un directeur d'établissement médico-social. On peut voir là un facteur qui peut favoriser un "bouclage interprétatif" peu propice aux recadrages et changements de perspective.





CONCLUSION : LA CRISE COMME MENACE ET COMME OPPORTUNITÉ



CONCLUSION : LA CRISE COMME MENACE ET COMME OPPORTUNITÉ

L'analyse ici proposée conduit à identifier la construction, par le jeu de la succession des rapports, d'un récit commun qui tend à focaliser l'imputation de causalité directe sur les acteurs de l'alerte et à imputer à des facteurs structurels révélés par la crise les difficultés rencontrées par les composantes du système de soins. Ceci se réalise progressivement. Le rapport Lalande pose les bases de ce récit en attribuant à des retards dans l'alerte l'incapacité du système de soins à traiter la crise sans dommages ou avec des dommages limités. Tout en affirmant l'exemplarité du comportement de l'ensemble des acteurs de l'institution hospitalière, il met cependant directement en cause cette institution à travers le problème des fermetures de lits. Parallèlement, il met en cause le comportement d'une autre composante du système de soins, les médecins libéraux "de cabinet", à travers le problème des congés et des permanences. Les rapports IGAS 1 et 2 répondent sur ces deux points en recadrant les problèmes en des termes réglementaires et juridiques et en mettant l'accent sur les problèmes structurels sous-jacents. Le rapport IGAS 3 examine la troisième composante du système sanitaire (sociale et médico-sociale), qui n'a pas été mise en cause par le rapport Lalande. Entre-temps les évaluations de l'INSERM ont cependant établi que la mortalité dans les établissements médico-sociaux avait été particulièrement élevée. Les rapports de l'Assemblée Nationale et celui du Sénat effectuent une réécriture partielle du rapport Lalande en fonction des conclusions des rapports IGAS (et d'autres voix issues des auditions). Le récit final repose sur une critique de la bureau-

cratie en ce qui concerne l'alerte et sur la dégradation de facteurs structurels en ce qui concerne les soins, dégradation révélée par la crise. L'acteur politique est très largement absent de ce récit, de même que le public et les médias.

Les rapports dans leur ensemble paraissent donc soucieux d'éviter la mise en cause du système de soins lui-même, tout en insistant sur les difficultés et les défis que rencontrent ce système de soins dans chacune de ses composantes.

Dans une perspective de compréhension de la pratique des rapports d'enquête et d'évaluation de leurs apports, il est important de noter que l'insistance sur les facteurs structurels par rapport aux comportements ponctuels des acteurs n'a rien de naturel. Il est après tout communément reproché aux rapports d'enquête de chercher à "faire porter" le chapeau à des "lampistes" pour dissimuler des défauts plus profonds du système concerné. Un biais de ce type est ainsi identifié, dans un contexte hospitalier également, par Brown¹ : les facteurs structurels sont selon lui minimisés dans le rapport, au profit d'une insistance sur le comportement déviant de certains acteurs.

Dans le cas des rapports sur la canicule 2003, le souci d'épargner les acteurs peut relever de plusieurs phénomènes qui peuvent s'additionner.

Le premier est la solidarité d'intérêt ou de culture qui lierait les enquêteurs aux enquêtés.

Le deuxième est la crainte d'avoir à répondre publiquement d'une mise en cause explicite d'acteurs spécifiques ou de déclencher des effets en réaction (grève, par exemple).

Le troisième tient à une difficulté à identifier clairement les comportements et à les évaluer en tant que cause des effets de la crise. L'identification de facteurs structurels est souvent plus aisée.

Le quatrième touche au risque, lorsque des acteurs collectifs sont mis en cause, de ne pas suffisamment discriminer les "bons" et les "mauvais", et ainsi de paraître injuste. A noter que les facteurs structurels, eux, sont totalisants par nature.

Le cinquième phénomène est que les enquêteurs jugent que les acteurs sont effectivement placés dans des contextes défavorables et que ce sont ces contextes qui doivent être désignés à l'attention des destinataires de l'enquête et du public.

¹ A.D. Brown (2000), "Making Sense of Inquiry Sensemaking", *Journal of Management Studies*, 37, 1, 45-75 ;

Le sixième est que les enquêteurs profitent de l'occasion pour mettre en avant des diagnostics et des recommandations qui leur sont chers et se saisissent ainsi de la crise comme d'une occasion pour promouvoir des idées qu'ils jugent pertinentes ou opportunes. Le détail de certaines propositions des rapports IGAS, par exemple, conforte cette hypothèse.

La seule analyse du contenu des rapports ne permet pas d'aller plus loin. Il est vraisemblable que ces différents facteurs interviennent simultanément. Ces rapports, en effet, représentent des compromis à plus d'un titre :

– compromis entre les informations obtenues et les zones d'ignorance persistantes : même si certains rapports font état des difficultés rencontrées dans l'accès à l'information (Sénat, par exemple), il reste que le texte final, pour être recevable, tend vraisemblablement à s'ajuster aux informations disponibles et assimilées dans la construction des explications, comme le suggère le contraste entre le détail de l'analyse de l'alerte (3.2.) et la généralité distante des investigations sur les hôpitaux (4.1) ;

– compromis entre le projet affiché de "faire la lumière" et le souci de préserver la légitimité des institutions concernées : ce compromis est géré par des expressions allant presque jusqu'à la contradiction interne (cf. 4.2.), mais aussi par le recours à des formes stéréotypées de la critique, comme dans le cas de l'analyse de la bureaucratie publique (3.3) ;

– compromis, enfin, entre le passé et le futur, entre l'effet d'explication répondant à la demande d'information sur "ce qui s'est passé" et l'effet de transformation dont l'explication elle-même est porteuse, à travers les actions qu'elle est susceptible de justifier dans l'avenir. Les rapports ne sont pas seulement des textes ; ce sont des actions qui constituent à la fois des réponses à la menace que représente la crise pour les organisations et institutions impliquées et des saisies d'opportunités pour avancer des problèmes et des solutions et les inscrire sur différents agendas décisionnels. En d'autres termes, le contenu des rapports est pour une part façonné par l'anticipation que font leurs auteurs sur la réception de certaines idées que l'analyse de la crise peut permettre de mettre en avant.

Les rapports contiennent ainsi un nombre impressionnant de mesures et de recommandations. Il n'y a pas lieu ici de juger de leur pertinence dans l'absolu. Mais il est possible de remarquer qu'elles sont davantage orientées vers la "restauration" que vers la remise en question en profondeur. On le constate particulièrement sur les points suivants :

– Le modèle classique de l’alerte n’est pas véritablement remis en question. Les recommandations se focalisent sur la prévention d’une nouvelle crise caniculaire mais accordent peu d’importance aux enseignements que l’on peut tirer de l’épisode de 2003 pour la survenance de crises d’une nature non identifiée. C’est pourtant là que se situent les enjeux les plus importants. En ce qui concerne la reproduction d’une canicule, si certainement il convient d’améliorer les systèmes d’information et les procédures de communication, l’épisode de 2003 a installé l’essentiel : le cadre cognitif (la “prise de conscience”) qui permet de détecter et d’interpréter les signaux (cf. 3.2.). Il reste que, pour imparfait et défaillant qu’il ait été, le système en place en 2003 n’était pas dans un état exceptionnellement insuffisant ou délabré. On peut soupçonner que d’autres événements peuvent rencontrer des systèmes de détection et d’alerte dans un état similaire. Plus généralement, la question de la transposition de la crise de la canicule à d’autres circonstances n’est guère traitée dans les rapports.

– Le modèle administratif hiérarchisé n’est pas, lui non plus, remis en question. La critique qui en est faite ne s’appuie que superficiellement sur des modèles alternatifs. Au final, c’est avant tout à un meilleur fonctionnement du modèle en place qu’appellent les recommandations des rapports (cf. 3.3.).

– Le modèle des relations entre les organisations composant le système de santé et le public n’est pas interrogé. Les décalages constatés entre les comportements des patients et les dispositifs de soins ne sont pas saisis comme une occasion de reconsidérer cette articulation. Les rapports montrent sur ce sujet une capacité à produire des théories ad hoc, parfois contradictoires les unes avec les autres, pour rendre compte de ces décalages sans élargir l’investigation (4.2. et 4.3.).

– Enfin, le modèle des relations entre les pouvoirs publics et les citoyens est lui-même peu discuté. Les rapports négligent, ou peut-être évitent, d’analyser les rôles de ces deux grands types de médiateurs que sont les hommes politiques et les médias, qu’il s’agisse de leur intervention ou de leur absence d’intervention (cf. 3.2.2). Ceci est particulièrement frappant de la part d’institutions comme l’Assemblée Nationale ou le Sénat. Or on a là vraisemblablement une occasion manquée de penser de manière différente les problèmes posés ci-dessus, et notamment celui de l’alerte. En se privant de réfléchir sur ces acteurs et sur la nature et les conditions de leurs prises de parole, les rapports limitent le champ de la réflexion et de l’apprentissage post-crise.

Précédents volumes :

Cahiers du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise, n°1, juillet 2001
“Retour d’expérience : théorie et pratique. Le rapport de la Commission d’Enquête britannique sur l’Encéphalopathie Spongiforme Bovine (ESB) au Royaume-Uni entre 1986 et 1996 - Patrick LAGADEC”,
CNRS - Maison des Sciences de l’Homme-Alpes, 170 p. ISBN : 2-914242-03-4.

Cahiers du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise, n°2, août 2004
“Les agences de sécurité sanitaire en France. Revue de littérature commentée. Julien BESANÇON”,
CNRS - Maison des Sciences de l’Homme-Alpes, 244 p., ISBN : 2-914242-16-6.

Cahiers du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise, n°3, mars 2005
“Risques, crises et incertitudes : pour une analyse critique. Olivier BORRAZ, Claude GILBERT, Pierre-Benoît JOLY”
CNRS - Maison des Sciences de l’Homme-Alpes, 257 p., ISBN : 2-914242-19-0



CONCLUSION : LA CRISE COMME MENACE ET COMME OPPORTUNITÉ

Achévé d'imprimer en mai 2005
Imprimerie des Deux-Ponts
ZA des Condamines - Bresson - BP 500 - 38326 Eybens Cedex - France
Dépôt légal : 2005, mai

