

# La mobilisation des professionnels pendant la vague de chaleur de l'été 2003.

## Étude qualitative

Alain JOURDAIN, enseignant-chercheur à l'École nationale de la santé publique  
Guillaume GARDIN & Thomas FRINAULT, chargés d'études

Annabelle Courseaux, sociologue, Luc Dauchet, épidémiologiste, Hervé Villet, épidémiologiste, Sabrina Dolidzé, psychosociologue, Sylvie et Gérard Gaillaguet, consultants, et les 6 Drass ont participé à cette étude.

Enquête du Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires de l'École nationale de la santé publique  
réalisée entre novembre et décembre 2003, disponible sur le site internet Drees :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/serieetud43.htm> :

Episode caniculaire et personnes âgées : éléments localisés de diagnostic, d'alerte et de plan d'urgence", Drees, documents de travail série Etudes n° 43, mai 2004

### INTRODUCTION

La vague de chaleur d'août 2003 a entraîné une surmortalité de l'ordre de 15000 personnes en France. Des études démographiques et épidémiologiques ont été réalisées auprès de la population, mais peu se sont intéressées à la réaction des services sociaux et de santé.

### OBJECTIF :

Décrire les situations locales afin de mieux comprendre le phénomène et faciliter la construction des plans régionalisés d'alerte et d'action

### HYPOTHESES

L'action locale est conditionnée par

- les ressources humaines des services à domicile, des services d'urgence des hôpitaux et des maisons de retraite,
- le degré de connaissance
  - . des risques de mortalité liés à la chaleur
  - . des plans d'urgences,
- le comportement individuel ou collectif au cours de l'épisodes de crise,

### METHODE

Etude qualitative auprès des élus, des professionnels des administrations locales, des services sociaux et de santé qui occupaient leur fonction entre le 4 et le 13 août 2003 :

- 120 entretiens semi-directifs effectués dans six régions, trois mois après la crise de l'été 2003.
- 6 monographies régionales,

La population de ces régions représente 31 % des personnes âgées de 85 ans et plus du pays.

### POPULATION INTERROGEE

Médecins, infirmiers, aides à domicile, travailleurs sociaux

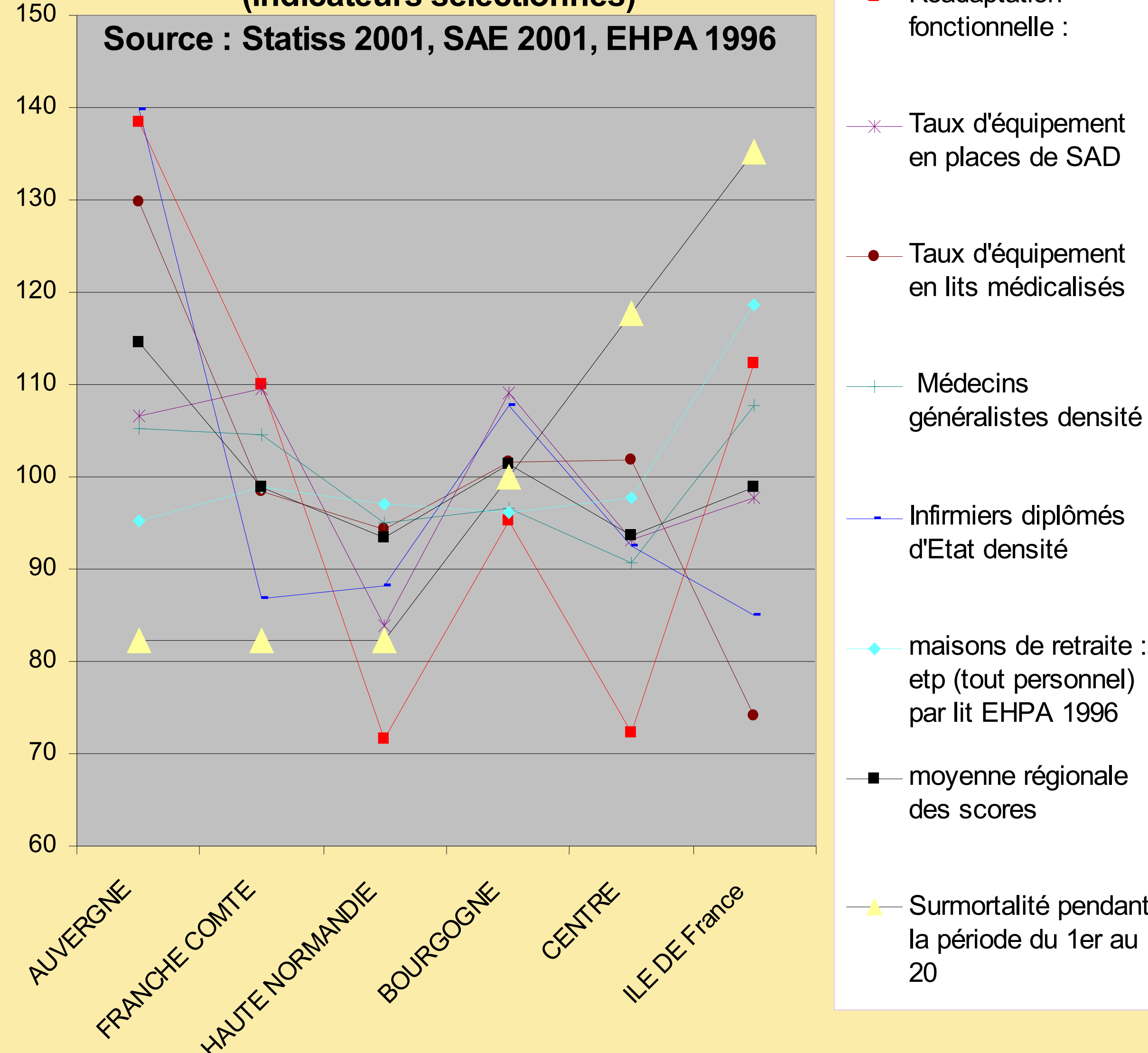
Conseil général, mutualité agricole, maire ou maire adjoint chargé des affaires sociales.

Association d'usagers et bénévoles associatifs.

Établissement hospitalier public : cadre infirmier, gériatre, médecin de service d'urgence, pompiers.

Hôpital local, maison de retraite publique, maison de retraite privée .

### Profil des régions, classées par valeur croissante de surmortalité. (indicateurs sélectionnés)



### RESULTATS (au moment de l'enquête, en décembre 2003) :

1) Les professionnels sont en contact avec une très grande diversité d'acteurs : 30 à 40 partenaires différents forment leur environnement habituel de travail.

2) Des modes de communication collective et de coordination *inadaptés* à la situation de crise :

- dans les établissements sanitaires et sociaux, les professionnels de santé communiquent par notes et dans le cadre de rencontres informelles.
- dans les services à domicile, les informations passent par un cahier de transmission ou encore par l'intermédiaire du dossier porté par le patient.
- des protocoles d'urgence existent notamment par rapport au risque incendie ou au risque inondation;
- dans chaque établissement et chaque organisation, on trouve de manière variable les coordonnées des acteurs de recours;
- plan Blanc et plan ORSEC sont les procédures de coordination les plus connues.
- mais la référence aux autorités sanitaires (Préfet) reste peu fréquente

### RESULTATS (suite)

3) Les professionnels agissent dans des institutions qui sont diversement sollicitées :

- maisons de retraite et hôpitaux sont très sollicités,
- médecins de ville, infirmiers et services de soins à domicile, conseils généraux, services municipaux sont peu sollicités

4) Août 2003 a été vécu comme exceptionnel par :

- la majorité des personnels soignants des établissements sanitaires et sociaux et les médecins libéraux de la région Centre et Ile de France, notamment ceux intervenant en maison de retraite, voire dans des hôpitaux locaux;
- mais seulement par une *minorité* des personnes interrogées
  - en Bourgogne, Auvergne, Franche Comté et Haute Normandie.
  - intervenant à domicile (sauf en région parisienne).

Les acteurs territoriaux (ville, département) évoquent rarement avoir vécu une situation exceptionnelle.

5) Les professionnels les plus sollicités partagent des cultures professionnelles très différentes (urgences et gériatrie) marquées par des chronologie différentes :

- le court terme pour les uns : forte sollicitation dans des délais de quelques jours, entrée par les urgences, manque de lits hospitaliers pour les soins de courte durée, absence de suivi post-hospitalier

- le long terme pour les autres : dans les maisons de retraite une forte sollicitation depuis juillet, des conditions de travail pénibles durables remontant à juin. Ce sont la durée et l'intensité de la chaleur qui qualifient les mois qui vont suivre.

Question/ Région	Haute Normandie	Franche-Comté	Auvergne	Bourgogne	Centre	Ile de France
Surmortalité pendant la période du 1er au 20 août	82	82	82	100	118	135
Nombre de partenaires habituels	20 internes 42 externes	15 internes et 29 externes	27 internes et 25 externes	12 internes, 14 externes ;	26 internes, internes	36 internes 39 externes
- à l'intérieur du service	les plus cités : hôpital et médecin généraliste	les plus cités : Hôpital médecin Préfecture	les plus cités : hôpital et médecins libéraux	les plus cités : médecins généralistes et responsables d'établissement sanitaire et social	les plus cités : préfecture et conseil général	les plus cités : médecins de famille, secours d'urgence
- à l'extérieur						
Durée de la température au dessus de 35 degrés	5 jours	13 jours	10 jours	11 jours	10 jours	9 jours
Difficultés par rapport au même mois en 2002 (Oui/Non) ; difficultés par rapport à juill et 2003 (Oui/Non) et commentaires	13/8 et 8/13 (pénibilité, surcharge de travail)	3/18 et 7/16 tous en établissement	7/7 et 7/7	5/12 et 7/10 Dans un hôpital local, pendant le week-end du 9/10 août les médecins de garde constatent une augmentation anormale du nombre de décès.	13/7 et 15/5 Les hôpitaux ont d'autant plus ressenti l'épisode de canicule que les difficultés s'additionnent.	9/4 et 12/4

### CONCLUSIONS

Chacun s'est mobilisé pour répondre à la charge de travail dans son secteur pendant cette période, et les sollicitations ont été très inégales selon le secteur d'activité.

La réponse s'est donc faite en ordre dispersé, d'autant qu'il n'y avait pas de système d'alerte, ni de plan de réponse à un épisodes de températures élevées pendant l'été.

Aujourd'hui, une des question est de savoir quels sont les critères de jugements communs vis-à-vis de l'urgence et la crise retenus par quatre grandes catégories d'acteurs :

- urgentistes-hospitaliers,
- soignants-médicosocial,
- médecins-aides à domicile-infirmiers,
- services de l'Etat-Cellules régionales d'intervention épidémiologique.

L'observation et l'analyse de cet ensemble devrait permettre de mieux savoir comment fonctionne un tel collectif et quelle est sa mobilisation en cas de crise : qui déclenche, qui se mobilise, sur quels arguments rationnels (dévouement, professionnalisme, éthique professionnelle, respect de la règle juridique, sens du collectif...).

### DISCUSSION

Les limites de l'enquête : elle porte sur les témoignages des professionnels formulés après la crise, sans vérification systématique des affirmations, avec un risque de rationalisation après coup, quand le débat public est ouvert, que les rapports parlementaires sont connus et que les études démographiques et épidémiologiques ne sont pas encore parues.

Il y a un grand intérêt à combiner des approches quantitative et qualitative pour aider à la résolution des problèmes de santé publique.

### REFERENCES

Hémond D, Jouglu E. Surmortalité liée à la canicule d'août 2003. Rapport d'étape. Estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques. INSERM, Paris, 2003.

Besancenot JP. Vagues de chaleur et mortalité dans les grandes agglomérations urbaines. Environnement Risques et Santé 2002.