



LA CRISE DE LA CANICULE ET SES CONSEQUENCES

Dîner-débat avec

Lucien ABENHAIM

Ancien directeur général de la Santé (1999-2003)

NOTRE INVITE



**LUCIEN
ABENHAIM**

PARCOURS

Lucien Abenhaïm est un épidémiologiste québécois. Il est directeur du Centre d'épidémiologie clinique et de recherches en santé publique de l'Hôpital général juif de Montréal. Entre 1999 et 2003, il est directeur général de la Santé au ministère de la Santé français.

Lucien Abenhaïm a réalisé les recherches épidémiologiques à l'origine du retrait mondial de deux médicaments coupe-faim largement prescrits, la dexfenfluramine (Isoméride ou Redux de Servier) et la fenfluramine (Pondéral de Servier). Lucien Abenhaïm est notamment responsable de l'étude dite IPPHS, qui a démontré un lien de causalité entre l'exposition à ces anorexigènes (notamment les fenfluramines) et l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP).

À cette époque, on suspecte de plus en plus le rôle néfaste du Mediator, une fenfluramine, dans l'apparition d'HTAP et de valvulopathies. Pourtant le Mediator n'est pas retiré. Interrogé par une commission sénatoriale française, Lucien Abenhaïm déclare : Pour répondre à votre question, à l'époque je ne savais pas que le Mediator était un anorexigène, qu'il s'agissait du benfluorex. Je n'ai pas pensé une seule seconde qu'un pays comme la France puisse avoir laissé sur le marché une fenfluramine, produit mortel, avec la publicité extraordinaire qu'avait eu le retrait mondial des fenfluramines.

Radio-Canada lui a décerné le titre de scientifique de l'année de Radio-Canada en 1997 pour ces travaux.

STRATEGIES FRANCAISES

- Né à Casablanca.
- Lycée Condorcet Paris
- Doctorat en SCIENCE de L'INFORMATION
- Chercheur INSERM.
- Directeur général de la Santé de 1999 à 2003.

◦ Démissionné l'été dernier occasion canicule
15.000 morts.

Professeur à l'Hôpital Cochin.

Il y a 15 jours. Attentat Madrid.

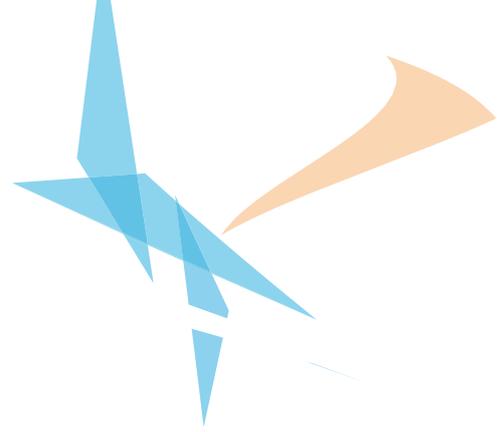
◦ Vécu crise canicule

Au delà - Santé publique fait débat.

- Coordination des acteurs - réforme.
- Rôle de la prévention / soins.
- Réforme de hôpitaux → Assurance maladie.

Directeur gal de la Santé est 1 métier
à risque ?

Planches à voile, Théâtre, Ski.



**STRATEGIES
FRANCAISES**

Club de réflexion

LE CLUB STRATEGIES FRANCAISES

LE CLUB *stratégies françaises*

Le club de réflexion STRATEGIES FRANCAISES, fondé en 1997, cherche à rapprocher la République des citoyens, c'est-à-dire faciliter l'appropriation des sujets de société par les citoyens à l'occasion de rencontres et débats avec les acteurs et les penseurs de notre temps.

L'ambition d'un tel projet s'appuie notamment sur :

- Le choix de recevoir, de dialoguer, de confronter ses idées avec toutes les tendances de la vie politique française voire internationale, sans esprit partisan,
- La passion pour le destin de la France, dans le monde, dans l'Histoire, dans une perspective d'avenir,
- Le goût pour les rencontres inédites et l'échange de convictions.

Ces "stratégies françaises" sont celles des femmes et des hommes que nous rencontrons au fil des dîners-débats, des stratégies tournées vers le monde, vers la transformation de notre société et vers une meilleure vision de notre histoire et de notre avenir.

Le club stratégies françaises est dirigé et animé par Xavier Fos.



Xavier Fos

président de *stratégies françaises*

DES DEBATS ET DES RENCONTRES AUTOUR DE 4 THEMES



COMPRENDRE ET METTRE EN PERSPECTIVE LES STRATEGIES FRANCAISES

Depuis 1997, le club de réflexion *stratégies françaises* cherche à comprendre les voies et possibles de la politique française et de ses influences culturelles.



- ❖ **Réformes** : comprendre les enjeux, analyser les stratégies, décrypter les possibles.
- ❖ **Mondialisation** : face à son mouvement, analyser les évolutions et les conséquences, pour anticiper.
- ❖ **Questions de société** : analyser les débats qui animent la société et la transforment.
- ❖ **Histoire** : analyser à travers l'Histoire les stratégies individuelles ou collectives, pour comprendre.



Quelques rencontres du club de réflexion :

- ❖ **Réformes** : Jacques Attali, Jean-Paul Huchon, Camille Pascal, Yves Guéna, Michel Crozier, Eric Woerth, Michel Charasse, Corinne Lepage, Edmond Alphandéry, Edith Cresson, Pierre Truche, Roseline Bachelot...
- ❖ **Mondialisation** : Général Barrera, Hubert Védrine, Marie-France Garaud, François Heisbourg, Pierre Messmer, Jean-Bernard Raimond, Thierry de Beaucé, Jean-Pierre Chevènement...
- ❖ **Questions de société** : Jean-Marie Bockel, Julia Kristeva, Jean-Michel Fauvergue, Danielle Mitterrand, Jacques Vergès, Edgar Morin, Jean-Louis Bruguière, Claude Bessy, Jean-Michel di Falco, Gilles Clément, Jacques Séguéla, ...
- ❖ **Histoire** : Michel Winock, Daniel Cordier, Emmanuel de Waresquiel, Simone Bertière, Rémi Brague, Jacques-Alain de Sédouy, Jean-Noël Jeanneney...





LES THEMES DE LA RENCONTRE AVEC LUCIEN ABENHAIM



**STRATEGIES
FRANCAISES**

Club de réflexion



Le projet, que «Libération» s'est procuré, accueilli favorablement par les syndicats.

Réforme des hôpitaux : Mattei réussit l'électrochoc

mercredi 07 janvier 2004

Jean-François Mattei a beau être affaibli comme rarement un ministre de la Santé l'a été, il commence l'année par une bonne nouvelle : son projet de réforme des hôpitaux est en bonne voie. Les négociations avec les différents syndicats de médecins et d'hôpitaux qui se sont achevées hier laissent même penser que son texte va recevoir la bénédiction de tous, ou presque.

Un texte dont la dernière version - que *Libération* a pu se procurer - vise ni plus ni moins à bouleverser la gouvernance à l'hôpital. C'est toute la répartition du pouvoir au sein des établissements qui va être modifiée. Une mutation délicate, avec, d'un côté, la création d'un comité exécutif, et, de l'autre, la constitution de gros pôles d'activités.

Hiérarchie. Mais d'abord, le sommet : en haut, toujours le conseil d'administration. Peu de changements. Il restera présidé par le maire ou le président du conseil général. *«Il arrête la stratégie de l'établissement, délibère sur le projet d'établissement et sur le contrat pluriannuel.»* Les associations d'usagers ? Toujours un strapontin : un seul membre en fait partie.

Ensuite, le comité exécutif. Composé à parts égales de médecins et d'administratifs, il se veut une structure originale, bras opérationnel de la politique médico-économique de l'établissement, dans l'optique de la nouvelle tarification par activité (T2A). Une véritable révolution culturelle, puisque le budget de l'hôpital sera calculé en fonction de l'activité et non plus à partir d'un simple décalque des dépenses de l'année précédente. Le comité exécutif devra donc arbitrer et trancher. Sous la présidence du directeur de l'hôpital, son efficacité dépendra, il est vrai, de la bonne coopération entre médecins et administratifs.

Tollé. L'autre grand changement réside dans l'apparition de pôles d'activités. Dans la première version de la copie Mattei, le ministre proposait la disparition des services (et donc de la fonction toujours très convoitée de chef de service). Et il suggérait la création de grands pôles au sein desquels pouvait se mélanger, selon les hôpitaux, tout ce qui était cardiaque (médecine et chirurgie, etc.) ou tout ce qui concernait la naissance (gynécologie, pédiatrie, etc.). *«Rassembler et rationaliser les moyens»*, répétait le ministre. Mais devant le tollé des réactions, Mattei a revu sa copie. Il propose certes toujours la création de grands pôles, mais ceux-ci seraient avant tout des lieux de gestion.

En dessous, les services hospitaliers seraient maintenus, recentrés autour d'équipes et de stratégies médicales. Quant aux chefs de service, ils sauvent leur tête. Sur ce point, la copie finale a des allures de compromis. Pour acquérir ce titre, il faudra être reçu sur une liste d'agrément nationale ; la décision se prendra, ensuite, au niveau du comité exécutif de l'hôpital. Il n'empêche, le changement reste significatif : le chef de service (1) ne sera plus nommé, comme actuellement, par le ministre. A moins que les structures locales ne se mettent pas d'accord.

Réactions. *«Il y a certes de la confusion et de la précipitation, mais le gouvernement a mis de l'eau dans son vin»*, commente le docteur Rachel Bocher, présidente de l'INPH (Intersyndicat national des praticiens hospitaliers), d'ordinaire très opposante. *«Bien sûr, nous avons encore des points de réserve»*, poursuit le docteur François Aubart, président de la CMH (Coordination médicale hospitalière), *«mais grâce à la négociation que nous avons pu avoir, le ministre apporte une réponse à une équation improbable»*. Et ce chirurgien, proche de la gauche, d'analyser : *«A l'hôpital, jusqu'à présent, tout le monde était responsable... de rien du tout. L'hôpital restait fragmenté, départagé par une simple logique de petits lopins de terre avec des jardiniers en chefs tout-puissants. Il fallait innover.»*

Jean François Mattei aurait-il trouvé le nouveau point d'équilibre ? En tout cas, son projet de nouvelle gouvernance a toutes les chances d'aboutir. Un relevé de conclusions devrait être signé par la plupart des syndicats de médecins hospitaliers, le 19 janvier. Mais, comme à l'hôpital rien n'est jamais simple, sept syndicats des personnels de la santé et des médecins hospitaliers ont déploré, hier, *«la remise en cause des missions de service public de l'hôpital»*. Et réitéré leur appel à une journée nationale d'action et de grève, le 22 janvier.

(1) Sauf pour les secteurs de psychiatrie.

Canicule. L'ex-directeur général de la santé, remercié durant l'été, livre sa version des faits. Une première.

Le livre qui incendie Mattei

Du jamais vu. Un directeur d'administration centrale - en l'occurrence le directeur général de la santé - qui démissionne parce que son ministre de tutelle met en cause «*le défaut d'alerte*» dont son administration serait responsable. Et qui, moins de cent jours après, alors qu'une commission parlementaire enquête, écrit un livre (1) où il critique vertement son ex-ministre, pointant au passage des mensonges et affirmant surtout : «*L'approche qu'a privilégiée le ministre au plus fort de la crise est à mon sens critiquable, tant sur la forme que sur le fond.*» Décidément, la catastrophe liée à la canicule de cet été n'en finit pas de provoquer des conséquences inédites. Le professeur Lucien Abenhaïm l'avait dit. Il ne se tairait pas. Digérant assez mal sa démission, si vite acceptée. Directeur général de la santé pendant quatre ans, de 1999 à 2003, l'homme est un expert reconnu dans le monde de l'épidémiologie. Fier, tenace, jaloux de ses prérogatives, mais ayant une vue précise de ce que pourrait être une politique de santé publique, Lucien Abenhaïm a, en tout cas, un point commun avec son ancien ministre : il n'a pas vu venir l'imprévisible, à savoir l'épidémie de morts qu'allait provoquer la canicule. «*Une tornade*», «*un séisme*», «*une catastrophe naturelle*», comme il la qualifie, s'appuyant sur les conclusions des experts américains venus analyser le drame français.

Comme la plupart des Français, Lucien Abenhaïm est en vacances dans les premiers jours du mois d'août. Commence le récit : s'il ne fait aucune révélation spectaculaire, son livre, écrit à la première personne, met en scène les étonnantes erreurs de perception, puis de communication et enfin de gestion, du ministre de la Santé et de son cabinet durant ces quinze premiers jours d'août. Avec finalement, une défausse du politique vers son administration qui ne l'aurait ni alerté, ni prévenu, ni conseillé. «*Jean-François Mattei s'est trompé en pensant pouvoir trouver une issue à la crise politique dont il était au coeur et en pointant les services avant toute analyse. En se désolidarisant de son administration, il semblait au contraire reconnaître la responsabilité du ministère tout entier et se plaçait en première ligne face aux critiques.*» Comment a-t-on pu en arriver là ?

Déficit d'alerte

Lucien Abenhaïm revient sur le déficit d'alerte face à cette vague de chaleur meurtrière. Il a des causes structurelles : «*pas de cartes de vigilance météorologique*», «*pas d'agence de santé environnementale*» de plein exercice, «*pas de recueil des données de mortalité fiable en temps réel*». Mais il ne s'agissait pas «*de prévoir l'imprévisible mais de le gérer*», comme l'a rappelé déclaré Claude Evin, le président de la commission parlementaire. Et c'est là que le bât blesse. Pendant la première semaine d'août, personne ne met en perspective les signaux inquiétants qui se multipliaient. Facile de le regretter a posteriori. Sauf que le fonctionnement interne du ministère, son cloisonnement et son isolement en interdisaient toute possibilité. Un médecin inspecteur du Morbihan prévient la DGS de trois décès par coup de chaleur. Patrick Pelloux, médecin urgentiste, évoque les effets de la chaleur et signale «*un encombrement des urgences*». «*Une confusion durable s'installe le 7 août au ministère*, écrit Abenhaïm. *Ces informations sont considérées comme un problème d'organisation hospitalière. Elles sont transmises au cabinet du ministre sans que la DGS soit prévenue.*» Bref, c'est chacun dans son coin, puisqu'au ministère il n'y a «*pas de cellule de crise*».

Et il continue : *«Pendant la crise, seules deux réunions ont été organisées par le cabinet [de Jean-François Mattei] : celle du 11 août midi, qui a abouti à l'évaluation erronée de la situation dans le pays, et celle du 13 au soir, que j'avais réclamée (...). A aucun moment le ministre n'a réuni lui-même l'ensemble de ses services. Ce facteur a sans doute limité le transfert d'informations aux différentes directions et au ministre.»* Au plus fort de la crise, l'Avenue de Ségur ressemble à un cabinet fantôme. *«Il n'y avait pas de conseiller en santé publique entre le 11 après-midi et le 13, contrairement au dispositif convenu.»*

Rassurer au risque de mentir

Vers l'extérieur - la presse et le public -, la communication du ministère se veut alors *«protectrice au risque d'être erronée»*, analyse Abenhaïm. Le chapitre intitulé *«La peur des chiffres»* dénonce *«la communication bien contrôlée»*, *«la tentation de rassurer»* et *«pire que tout : le déni»* mis en oeuvre par le ministre et son cabinet. *«Même après que la DGS eut transmis des estimations sur l'importance de l'épidémie - le 13 août (3 000 morts ou plus, information reçue par écrit) et le 16 août (6 000 à 7 500 morts ou plus, estimation transmise au cabinet du ministre), Jean-François Mattei n'a cessé d'annoncer des chiffres inférieurs, en restant accroché à une fourchette imaginaire de "1 600 à 3 000 cas".»* C'est cela, aux dires d'Abenhaïm, qui le met en difficulté le 17 août sur TF1 au journal de 20 heures, où il est confronté à l'estimation de *«5 000 victimes»* de l'Institut de veille sanitaire : *«Face à ces contradictions, le ministre se met en colère et décide d'annuler la conférence de presse DGS-Invs du lendemain.»*

De débat contradictoire sur la canicule, il n'y aura finalement point. *«Comment s'étonner dans ces conditions que le débat ne porte que sur des points de détail, comme le polo de Jean-François Mattei (porté par le ministre sur TF1, le 11 août, depuis son lieu de vacances, ndlr)»,* cingle Lucien Abenhaïm. *«En donnant l'impression de ne pas transmettre toutes les informations dont ils disposent, voire de manipuler l'opinion, les acteurs de la crise risquent de perdre la confiance de la population pour longtemps»,* regrette l'ancien directeur de la santé.

Que ce serait-il passé si au lieu d'apparaître rassurant en polo au 20 heures de TF1 le 11 août, Jean-François Mattei avait battu le tambour de la mobilisation ? Cela n'aurait pas eu d'incidence sanitaire, juge bien rapidement l'ex-DGS : *«Les erreurs en situation d'information imparfaite commises cet été (...) n'ont pas eu, selon moi, le moindre impact sur l'épidémie, puisqu'elles ne sont intervenues qu'après le 11 août, alors que le drame était, pour l'essentiel, déjà noué. Elles ont toutefois durablement forgé l'idée d'une mauvaise gestion.»* Diagnostic du Pr Abenhaïm : *«Avec la crise de la canicule, on a adopté une attitude qui renforce la suspicion. Cette tendance fort répandue à se défaire révèle l'état d'un pays en proie à un profond malaise, un pays qui souffre de ne pas accorder à la santé publique toute la place qu'elle mérite.»*

(1) *Canicules : la santé publique en question*, éd. Fayard, 270 pp., 18 euros.

Le Monde
ÉDITORIAL

L'hôpital en danger

L'HÔPITAL est, avec l'école, le deuxième « mammoth » français. Longtemps auréolé d'un prestige comparable, considéré comme le socle d'un des meilleurs systèmes de santé du monde, assurant à la fois l'égalité d'accès aux soins et leur qualité, reposant sur le dévouement de personnels qui vivaient leur métier comme un sacerdoce, il souffre aujourd'hui de carences similaires. Et pour les mêmes raisons.

Car le diagnostic est unanime : l'hôpital est en danger, au bord de la rupture, victime de multiples pathologies. Et il serait trop commode de mettre ce constat sur le compte d'une sinistrose chronique, tant les symptômes de la dégradation sont patents. Le premier, et le plus visible, est la dégradation physique, voire la vétusté, de bon nombre des 1 500 établissements hospitaliers, faute d'investissements suffisants au cours des deux dernières décennies.

Non moins spectaculaire est la pénurie des personnels soignants que tout permettait pourtant de prévoir en raison des nombreux *clausus* imposés depuis de longues années par les pouvoirs publics. L'augmentation, décidée depuis peu, du nombre d'étudiants dans les facultés de médecine et d'infirmières dans les écoles de formation ne permettra de corriger le tir qu'à moyen et long terme. Durant les cinq à dix ans à venir, la crise restera aiguë. D'autant plus que l'introduction des 35 heures depuis deux ans, trop brutale et sans réorganisation suffisante du travail, a eu des effets dévastateurs.

Le troisième symptôme est

un malaise de plus en plus perceptible et profond des personnels. Face au manque de moyens, face à la surcharge d'un travail réalisé à flux de plus en plus tendus, face à la désertion des spécialités les plus pénibles ou les plus exposées, face à la régression de l'hôpital vers l'hospice, le découragement se généralise.

Enfin, l'hôpital souffre, plus que jamais, des lourdeurs d'une gestion aveugle, bureaucratique, paralysante. Indéniablement utiles, mais entièrement mobilisées par la douloureuse réorganisation de la carte hospitalière, les agences régionales de l'hospitalisation créées depuis 1996 sont encore loin d'avoir porté leurs fruits.

Sur tous ces points, l'on ne peut que déplorer l'aveuglement ou la pusillanimité des gouvernements successifs. Car les évolutions du système hospitalier étaient depuis longtemps parfaitement prévisibles : l'augmentation des besoins dans un pays riche et vieillissant ne faisait aucun doute, la démographie des professions médicales est connue (avec le départ de près de 400 000 personnels hospitaliers dans les douze ans qui viennent, soit la moitié des effectifs actuels).

Il y a donc urgence. Les déficits abyssaux de la Sécurité sociale imposent, évidemment, la maîtrise des dépenses de santé dont l'hôpital ne représente pas loin de la moitié. Cela ne justifie en rien de laisser l'hôpital en déshérence. Pour l'hôpital public français, une dernière chance est en train de se jouer. Les pouvoirs publics ont le devoir de ne pas la laisser passer.

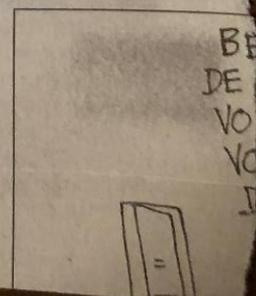
« ILS EN Dreyfus du te du foulard isla le plus serein d liberté d'expres des sexes ; laïcité nautarisme ; ref té face à l'islam semblent cong foulards qui débat public en 1989.

Pas plus a cette polémi ques ou idé cousin d'extré d'interdiction aucune raison la cousine cathé sion par crainte hibition des sign

A l'inverse, F peuvent dîner se font les champion de la kippa et de res semaines, la c dissante que jam sait à sa plus simp brer dans la carica

Une loi, oui ou leur corps défenda sion présidée par République, ont t de ce choix réducta milieu de leurs trava sion parlementaire f tion du « port visible ce religieuse ou pol l'horizon de la réfl enfermer dans une g

Rien n



Le Monde.fr

 imprimer

Le ministère de la santé affine ses propositions de réorganisation interne des hôpitaux publics

LE MONDE | 19 12 03 | 13h55

La troisième version du projet de "gouvernance", transmise aux syndicats hospitaliers, prévoit de "réassocier" l'administration et les médecins, et de créer des pôles d'activité.

Les contours de la nouvelle organisation interne des hôpitaux publics deviennent plus nets. Une troisième mouture du projet de "gouvernance", qui sera "assez proche" de la version finale, selon l'entourage de Jean-François Mattei, devait être remise officiellement, vendredi 19 décembre, aux huit organisations syndicales de la fonction publique hospitalière et aux organisations de praticiens hospitaliers.

Ce projet, sur lequel la concertation a été engagée en septembre, viendra compléter les trois chantiers ouverts par le ministre de la santé dans le cadre du plan Hôpital 2007 : la simplification sanitaire, avec l'ordonnance du 4 septembre 2003 renforçant le rôle des directeurs des agences régionales d'hospitalisation (ARH) et ouvrant la voie à une accélération des investissements hospitaliers ; la rénovation progressive du parc hospitalier (937 opérations immobilières en cours) ; la réforme budgétaire avec la généralisation, en huit ans, de la tarification à l'activité dans les domaines de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO), qui se substituera au budget global introduit en 1983.

"PLAN DE REDRESSEMENT"

La troisième version de la gouvernance diffère assez sensiblement des premières propositions de modification du code de la santé publique qui avaient été transmises aux syndicats (*Le Monde* du 28 novembre 2003) : elle repose, en effet, sur "la volonté partagée de réassocier" les directeurs et les médecins à la marche des établissements, et revient sur le renforcement initialement envisagé du pouvoir de l'administration et des soignants (non-médecins) au détriment du corps médical.

Comme prévu, en revanche, le conseil d'administration sera recentré sur ses fonctions stratégiques et de contrôle. Il pourra "décider la mise en place d'un comité d'audit" et demander la mise en œuvre d'un "plan de redressement". Trois catégories de personnes composeront cette instance : les représentants des collectivités territoriales, ceux des personnels, des personnalités qualifiées et des représentants des usagers. Après de nombreuses discussions, le gouvernement a proposé que la présidence du conseil d'administration des établissements communaux et des établissements départementaux soit respectivement confiée au maire et au président du conseil général.

Un "conseil exécutif", présidé par le directeur et associant à parité administration et praticiens hospitaliers - au premier rang desquels le président de la commission médicale d'établissement (CME) - sera créé. Il élaborera le projet d'établissement et assurera le pilotage de l'activité. Les établissements autres que les hôpitaux locaux définiront "librement" leur organisation interne, comme la loi hospitalière de 1991 l'avait prévu. La CME et le comité technique d'établissement disposeront d'un droit d'alerte conjoint à la majorité qualifiée des deux tiers. Ils pourront constituer un "conseil d'établissement".

Des pôles d'activité permettant la mise en commun de personnels (médecins, infirmières,

agents médico-techniques...) et d'équipements - créés avant le 31 décembre 2006 - disposeront d'une délégation de gestion (objectifs d'activité, financiers, intéressement des personnels). Les praticiens hospitaliers désireux d'occuper des postes à responsabilité demanderont à un jury leur inscription sur une liste d'aptitude nationale validée par le ministre de la santé. Les offres vacantes seront publiées "au fil de l'eau" et les médecins déposeront leur candidature dans tel ou tel hôpital. Ils seront choisis par le directeur et par le président de la CME, alors qu'ils sont actuellement nommés par le ministre lui-même.

Claire Guélaud

• ARTICLE PARU DANS L'EDITION DU 20 12 03

S'abonner au Monde.fr - 5 Euros par mois

Droits de reproduction et de diffusion réservés © **Le Monde** 2003

Usage strictement personnel. L'utilisateur du site reconnaît avoir pris connaissance de la licence de droits d'usage, en acceptant et en respectant les dispositions.

Politique de confidentialité du site. [Besoin d'aide ?](#) [faq.lemonde.fr](#)

1

Canicule : le docteur Patrick Pelloux raconte comment les autorités sont restées sourdes à ses appels à l'aide

4-12-2003

Le président de l'Association des médecins urgentistes hospitaliers, qui avait été le premier à tirer le signal d'alarme en août, a démenti, devant la commission d'enquête, les affirmations de M. Mattei.

Le témoignage est accablant. Mardi 2 décembre, face à la commission d'enquête parlementaire sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule, survenue en août et qui a fait 14 802 morts, le docteur Patrick Pelloux, médecin urgentiste à l'hôpital Saint-Antoine à Paris et président de l'Association des médecins urgentistes hospitaliers français (Amuhf), n'a pas mâché ses mots.

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), direction générale de la santé (DGS), ministère de la santé... personne n'a été épargné par ce médecin qui avait été le premier à tirer publiquement le signal d'alarme les 9 et 10 août, dans *Le Parisien* et sur TF1, en annonçant que les fortes chaleurs faisaient des victimes.

"La technostructure, qui se sent en autonomie, sans compte à rendre, n'avait pas envie de comprendre ce qui se passait sur le terrain", a déclaré M. Pelloux, qui a dénoncé le *"manque de réaction des autorités hospitalières"* et le *"manque de compréhension de la part des instances en charge de la santé publique"*. *"On a essayé coûte que coûte de minimiser ce qui se passait"*, a-t-il assuré.

"IL FALLAIT AGIR VITE"

"Rien n'est venu d'en haut, de l'Institut de veille sanitaire (IVS) et de la direction générale de la santé (DGS). Rien n'est venu d'en bas non plus", avait expliqué le ministre de la santé, Jean-François Mattei, à la commission d'enquête, le 25 novembre. Si M. Pelloux lui a donné raison sur le premier point, il lui a apporté un démenti cinglant sur le second. Il a notamment raconté comment, le 7 août, avec Pierre Carli, directeur du SAMU de Paris, qu'il avait joint après avoir constaté les premiers *"décès en surnombre dès le 5 août"*, il avait décidé d'appeler la DHOS pour signaler que *"cela se passait mal"*, M. Carli contactant *"la DGS"*. *"Les policiers étaient en rupture de gants jetables pour gérer les cadavres trouvés à domicile et les pompiers de Paris disaient que cela devenait dur de travailler parce que beaucoup de services d'urgences étaient saturés"*, a détaillé M. Pelloux. *"Le vendredi 8 août, on a réalerté la DHOS, ainsi que la DGS, via M. Carli"*, a-t-il ajouté, notant, pour le 9 août : *"J'ai des collègues qui m'ont dit : 'J'ai des morts.' On arrivait à plus de 50 décès."*

"Mais les instances ne voulaient pas comprendre", a relevé M. Pelloux, soulignant le déni dans lequel s'est inscrite, selon lui, la DGS : *"L'information qui est revenue de la DGS, c'est que les morts étaient naturelles. Donc il fallait attendre que cela se passe."* Et même une fois le plan blanc (il permet de mobiliser des moyens en urgence) lancé sur l'Île-de-France, le 13 août au soir, la DGS a continué à minimiser la situation, selon M. Pelloux, qui, sans le citer, a mis en cause Lucien Abenhaïm, qui était directeur général de la santé avant sa démission, le 18 août. *"J'ai été surpris, lors d'une réunion interministérielle le 14 août, que le responsable de la DGS de l'époque se contente de dire qu'il fallait seulement une évaluation avant d'envisager une généralisation du plan blanc au plan national que je demandais"*, a exposé M. Pelloux, qui a raconté avoir eu une *"très vive altercation"* à la sortie de cette réunion avec M. Abenhaïm. *"Il m'a dit : 'C'est une épidémie, pas une catastrophe.'"*

M. Pelloux a indiqué ne pas avoir trouvé d'oreille plus attentive au ministère de la santé. *"J'ai téléphoné le lundi 11 août au matin à Anne Bolot-Gittler -la directrice adjointe du cabinet de M. Mattei, revenue de vacances- en lui disant que je n'accepterais pas que l'on parle de morts naturelles, que l'on était dans une situation catastrophique, que c'était la canicule, des problèmes d'hyperthermie et qu'il fallait agir vite."* *"Personne ne m'a appelée ce lundi 11 août pour mentionner une quelconque inquiétude sur la canicule"*, avait affirmé Mme Bolot-Gittler devant la commission le 5 novembre. Le même jour, William Dab, l'actuel directeur général de la santé, qui était, en août, conseiller technique de M. Mattei, avait affirmé que, lorsqu'il est parti en congé le 9 août, il ne disposait d'*"aucune information indiquant que la situation sanitaire était en train de se dégrader"*.

Interrogé sur les conséquences qu'aurait pu avoir un déclenchement du plan blanc vers le 8 août, M. Pelloux a répondu qu'il ne *"savait pas"*. *"On aurait travaillé dans de meilleures conditions en tout cas, cela aurait humanisé les choses"*, a-t-il avancé, avant de lancer en conclusion : *"On peut avoir à nouveau une crise comme cet été."*

Philippe Le Cœur

Pour M. Sarkozy, les pouvoirs publics sont "passés à côté du drame" de la canicule

18-12-2003

Le ministre de l'intérieur a déclaré à la commission d'enquête parlementaire qu'il aurait souhaité la publication des premiers constats des pompiers de Paris.

2

Défausses individuelles et dilution générale des responsabilités personnelles : les auditions de Nicolas Sarkozy, ministre de l'intérieur, et du docteur Yves Coquin, directeur adjoint de la direction générale de la santé, mercredi 17 décembre, par la commission d'enquête parlementaire sur les conséquences de la canicule ont ressemblé à celles des autres acteurs de la crise.

L'audition de Nicolas Sarkozy était d'autant plus attendue que le ministre de l'intérieur n'avait pas pu être entendu par la mission parlementaire d'information qui avait précédé la mise en place de la commission d'enquête. Durant près de deux heures, M. Sarkozy est parvenu, en dépit de longues digressions et d'explications parfois confuses, à convaincre une majorité des membres de la commission d'enquête, au premier rang desquels son président, Claude Evin (PS), ancien ministre de la santé, qui s'était montré plus pugnace lors d'autres auditions. Pour M. Sarkozy, le ministère de l'intérieur, bien que chargé de la sécurité civile, n'a aucune part de responsabilité dans cette catastrophe, qui a vu 15 000 personnes mourir de la canicule durant les deux premières semaines du mois d'août. Selon lui, aucune information de nature sanitaire n'a été transmise à son cabinet avant le 12 août, lorsque le nombre croissant des décès a posé des problèmes aux entreprises funéraires de Paris et de la région parisienne. Interrogé sur les dysfonctionnements ayant existé dans la circulation des informations entre la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP), la préfecture de police de Paris et son cabinet, M. Sarkozy a soigneusement pris la défense de ses collaborateurs, au premier rang desquels Daniel Canepa, directeur adjoint de son cabinet, qui était de permanence durant l'épisode caniculaire. Il s'est refusé à critiquer Jean-Paul Proust, préfet de police de Paris, et n'a pas voulu accabler le chef de cabinet de ce dernier, Pierre Lieutaud, qui, dans la première phase de la crise, a donné la consigne à la BSPP de ne pas communiquer les chiffres sur l'augmentation du nombre de décès.

"CLIGNOTANTS" NON ADAPTÉS

Sur ce point, en fin d'audition, le ministre de l'intérieur a précisé qu'il n'avait, pour sa part, jamais interdit à la BSPP de publier ces chiffres et qu'il aurait préféré que cette communication ait pu être faite. *"Les clignotants n'étaient pas adaptés pour révéler une crise dans les hôpitaux, dans les maisons de retraite, dans la solitude des appartements. Nous sommes passés à côté de ce drame,"* a déclaré M. Sarkozy, excluant avoir voulu minimiser la réalité sanitaire. *Les services relevant du ministère ont répondu à la mission qui était la leur, une mission qui ne comporte pas le suivi statistique de la mortalité, ni celui du bon fonctionnement des services de santé ou la délivrance de consignes sanitaires."*

Le directeur adjoint de la direction générale de la santé, le docteur Yves Coquin, a soutenu à son tour qu'il n'y avait eu aucun dysfonctionnement du service dont il avait la charge. Il a notamment rappelé qu'il avait été *"le premier et le seul"* à avoir annoncé, le 9 août, à un journaliste du *Parisien*, que la vague de chaleur était susceptible de provoquer *"des centaines de décès"*. Décrivant un ministère de la santé privé de toutes sources d'information synthétisée et dont les différents services sont cloisonnés, le docteur Coquin a précisé de quelle manière il a fourni l'ensemble des données dont il disposait au cabinet de Jean-François Mattei.

Il a notamment souligné avoir directement informé, dans l'après-midi du 11 août, Anne Bolot-Gittler, directrice adjointe du cabinet de Jean-François Mattei, des difficultés rencontrées par les entreprises funéraires. La question reste entière de savoir si l'ensemble des informations fournies par le docteur Coquin au cabinet de M. Mattei ont été transmises ou non au ministre de la santé, qui, quelques heures plus tard, tenait au journal de TF1 des propos rassurants quant à la maîtrise de la situation.

Jean-Yves Nau

Jean-François Mattei n'a "pas le sentiment d'avoir commis une faute" pendant la crise de la canicule

26-11-2003

"Je comprends bien que c'est incroyable mais c'est comme ça. Il faut accepter l'inacceptable", a dit le ministre devant la commission d'enquête. Lucien Abenham, lui, a plaidé pour la climatisation.

Nullement responsable et - a fortiori - en aucun cas coupable. Jean-François Mattei, ministre de la santé, a, durant plus de deux heures, et s'exprimant pour la première fois sous serment, répondu, mardi 25 novembre, aux questions des membres de la commission d'enquête parlementaire présidée par Claude Evin, ancien ministre de la santé (PS) du gouvernement Rocard, sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule.

M. Mattei a invoqué une *"catastrophe naturelle doublée d'une crise structurelle"*. Il s'est refusé à mettre en cause l'action de tel ou tel responsable sanitaire. Il a ainsi, à plusieurs reprises, soutenu que c'était bien l'organisation actuelle du système sanitaire, et elle seule, qui était à l'origine de cette catastrophe, responsable de 15 000 décès.

"Quand autant d'erreurs d'appréciation surviennent, ce ne sont pas des individus qu'il faut mettre en cause mais bien des systèmes. Pour ma part, je vous le dis très clairement : je n'ai pas le sentiment d'avoir commis à un moment ou à un autre une faute", a déclaré le ministre, qui, sans fournir de nouvelles informations, a démenti toute forme de dysfonctionnement de son cabinet lors de cette crise. M. Mattei s'est borné à reconnaître quelques *"erreurs de communication"* qu'il *"assumait-pleinement."*

3

Revenant sur son intervention télévisée rassurante, lors du journal de 20 heures de TF1, lundi 11 août, le ministre a affirmé : *"Je n'ai dit, alors, que ce que je savais."* Le ministre de la santé a repris la chronologie des événements des premiers jours du mois d'août, au vu des chiffres fournis a posteriori par les travaux de l'Institut de veille sanitaire. *"Quand le docteur Patrick Pelloux -responsable des urgences à l'hôpital Saint-Antoine de Paris- s'exprime, le 10 août, à la télévision sur ce sujet, il y a déjà 6 541 morts, a souligné M. Mattei. Le lendemain il y a 8 000 morts, et personne ne le sait. Aussi permettez-moi de vous dire qu'il est un peu vain de savoir si un mail daté de 10 h 01 ou de 19 h 36 est arrivé ici ou est arrivé là."*

Pour le ministre de la santé ce n'est que le mercredi 13 août, avec les premiers chiffres fournis par les entreprises de pompes funèbres générales évoquant le chiffre de 3 000 morts, que *"tout bascule"*. *"En réalité on est déjà à 12 540 décès. Attention à l'illusion rétrospective ! On ne peut pas réécrire le passé, comme d'aucuns le font, avec les connaissances d'aujourd'hui"*, a fait valoir le ministre de la santé. Il ajoutera plus tard : *"Je comprends bien que c'est incroyable mais c'est comme ça. Il faut accepter l'inacceptable."* M. Mattei a aussi souligné que la France avait été le seul pays européen dans lequel on a *"immédiatement cherché un responsable"*.

"Regrettant" le choix fait par le professeur Lucien Abenhaïm de démissionner de ses fonctions de directeur général de la santé, M. Mattei a confié que ce dernier avait, bien avant la canicule, exprimé le souhait de quitter ce poste pour devenir professeur de santé publique à Paris. M. Mattei s'est défendu d'avoir voulu *"charger qui que ce soit"*. Répondant aux questions, parfois vives, de certains membres de la commission, le ministre est, sur le fond, resté sur la position qu'il avait développé le 11 septembre lors de son audition par la commission d'information de l'Assemblée nationale sur la catastrophe. *"En matière d'alerte sanitaire, rien n'est venu d'en haut, que ce soit de l'Institut de veille sanitaire ou de la Direction générale de la santé, mais rien n'est venu non plus d'en bas, a fait valoir le ministre. Notre système centralisé, cloisonné est resté inopérant face à cette montée silencieuse de morts. Les quelques cas d'alerte donnée sur le terrain ont été considérés comme des cas isolés pour lesquels on pouvait trouver une explication factuelle."* M. Mattei a mis notamment en cause le cloisonnement des différents services de son ministère mais aussi de ceux des ministères de l'intérieur ou des affaires sociales.

Il a répondu avec vigueur à Jean-Paul Baquet (PS, Puy-de-Dôme), qui établissait un parallèle avec le scandale du sang contaminé et rappelait qu'à l'époque M. Mattei, député de l'opposition, avait publiquement appelé à la démission des ministres socialistes alors en place. M. Mattei a a notamment fait valoir que ses propos d'alors s'inscrivaient *"dans un contexte qui n'était pas le même"*.

Evoquant le récent ouvrage du professeur Abenhaïm qui dénonce ses erreurs de communication et d'appréciation dans la gestion de cette affaire, M. Mattei a fait valoir que *"ces erreurs n'ont rien changé au nombre des victimes"*. Il a aussi démenti avoir cherché, dans la dernière partie de la période concernée, à minimiser le nombre des victimes ou à participer à une entreprise de déni de la réalité sanitaire.

Pour sa part, auditionné après le ministre de la santé, le professeur Abenhaïm a déploré la faiblesse des moyens consacrés en France à la santé publique et plaidé pour une climatisation généralisée des maisons de retraite et des établissements hospitaliers. *"Face à la chaleur la climatisation est la seule solution, comme le chauffage l'est en hiver. Si les hôpitaux où sont morts 2 500 personnes cet été avaient été climatisés, il n'y aurait eu que 40 décès ; et si les maisons de retraite, où 5 000 personnes âgées ont perdu la vie, l'avaient été, il n'y aurait eu que 100 morts"* a affirmé l'ancien directeur général de la santé.

Jean-Yves Nau

Une lettre d'Anne Bolot-Gittler

18-12-2003

A la suite de deux de nos articles consacrés aux auditions de la commission d'enquête parlementaire sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule (Le Monde des 21 et 26 novembre), nous avons reçu d'Anne Bolot-Gittler, directrice adjointe du cabinet de Jean-François Mattei, la mise au point suivante :

C'est liée par le serment prêté devant la commission d'enquête que j'ai répondu aux questions de ses membres.

Les accusations de mensonge portées publiquement par M. Bapt -député PS de Haute-Garonne- sont graves et diffamatoires. Contrairement aux dires de M. Bapt :

- je n'étais pas responsable du cabinet du ministre de la santé durant le week-end des 9 et 10 août, n'ayant repris mes fonctions que le lundi 11 août, à mon retour de vacances ;

- j'ai bien évoqué, devant la commission d'enquête, le seul appel d'alerte que j'ai reçu le 11 août, à savoir celui du docteur Pelloux -président de l'Association des médecins urgentistes hospitaliers-, inquiet de voir dépasser le chiffre d'une cinquantaine de morts qu'il avait évoqué la veille ;

*- je n'ai reçu aucune alerte du docteur Coquin -directeur adjoint de la direction générale de la santé-. Alors que je lui demandais de faire le point sur la canicule, il m'a totalement rassurée et m'a indiqué, par oral et par écrit, *"que la situation était maîtrisée"*, jugeant le numéro du Parisien du matin *"très correct"* ;*

- le projet de communiqué transmis par le docteur Coquin en fin de journée sur la saturation des funérariums n'a aucun caractère d'alerte. Il rappelle factuellement, sans tonalité d'inquiétude, les raisons de cette saturation, notamment le recours plus fréquent aux chambres funéraires du fait de la chaleur et de la réduction des effectifs en

4

période de vacances. Publié le lendemain, ce communiqué conjoint avec les services du ministère de l'intérieur ne sera d'ailleurs repris ni par l'AFP ni par les quotidiens, à l'exception de *Libération*.

Dès mon arrivée le 11 août, le cabinet ayant un rôle d'interface entre le ministre et son administration et non vocation à se substituer aux services, notamment aux quelque 600 agents de la direction générale de la santé (DGS) et de l'Institut de veille sanitaire (IVS), j'ai tout mis en œuvre pour accélérer la remontée d'informations et la mobilisation ;

- j'ai saisi, dès mon arrivée, tous les services compétents du ministère de la santé pour faire un point complet de la situation. "*Situation maîtrisée*" pour la DGS, aucune alerte pour l'IVS, difficultés ponctuelles aux urgences, hors Ile-de-France, dans les hôpitaux. J'ai demandé au cabinet du secrétaire d'Etat aux personnes âgées de saisir la direction générale de l'action sociale. J'ai demandé au cabinet du ministre de l'intérieur un point de la situation sur les questions funéraires, qui relèvent de sa compétence, et la publication du communiqué ;

- j'ai demandé à la DHOS -direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins- et à la DGS de se rendre à la réunion de crise qu'organisait l'AP-HP -Assistance publique-Hôpitaux de Paris- le matin même. J'ai mis en alerte, via la DHOS, le réseau des agences régionales de l'hospitalisation et des établissements de santé pour faire face à la vague de chaleur. Un dispositif de crise a ainsi pu être mis en œuvre dans l'ensemble des hôpitaux d'Ile-de-France sièges de services d'urgence.

Canicule : M. Mattei sommé de s'expliquer devant les députés

25-11-2003

Le ministre de la santé devait être entendu, mardi 25 novembre, par la commission d'enquête parlementaire, juste avant son ancien directeur général de la santé, Lucien Abenhaïm. Ce dernier l'accuse d'avoir minimisé la catastrophe. En août, 15 000 personnes sont mortes en raison de la chaleur.

L'heure de vérité a sonné pour Jean-François Mattei. Le ministre de la santé devait être entendu, mardi 25 novembre, à 16 h 30, par la commission d'enquête parlementaire sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule.

A cette occasion, il devait notamment expliquer, sous serment, pourquoi il n'a pris la parole sur ce sujet que le lundi 11 août, au journal de 20 heures de TF1, de sa résidence familiale d'Hyères (Var) où il passait ses vacances d'été.

Interrogé peu de temps avant l'ancien directeur général de la santé, Lucien Abenhaïm (entendu à partir de 18 heures), M. Mattei devait aussi répondre aux accusations de ce dernier. Dans un livre intitulé *Canicules, la santé publique en question*, M. Abenhaïm, qui a démissionné le 18 août, l'accuse d'avoir cherché à minimiser le nombre des décès dus à la canicule. Face à la mission d'information de l'Assemblée nationale, en septembre, M. Mattei n'avait livré aucune précision sur les conditions dans lesquelles il avait été tenu informé de l'évolution de la situation sanitaire liée à la canicule.

"Jusqu'au 9 août, on ne disposait d'aucune information indiquant que la situation sanitaire était en train de se dégrader", a pour sa part déclaré à la commission d'enquête, le 6 novembre, William Dab, qui était alors conseiller technique de Jean-François Mattei et assurait la permanence au cabinet - il est désormais directeur général de la santé.

M. Dab, parti en vacances à l'étranger le 9 août, a précisé avoir "*saisi par écrit, le 6 août, la direction générale de la santé (DGS), qui a ensuite missionné l'Institut de veille sanitaire (IVS) sur les conséquences possibles de la vague de chaleur*". Cette alerte était "*purement théorique*", a-t-il expliqué car il ne disposait "*pas d'informations concrètes*".

Deux jours plus tôt, Météo-France avait émis "*des bulletins comportant des conseils de comportement*" face à la canicule, comme l'a rappelé à la commission d'enquête, le 19 novembre, son PDG, Jean-Pierre Beysson.

"ON NE SAVAIT RIEN"

"Si, le 8 août, nous sommes conscients qu'il se passe quelque chose sur lequel il faut recueillir des informations, nous n'avons rien sur l'ampleur du problème", a expliqué à la commission, le 19 novembre, Gilles Brücker, directeur de l'Institut de veille sanitaire. M. Brücker, qui n'a pas explicitement mis en question le fonctionnement du ministère lors de cette audition, a précisé avoir été en "*lien direct avec le cabinet à partir du 11 août*".

Cette date constitue un moment essentiel de la crise avec les déclarations rassurantes de M. Mattei à la télévision, alors que l'on enregistre les températures les plus élevées de l'épisode caniculaire. "*On ne savait rien*", a affirmé, le 6 novembre, devant la commission d'enquête, Anne Bolot-Gittler, directrice adjointe du cabinet de M. Mattei, rentrée le 11 août de vacances. La veille, dans *Le Parisien*, le médecin urgentiste Patrick Pelloux avait lancé un cri d'alarme et évoqué les premiers décès dus à la canicule.

Mme Bolot-Gittler a indiqué s'être entretenue, "*tôt dans la matinée*" du 11 août, avec le directeur adjoint du cabinet du premier ministre, Jean-François Cirelli, qui se disait "*préoccupé par la canicule*". Ceci l'a conduit à "*immédiatement*" appeler le directeur général de la santé par intérim, qui lui a déclaré que "*le nécessaire avait été fait*", ainsi que le directeur général par intérim de l'IVS, "*qui n'était pas au courant de la situation*". Mme Bolot-Gittler a assuré que "*personne ne -l'a- appelée le 11 août pour mentionner une quelconque inquiétude*".

10

5

CONSIGNE GOUVERNEMENTALE ?

M. Dab a reconnu avoir téléphoné à Mme Bolot-Gittler le 11 août en mentionnant la canicule, mais sans appeler son attention sur le sujet. "Ni le 10, ni le 11, ni le 12 août il n'y a eu prise en compte du risque de décès massifs", selon Mme Bolot-Gittler. Le 11 août a néanmoins été décidée, avec le cabinet de M. Mattei, la "mise en place d'une enquête sur les décès par coups de chaleur", a rappelé M. Brücker.

Pour Gérard Bapt, député (PS) de Haute-Garonne, "Mme Bolot-Gittler a menti". Membre de la commission d'enquête, il souligne que "le 11 août, elle a eu plusieurs alertes téléphoniques du docteur Pelloux, d'Yves Coquin, directeur adjoint de la DGS, et enfin un fax, en fin d'après-midi, de M. Coquin qui l'alerte sur le fait que les funérariums sont débordés".

Ces éléments ont été confirmés devant la mission d'information par M. Abenhaïm. Celui-ci a expliqué que M. Coquin a rapporté, le 11 août au matin, à Mme Bolot-Gittler ce qu'il a fait "jusqu'au 8 août". Si M. Coquin a alors évoqué une "situation maîtrisée", c'était en référence à la situation qui prévalait le 8 août, a précisé M. Abenhaïm. "Dans ses propos du matin, il précisait qu'il y allait y avoir plusieurs centaines de décès."

Lors de son audition par la mission d'information, M. Mattei a souligné que, depuis sa villégiature varoise, il avait, dans la matinée du 11 août, contacté son ministère et que c'est à sa demande que M. Coquin avait alors transmis à son cabinet ce résumé des informations dont il disposait.

Mais, le 11 août dans l'après-midi, le cabinet du ministre "a produit un communiqué de presse auquel la DGS n'a pas été associée", a relevé M. Abenhaïm devant la mission d'information tout en soulignant "l'absence de spécialiste de santé publique au cabinet du ministre les 11, 12 et 13 août". Ce communiqué se terminait ainsi : "Les difficultés rencontrées sont comparables aux années antérieures, en dehors de cas ponctuels de certains établissements et d'un ou deux départements d'Ile-de-France."

Dans l'après-midi du 11 août sont arrivées à la DGS les premières données des funérariums. "A 17 heures, M. Coquin me dit avoir informé -Mme Bolot-Gittler-, a raconté M. Abenhaïm, elle a préparé un communiqué qui a été transmis au cabinet du ministre. Il a été publié le lendemain."

M. Mattei a aussi expliqué à la mission d'information que c'est la teneur du courriel matinal qui l'a conduit à tenir des propos rassurants sur TF1. Comment le ministre n'aurait-il pas été informé de la suite des événements ? Le 14 août, il a, contre l'avis des responsables de la DGS et de l'IVS, fait le choix d'avancer publiquement une estimation de 1 500 à 3 000 morts. Il persistera le 17 août en parlant de 1 600 à 3 000 morts, alors que, dès le 15 août, son administration tablait sur 5 000 décès. "La question qui se pose est de savoir si cela relève d'une consigne gouvernementale", estime M. Bapt. Le ministre de la santé répondra-t-il à cette question ?

Philippe Le Cœur et Jean-Yves Nau

Une surmortalité à l'hôpital et en institution

Selon une étude de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), publiée mardi 25 novembre dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* du ministère de la santé, près des deux tiers des personnes décédées du fait de la canicule étaient soit hospitalisées, soit hébergées dans une institution, maison de retraite ou centre de long séjour. Au total, sur les 15 000 décès supplémentaires attribués à la canicule du mois d'août, près de 3 000 sont survenus dans des maisons de retraite et plus de 6 000 à l'hôpital ou en clinique.

Entre le 1er et le 20 août, le nombre de morts a été multiplié par 2 dans les maisons de retraite, par 1,7 à domicile et par 1,5 dans les hôpitaux. Durant cette période, 42 % des décès en excès sont survenus dans les hôpitaux, 35 % à domicile, 19 % dans les maisons de retraite ou hospices et 3 % dans des cliniques. Selon l'étude publiée dans le *BEH*, près de la moitié des personnes ayant trouvé la mort à l'hôpital du fait de la chaleur venaient de maisons de retraite et de centres de long séjour.

Bibliographie : Lucien Abenhaïm fustige la "misère" des politiques de prévention

25-11-2003

L'ancien directeur de la santé attaque vivement la communication de son ministère de tutelle.

Véritable réquisitoire contre la communication du ministère de la santé, le livre du professeur Lucien Abenhaïm-*Canicules, la santé publique en question*- fustige la stratégie politique qui vise à "infantiliser" le grand public en tentant, vaille que vaille, de "minimiser" les faits, en l'occurrence le nombre de morts liés à la canicule (*Le Monde* du 19 novembre).

Pourtant, témoigne l'ancien directeur général de la santé, s'il est un sujet sur lequel les citoyens sont en attente d'explications et où la diffusion de l'information permet une meilleure gestion des crises, c'est bien celui de la sécurité sanitaire.

Le professeur d'épidémiologie se souvient avoir bataillé contre les "communicants" qui souhaitaient "à tout prix rassurer" lors de la crise du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère). Ce sont ces mêmes "communicants" qui auraient, selon M. Abenhaïm, conseillé, le 11 août, à Jean-François Mattei de porter un polo lors de son intervention

6

télévisée, histoire de "faire vacances" et de dédramatiser la situation. Les commentateurs, eux, retiendront ce détail vestimentaire comme symbole "déplacé" au regard des circonstances.

DÉMISSION LE 18 AOÛT

Ne supportant pas que le ministre de la santé se "défausse" sur son administration, Lucien Abenhaïm a démissionné de ses fonctions le 18 août et a choisi de livrer son analyse de la crise estivale mais également de ce que cet événement révèle des lacunes de la politique de santé publique en France. L'ex-responsable de la direction générale de la santé (DGS) ne lésine pas sur le vocabulaire. "Catastrophe naturelle unique dans l'histoire du monde", "hécatombe", "tragédie" : pour lui, la "crise sanitaire majeure" liée à la canicule qui s'est abattue sur la France durant la première quinzaine d'août fut un "drame". Mais cette "épidémie de coups de chaleur" était "inimaginable", "imprévisible", insiste-t-il. Ni les experts ni les acteurs de terrain n'avaient envisagé l'éventualité d'une canicule catastrophique et retenu ce phénomène climatique parmi les problèmes de santé publique.

Mais quand survient l'imprévisible, il faut "gérer" et "expliquer", insiste le professeur Abenhaïm, seul moyen d'éviter que la crise sanitaire ne conduise à une crise politique où chacun se renvoie la responsabilité. Surtout, il faut savoir en tirer les enseignements pour notre système de santé. "Augmenter les personnels dans les maisons de retraite et les urgences, installer l'air climatisé dans les institutions, organiser la recherche des personnes isolées, améliorer le système d'alerte... Jusqu'à présent, aucune priorité n'a été clairement énoncée. D'ici à l'été prochain, qu'aura-t-on fait ?", interroge l'ancien chef de la DGS.

"VULNÉRABILITÉ"

Parce que c'est "dans les crises (...) que le monde se révèle", M. Abenhaïm estime que la canicule "nous en dit long sur les rapports du scientifique et du politique" et "met au jour cette vulnérabilité qui, contrairement à ce qu'on imagine, n'épargne pas les populations des pays industrialisés".

SRAS, légionellose, hépatite C, listériose, amiante, effets secondaires des médicaments (dont meurent chaque année en France environ 18 000 personnes), grippe, catastrophes technologiques, les risques d'épidémies ne manquent pas. Est-on préparé à y faire face ? Non, affirme l'ancien directeur général de la santé. Et pour de multiples raisons : "misère" de la politique de prévention, "manque de moyens" de la DGS, "manque de souplesse" des mécanismes de décision, "dispersion" des acteurs, épidémiologie "sous-développée", la sécurité sanitaire en France demeure "inachevée".

Prônant la création "urgente" d'un ministère de "l'environnement et de la sécurité sanitaire" reposant sur des agences "indépendantes" chargées de l'évaluation et de la gestion des risques, M. Abenhaïm espère que "l'expérience unique" de la canicule conduira les pouvoirs publics à "changer de modèle" en termes de santé publique.

Sandrine Blanchard

Bibliographie : Canicules, la santé publique en question Lucien Abenhaïm Fayard, 262 pages, 18 euros

Une lettre de Jean-Paul Proust

25-11-2003

A la suite d'un article paru dans Le Monde du 21 novembre, le préfet de police de Paris nous a fait parvenir la mise au point suivante :

Le préfet de police, M. Jean-Paul Proust, confirme qu'il n'a été informé de la gravité de la situation entraînée par la canicule que le 12 août, étant donné que ses collaborateurs présents à Paris et avec lesquels il s'entretenait au téléphone chaque jour ne disposaient d'aucune information jusqu'à cette date qui fasse état d'une surmortalité significative liée à la canicule.

Il précise que la brigade de sapeurs-pompiers de Paris, qui a toujours fait face aux appels de secours, n'avait pas de moyens de centralisation de l'information permettant de constater la surmortalité. Lorsque la brigade a été interrogée, le 11 août, par l'Institut national de veille sanitaire, ce n'est pas pour des raisons de lenteur administrative qu'il a fallu vingt-quatre heures pour répondre, mais tout simplement parce que la brigade avait besoin de ce délai pour reconstituer a posteriori l'information dont elle ne disposait pas, en interrogeant ses 77 centres de secours. C'est bien le 12 août que l'Institut médico-légal, légalement placé sous l'autorité du préfet de police, fait état d'un afflux anormal de défunts, ce qui a permis de prendre la mesure de la crise.

A compter de cette date, la préfecture de police a immédiatement pris toute une série de dispositions : de nombreux fonctionnaires volontaires de la préfecture, 1 400 policiers et secouristes, ont pris contact avec 5 000 personnes âgées et 300 maisons de retraite, permettant ainsi de sauver de nombreuses vies.

Le préfet de police regrette que les systèmes d'information trop cloisonnés dans le domaine sanitaire n'aient pas permis de prendre conscience de l'ampleur de la situation avant le 12 août. C'est la raison pour laquelle il a décidé, dans le cadre de la zone de défense regroupant les huit départements d'Ile-de-France, de créer un centre de veille permanent, fonctionnant vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et un état-major de sécurité civile, étendus à la sécurité sanitaire.

FRANCE SANTÉ

Les hôpitaux traversent une crise aiguë, amplifiée par la mise en place très rapide des 35 heures. Le plan « Hôpital 2007 », lancé par le gouvernement en novembre 2002, prévoit notamment la rénovation

des établissements vétustes, mais il ne répond pas aux problèmes urgents : pénuries dans certaines disciplines, CHARGE DE TRAVAIL DE plus en plus lourde. La crise s'inscrit dans un contexte financier diffi-

cile, puisque l'assurance-maladie accuse un déficit de 30 milliards d'euros sur 2002-2004. Jean-François Mattei a soumis des propositions aux SYNDICATS (renforcement du pouvoir des directeurs, regroupe-

ment de services...). Plusieurs d'entre eux appellent à une JOURNÉE D'ACTION le 16 décembre. (voir aussi le dossier « Les urgences en souffrance » en édition abonnés du Monde.fr (onglet références).

L'hôpital public menacé par la pénurie d'argent et de personnels

Les 1 500 établissements et leurs 750 000 agents traversent une crise sans précédent, aggravée par la mise en place rapide des 35 heures. Les syndicats jugent que le plan « Hôpital 2007 » du gouvernement ne répond pas à l'urgence. Ils appellent à une journée d'action le 16 décembre

C'EST une octogénaire, en phase terminale de cancer, que l'hôpital du Val-de-Grâce renvoie chez elle, à l'Ascension, faute d'infirmières. C'est un adolescent, accueilli aux urgences de Cochin, à qui l'on diagnostique une appendicite aiguë et qui est aiguillé, faute de chirurgien, sur une clinique privée. Ce sont ces listes d'attente qui atteignent parfois trois mois pour une consultation spécialisée. L'hôpital public est au bord de la rupture. Asphyxié par le manque de personnel, paralysé par sa bureaucratie et par son organisationaylorienne, menacé de banqueroute.

Les normes sanitaires de plus en plus contraignantes et la baisse de la durée du travail ont exacerbé cette crise. Le déficit chronique de l'assurance-maladie (30 milliards de déficit cumulé sur 2002-2004) n'arrange rien. « La situation budgétaire des hôpitaux est telle que certains, s'ils n'étaient pas des établissements publics, seraient en redressement judiciaire », pointe le docteur François Aubert, président de la Coordination médicale hospitalière (CMH). Sauf à fermer des lits, les budgets ne seront pas tenus en 2004, du fait de l'augmentation insuffisante accordée par le gouvernement (+4,2%, après +5,6% en 2003).

Lancé en novembre 2002, le plan « Hôpital 2007 », qui prévoit, entre autres, la rénovation d'un parc vétuste et l'introduction d'une tarification à l'activité (réforme du financement prenant en compte les pathologies traitées), a été conçu pour apporter des remèdes à l'horizon de la législature. Or tous les hospitaliers l'assurent, il y a une urgence,



Jean-François Mattei a soumis à des syndicats méfiants des propositions destinées, selon lui, à améliorer l'organisation interne et le fonctionnement des hôpitaux. Ici, le ministre de la santé lors d'une visite à l'hôpital de Poissy, le 16 mai 2002.

car l'hôpital est « en danger ». **► Les effectifs sous tension.** Pendant longtemps, les personnels n'ont pas compté leur temps. Jusqu'à ce que les 35 heures, introduites en septembre 2001, modifient les comportements. Les jeunes générations ne veulent plus faire de leur métier un sacerdoce. Le repos de sécurité, l'intégration des gardes dans le temps de travail et l'application à l'hôpital de la directive européenne limitant à 48 heures la semaine de soins ont changé la donne. La conjonction de ces dispositions, des 35 heures sans création d'emplois ni réorganisation du travail suffisants et du manque d'effectifs est dévastatrice.

Dans une lettre ouverte à Jean-François Mattei, plus de 180 grands

patrons de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) viennent de réclamer des mesures d'urgence contre « la pénurie aiguë de personnel médical » (Le Monde du 15 novembre). Selon eux, le nombre d'internes à l'AP-HP a diminué de 50% au cours des dix dernières années et de 25% depuis cinq ans. L'augmentation raisonnée du nombre de places en médecine (5 600 places en 2004) et dans les écoles d'infirmières (30 000) n'y changera rien dans l'immédiat. D'autant que près de 40 000 agents employés la nuit doivent passer, début 2004, à 32 h 20 par semaine.

► Le malaise des personnels. Les conditions de travail se dégradent. Dans le rapport qu'il a consacré au « désenchantement hospitalier », à la suite d'une mission d'information parlementaire, René

Couanau, député (UMP) d'Île-et-Vilaine, a constaté un « malaise généralisé » et relevé des indicateurs objectifs de « lassitude ». L'accroissement de l'absentéisme pour « maladie ordinaire », l'augmentation des démissions et de la conflictualité, le nombre de postes vacants, qui atteint 40% dans certaines spécialités et dans plusieurs régions, « Il y a 3 400 postes non pourvus, 8 000 médecins à diplôme étranger font fonctionner l'hôpital public à raison de 50 à 60 heures par semaine », relève le docteur Rachel Bocher, présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH).

Personnels soignants (infirmiers, kinés...) et médecins se plaignent de

leur charge de travail, des cadences et de la « déshumanisation » de leurs tâches. Le Syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH), majoritaire chez les directeurs d'hôpital, parle d'un syndrome de « burn out » (éprouement professionnel) des administratifs. La réduction des horaires d'ouverture des secrétariats désorganise les services, et la montée en charge des urgences au détriment des opérations programmées génère des tensions. Autant de sujets de crispation, qui émergent à l'occasion des restructurations hospitalières.

► Un univers bureaucratique. Dans un monde de plus en plus judiciarisé, l'hôpital travaille sans filet et n'a pas de pilote. Son conseil d'administration ne fait exécuter son budget ni choisir ses managers ou ses principaux chefs de service, nommés par le ministère de la santé. Les cadres hospitaliers sont constamment tiraillés entre les exigences de l'Agence régionale d'hospitalisation et celles de l'administration centrale. « Ces dernières années, nous avons mis en œuvre des réformes de fond comme les 35 heures ou l'accréditation, tout en assurant le tout-venant. On nous en demande toujours plus. On veut nous faire couvrir un 100 mètres avec des boulets aux pieds », résume Florence Quilès (SNCH) dans une allusion implicite aux rigidités statutaires, qui ne permettent guère de valoriser le travail bien fait.

Les praticiens hospitaliers, pratiquement nommés à vie, défendent « leurs » lits, l'hôpital étant balkanisé, la défense des territoires prime souvent sur l'intérêt collectif. » Le

mal principal dont souffre l'hôpital en 2003 est d'ordre managérial. Il n'a une gestion ni un commandement à la mesure de l'extrême complexité de fonctionnement d'un grand hôpital moderne », note Dominique Couanau, magistrat à la Cour des comptes et ancien directeur de l'ARH d'Île-de-France dans la préface de « Ré-inventer l'hôpital », un rapport que l'Institut Montaigne, proche de Claude Bébear (AXA), s'apprête à rendre public.

► Les scénarios de l'avenir. Les années qui viennent s'annoncent difficiles. Entre 2005 et 2015, plus de 383 000 hospitaliers partiront à la retraite. Soit un agent sur deux (et une infirmière sur deux). Le pic sera atteint en 2012 avec 30 000 départs. À la même date, les établissements de santé devront faire face à la demande d'une population vieillissante, comptant plus de 2 millions de personnes de plus de 85 ans. Sans réforme, l'hôpital sera en peine de répondre à toutes les demandes et à tous les patients. Une partie des syndicats hospitaliers (CGT, FO, SUD, CFTC) redoute qu'il ne soit contraint de se recentrer sur les urgences, de réinventer un « hôpital-hospice », les activités les plus rentables étant transférées aux cliniques privées. Ce scénario, qu'ils accusent M. Mattei de défier, est la norme de l'idéologie libérale qui est la sienne, n'est pas le moins improbable. En Allemagne, faute d'avoir su ou voulu changer à temps, une partie des hôpitaux publics de Berlin et de Hambourg est à vendre.

Claire Guélaud

M. Mattei propose de renforcer le pouvoir des directeurs

LE MONDE hospitalier est en effervescence depuis que le ministre de la santé, Jean-François Mattei, a décidé de soumettre à concertation des propositions sur l'organisation des hôpitaux. Le ministère a présenté aux syndicats, jeudi 13 novembre, un projet sur la « gouvernance » qui modifie le code de santé publique. Reprenant des suggestions du rapport parlementaire de René Couanau, il s'attaque à tous les sujets sensibles et conforte le pouvoir des directeurs et des soignants au détriment des médecins.

Le docteur Pierre Faraugel, président de la Confédération des hôpitaux généraux (CHG), y voit une « OPA de l'administration et des directeurs sur le médical ». Une opinion partagée par tous les syndicats de praticiens hospitaliers. La mission du conseil d'administration serait élargie à la définition de la « stratégie » de l'hôpital et de « sa politique d'évaluation et de contrôle ». Trois catégories de personnes seraient membres de ce conseil : des représentants des collectivités territoriales, des représentants des personnels - y compris de la commission des soins infirmiers -, des personnalités qualifiées et des représentants des usagers. Contrairement aux règles actuelles, le président du conseil d'administration ne serait plus forcément le maire.

En dehors des petits hôpitaux locaux, un « conseil de politique générale » serait créé par établissement. Outre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (CME), il serait composé de trois membres de la direction, du coordonnateur général des soins - désignés par le directeur - et de trois praticiens nommés par le président de la CME. Ce conseil participerait « à la définition de la politique générale de l'établissement et à son pilotage médical et économique ».

Comme le prévoyait déjà un amendement à la loi hospitalière de 1991, les hôpitaux autres que locaux définiraient « librement leur organisation interne ». Des pôles d'activités (regroupement de services) seraient mis en place « au plus

tard le 31 décembre 2006 ». Leurs responsables - des praticiens titulaires - bénéficieraient de larges délégations de gestion. Un contrat fixerait leurs objectifs d'activité, de qualité et financiers. L'intérêt serait favorisé.

Selon le ministère, ces propositions pourraient être amendées jusqu'au début du mois de janvier. Si le SMC et la Fédération hospitalière de France (représentant les établissements auprès des pouvoirs publics) ont exprimé une prudente satisfaction, la CGT, FO, SUD et la CFTC (majoritaires chez les agents) CHG exigent le « retrait » du plan. Et appellent à une journée d'action le 16 décembre.

DÉMIÉNER LE TERRAIN

Faraugel démarque unitaire ne s'était pas produite depuis près de quinze ans. Inquiet de ce regain de tensions noué localement par des restructurations - deux cent cinquante selon l'administration, neuf cents selon SUD -, M. Mattei s'est efforcé de déminer le terrain en chargeant le directeur de l'hospitalisation et de l'offre des soins de négocier sur la carrière des praticiens et des directeurs et d'engager une concertation sur le dialogue social.

Mais le passage à la tarification à l'activité, qui remplacera progressivement le budget global, entretient l'inquiétude. Les hôpitaux - généralement plus chers que les cliniques, mais aux missions plus larges - craignent de faire les frais d'un alignement vers le bas. La CGT redoute « des effets pervers de sélection des activités et des malades ». SUD partage ces craintes et dénonce une « potion ultra-libérale ». Pour FO, qui critique « une logique d'hôpital entreprise », la nouvelle tarification « prévue dans le cadre d'une enveloppe fermée introduit des critères de rentabilité des activités médicales favorisant les restructurations ». La CFTC refuse « de cautionner une réforme qui ne garantit pas des moyens supplémentaires ». Un vrai tollé pour une réforme que les hospitaliers avaient réclamée.

C. Gu.

« La prise en charge correcte des malades est impossible, même en courant tout le temps »

L'ATTACHEMENT à l'hôpital public le dispute à une immense lassitude. Pour un peu, les hospitaliers prendraient courage. Ou trouver l'énergie de continuer à lutter

TÉMOIGNAGES

La lassitude gagne face au manque de moyens et aux pénuries de personnel

pour faire vivre les valeurs du public - l'égal accès aux soins pour tous -, quand les moyens manquent, quand les postes sont supprimés, quand le temps passé auprès des malades est compté, quand le stress augmente ?

« En rééducation, nous étions douze kinésithérapeutes il y a deux ans », explique Bernadette Weller, 37 ans de carrière à l'AP-HP, dont 21 ans à l'hôpital Antoine-Bécère. « En 2003 il y a eu trois départs à la retraite non remplacés. Le poste d'aide-soignant vient d'être supprimé. Cela devient impossible. »

Au fil des années, le travail s'est fait plus dur. Les kinés ont mal vécu la suppression de la consultation externe et la fermeture de la piscine de rééducation, appréciée des patients. Les 35 heures ont compliqué la vie des équipes : « Elles ont été mises en place trop vite, dit Bernadette. Nous n'étions pas prêts. Du coup, les consultations et les bureaux ferment plus tôt, et les plages de soins ont été réduites. Difficile, dans ces conditions, de maintenir la qualité des soins. »

Serge, aide-soignant de nuit à la Pitié-Salpêtrière, n'est pas loin d'être aussi déabusé. En dix ans de métier, il a vu passer les effectifs soit fermement plus tôt, et les plages de soins ont été réduites. Difficile, dans ces conditions, de maintenir la qualité des soins. Serge, aide-soignant de nuit à la Pitié-Salpêtrière, n'est pas loin d'être aussi déabusé. En dix ans de métier, il a vu passer les effectifs soit fermement plus tôt, et les plages de soins ont été réduites. Difficile, dans ces conditions, de maintenir la qualité des soins.

de six semaines. « Nous tournons avec un tiers d'internes, explique-t-il. Avec sept compétents soient-ils, ils ne peuvent pas avoir la même qualité de soins que nous. Et, faute de personnel, il y a une cassure entre l'équipe de l'après-midi et celle de nuit. La continuité des soins n'est plus assurée. »

La vie n'est pas nécessairement plus tranquille en province. Une élève infirmière, en stage dans un CHU lorrain, en témoigne : « Dans le service de gériatrie qui m'a accueillie, il y avait deux infirmières pour douze patients, dont deux démentes et une personne aux branches encombrées qu'il fallait aspirer régulièrement. Dans ces conditions, nous ne pouvions pas faire marcher les autres patients, qui perdaient en mobilité. En fait, la prise en charge correcte des malades est impossible, même en courant tout le temps. »

« Les médecins ne sont pas moins critiques. Ils constatent, tous les jours, que les restrictions budgétaires et les pénuries de personnel désorganisent leurs services et pénalisent leurs patients. Le docteur Daniel Cau dirige le service de pédiatrie du Centre hospitalier William Morey à Nancy-sur-Saône. Petits-fils et fils de médecin, ce « farouche partisan du public » s'inquiète de la conjonction des pénuries - majeures dans sa discipline - et de l'augmentation prévisible de la demande des soins. « Les besoins en personnel ont été réduits. L'administration ne peut pas suivre. Une grande majorité de services assure les astreintes et les gardes sans avoir le nombre de praticiens requis par le règlement », pointe-t-il.

« ON JONGLE » La pédiatrie n'est pas la seule discipline en grande difficulté. Un psychôtre, chef de service dans un hôpital méditerranéen, l'atteste. « Nous nous sommes battus, pendant des années, pour faire sortir le psychiatrie des salles et imposer le secteur. Nous nous sommes gagnés, mais à quel prix ! On n'a plus de lits. On passe notre temps à jongler. Et l'ARH [agence régionale de l'hospitalisation] refuse de payer les journées de travail supplémentaires des médecins, même sur la base

de 300 euros brut », dit-il. Pour faire des économies, certains postes ont été « mutualisés » et les urgences tournent avec des infirmiers psychiatriques, ce qui n'arrange guère le service. « Dans les arbitrages budgétaires, la psychiatrie est toujours perdante. Demandeur d'une table de ping-pong ou une télévision ne semble pas très sérieux. Au bout du compte, nous avons perdu des moyens considérables, nous sommes débordés, et nous faisons 10% de ce que nous devrions faire », se désole-t-il.

Le professeur Pierre Corlat, patron du département anesthésie-réanimation de la Pitié-Salpêtrière - le plus important de France -, est un peu moins pessimiste. Impliqué, depuis des années, dans la vie de l'hôpital, président du Comité consultatif médical (CCM), qui réunit soixante-dix chefs de service, il attend beaucoup des restructurations en cours à l'AP-HP, à condition, précise-t-il, que « la gestion médicale continue de l'emporter sur la gestion comptable ».

« L'hôpital public est tout à fait capable d'évoluer, pour peu qu'on lui ouvre des perspectives. À la Pitié-Salpêtrière, le département de cardiologie regroupe trois services. Deux chefs de service ont accepté de perdre leur titre pour gagner un plateau technique de plus performants. Et il a été décidé que la direction du département tournerait entre les trois anciens patrons », explique-t-il.

Favorable à la réduction du temps de travail, hostile à une « médecine sacerdotale » qu'il a longtemps pratiquée, M. Corlat pense que l'hôpital doit être un « lieu de hautes technologies au service du plus grand nombre ». « Mais, prévient-il, sous peine d'être en dépit de bilan, il faut de toute urgence revoir l'organisation du système, optimiser les flux des malades, définir des procédures de soins, et repenser le management. Tous les acteurs de soins, notamment les représentants des communautés médicales, doivent être impliqués dans cette démarche. »

C. Gu.

50 milliards d'euros de budget

Le système hospitalier public compte 1 503 établissements : 1 031 hôpitaux publics et 472 établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier. Il emploie 750 000 personnes, dont 706 897 fonctionnaires, 100 000 médecins et quelque 200 000 infirmiers travaillent à l'hôpital. Les effectifs sont très concentrés : les 31 centres hospitaliers régionaux (CHR), les 563 centres hospitaliers généraux (CHG) et les 97 centres hospitaliers spécialisés (psychiatrie) emploient 8 agents de soins font à eux seuls travailler plus de 500 000 agents titulaires. Plus d'un sur deux partira à la retraite d'ici à 2015. Le budget total de ces établissements s'élève à quelque 50 milliards. Les 39 hôpitaux de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris en absorbent 10%.

FUTONS
OMOTÉ
LA RÉFÉRENCE

-25%
-20%
-10%

ANNIVERSAIRE
DERNIERS JOURS
JUSQU'AU 30 NOVEMBRE

20% de réduction sur tous les produits
20% de gain sur tous les produits
Offres non cumulables et hors commandes en ligne

CANAQUE GRATUIT - BÉNÉVOLENTS
www.omote.fr

N° Vert 0800 00 00 00

100% TRADITION

HORIZONS TÉMOIGNAGE

L'hôpital vu d'en bas

Le monde hospitalier, il le connaissait surtout vu d'en haut. Ancien directeur des hôpitaux au ministère de la santé, Jean de Kervasdoué s'est retrouvé usager à la suite d'un accident. Voici le récit de son hospitalisation



JEAN DE KERVASDOUÉ
Directeur des hôpitaux au ministère de la santé de 1981 à 1986, Jean de Kervasdoué, 59 ans, est aujourd'hui professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM). À la direction des hôpitaux, il avait mis en œuvre la réforme du « budget global ». Il a notamment publié, chez Gallimard, *Santé : pour une révolution sans réforme*.

On se demande pourquoi sont les priorités et surtout pourquoi l'intense et réelle attention de quelques instants est suivie de longs moments d'abandon.

Il y a des raisons qui font que l'organisation des urgences est difficile, et je ne parle ici ni du manque de personnel ni de la croissance annuelle des admissions, à un taux moyen de 5 % au cours des dix dernières années. Le service d'urgences est le sas entre les désordres de la ville et l'organisation de l'hôpital. Personne ne discontinuait qu'il est essentiel d'adapter les urgences, d'investir dans des locaux d'un autre âge, mais les « renflouer », sans préciser où et comment, ne mènera nulle part.

Le premier investissement, l'urgence pour les urgences, est dans l'organisation. Certes, les urgences sont par essence aléatoires, désordonnées, complexes, mais ce constat n'implique pas nécessairement que leur organisation ne soit réduite qu'à l'ouverture d'un dossier, à la sortie d'une étiquette « code-barres », que l'on mettra plusieurs heures à coller sur mon lit et à l'enregistrement des données cliniques, biologiques et radiologiques dans des vagues chemises et une grande enveloppe brune. En guise d'organisation, toutes informations et toutes décisions remontent aux médecins, dont le flux des patients est contraint par l'organisation du temps des praticiens de garde. Le verbe du docteur domine et semble remplacer toute procédure.

Quant à la qualité de l'information du malade, à ce stade de séjour, elle fait penser à celle de la SNCF pour ses usagers : « Le train est arrêté sur la voie, n'ouvrez pas les portières. »

Pour être tout exact, le patient allongé bénéficie également de la chance de se voir distribuer une « charte du patient hospitalisé » et un questionnaire. Qui, à 11 heures du soir, perclus de douleurs ou simplement angoissé, a la capacité de lire cette charte et de répondre à ce questionnaire ? Du point de vue juridique cependant, cette réponse est maigre proposition de désengagement l'hôpital et le patient pour l'administration, « informé » de ses droits.

Plus tard, de ma chambre, j'entends du fond du couloir monter une plainte régulière, un râle, qui va et vient avec la respiration de cette autre personne. Elle souffre là-bas, pas loin. Il ne s'agit pas de cris comme ceux entendus aux urgences, mais l'expression de la souffrance à l'état pur, un cristal de désespoir il se grave dans ma mémoire. Je suis entré dans la nuit des autres. On partage peu l'intimité de la nuit. Voilà qui m'opprime et elle s'ouvre. En attendant, ce « service porte », j'appréhenderai que cette souffrance qui s'exprime le lendemain encore, était celle d'un malade atteint de la maladie d'Alzheimer et d'autres lésions organiques. Personne, aucune unité d'hospitalisation, ne semblait en vouloir. Il attendait donc dans ce service de passage.

En début d'après-midi, j'apprends que la chambre en chambre est prête, je vais pouvoir y monter. Rien ne se passe avant 16 heures, quand deux brancardiers énergiques entrent dans ma chambre du « service porte » et disent qu'ils vont me descendre à la radio. Je demande la raison de ce nouveau cliché, on me répond : « Le médecin dit qu'il vous faut une radio. » Aucune autre précision ne sera donnée. Le lit roule vers l'ascenseur et y pénètre, mais du fait de la petite Polonce qui tient mon

plaid en extension, l'ascenseur ne se referme plus, le lit est ainsi trop long de quelques centimètres. « Non, non, on vous ramène dans votre chambre et on va demander à la radio de monter. » Pourquoi n'a-t-on pas commencé par là, me dis-je ?

Je reviens donc à la case départ. L'appareil de radio poussé par un brancardier et précédé d'une manipulatrice, hiérarchie oblige, arrive vingt minutes plus tard. En voyant l'appareil, j'en déduis qu'il m'a été prescrit une autre radio du poumon. Ils sont maintenant une petite dizaine dans le couloir : les premiers brancardiers (ils n'ont pas bougé), l'équipe de la radio, un médecin senior du « service porte », des internes, des infirmières...

« Pourquoi voulez-vous me faire une autre radio du poumon ?, dis-je à la cano-

nade.

« Parce qu'il n'y en a pas dans votre dossier, m'est-il répondu.

« Il me semble que mon poumon a été suffisamment irradié hier soir, on m'en a déjà fait trois ! », répliquai-je d'un ton peu commode.

Cette réponse semble perturber suffisamment le groupe pour que la porte se referme. Je devine qu'ils s'affairent. Plus rien. Vingt minutes plus tard, la porte s'entrouvre pour autre chose, je les aperçois près du négatoscope qui feuilletent mon dossier. L'appareil de radio repart.

« Alors ?

« On les a retrouvés dans le dossier du scanner, elles étaient mal classées », dit le médecin senior sans se retourner.

Pas d'excuses.

Tout cela a duré une bonne heure et demie et occupé de six à huit personnes. Je fais un rapide calcul de coût : au moins 500 euros, charges comprises, sans parler d'une irradiation inutile et de l'inquiétude de souffrances à venir. L'inquiétude change d'objet, je n'ai plus aucune confiance dans la nature des informations de mon dossier, constitué à la va-vite. En outre, l'équipe soignante montre qu'elle est incapable de retrouver la trace d'examen de radiologie réalisés hier soir, la fameuse traçabilité des actes ne semble pas encore être mise en œuvre.

Faute de contact entre le « service porte » et l'orthopédie, j'attendrai jusqu'à 20 h 30 l'honneur d'être brancardé par deux chirurgiens.

L'hôpital est un orchestre sans chef. Chaque « patron », chef de service, est nommé par le ministre de la santé et non par le conseil d'administration de l'établissement. Il tire son pouvoir d'un texte qui date du régime de Vichy (1943), en application du « Führerprinzip ».

L'hôpital est plus une rue commerçante qu'une organisation moderne, chaque boutique est indépendante, et la communication entre elles c'est : « Si je veux, quand je veux. »

L'étage d'orthopédie me paraît plus propre et, si la chambre est petite, elle semble calme (très provisoirement). J'y serai seul, privilège certain. Le dîner, servi à 18 heures, m'attend. Un des volets est bloqué, l'autre peut se fermer, mais encore faut-il pouvoir quitter son lit. Le service attend une réparation depuis plusieurs semaines, c'était encore le cas quand je suis parti.

Après l'opération, encore incapable de franchir le mètre qui me sépare des toilettes, je demande à la très efficace aide-soignante de ce matin-là quand elle pourrait passer m'aider. Le lui précise qu'à 10 h 30 les kinésithérapeutes viendront me placer un appareil pour bouger lentement ma jambe du côté opéré et, qu'en conséquen-

ce, il serait préférable que cela ait lieu avant (c'est le malade qui tente une vague coordination). Elle arrive à 10 heures, souriante et gaie, commence à passer un gant de toilette sur le côté gauche, puis s'en va en me disant : « Je reviendrai. » Je reste découvert.

A 10 h 30, rien, 11 heures, pas de signe de vie, les kinés attendent dans le couloir, l'appareil aussi. A 11 h 30, je commence à m'impatisser. Elle arrive à midi. Comme je lui fais remarquer qu'on ne laisse pas un patient à l'hôpital pendant deux heures, elle me répond : « Je vous avais dit que je reviendrai, mais je n'ai pas précisé quand. »

Le temps du malade ne compte pas, à commencer par les révéils matinaux pour vous demander si vous avez bien dormi, alors qu'épuisé, vous venez de trouver le sommeil. Le travail n'est pas organisé par une programmation concertée de la demande des malades, mais par des textes et l'urgence ressentie de l'équipe.

Mais si le travail à l'hôpital est organisé comme à la cour d'Autriche au XIX^e siècle (ceux qui ouvraient et fermaient les fenêtres ne les laissent pas), il manquera toujours de personnel. Je sais, depuis mes premières lectures de Michel Crozier, que plus les statuts sont précis, donc rigides, plus ils protègent ceux qui en bénéficient, mais ne pas combattre cette évolution met l'hôpital en danger ! La pénurie est aussi créée par les règles statutaires, mais ce n'est pas l'unique raison. La pénurie et la qualité du service s'en ressentent. Le système n'a pas changé depuis des décennies, alors que la médecine hospitalière a traversé des révolutions.

Certes, j'ai reçu des soins attentifs par des personnes dotées de très grandes compétences. J'ai, comme d'autres, goûté la chaleur des mamans bretonnes, des lies ou d'ailleurs (le plus souvent de lies), qui apaisent par leur seule présence les mères que magnifient l'insomnie et la recherche vaine d'une position antalgique. Mais aussi, comme dans tout rapport humain, si la séduction joue, les rapports de force ne sont pas absents, parfois à la même personne. La position entre le debout déambulant et le couché immobile est asymétrique. Le couché dépend du debout pour les gestes les plus intimes. Certains prennent plaisir à le rappeler.

Quelle déception que celle des médecins qui ont, dans les années 1960, choisi le temps plein à l'hôpital public et partent à la retraite en ayant le sentiment de laisser une institution plus mal en point que celle qu'ils ont connue au début de leur carrière ! La flamme réformatrice ne semble pas encore très vive chez leurs successeurs. Elle doit cependant exister. En attendant, comme ils disent : « Nous faisons de la recherche et de la médecine. » Mais là où le bât blesse, c'est que la qualité de la médecine dépend de plus en plus de l'organisation hospitalière, les qualités individuelles d'expertise et de compassion ne suffisent plus, même si elles restent essentielles.

L'hôpital se fossilise.

Enfin, si l'état contrôle des milliers de choses à l'hôpital, il laisse partiellement, c'est-à-dire certains savoir-faire. Le médecin qui m'a opéré est chirurgien dans une clinique privée.

Certes, il est aussi, à la demande du chef de service, vacataire à l'hôpital public par dévouement, conviction, intérêt pour la recherche... mais cette position n'est pas très stable et il n'y a qu'une autre grande équipe, en région parisienne, qui ait ce type de compétence internationalement reconnue, même s'il y a plus de deux établissements où l'on peut être opéré du corylle. La spécialisation est inéductible. C'est se voler la face que de l'ignorer.

Pour des visites de contrôle, je reviendrai à l'hôpital. La convocation pour la première consultation est au cinquième étage : taxi, béquilles, recherche de l'ascenseur, attente, monnaie, 20 mètres vers un guichet au cinquième, où l'on me confirme que c'est bien là que je dois être.

Nouvelle attente pour m'entendre dire qu'il faut redescendre à la caisse. Dans les hôpitaux publics, l'ordonnateur (le directeur ou ses représentants) n'est pas le comptable. Il ne manipule pas d'argent, cette noble tâche est laissée aux fonctionnaires du Trésor. Bien entendu, la caisse n'est pas à l'étage de la consultation, l'orthopédie mais au rez-de-chaussée. Re-béquilles à petite vitesse, mobilité réduite oblige, ascenseur, couloirs, guichet barricadé où il faut glisser ses papiers pour, après vérification, s'entendre dire que la consultation est gratuite du fait de la lourdeur de l'opération subie. Retour cinq étages plus haut, où l'on aurait pu savoir ce que je savais aussi - c'est-à-dire que la consultation était entièrement payée par l'assurance-maladie -, salle d'attente, bonne consultation... Si le patient est « au centre du système de santé », étant donné la taille du centre, le cercle doit être immense !

Jean de Kervasdoué

LES faux plafonds des couloirs suintent, la lumière est blafarde, une foule nombreuse s'empresse. Les patients, les familles et les différentes corporations hospitalières se distinguent par leur uniforme et le teint du visage. Je suis rapidement pris en charge par un médecin : pouls, température, tension, prise de sang, prescription d'un analgésique, prescription de radiographies, mais aussi piano et musique d'ambiance, souffrance et ambiance antillaise, deux mondes se côtoient.

L'examen clinique indique un enfouissement du bassin.

Le brancard est sorti du cabinet médical, j'attends que des brancardiers se libèrent pour me conduire à la radio. Il me semble être revenu dans le large couloir intérieur par lequel j'étais arrivé : quelques bancs, des personnes qui attendent. Qui ? Quoi ? Un membre de leur famille, un document, une consultation ? Des gardes d'ambulatoire lentement, triste nouveauté - il y a vingt ans, les urgences n'étaient pas surveillées.

J'aperçois quelques compagnons d'infortune sur des brancards dans le couloir, et en devine d'autres, dont les pieds sortent de box spartiates, certains ouverts, d'autres fermés par un rideau gris à la propreté incertaine. On y chuchote. J'ai mal et froid, j'attends immobile. La douleur m'enferme. Quelle heure est-il ? Mon brancard bouge, un Antillais chaleureux me conduit vers la salle d'attente du service d'imagerie. Il trouve les mots et l'attitude pour me faire croire quelques instants que tout cela est bien banal. Magie du charme, de la moisie, le regard d'autres âmes errantes, à l'évidence elles souffrent. Pourquoi sont-elles debout ? Mon brancard est parqué en salle d'attente de la radio.

Il y a bientôt trente-cinq années, étudiant aux États-Unis, un de mes professeurs de l'université Cornell m'a convaincu d'écrire une thèse de doctorat portant sur l'organisation hospitalière. Depuis, je n'ai plus quitté le monde de la santé : chercheur, directeur des hôpitaux au ministère, consultant, de nouveau professeur, ce secteur me passionne toujours. Il me paraît, plus qu'un autre, révélateur du fonctionnement de nos sociétés modernes car, quelle que soit la question que l'on traite en politique de santé ou, plus modestement en gestion hospitalière, on ne peut en ignorer la dimension éthique, scientifique, sociale ou économique. Mon intérêt pour l'hôpital n'est pas qu'intellectuel, il est aussi politique. Nos concitoyens, alors qu'ils sont fragiles, doivent y trouver le meilleur service possible, compte tenu des contraintes, notamment financières. Les hôpitaux sont le prisme à travers lequel je vois le monde. Ils me sont familiers debout, je les découvre couché. Le paysage change.

Une (...) manipulatrice, aidée d'un brancardier, me fait entrer et m'explique qu'il va falloir me transférer du brancard à la table de l'appareil. J'examine cette table, elle est lisse, froide et plate - si plate - alors que je me sens rigide, fragile et tordu comme un verre de Venise. Je ne comprends pas immédiatement qu'elle s'attend à ce que je puisse me transférer sans aide. J'en suis totalement incapable.

Quelques efforts aux résultats minuscules démontrent ma réelle incapacité. Je demande s'il n'existerait pas dans le service une « machine de transfert », appareil banal qui ressemble à une potence sur roulettes, permet de porter un malade d'un brancard ou d'un siège sur un lit (...). J'ai l'impression d'avoir prononcé une incongruité, peut-être parce que cette machine a été demandée à vingt reprises par l'équipe et n'a pas été satisfaite - le bon bordereau devait manquer - ou tout autre prétexte efficace des grandes bureaucraties... En attendant, toujours est-il qu'il va falloir que je passe de l'un à l'autre, l'Everest.

On va chercher du renfort. Un premier volontaire ne suffit pas, nouvel appel pour la corvée, un second arrive, monte sur la table d'à côté, recule, tombe dans le vide, fait le grand écart, heureusement ne s'accroche pas à mon drap, se relève en jurant ; émotions, pas trop de mal. Chacun reprend ses esprits et tous tentent à nouveau de soulever et de faire glisser le drap dans lequel je suis enveloppé pour passer du brancard à la table, cette manipulation m'évoque celle réalisée par les fromagers de gruyère pour transvaser le lait caillé de la grande bassine de première fermentation dans un moule. J'ai redouté le pire. Il existe.

La surveillante puis l'administratrice de garde viennent prendre de mes nouvelles, leur chaleur formelle me rassure et me touche. Il est vrai que je suis, même abîmé, persona grata. Je retraverse le couloir, et le médecin qui m'a accueilli, en me montrant les radios, confirme son diagnostic : le bas-

sin a bien été enfoncé, et il y a plusieurs fractures du corylle. La tête du fémur a traversé le bassin et causé plusieurs éclatements. Il me laisse entendre que c'est sérieux et que ce sera long, plusieurs mois, sans autres précisions : « Vous verrez, le chirurgien. »

L'hôpital, c'est d'abord l'angoisse et la souffrance, les hospitaliers le savent, c'est leur affaire, de mieux en mieux prise en charge d'ailleurs. Cependant, le discours compassionnel à l'égard du malade de ceux qui ne pratiquent pas les soins, de ceux qui ne sont pas en contact direct avec lui - fonctionnaires, politiques, journalistes - m'a toujours écoeuré. Je fais ces circuits et ces discours dégoulinants de bonnes intentions qui proclament que l'on doit « mettre le malade au centre du système », alors que, dans certains services, à certaines heures, personne ne décroche le téléphone pour répondre aux familles, que les locaux sont crasseux, que le contrôle qualité n'existe pas et que les malades errent dans des services d'urgences où ils ne devraient pas se trouver. La plupart de ceux que j'ai croisés ce soir-là avaient une rage de dents qui aurait pu être soignée en ville.

Retour dans le hall, la chronologie précise de cette longue soirée s'estompe. L'interne de chirurgie passera. Il m'annoncera que l'on peut m'opérer.

En attendant, je vais, me dit-on, pouvoir monter au « service porte », où une chambre m'attend. En fait, je resterai encore une bonne heure entre la salle de droite, le box de gauche et le couloir. Il me sera fait une deuxième prise de sang de contrôle. On cherchera mes « papiers » qui s'estassent sur ceux d'autres dossiers. Comment ne peut-il me pas y avoir d'erreurs dans une telle désorganisation ? Un compagnon de ma longue convalescence me racontera que, dans un autre hôpital parisien, on a annoncé à sa mère qu'elle était atteinte d'un cancer. Elle n'avait rien. L'erreur, due à un mauvais classement de compte rendu d'anatomopathologie, sera découverte dix jours plus tard.

Vue du malade couché qui, lui, ne voit que le plafond, la suite des événements qu'il subit, si elle n'est pas totalement aléatoire, lui semble difficile à comprendre. Les décisions du médecin de garde, clairement le chef d'orchestre de cette fourmilière, sont rapides.

L'équipe pare au plus pressé : vous, puis un autre. Mais pourquoi vous plutôt que l'autre : le plus jeune, le plus cassé, le plus pénible, celui qui est proche de la porte ?

HORIZONS

LE MONDE/MERcredi 19 NOVEMBRE 2003/177

L'ALERTE météo est survenue après le début de l'épidémie et n'a pas prédit de catastrophe. Les premières difficultés dans les services d'urgence ont été liées

comme un problème de moyens, pas comme la manifestation de la catastrophe de la canicule. Les premiers cas d'hyperthermie, faute de données, ont été compris comme la décompensation attendue des malades graves quand survient un stress thermique, pas comme un phénomène exceptionnel touchant une population plus vaste. Certains acteurs, détenteurs d'une information qu'ils ne comprennent peut-être pas, ont cédé à des réflexes administratifs courants en ne la partageant pas. Les personnes en charge de la veille sanitaire ont réagi comme si elles faisaient face à une « endémie » [problème courant, chronique], pas à une épidémie brusque et maladroite. Tout simplement parce que c'était à proprement parler inimaginable.

Dans ces circonstances, se révèle de façon criante les forces et les faiblesses des systèmes. Là où des modèles, des mécanismes de réponse prédefinis existent, la réaction adéquate peut être rapide. Les gens font ce qu'ils savent faire. Là où il n'y a aucun repère, où il faut tout inventer, la crise prend le dessus. Et pousse parfois à l'erreur. La France a aussi payé, dans cette canicule, des décennies d'insuffisances.

Une confusion durable s'installe le 7 août, au ministère. La direction de l'hospitalisation reçoit un appel de Patrick Pelissier [président de l'association hospitalière des médecins urgentistes], qui signale « un encombrement des urgences et le manque de disponibilité en lits à l'hôpital Saint-Antoine et dans d'autres hôpitaux de l'Assistance publique ». Il évoque les effets de la chaleur. Ces informations sont considérées comme concernant un problème d'organisation hospitalière. Elles sont transmises au cabinet du ministre sans que la DGS [direction générale de la santé, dont M. Abenhaim est le directeur] en soit prévenue, car l'organisation des soins ne relève pas de sa responsabilité.

La canicule au jour le jour

Dans un livre à paraître le 20 novembre chez Fayard, le professeur Lucien Abenhaim, ex-directeur de la direction générale de la santé, revient sur la crise du mois d'août. Très critique à l'égard de son ministre de tutelle, Jean-François Mattei, il dénonce les « insuffisances » du système sanitaire. Extraits



LUCIEN ABENHAÏM est médecin et professeur d'épidémiologie en France et au Canada. Lucien Abenhaim, 52 ans, est spécialiste des grands risques. En août 1999, il avait été nommé directeur général de la santé.

Il a ainsi piloté pendant quatre ans l'une des administrations centrales du ministère de la santé, la DGS. Il en a démissionné le 18 août 2003, après la mise en cause de la DGS dans la réponse à la canicule par son ministre de tutelle, Jean-François Mattei.

Le recueil des données auprès des pompiers soulève des difficultés administratives. Les décès que le SAMU [Service d'Aide Médicale Urgente] nous rapporte plus tard que les médecins des pompiers avaient été frappés ce jour-là par le nombre de morts, mais qu'ils ne pouvaient confirmer cette information officiellement. C'est la première défaillance dans la transmission de données.

Le 17 août, lors d'une conférence de presse au SAMU de Paris, Jean-François Mattei [ministre de la santé] annonce de nouveau une fourchette étroite, celle fois de « 1 600 à 3 000 morts » (Le Journal du dimanche a titré ce matin-là : « Au moins 5 000 morts »). Dans l'après-midi [l'ignorer saurons toujours rien ce jour-là. Le 12 août, les urgentistes parlent de « plus d'une centaine de décès » sur tout le territoire.

Le 17 août, lors d'une conférence de presse au SAMU de Paris, Jean-François Mattei [ministre de la santé] annonce de nouveau une fourchette étroite, celle fois de « 1 600 à 3 000 morts » (Le Journal du dimanche a titré ce matin-là : « Au moins 5 000 morts »). Dans l'après-midi [l'ignorer saurons toujours rien ce jour-là. Le 12 août, les urgentistes parlent de « plus d'une centaine de décès » sur tout le territoire.

François Copé [porte-parole du gouvernement] qui passe à la télévision ce soir ? » Je lui rappelle que je n'ai jamais avancé le chiffre de 1 600, et que je ne sais pas d'où il provient. Le chiffre de 3 000, annoncé le 13 août, correspond aux décès constatés jusqu'au 12 ; entre-temps, il y a certainement eu autant. Enfin, j'ajoute que mon cabinet l'en a certainement informé (pas de réponse de sa part), l'Institut de veille sanitaire a estimé que le nombre de morts pouvait se situer entre 6 000 et 7 500. Quoi qu'il en soit, je lui conseille vivement de ne surtout pas dénigrer le chiffre de 5 000 du Journal du dimanche, qui sera très probablement dépassé.

Le soir même, sur TF1, Laurence Ferrari ouvre le Journal de 20 heures, sur ces mots : « Jean-François Mattei parle de 1 600 à 3 000 morts, mais l'Institut de veille sanitaire, qui est censé donner l'alerte en cas d'épidémie en France, revêt ses chiffres de hausse : 5 000 victimes. » Gilles Bruckler [directeur général de l'IVS], revenu le matin de congé, déclare en effet dans le reportage qui suit : « Peut-être 5 000, peut-être plus, on ne le sait pas. » Face à ces contradictions, le ministre se met en colère et décide d'annuler la conférence de presse DGS-IVS du lendemain.

Le 18 août, Jean-François Mattei déclare sur RTL : « Mes services m'ont donné une estimation et la fourchette haute de 3 000 pour la période du 6 au 12, et j'ai ajouté : « On a évoqué hier le chiffre de 5 000, c'est une hypothèse, mais ça n'est qu'une hypothèse, nous avons besoin de préciser tout cela. » C'est dans cette interview qu'il pointe à plusieurs reprises l'action de la direction générale de la santé et de l'Institut de veille sanitaire, entraînant ma décision de démissionner.

En donnant l'impression de ne pas transmettre toutes les informations dont ils disposent, voire de manipuler l'opinion, les acteurs de la crise risquent de perdre la confiance de la population pour longtemps

Pendant les jours qui ont suivi la crise, le ministre a essayé de nous des choses qui ne permettant pas de communiquer sur les causes de l'épidémie ni d'engager un véritable débat.

En annonçant la conférence de presse du 18 août que j'avais réclamée, avec l'Institut de veille sanitaire, le ministre a aussi perdu l'occasion de placer le débat sur le terrain de l'explication. Nous nous étions préparés à fournir la première analyse épidémiologique de la situation, à présenter les chiffres dont nous disposions - encore incertain, il est vrai, mais permettant de comprendre le phénomène exceptionnel que nous avions vécu - à soulever les problèmes qui nous faudrait résoudre à l'avenir dans les domaines de la prévention des effets de la chaleur, de la surveillance sanitaire, de l'alerte, des actions du ministère et des agences. La tâche était ardue, mais Gilles Bruckler et moi-même étions prêts à relever le défi.

Le soir même, sur TF1, Laurence Ferrari ouvre le Journal de 20 heures, sur ces mots : « Jean-François Mattei parle de 1 600 à 3 000 morts, mais l'Institut de veille sanitaire, qui est censé donner l'alerte en cas d'épidémie en France, revêt ses chiffres de hausse : 5 000 victimes. » Gilles Bruckler [directeur général de l'IVS], revenu le matin de congé, déclare en effet dans le reportage qui suit : « Peut-être 5 000, peut-être plus, on ne le sait pas. » Face à ces contradictions, le ministre se met en colère et décide d'annuler la conférence de presse DGS-IVS du lendemain.

Dans un gouvernement ou un ministère, les services de communication ont pour mission de défendre l'action menée, et c'est bien normal. Toutefois, chercher à trop activement à contrôler l'information peut s'avérer un jeu dangereux. En donnant l'impression de ne pas transmettre toutes les informations dont ils disposent, voire de manipuler l'opinion, les acteurs de la crise risquent de perdre la confiance de la population pour longtemps.

L'approche qui a privilégié le ministre au plus fort de la crise est à mon sens critique tant sur la forme que sur le fond. Sur la forme, tout d'abord. On ne prend pas le risque de livrer les services de l'administration à la vindicte publique sans leur laisser le temps d'expliquer leurs actions. C'est à mes yeux un principe démocratique de base. A moins qu'une faute flagrante et extraordinairement grave n'ait été commise, rien ne justifie une

intervention précipitée en pleine crise. Dans la République française, des instances sont prévues pour évaluer les agissements des hauts fonctionnaires : l'inspection générale des affaires sociales est censée remplir ce rôle. Il existe aussi des commissions d'enquête parlementaires, devant lesquelles chacun témoigne sous serment. Enfin, le recours judiciaire est possible : on ne se prive pas de mettre en examen quiconque fait l'objet du moindre doute. Pourquoi ne pas avoir fait jouer ces mécanismes démocratiques avant de s'interroger publiquement ? Jean-François Mattei s'est été toute chance de pouvoir expliquer par la suite les aspects objectifs de l'épidémie liée à la canicule et les éléments de surprise qu'elle comporte. Quand il a essayé de le faire devant la mission parlementaire, les médias l'ont accusé de se dérober à ses responsabilités.

Sur le fond, l'attitude du ministre ne fait que renforcer la vision selon laquelle les problèmes de santé publique dans notre pays s'expliquent toujours par les manquements ou les défaillances des responsables administratifs ou ministériels. Faire

« porter le chapeau » à la DGS, on le verra, est un sport national. J'ai passé quatre ans à tenter de mettre fin à cette sorte de paranoïa permanente, et j'aimerais pouvoir croire les nombreux commentateurs qui m'ont assuré que la direction générale de la santé avait regagné une certaine confiance auprès d'eux. Celle-ci n'a rien à cacher. Elle est l'administration des Français, elle n'existe que par leur volonté, leurs impôts, leurs taxes.

Je défie quiconque de trouver, au cours des années que j'ai passées à la DGS, une seule information portant sur un risque, aussi tenu ou incertain soit-il, que je n'aie rendue publique. Toute ma carrière a été consacrée à cela : aider à la compréhension des problèmes de santé publique. Ni le jour de ma démission ni par la suite, je n'ai cherché à dénoncer, mais plutôt à comprendre.

Les quatre derniers directeurs généraux de la santé ont démissionné ou ont été des ennemis avec la justice. En quelques années, la France est donc devenue coutumière du fait : face à des problèmes de santé publique difficiles, on met en cause, soit le directeur général de la santé, soit l'administration, soit même les ministres de la santé ou leurs conseillers. C'est plus simple que de se demander ce qui ne va pas dans le pays...

Cette situation est intenable, car le ministère de la santé est placé entre le marteau des risques considérables qu'il doit gérer et l'enclume de la pression sociale et du politique. Il est celui sur qui retombe la responsabilité de la défaillance de tout un système, ou plutôt de l'idée que l'on s'en fait. En même temps, la direction générale de la santé est privée des moyens d'action qui lui permettraient de répondre aux exigences actuelles en matière de santé publique et de sécurité sanitaire.

La DGS lutte pied à pied depuis quelques années pour sortir de cette spirale, entamée avec l'affaire du sang contaminé. En la pointant habilement sur le rapport Inserm a été présenté fin septembre sans commentaires ministériels. Comment s'étonner dans ces conditions que le débat ne porte que sur des points de détail comme le polo de Jean-François Mattei ?

Les personnels de la santé ont été profondément choqués par cette mise en cause - la section CGT du ministère a adressé une lettre ouverte à M. Mattei en septembre. Les services qui s'occupent de sécurité sanitaire sont constamment sur le pont, les autres font l'objet de sollicitations incessantes. De plus, tous se sentent l'objet d'une suspicion extérieure qui rend les conditions de travail souvent difficiles.

Autre nécessité dans le cadre d'une réforme globale : la création d'un ministère de l'environnement et de la sécurité sanitaire. Il faudrait notamment, pour éviter tout conflit de compétences, regrouper l'environnement, l'alimentation, la consommation et les produits, sans oublier les questions de la santé au travail. A la direction générale de la santé, j'ai passé des heures à discuter avec des collègues d'autres administrations pour décider si le problème des huîtres contaminées par le fluide de l'Érika relevait de l'alimentation ou de l'environnement, si l'évaluation des risques autour de l'incinérateur de Crécy était du ressort de l'Afssa ou de l'Afssa - car la contamination des fruits et légumes était d'origine aérienne, mais l'exposition de nature alimentaire. Mêmes débats et réunions interministérielles sans fin entre l'agriculture et la santé pour déterminer l'administration responsable de l'information sur les aliments contaminés. Idem autour de certains produits, comme l'amiant, à cheval sur la santé publique et la santé au travail.

Dans les services déconcentrés de l'Etat et des régions, les choses ne sont pas plus simples. Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales et les directions régionales de l'industrie, de la recherche et de l'environnement, quand elles ne se disputent pas l'évaluation de l'impact sanitaire des installations, se renvoient la balle. Mêmes frictions entre les Ddass et les départements des services vétérinaires quand il faut décider des actions à mener sur certains risques alimentaires.

Un ministère regroupant l'ensemble des compétences de la sécurité sanitaire serait donc considérablement plus efficace. Il devrait repousser sur des agences des services dantes chargés de l'évaluation et de la gestion des risques.

★ Canicule. Le Sortir public en question, de Lucien Abenhaim, Fayard, 268 pages, 11 euros.

STRATEGIES FRANCAISES

Santé publique éclatée (9)

OMS → France 1^{er} rang pour accessibilité médecine
derniers en Europe / prévention

Les 4 derniers directeurs généraux de la Santé ont
démissionné ou eu des ennemis avec la justice.

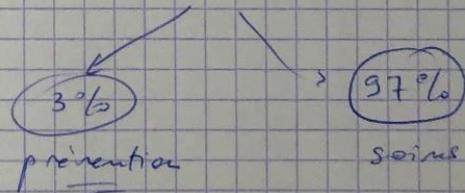
La mise en cause de la DGS par Mattéi en a
rapporté.

En le cas de DGS, nombreux opérat° de police.

- Tchernobyl
- non-rappel des transfusés
- hormone de croissance
- vache folle
- amiante à Tussien
- vaccination contre l'hépatite B

Misère de la prévention -

Dépens du syst de santé = 150 $\overline{m}e$ / an



= budget global Santé publique

100 DDASS

26 DRASS

4 agences sécurité / santé

Institut national prévention

STRATEGIES FRANCAISES

Santé publique dispersée

Automne 2002 -

Institut veille sanitaire → DGS

cas de
méningites

Matti propose 1 campagne vaccinations.
Mais quelles ressources humaines locales
mobiliser ?

- médecine scolaire
- médecine militaires
- PMI ?
- médecins hospitaliers
- médecins généralistes

Préfet → DDASS -

STRATEGIES FRANCAISES

8- Les catastrophes qui nous attendent... et celles que l'on n'attend pas.

Nouvelles épidémies infectieuses

- transports internationaux.
 - SRAS.
- technologies modernes.
 - légionellose.
- lutte contre les maladies.
 - virus hépatite C.
- effet des comportements.
 - SIDA.
- effet des consommations.
 - listériose.
- effet production intensive.
 - maladie de la vache folle.
- énigme du virus du NI.

Épidémies moléculaires

- problème de l'amiante.
- effets secondaires de médicaments.
 - évaluation des effets secondaires de médicaments.

Épidémies qui nous attendent

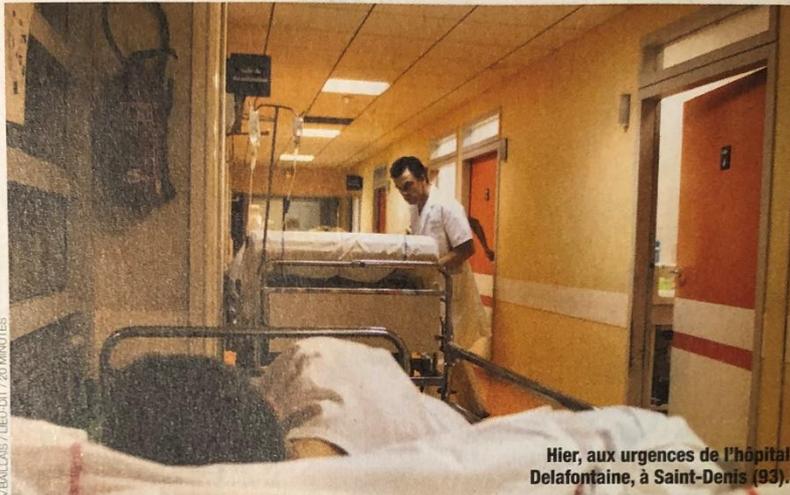
- la grippe.
- techno → Tcherno-byt.
- bioterrorisme.

Santé Sept syndicats de médecins et d'agents hospitaliers appellent à la grève

L'hôpital ne se fout pas de la charité

Certains défilent à Paris et en province, d'autres porteront un brassard signifiant leur solidarité avec les manifestants, tout en continuant de s'occuper des malades. L'hôpital public se porte mal et le fait savoir. Dans un élan d'unanimité assez inhabituel, sept syndicats de médecins et d'agents hospitaliers appellent aujourd'hui à la grève. Leur inquiétude porte en partie sur le plan Hôpital 2007 (lire l'encadré), mais plus encore sur la faiblesse chronique de leurs moyens.

La canicule, puis les épidémies de grippe et de bronchiolite, ont mis l'accent sur « la dégradation permanente des conditions de travail et sur la réduction continue de l'offre de soins », affirment les instigateurs de la mobilisation (CGT, FO, SUD, CFTC, CHG, CMH et INPH). En novembre, 186 chefs de service des hô-



Hier, aux urgences de l'hôpital Delafontaine, à Saint-Denis (93).

pitaux de Paris se sont alarmés de la chute de 50 % en dix ans du nombre des internes. Depuis son bureau des urgences de l'hôpital Beaujon de Clichy (Hauts-de-Seine), où il n'est pas rare de croiser dans les couloirs des malades

sous perfusion en attente de lits, le Dr Werner dresse un constat sans appel : « L'hôpital est dans une crise dont il ne pourra pas se relever », assène-t-il, interrogé par l'AFP. Le médecin analyse : « L'hôpital public va transférer des soins au privé, qui

va sélectionner les pathologies rentables et légères. Le risque, c'est que le public ne prenne en charge que les personnes sans ressources, les pathologies orphelines ou lourdes ». Des malades d'en bas, en somme.

Stéphane Colineau

les chiffres

1 050 établissements publics de santé existent en France, dont 562 centres hospitaliers, 29 centres hospitaliers régionaux, et 349 hôpitaux locaux.

700 417 personnels de santé (hors médecins) y sont employés, dont 226 000 infirmiers.

55 000 médecins exercent à l'hôpital.

90 000 personnes, dont 18 000 médecins, sont employées par la seule Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui regroupe 39 hôpitaux et 750 services médicaux.

Différence de diagnostics et dissidences syndicales

La solidarité syndicale risque de ne pas durer. Mardi, quatre syndicats de personnels hospitaliers (CFDT, Unsa, CFE-CGC et le Syndicat national des cadres hospitaliers) ont signé avec le ministre Mattei, un « relevé de conclusions » sur l'un des volets du plan Hôpital 2007 – la réforme de l'organisation interne des hôpitaux. Même s'ils ne représentent qu'un tiers du

personnel, ces syndicats ont semé la discorde. Le projet Mattei a aussi divisé les médecins. Deux syndicats sur quatre l'ont soutenu le 15 janvier. Ils trouvaient le texte « satisfaisant », évitant la « mise sous tutelle » du médical. Son de cloche radicalement différent pour les deux autres centrales, qui estiment que le plan « subordonne le soin à l'administratif ».

postes de dépense

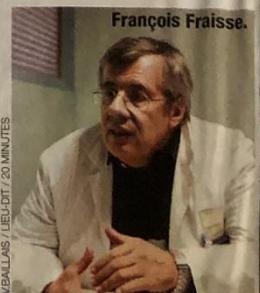
Le remboursement des soins à l'hôpital public est le premier poste de dépense de l'assurance-maladie avec 36,3 milliards d'euros selon des chiffres 2002, sur un total de 95,3 milliards, devant les médicaments (14,4 milliards) et les honoraires médicaux (13,3 milliards). Au final, les soins réalisés en établissements (hôpitaux publics et cliniques privées) représentent plus de la moitié des dépenses de l'assurance-maladie.

« La caricature de ce qui se passe ailleurs »

François Fraisse est chef du service des urgences et de réanimation de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis. Il décrit son service comme « la caricature, l'exacerbation de ce qui se passe ailleurs ». Dans un département où l'indice de précarité est un des plus élevés du pays et où le « recours aux soins d'urgence est prédominant, la situation n'est plus maîtrisable ». Il se plaint de l'« afflux de patients » dont la situation ne justifie pas leur venue aux urgences. Parfois la conséquence d'« un refus du privé qui ne choisit que ce qui l'intéresse ». Il juge tout aussi « inacceptable » de devoir « hospitaliser » des patients dans son ser-

vice, faute de place ailleurs. Mais le plus grand problème reste celui de la « pénurie » de personnel. Selon lui, l'irruption de la tarification à l'activité viendra « accroître les difficultés, en incitant à la productivité plutôt qu'à l'accompagnement des malades ».

Pauline Kieffer



François Fraisse.

contestés Deux axes d'Hôpital 2007 sont contestés : la « réorganisation interne » qui vise à structurer l'hôpital en « pôles » à dominante gestionnaire, selon les syndicats. Et le passage à la « tarification à l'activité », moyen d'après les grévistes de calculer le montant des ressources de chaque hôpital en fonction de son volume d'activité.



PORTFOLIO

STRATEGIES FRANCAISES



STRATEGIES FRANCAISES



STRATEGIES FRANCAISES

