

### CANICULE : L'ENTOURAGE EN PREMIÈRE LIGNE

**Mobilisation de l'opinion dès les premiers jours de forte chaleur : la dure leçon de l'été dernier semble avoir été retenue. L'occasion de mettre en perspective l'importance de l'entourage familial et social vis-à-vis des aléas climatiques.**

#### À LA UNE

L'été 2003 a été le plus chaud depuis cinquante ans, avec trois semaines de forte chaleur en août, un pic de deux semaines durant lesquelles les températures diurnes oscillaient entre 35°C et 40°C et les températures nocturnes ne descendaient pas en-dessous de 25°C. Ces conditions climatiques ont affaibli les organismes de personnes fragiles qui ne pouvaient récupérer la nuit du stress de la chaleur de la journée. Au total, en ce mois d'août, il y a eu un excès de 14 800 morts par rapport à la moyenne. Chacun a pris conscience avec stupeur d'un fait qui aurait dû être connu : les températures extrêmes, grandes chaleurs, mais aussi grands froids sont des tueuses, habituellement silencieuses. En cette période de vacances, les hôpitaux n'avaient pas assez de lits pour accueillir les personnes arrivées en urgence qui ne pouvaient retourner chez elles, les entreprises funéraires ont été débordées par un afflux de morts en quelques jours.

Avec le recul, on s'aperçoit que l'on a culpabilisé à tort les familles. Les morts qui avaient une famille n'ont pas été abandonnés. Différents témoignages recueillis par Catherine Le Grand Sébille (voir son interview p. 2) sur « les vivants qui se sont occupés des morts de la canicule », montrent l'ampleur du malentendu. La blessure de cette culpabilisation injuste reste ouverte des mois plus tard, renforcée par les multiples démarches administratives auxquelles on n'échappe pas.

#### Une banale réalité

Effet de serre ou pas, il ne faudrait pas que le débat scientifique occulte une réalité banale : le climat peut avoir des conséquences fatales sur l'homme. Mais souvent, les décès sont étalés dans le temps, éparpillés, ils passent inaperçus. Faut-il rappeler les 6 000 morts au-dessus de la moyenne provoqués par la vague de chaleur de 1976 ou les 15 000

décès provoqués par la vague de froid de 1985 ? Certains de ces décès sont évitables. Les risques sont identifiés, l'âge en tête, mais aussi des maladies chroniques et les maladies cardio-vasculaires. Les personnes fragiles confrontées à des températures extrêmes ne meurent pas toutes, loin de là, d'hyper ou d'hypothermie, mais aussi d'une décompensation liée à des pathologies préexistantes.

Surtout, les études américaines et françaises ont mis en évidence l'importance des facteurs sociaux économiques et environnementaux. Les personnes âgées, isolées, les malades souffrant de maladies psychiatriques altérant leur jugement, les personnes aux revenus modestes vivant dans de petits logements dans les étages élevés d'immeubles anciens, sont les plus sensibles aux effets des températures extrêmes.

Une autre leçon de la canicule a été de s'apercevoir que la bonne volonté et la sollicitude ne suffisent pas. La population a besoin d'une information simple, mais complète pour savoir comment réagir.

Partant de ces constats, Novartis a souhaité proposer des conseils spécifiques pour l'entourage de malades et de personnes âgées en cas de canicule. Tout le monde comprend la nécessité de faire boire les personnes âgées. Mais que faire pour convaincre quelqu'un qui n'a pas soif ? Et comment reconnaître les signes d'alerte pour déclencher l'intervention rapide d'un médecin ? Le programme d'information de Novartis (p. 5) complète les brochures et dépliants édités par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la caisse primaire d'assurance maladie d'Ile-de-France et l'Ordre national des pharmaciens. Il renforce la logique du plan canicule du ministère de la santé dont les mécanismes de coordination permettent de mobiliser services publics, associations et... familles en cas de nouvelle surchauffe. Bilan à la fin de l'été.

**Professeur Catherine Le Grand-Séville, anthropologue, membre du comité national d'éthique du funéraire, professeur associé à l'espace éthique de l'AP-HP.**

Le professeur Catherine Le Grand-Séville en collaboration avec Anne Vega, ethnologue, ont mené une enquête sur le thème « se souvenir des vivants qui se sont occupés des morts de la canicule en août 2003 ». Cette série d'entretiens sera publiée à la fin de cet été.

► **Pourquoi faut-il se souvenir des vivants qui se sont occupés des morts de la canicule de l'été dernier ?**

Il fallait se dégager de cette culpabilisation massive ressentie par les familles, les professionnels de santé et du funéraire, les travailleurs sociaux, les bénévoles. Avec le recul on s'est aperçu qu'ils n'avaient pas failli. Notre travail d'enquête est d'inscrire cet événement dans la mémoire sociale, de restituer ce sentiment d'incompréhension et de décalage, mal vécu sur le moment, et dont les blessures ne se sont pas refermées des mois plus tard. Sur le moment tout n'a pu être dit et montré par les médias. Il était nécessaire de valoriser des actions modestes, de faire comprendre combien il était difficile pour les pompiers, bénévoles, professionnels des soins funéraires de faire face à une situation imprévue, contraints de s'occuper de « leurs » morts avec des moyens réduits. Les familles l'ont d'ailleurs bien compris, du moment qu'elles ont constaté que l'on n'a pas manqué du respect dû aux défunts. Nous ne cherchons pas à faire un travail exhaustif, mais une étude qualitative, pour montrer comment cet événement a été vécu, comment il a modifié la vie professionnelle ou personnelle des personnes interrogées, les souvenirs qu'elles en gardent et ce qu'elles ont envie de transmettre.

► **Comment a-t-on pu penser que tous ces morts étaient abandonnés ?**

Les familles inquiètes cherchaient leurs morts, les services cherchaient les

familles. Les familles ont du faire face à des démarches administratives très pénibles, prouver leurs liens de parenté, renvoyées de service en service. En plus elles ont très mal vécu d'être mises à l'index, culpabilisées. On a fait porter sur elles des manques fondamentaux de la vie administrative et civique.

Beaucoup ont eu le sentiment que toute une génération mourait en même temps. C'était très angoissant pour les familles, les soignants, le personnel des secours et du funéraire. En même temps ils étaient blessés par la minimalisation de l'événement, et un discours qui individualisait des responsabilités multiples. L'analyse globale et les explications multifactorielles ont tardé à se mettre en place.

► **Cet événement exceptionnel, ce nombre important de décès en quelques jours, ne révèle-t-il pas un manque dans l'organisation du tissu social ?**

La prise en charge des personnes fragiles et de la fin de vie a été extrêmement médicalisée. On ne peut pas le regretter, c'est un progrès. Mais cette évolution a un revers : les professionnels ignorent les réseaux de solidarité familiale, ce que Robert Castel dans son livre « l'insécurité sociale »\* appellent les protections naturelles, la famille, l'entourage, le voisinage. Ces deux mondes se côtoient, mais ne se connaissent pas. La professionnalisation de nos liens sociaux a fait qu'il devenait légitime de rester chacun chez soi. Le mouvement doit s'inverser. Il est important de valoriser les relations informelles, de développer des réseaux qui ne reposent pas sur les seuls professionnels, d'établir des liens entre les professionnels médicaux et sociaux et l'entourage.

► **La vie moderne ne favorise-t-elle pas l'isolement ?**

Il est inutile d'imaginer un retour à la solidarité entre voisins, telle qu'elle était auparavant. Mais il y a des mouvements qui naissent, comme « immeubles en fête », où les gens réapprennent à se connaître. Il faudrait prévoir plus d'espaces communs où se rencontrer. Pour que de telles initiatives

s'institutionnalisent il faut du temps. C'est le moyen de développer des relations de voisinage, ni contraignantes ni lourdes. La solidarité existe en France. Nous sommes le premier pays en Europe par le nombre d'associations de type loi 1901. Elles forment un réseau dense. Mais l'Etat a fait le choix de professionnaliser ces associations. Il est nécessaire de valoriser des actions plus modestes, très précieuses au niveau de la proximité.

► **N'est-il pas difficile de surveiller des personnes fragiles, âgées, seules, sans les accabler par une sollicitude pesante ?**

Les conditions socio-économiques ont joué un rôle important. Les gens dans la précarité vivaient dans des logements surchauffés, sous les toits, évidemment sans climatisation. Il n'y a pas de recette magique pour changer cela. L'entrée en institution n'est pas la solution. Les réseaux de « protection naturelle » doivent éviter l'écueil d'une contrainte sociale et d'une police des familles profondément insupportables. Il est nécessaire de lutter contre l'infantilisation de ces personnes fragiles, qui restreint leur autonomie, de leur laisser leur place de « sujet désirant », comme disent les psychanalystes. Elles doivent exprimer leurs envies et leurs besoins, on doit respecter leur autonomie, leur marge de liberté, y compris leur volonté de solitude, ce qu'elles perdent en institution. C'est pourquoi les réseaux informels de proximité sont irremplaçables. Informés correctement en amont en cas d'événement exceptionnel, ils peuvent réagir. Quant aux intéressés, des initiatives locales de réflexion citoyenne pourraient aller vers eux, leur demander ce qu'ils souhaitent et veulent.

► **Etes-vous optimiste ?**

Je suis plutôt optimiste. Je constate que lors des épreuves de cet été, les gens ont mieux réagi qu'on ne l'a dit au début. Sans idéaliser la situation, il n'y a aucune raison d'apporter de l'eau au moulin de ceux qui ont parlé trop vite de faillite de l'entourage.

\*L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?, éd du Seuil, 2003.

## Population domiciliée à Paris, décédée durant la canicule 2003, et examinée à l'Institut Médico-Légal

Dominique Lecomte\*, Dominique de Penanster\*\*  
Bull.Acad.Natlé .Méd., 2004,188 n°3,  
séance du 16 mars 2004

Lors de la séance du 16 mars de l'Académie de médecine, le Dr Dominique Lecomte a présenté une étude portant exclusivement sur les personnes décédées à domicile à Paris durant le mois d'août et transportées à l'Institut Médico-Légal. Sur les 452 victimes recensées, 92 % sont décédées pendant les trois premières semaines d'août, avec une arrivée massive de corps à l'IML entre le 10 et le 17 août. Les femmes représentaient 56,2 % de cette population. Mais en-dessous de 60 ans, les hommes (74 %) ont été les plus vulnérables. Au-delà de 70 ans, les deux sexes ont été touchés à égalité.

On retrouve les facteurs connus de fragilisation décrits dans la littérature après des périodes semblables de canicule en Grèce ou aux Etats-Unis : en premier, l'âge, puisque la moitié de la population avait plus de 80 ans, les deux tiers plus de 70 ans. On retrouve également des antécédents médicaux présents dans plus de 70 % des cas, enfin l'importance aggravante du surpoids et cela quel que soit l'âge.

L'isolement et le lieu de vie constituent des éléments majeurs : 88 % des victimes vivaient seules, la moitié d'entre-elles dans une seule pièce située en haut d'un immeuble sans ascenseur. Une chaleur insupportable (de 35 à 40°) régnait dans la plupart des logements.

Les moins de 60 ans ont été un groupe particulièrement vulnérable, avec une fréquence particulière d'alcoolisme, (75 % des alcooliques décédés), de troubles mentaux et psychiques (45 %, dont 78 % de syndromes dépressifs). Les maladies psychiatriques étaient suffisamment importantes chez certaines personnes de cette tranche d'âge pour nécessiter un placement sous curatelle ou tutelle pour 15 % d'entre elles. Elles étaient plus souvent isolées, 84 % vivaient seules et près de 30% n'avaient aucune vie familiale ou sociale. Elles vivaient aussi plus souvent dans un logement inadapté, dans une seule pièce située, dans 65 % des cas, dans les deux derniers étages de l'immeuble, dont 46 % sous les toits.

L'environnement de 93,5 % des victimes est connu : 79 % avaient une famille, enfants (46 %), conjoint (7 %), collatéraux (39 %), ou un ascendant pour les plus jeunes (8 %). 15% de ces personnes isolées refusaient tout contact familial ou social. Pour les autres, le rythme des contacts étaient très variables, de quotidien (un tiers des cas), hebdomadaire (34 %), mensuel (11 %), annuel (7 %), à de rares communications téléphoniques.

## CANICULE 2003 : FAITS & CHIFFRES

L'été 2003 a été le plus chaud que l'on ait connu ces cinquantes dernières années, tant par son intensité que par sa durée, pendant la première quinzaine du mois d'août.

A partir du 4 août des températures supérieures à 35°C ont été observées dans les 2/3 des stations météorologiques. Les températures ont dépassé 40°C dans 15% des stations, y compris en Bretagne, ce qui n'était jamais arrivé depuis le début des mesures de température. Mais surtout, les températures minimales ont dépassé de 3,5° C la moyenne 1850-1980, et de 1,4°C celles de 1994, le deuxième été le plus chaud.

Les étés les plus chauds : 1976, 1983 et 1994

A Paris : les températures dans la capitale sont régulièrement relevées depuis 1873.

Les jours consécutifs où la température maximale a dépassé les 35°C :

- 1998 : quatre jours, du 8 au 11 août
- 1991 : cinq jours, du 8 au 12 août. Température minimale : 19,2°C ; température maximale : 36,2°C ; température moyenne : 27,7°C.
- 2003 : neuf jours, du 4 au 12 août. Température minimale : 23,4°C ; température maximale : 38,1°C ; température moyenne : 30,8°C.

Les 11 et 12 août 2003, le record absolu de température minimale est battu : 25,5°C, dépassant le précédent record de juillet 1976 à 24°C. Le vent très faible a favorisé des pics d'ozone déjà particulièrement forts, et surtout un pic de dioxyde d'azote. La diminution de la ventilation a augmenté le risque pour la santé. Seule l'humidité, facteur aggravant de la canicule, est restée généralement faible.

L'alerte a été donnée par des amis ou des voisins dans 43 % des cas, puis la famille inquiète du silence de la victime et résidant généralement en province (24 %), des travailleurs médicaux et sociaux (19 %), du gardien de l'immeuble (14 %). Les facteurs ayant déclenché l'alerte sont : l'absence de réponse à l'occasion d'une visite (53 %), ou de plusieurs appels téléphoniques (21 %), le fait que la personne n'était plus vue dans le quartier (14 %), la présence d'une odeur nauséabonde dans l'immeuble (12 %).

Dans la majorité des cas ce sont les services d'urgence, pompiers ou police qui ont découvert le corps, mais dans 39% des cas, ce sont des gardiens d'immeuble qui ont joué un rôle important, même si en cette période de vacances le remplaçant connaissait mal les occupants de l'immeuble. ►

## LE PLAN CANICULE

Le plan canicule du gouvernement a été présenté le 5 mai par le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy. Le ministre l'a précisé « ce dispositif seul, aussi efficace soit-il, n'est pas suffisant. Il doit s'accompagner de la solidarité et de la mobilisation de tous ».

Quatre niveaux d'alerte ont été retenus : en premier lieu, du 1er juin au 1er octobre, la vigilance s'imposera. Les mairies doivent tenir à jour la liste des personnes vulnérables. Ces dernières ou leurs familles pourront demander à figurer sur cette liste. Les préfets sont chargés de réunir toutes les données disponibles sur les pensionnaires des maisons de retraite, les personnes sous tutelle. La capacité d'action des associations de bénévoles pendant l'été devra être vérifiée par les préfets. En amont, il est demandé de créer une pièce fraîche dans les établissements pour personnes âgées, le gouvernement s'engageant à financer à hauteur de 40 % ces installations.

Dès que la température dépassera dans une région 31°C le jour et 21°C la nuit pendant trois jours selon les prévisions de Météo-France, qui publiera une carte vigilance chaleur et diffusera aux médias des messages de prévention deux fois par jour, une cellule de crise nationale réunissant les représentants des services intéressés donnera des directives d'action. Les préfets à la tête de cellules de crise départementales devront notamment s'assurer de la diffusion d'une information sanitaire satisfaisante auprès des populations.

Au troisième niveau, dit d'intervention, il s'agira de protéger les personnes vulnérables et d'activer le déclenchement de différents plans : bleu pour les maisons de retraite, blanc pour les hôpitaux, rouge pour la sécurité civile et les pompiers, et vermeil pour les personnes âgées isolées. Dès cet instant, dans les communes les plus touchées, le comité départemental canicule pourra imposer l'ouverture de lieux publics climatisés. Enfin, quatrième niveau, les mesures de réquisition pourraient s'accroître en cas de passage au niveau d'alerte le plus élevé, lorsque les seuils biométéorologiques auront été dépassés dans plusieurs régions.

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

[www.invs.sante.fr/publications/2004/syst\\_alerte\\_canicule/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2004/syst_alerte_canicule/index.html)

► Un symptôme d'alerte a été retrouvé dans un quart des dossiers : asthénie (76 %), perte d'appétit ou début de déshydratation (21 %), confusion mentale (3 %), sans que ces signes aient suscité une mobilisation particulière de ceux qui les avaient remarqués. La baisse naturelle de la perception des variations thermiques et de la sensation chez les personnes âgées, surtout lorsqu'il existe une altération de la vigilance, était une notion mal connue du grand public. Les témoins de la découverte des victimes ont fait fréquemment état de la présence de bouteilles d'eau non ouvertes sur la table. Le message « faire boire les personnes âgées » semble donc n'avoir été que partiellement intégré.

L'épisode de la canicule a montré la vulnérabilité de certaines populations, particulièrement des personnes âgées face à une situation de crise, quelle qu'en soit la cause. La solution à ce problème social passe par une politique de proximité, de façon à ce qu'en cas d'événement exceptionnel, chacun puisse être visité quotidiennement par une personne capable de donner l'alerte, ce qui rejoint les propositions faites par l'Académie de médecine. Lorsqu'une situation à risque se profile, il faut donner le plus rapidement possible les conseils appropriés, de façon simple, et vérifier que les intéressés les ont bien compris. L'improvisation et la bonne volonté ne suffisent pas.

## Le rapport de l'Inserm sur les décès liés à la canicule

Les experts de l'Inserm, Denis Hémon (directeur de l'unité 170) et Eric Jouglu (directeur du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) ont publié en septembre 2003 leur rapport sur la surmortalité liée à la canicule de l'été 2003. Pendant la première quinzaine d'août, les décès ont augmenté de 60 % par rapport aux trois étés précédents, soit environ 15 000 décès. Une surmortalité particulièrement marquée dans les régions Centre (+103 %) et Ile-de-France (+134 %) où les périodes de chaleur ont été les plus longues. Un excès de décès particulièrement marqué chez les personnes âgées, surtout les plus de 75 ans (+70 %), mais aussi chez les personnes de 45 à 74 ans (+30 %). Les décès à domicile et en maison de retraite ont doublé. L'étude des 2 500 décès survenus dans la région Centre montre que 30 % de ces décès étaient directement attribuables à la chaleur, déshydratations, coups de chaleur, hyperthermies, alors que ces causes ont été rarement évoquées lors des fortes chaleurs de 1976. Les autres décès étaient en grande majorité dus à des maladies de l'appareil circulatoire et du système respiratoire.

La mission des experts se poursuit pour étudier le rôle des facteurs de vulnérabilité, environnement social et degré d'isolement des personnes, type d'habitat, consommation de médicaments, qualité de l'air, niveau des températures minimales.

[www.inserm.fr](http://www.inserm.fr)



## Une brochure de l'assurance maladie pour faire face aux températures extrêmes

La Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), caisse de retraite des salariés du régime général a alerté tous ses retraités sur les dangers de la canicule ou du grand froid dans le numéro 9 de son journal « la retraite à vos côtés ». Elle renvoie aussi à une brochure très claire et très précise du service Education pour la santé de la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF), donnant des conseils aux personnes âgées et à leur entourage, rappelant qu'avec l'âge les variations de température deviennent plus pénibles à supporter et surtout plus dangereuses, insistant sur le fait que la vigilance des proches est essentielle.

La brochure rappelle notamment qu'il ne faut pas hésiter à consulter le médecin traitant en cas de pathologies chroniques qui augmentent les risques, d'elles-mêmes, ou en raison des médicaments prescrits. Elle décrit minutieusement des conseils environnementaux (penser à fermer fenêtre et volets, aérer aux heures les moins chaudes, penser à mettre des récipients d'eau dans la pièce et à utiliser un brumisateur pour entretenir l'humidité lorsqu'on utilise un ventilateur), et donne surtout des indications pour se réhydrater autrement qu'en buvant de l'eau (aliments riches en eau, sorbets, infusions, soupes froides), et pour les personnes qui ont des difficultés à absorber des liquides, ne pas hésiter à recourir à l'eau gélifiée en préparation ou à faire soi-même selon une recette très simple qu'elle détaille.

Elle rappelle aussi que les fortes chaleurs augmentent les risques d'intoxication alimentaire et donne des conseils en conséquence.

Pour se préserver des grands froids, même s'il est plus facile de se protéger dans un logement correctement chauffé, la brochure rappelle que le froid est dangereux pour les personnes fragiles. Il leur est recommandé d'éviter de sortir, mais si elles doivent le faire, elles doivent non seulement bien se couvrir, mais surtout se protéger la tête, car les pertes de chaleur y sont plus importantes. La brochure rappelle qu'il faut éviter de boire de l'alcool qui diminue la capacité de l'organisme à garder la chaleur. L'alcool est d'ailleurs aussi déconseillé en période de forte chaleur car il aggrave la déshydratation. Un autre rappel important : faire attention à l'oxyde de carbone et veiller au bon entretien des appareils de chauffage et des bouches d'aération.

Enfin une petite fiche donne les numéros d'urgence à conserver à proximité de son téléphone. Pour se procurer la brochure :

### Cramif

Service éducation pour la santé - 75954 Paris cedex 19 -  
Tél. : 01 40 05 38 85 - Fax : 01 40 05 38 31  
[www.cramif.fr](http://www.cramif.fr)

## DES ACTIONS SPÉCIFIQUES POUR L'ENTOURAGE

En s'adressant directement aux proches des personnes fragiles sur la conduite à tenir en cas de canicule, le service Santé & Proximologie de Novartis propose une contribution intéressante aux différentes mesures engagées au niveau national. Trois outils se complètent pour informer l'entourage, placé en première ligne en cas de changement climatique extrême : une brochure « Guide pratique de l'entourage contre la canicule », un numéro spécial de la lettre des aidants « Accompagner » et une section « Canicule » sur le site [www.proximologie.com](http://www.proximologie.com).

La brochure de Novartis a été conçue pour aider l'entourage à mettre en pratique les règles de base et recommandations des professionnels, largement relayées par les médias. La nécessité de boire davantage ou de maintenir une alimentation normale peut se heurter à une incompréhension ou mauvaise volonté (je n'ai pas faim, pas soif...). Cette dimension psychologique à intégrer, où les liens qui unissent l'entourage et la personne âgée ou malade sont souvent affectifs et complexes, a servi de cadrage à la réalisation de cette brochure.

Cet outil vise à donner aux membres de la famille supports et arguments à faire valoir auprès de leur proche pour lui expliquer que certaines règles doivent être respectées.

L'information sur les consignes est complétée par l'identification des principaux freins qui en interdisent ou en pénalisent la mise en œuvre (comportement agressif, déni de la maladie ou de la vieillesse) ainsi que par l'apport de solutions pratiques aux principales objections, de façon pédagogique, claire et concrète.

Une information spécifique est donnée pour accompagner les personnes atteintes de certaines maladies qui présentent un risque supplémentaire du fait des aléas climatiques (maladies neurologiques, cardiovasculaires et respiratoires). Enfin, des conseils de prévention et de suivi à distance sont proposés aux familles qui souhaitent partir en vacances l'esprit libre. Plutôt que de culpabiliser l'entourage à l'idée de s'éloigner, mieux vaut l'envisager comme une séquence normale de sa relation avec la personne âgée. Encore faut-il prendre quelques précautions d'usage. Tous ces éléments, abordés dans la brochure, sont étoffés et enrichis dans la section « Canicule » du site [www.proximologie.com](http://www.proximologie.com)

Pour commander la brochure :  
[contact@proximologie.com](mailto:contact@proximologie.com)

**Professeur Lucien Abenhaïm, professeur de santé publique au CHU Cochin-Port-Royal, expert sur les événements climatiques extrêmes auprès de l'OMS**

### ► Quelle leçon peut-on tirer de la canicule de 2003 ?

La canicule a fait prendre conscience de l'existence d'une grande population à risque, six à sept millions de personnes, pour tout type de stress important, grande chaleur, grand froid, grands pics de pollution, épidémies. Il y a en France 6000 centenaires, 4,5 millions de plus de 75 ans, des malades souffrant de troubles cognitifs, de cancers, de maladies cardiaques, de bronchites chroniques obstructives, d'insuffisance rénale. L'augmentation du nombre de personnes âgées est un phénomène récent. Au cours des vingt dernières années, l'espérance de vie a augmenté de quatre à cinq ans. Jusqu'à présent la société était organisée avec une espérance de vie inférieure de dix ans à ce qu'elle est aujourd'hui. C'est un problème de santé publique à gérer.

### ► A quel moment les pouvoirs publics doivent-ils intervenir ?

Le seuil d'action défini par la direction générale de la santé dans le plan d'action sur la canicule est de 33°C dans la journée, et de 21°C la nuit. Un seuil inférieur à celui de 26,7°C retenu par les Etats-Unis après la vague de chaleur à Chicago, ce qui s'explique par le fait qu'il y a plus d'installations d'air conditionné et que les habitants sont plus habitués aux fortes chaleurs.

### ► Le froid extrême peut aussi être dangereux ?

La généralisation du chauffage a largement diminué les risques du froid extrême. De plus on peut se protéger individuellement par des vêtements. Cependant l'alerte reste difficile en direction des plus fragiles qui vivent dans des conditions précaires, sans chauffage correct, dans des logements

mal cafeutrés. On pense évidemment aux sans-logis. Il y a aussi les personnes âgées qui sortent dans le froid, sans se rendre compte que le stress est trop important pour elles. Leur système cardio-vasculaire est trop sollicité, et certaines perdent connaissance dans la rue, comme on l'a vu lors de la grande vague de froid de janvier 1985. Alors que les vagues de chaleur sont mieux supportées dans les campagnes, c'est là que le froid intense doit éveiller la vigilance. Il y a beaucoup de personnes isolées, vivant dans des maisons mal chauffées par des poêles à bois.

### ► Quelle est cette population fragile ?

On oublie que quelques degrés séparent la vie de la mort. Qu'il fasse trop chaud ou trop froid, qu'il y ait un pic de pollution, et on constate une augmentation des décès. Ces événements climatiques révèlent qu'un grand nombre de personnes vivent avec une capacité respiratoire limite à 1 ou 2% juste au-dessus de la capacité vitale. Elles vivent à condition de ne pas avoir à faire d'efforts. Elles n'ont plus la capacité de retrouver un rythme cardiaque normal. Un démographe a comparé à juste titre les personnes âgées à une coupe de cristal. Elles sont là, et au moindre choc elles se brisent. C'est très rapide et difficile à prévenir.

### ► Comment les protéger et s'occuper d'elles ?

Beaucoup de personnes mortes pendant la nuit avaient été appelées le jour même. Si l'on peut, il faut les prendre chez soi, leur éviter de monter des marches avec des poids importants, faire leurs courses. La priorité est de faire baisser le rythme cardiaque. C'est pourquoi, lorsque c'est possible, il faut amener les anciens dans des centres à air conditionné, dans des endroits frais. Ce n'est pas facile de s'occuper de personnes âgées. Il n'y a pas eu de nourrissons décédés lors de la canicule, parce que les mères pouvaient les baigner, leur donner à boire. Il n'en est pas de même avec des grabataires. Quand ils ne veulent pas boire, ils ne

boivent pas. Il faut prendre beaucoup de temps pour leur faire prendre un verre d'eau. Les moyens de refroidissement sont difficiles à mettre en place, et l'on sait qu'il ne faut pas compter sur les personnes âgées pour réagir. Leur corps ne les avertit plus du danger de la déshydratation. La proximité avec ces personnes est essentielle. Il n'y a pas d'autres moyens. Il faut s'occuper d'elles en voisins.

### ► Le recours aux divers services médicaux a-t-il été exceptionnellement important ?

Les recours aux urgences, à SOS médecins ou les appels du SAMU n'ont pas été considérablement plus importants en moyenne que lors des grands pics de fin juin ou du 14 juillet. Le problème a été en aval : il n'y avait pas assez de lits d'admission. Dans d'autres périodes, les personnes arrivées aux urgences rentrent le plus souvent chez elles. Là, c'était impossible pour nombre d'entre elles. Pour des raisons médicales quand elles souffraient d'hyperthermie ou de maladies qu'il fallait surveiller plus étroitement en raison de la chaleur, ou pour des raisons sociales, quand elles vivaient dans des logements surchauffés, mal aérés.

### ► Que peuvent faire les familles ou les amis de personnes isolées, quand un événement climatique se produit, même s'il n'a pas le caractère exceptionnel de la canicule de 2003 ?

La France est le seul pays à offrir des services médicaux à domicile, les SAMU et les visites de médecins, de nombreuses associations sont prêtes à se mobiliser. Dès maintenant l'entourage social ou les familles de personnes fragiles isolées peuvent agir en téléphonant aux directions départementales de l'action sanitaire et sociale pour les faire inscrire sur des listes de personnes à appeler. En cas de situation climatique extrême, elles peuvent joindre les DDASS qui enverront des équipes de bénévoles de la Croix-Rouge ou d'associations locales.

## Heat-Related Deaths during the July 1995 Heat Wave in Chicago

Jan C. Semenza, Ph.D., M.P.H., Carol H. Rubin, D.V.M., M.P.H., Kenneth H. Falter, Ph.D., Joel D. Selanikio, M.D., W. Dana Flanders, M.D., D.Sc., Holly L. Howe, Ph.D., and John L. Wilhelm, M.D., M.P.H.

New England Journal of Medicine 11 juillet 1996  
vol.335 :84-90

La vague de chaleur qui a frappé Chicago du 12 au 16 juillet 1995 a provoqué 700 décès. Durant ces quelques jours les températures minimales et maximales, et l'humidité relative de l'air ont atteint des hauteurs extrêmes. Les centres de contrôle des maladies d'Atlanta ont cherché les facteurs de risques en interrogeant les proches, familles, voisins et amis de 339 personnes décédées et ils ont comparé avec un groupe de contrôle de 339 autres personnes. Les deux facteurs de risques majeurs étaient d'être alité et isolé. 16 % des morts étaient des personnes confinées dans leur lit, le risque a été multiplié par deux pour ceux qui vivaient seuls. Les conditions de vie ont joué un rôle important, puisque plus de la moitié vivaient dans de petits logements en haut des immeubles.

L'air conditionné a eu indéniablement un rôle protecteur, en réduisant de 80 % le risque de mort par coup de chaleur et défaillance cardiaque et de 66 % les décès dus à une défaillance cardiaque seule. D'après les auteurs le nombre de morts aurait été divisé par deux si les logements avaient été équipés d'installations d'air conditionné. En revanche les ventilateurs ne semblent pas avoir été efficaces.

Dans les facteurs de risques liés à la santé, les plus fragiles sont les plus âgés, les cardiaques, les insuffisants rénaux et les personnes souffrant de problèmes psychiatriques, et celles prenant des neuroleptiques. L'obésité ne semble pas avoir augmenté le danger, en revanche les personnes en-dessous d'un poids normal ont été plus touchées.

Avoir une vie sociale et être entouré est de loin l'agent le plus protecteur. Sortir tous les jours, appartenir à un club suffisaient pour diminuer la mortalité. Même vivre avec un animal de compagnie a eu un effet bénéfique. Les auteurs ont constaté que vivre avec quelqu'un faisait que les personnes fragiles s'hydrataient et prenaient des bains rafraîchissant plus facilement. Ils soulignent que les services d'aide à domicile ont permis de diminuer la mortalité chez les personnes visitées quand la mairie de Chicago les avait chargé de transmettre des conseils simples de prévention. En conclusion, les auteurs estiment que ces services médicaux et sociaux ont l'opportunité pour faire passer des messages, en même temps qu'une information par les médias pour sensibiliser le public et favoriser des changements d'habitude.

[www.nejm.org](http://www.nejm.org) (accès restreint)

## LE GRAND FROID, UN MEURTRIER DISCRET

La direction générale de la santé propose aux médecins un rappel sur l'état des connaissances et les principes de prise en charge des maladies liées au froid. Des informations précieuses aussi pour les accompagnants des personnes fragiles.

Il n'est pas inutile de rappeler qu'en chiffre absolu le froid est plus meurtrier que la chaleur. L'excès de décès enregistré en période hivernal est du au froid, plus qu'à la grippe qui représenterait 2,4 % des décès supplémentaires.

En France il n'existe pas de définition météorologique précise des notions de froid et de grand froid. Cependant les seuils de  $-5^{\circ}\text{C}$  et  $-10^{\circ}\text{C}$  ont été retenus pour le plan « urgence hivernale » destiné à prévenir les hypothermies chez les personnes très désocialisées. Il faut aussi tenir compte de l'influence du vent qui aggrave considérablement les effets du froid. A l'étranger la prévention de la surmortalité hivernale est axée sur la prévention de l'hypothermie et l'éducation de la population générale par des conseils comportementaux simples.

Lors des périodes de grand froid, la surmortalité est attribuable pour moitié à la thrombose coronaire, dans la semaine ou la quinzaine qui suit le pic hivernal. Le stress thermique entraîne une vasoconstriction qui peut aboutir à une rupture des plaques d'athérome et donc favoriser la thrombose artérielle. Ces mêmes mécanismes peuvent être à l'origine d'accidents vasculaires cérébraux. S'il est certain que le froid aggrave les pathologies respiratoires, le mécanisme n'est pas encore vraiment élucidé. L'intervalle entre le pic de froid et le pic de surmortalité respiratoire est plus long que pour les maladies cardio-vasculaires, entre 15 jours et un mois.

L'hypothermie est une menace pour personnes en grande précarité, mais aussi celles qui sont état d'ivresse ou prennent des médicaments.

En période de froid il faut être particulièrement attentifs auprès des personnes à risques : les personnes âgées, les cardiaques, mais aussi celles ayant des facteurs de risques cardio-vasculaires, les insuffisants respiratoires, les nouveaux-nés et les nourrissons, les malades chroniques (diabétiques, malades souffrant d'un dérèglement de la thyroïde), et ceux qui prennent certains médicaments, tels des somnifères, des psychotropes ou des anti-inflammatoires. Trois conseils essentiels sont donnés aux personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires : éviter tout effort ; ne pas prévoir de longs trajets en voiture en raison du risque d'être bloqué sur la route, et penser à emporter en déplacement des médicaments en quantité suffisante, ainsi que ses ordonnances et les coordonnées de son médecin ; consulter son cardiologue.

[www.vivrecentans.fr/pro/services/outils\\_froid.htm](http://www.vivrecentans.fr/pro/services/outils_froid.htm)

### ► Nouvelle définition du Handicap

A l'occasion de la discussion de l'article premier du projet de loi sur le handicap à l'Assemblée Nationale; une nouvelle définition du handicap a été adoptée : « Constitue un handicap (...) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans un environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Sur la définition des droits, un autre amendement a été adopté : « Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale qui lui garantit en vertu de cette obligation l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. L'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions ».

### ► Quelle place pour les parents à l'hôpital ?

L'association SPARADRAP a mené une enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital et organise un colloque pour sensibiliser les acteurs concernés par l'hospitalisation des enfants.

L'enquête a été effectuée auprès des équipes soignantes de 170 unités pédiatriques, tirées au sort sur le territoire national, et auprès de 1470 parents d'enfants hospitalisés dans ces unités.

Les réponses permettent de dresser un état des lieux objectif sur la présence et le rôle accordés aux parents au cours de l'hospitalisation de leur enfant et de comparer la vision des professionnels et des parents. Suite à cette enquête, l'association SPARADRAP organise le mardi 5 octobre 2004, sous le haut patronage de Monsieur Philippe Douste-Blazy, Ministre de la santé et de la protection sociale, un colloque intitulé « Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires ? ». Contacts: Malka Jakubowicz ou Myriam Bliidi  
Tél. : 01 43 48 11 80

### ► Asthme infantile en France : des disparités géographiques, sociales et familiales

La proportion d'enfants asthmatiques présente de fortes disparités en fonction de la région considérée et de l'environnement familial, indiquent les données présentées dans une étude de la Drees du ministère de la Santé.

Si la prévalence de l'asthme ne varie pas significativement que l'enfant soit scolarisé en milieu rural ou urbain, il semble

que l'environnement familial exerce une influence, « dans la mesure où, toutes choses égales par ailleurs, les enfants uniques ou les aînés d'une fratrie de plusieurs enfants semblent significativement plus exposés » à l'asthme que les autres enfants (respectivement 15 % et 16 %).

Les enfants d'ouvriers non qualifiés sont moins fréquemment traités contre l'asthme (4,7 %) que les enfants de cadres (10,8 %) ou d'artisans (12 %). Cette situation pourrait s'expliquer « par des habitudes de consultations médicales plus ou moins fréquentes et régulières selon le milieu social », notent les auteurs.

Au moment de l'enquête, 13,9 % des élèves scolarisés en CM2 avaient déjà eu au moins une crise d'asthme ou avaient déjà été traités contre l'asthme au cours de leur vie, avec une prédominance masculine (12,7 % pour les filles, 15,9 % pour les garçons).

(Etudes et résultats, Drees juin 2004, n° 313, 12 p. « La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002 », disponible en ligne : [www.sante.gouv.fr/htm/publication/index.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/index.htm))

### ► Parents d'enfants malades

Le texte de réforme de l'assurance maladie prévoit la sanction des arrêts maladie injustifiés. Or, d'après Philippe Unwin, président de l'Union nationale des parents d'enfants atteints de cancer ou de leucémie (Unapec), beaucoup de parents d'enfants ayant une longue maladie recourent à des arrêts maladie fictifs pour rester à leur chevet. Pourtant, depuis janvier 2001, ces parents peuvent bénéficier d'un congé de présence parentale de douze mois, leur contrat de travail étant protégé. Parallèlement, ils peuvent bénéficier du versement d'une allocation équivalente au Smic décliné pour les familles monoparentales, pour les salariés à mi-temps ou à temps partiel (80 %). Cette allocation doit être demandée auprès de la Caisse d'allocations familiales.

Mais certaines familles déplorent le manque de souplesse de ce dispositif. Il faut attendre quatre mois avant qu'il se mette en place alors que souvent l'annonce de la maladie est brutale et nécessite une présence immédiate. D'où le recours au pis-aller du congé maladie. En outre, la formule de l'allocation souffre d'une trop grande rigidité. Les parents souhaitent souvent alterner congé et retour au travail en fonction de l'évolution de la maladie. Or le congé de présence parentale doit se prendre tout d'un bloc pendant un an et ne peut se prolonger au-delà d'un an. L'Unapec souhaiterait donc faire un « état des lieux » du dispositif et réunir un comité de suivi afin de préparer des ajustements.