

N° 199

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

Rapport remis à M. le Président du Sénat le 8 décembre 2020

Enregistré à la Présidence du Sénat le 8 décembre 2020

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission d'enquête (1) pour l'évaluation des politiques publiques
face aux **grandes pandémies** à la lumière de la **crise sanitaire de la covid-19**
et de sa **gestion**,*

Président

M. Alain MILON,

Rapporteurs

Mme Catherine DEROCHE, M. Bernard JOMIER et Mme Sylvie VERMEILLET,

Sénateurs

Tome I - Rapport

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; Mme Catherine Deroche, M. Bernard Jomier, Mme Sylvie Vermeillet, *rapporteurs* ; M. René-Paul Savary, Mme Angèle Préville, M. Martin Lévrier, Mmes Véronique Guillotin, Éliane Assassi, M. Emmanuel Capus, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; MM. David Assouline, Arnaud Bazin, Mmes Céline Boulay-Espéronnier, Laurence Cohen, M. Vincent Delahaye, Mmes Annie Delmont-Koropoulis, Jacky Deromedi, M. Jean-Luc Fichet, Mme Jocelyne Guidez, MM. Olivier Henno, Jean-François Husson, Mmes Victoire Jasmin, Muriel Jourda, MM. Alain Joyandet, Roger Karoutchi, Mmes Marie-Pierre de La Gontrie, Michelle Meunier, MM. Olivier Paccaud, Didier Rambaud, Jean-François Rapin, Damien Regnard, Jean-Claude Requier, Jean Sol, Mme Nadia Sollogoub, M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LISTE DES PROPOSITIONS.....	13
LISTE DES SIGLES.....	19
AVANT-PROPOS	23
PREMIÈRE PARTIE : FACE À UNE CRISE SANITAIRE INTERNATIONALE D'UNE AMPLEUR INÉDITE, DES AUTORITÉS EN ALERTE PRÉCOCE MAIS UN PAYS FINALEMENT MAL PRÉPARÉ ET MAL ÉQUIPÉ.....	29
I. LA « DRÔLE DE GUERRE » : UN MINISTÈRE PRÉCOCÉMENT SENSIBILISÉ MAIS TARDIVEMENT ENGAGÉ DANS LA LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE.....	29
A. UNE MOBILISATION PRÉCOCE MAIS ISOLÉE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ, À L'HEURE DE L'APPARITION DES PREMIERS CLUSTERS.....	29
1. <i>Un ministère mis tôt en ordre de bataille.....</i>	<i>29</i>
2. <i>Un enchaînement décisionnel retardé par différentes formes d'inertie</i>	<i>34</i>
a) <i>Un échelon international défaillant</i>	<i>34</i>
b) <i>Une coordination interministérielle insuffisante.....</i>	<i>38</i>
3. <i>Les premiers clusters par importation du virus : l'illusion temporaire d'une épidémie contenue.....</i>	<i>42</i>
a) <i>Les Contamines-Montjoie : un cluster rapidement circonscrit.....</i>	<i>42</i>
b) <i>La diffusion dans l'Oise : du cluster à la circulation épidémique.....</i>	<i>43</i>
B. UNE PRÉPARATION INADAPTÉE DU SYSTÈME PUBLIC DE SOINS AU RISQUE ÉPIDÉMIQUE, MARQUÉE PAR UN FORT TROPISME HOSPITALIER.....	46
1. <i>Une doctrine préparatoire essentiellement fondée sur l'intervention de l'acteur hospitalier public.....</i>	<i>46</i>
2. <i>Des signaux dès février 2020 d'une crise potentiellement épidémique</i>	<i>47</i>
3. <i>Des canaux de communication qui, dès fin janvier, ont marginalisé les professionnels de ville.....</i>	<i>49</i>
4. <i>Enfin, des établissements hospitaliers de référence insuffisamment préparés aux risques épidémique et biologique</i>	<i>52</i>
C. UN DÉFAUT DE VIGILANCE À L'ÉGARD DES PLUS VULNÉRABLES QUI A CONDUIT À UN LOURD BILAN HUMAIN.....	54
1. <i>Une vigilance insuffisante à l'égard des personnes âgées dépendantes.....</i>	<i>54</i>
2. <i>Un bilan médico-social qui pose de déroutantes questions sur la place que notre société réserve aux plus fragiles</i>	<i>57</i>
3. <i>Une approche populationnelle encore insuffisante</i>	<i>60</i>
D. LE GRAND EST, AVANT-GARDE SACRIFIÉE FACE AU « ROULEAU COMPRESSEUR ÉPIDÉMIQUE »	62
1. <i>Une région confrontée à une vague épidémique particulièrement brutale</i>	<i>62</i>
2. <i>Une gestion centralisée, aveugle face aux spécificités territoriales, sourde aux alertes émises du terrain</i>	<i>63</i>
a) <i>Des alertes ignorées par la gouvernance nationale de crise.....</i>	<i>63</i>
b) <i>Une gouvernance nationale insuffisamment soucieuse des spécificités du terrain.....</i>	<i>65</i>

c) Une intervention tardive de l'État dans la réponse sanitaire.....	66
3. La mobilisation sous l'égide de l'ARS de l'ensemble des professionnels de santé de la ville et de l'hôpital	70

II. LES ATERMOIEMENTS DES POUVOIRS PUBLICS DANS LA GESTION DES BESOINS EN ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE..... 72

A. LA PÉNURIE DE MASQUES, CONSÉQUENCE DE CHOIX CONTESTABLES DÈS 2013, AGGRAVÉS EN 201873

1. Entre 2009 et 2019, les stocks stratégiques de masques sont passés de presque 2 milliards d'unités à 100 millions environ.....74

a) La constitution d'un stock stratégique de près de 2 milliards de masques au mitan des années 2000, dans une logique préventive 76

(1) La multiplication des risques sanitaires a été prise au sérieux par les autorités
sanitaires.....76

(2) L'État avait alors privilégié la production nationale de masques.....77

b) Un assèchement drastique du stock de masques FFP2 entre 2012 et 2017..... 78

c) La disparition quasi intégrale du stock de masques chirurgicaux à partir de 2018 78

(1) En 2014, l'introduction d'une nouvelle norme implique le contrôle de la conformité
du stock de masques, qui ne sera pourtant réalisé que quatre ans plus tard.....79

(a) Les masques doivent désormais respecter une norme de propreté bactérienne 79

(b) Pour autant, les tests ne seront réalisés qu'en 2018, en raison de plusieurs retards
inexplicables..... 79

(2) Les masques testés étant jugés non conformes à la norme, la DGS ordonne
leur destruction81

(3) L'existence - ou non - de contrôles réguliers de la qualité du stock d'EPI fait l'objet
de points de vue diamétralement opposés entre Mme Buzyn et sa prédécesseure82

2. Les pouvoirs publics justifient la disparition du stock de masques FFP2 par une interprétation exagérément restrictive de deux doctrines élaborées en 2011 et 201383

a) L'avis de 2011 du Haut conseil de la santé publique (HCSP) circonscrit l'usage du masque FFP2 mais préconise le maintien d'un stock stratégique d'État, à rebours des choix opérés par les autorités publiques..... 83

(1) L'avis du HCSP préconise de circonscrire l'usage du masque FFP2
aux professionnels les plus exposés, pour des raisons diversement partagées84

(2) L'absence de commandes de masques FFP2 depuis cet avis,
confirmée par les acteurs entendus.....85

(3) Contrairement à la justification avancée par le Gouvernement, l'avis du HCSP
ne recommande pourtant à aucun moment la disparition du stock stratégique
de masques FFP2.....85

(4) Le HCSP recommande de substituer un stock « tournant » au stock « dormant »
afin d'optimiser sa gestion, une proposition restée sans suite87

b) Un changement de doctrine en 2013, qui n'exonère pourtant pas totalement l'État de ses responsabilités 88

(1) Le contenu de la doctrine de 201388

(2) Une doctrine interprétée de façon tronquée et exagérément restrictive par les
autorités sanitaires conduisant à un désarmement alarmant de l'État en cas de crise...89

(a) Une interprétation contestable, aux conséquences dramatiques..... 89

(b) Une interprétation qui n'envoie à aucun moment l'utilité de disposer d'un stock
d'appui en cas de crise importante 91

(3) Incompréhensiblement, l'État ne s'est pas donné les moyens de contrôler
l'application sur le terrain de cette nouvelle doctrine et constate son échec,
tardivement, en février 2020.....92

3. Informé de la situation des stocks en 2018, le DGS a pourtant choisi de ne pas les reconstituer, sans en informer la ministre, et en faisant modifier a posteriori les conclusions d'un rapport d'experts95

a) La DGS a fait le choix de ne conserver qu'une très faible quantité de masques en stock et a modifié un rapport scientifique <i>a posteriori</i> pour justifier sa décision	95
(1) Santé publique France informe en 2018 la DGS de la non-conformité de la quasi-totalité du stock de masques chirurgicaux	95
(2) Face à l'urgence, la DGS ne passe pourtant commande que de 50 millions de masques	96
(a) Une commande qui ne permet pas même de renouveler le stock se périssant en 2019	96
(b) Une commande sans lien avec la doctrine et les pratiques en vigueur.....	98
(c) Une faible commande... réalisée par Santé publique France huit mois après sa demande.....	100
(d) La DGS décide alors de constituer des stocks tournants, mais sans reconstituer quantitativement les stocks.....	100
(3) Le DGS est intervenu dans des travaux d'experts pour modifier la formulation de leur recommandation relative à la constitution du stock de masques	101
b) D'inquiétants défauts de communication ont laissé jusqu'en janvier 2020 les ministres de la santé et la directrice générale de Santé publique France dans l'ignorance totale de la pénurie de masques.....	104
(1) Une ministre de la santé jamais informée de la pénurie avant le 24 janvier 2020.....	104
(2) La directrice générale de Santé publique France n'est informée de l'état des stocks qu'en janvier 2020	107
(3) Une information tardive du ministre quant à l'existence d'un stock de masques non conformes mais non détruits.....	107
4. Le fiasco des masques a été sciemment dissimulé par le Gouvernement durant la crise	109
a) Des propos erronés sur les responsabilités des différents acteurs	109
(1) Une réinterprétation de l'histoire qui dédouane les responsables en place.....	109
(2) Des justifications douteuses et bancales.....	110
b) Une pénurie niée en toute connaissance de cause.....	111
(1) Une exagération fréquente de la quantité de masques disponibles, concédée devant la commission d'enquête.....	111
(2) Une exagération de la capacité d'anticipation de l'État	113
B. L'ABSENCE D'ANTICIPATION DE L'ÉTAT A FRAGILISÉ L'APPROVISIONNEMENT DU PAYS EN ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE.....	113
1. Le manque d'anticipation a annihilé les marges de manœuvre de l'État et l'a réduit à « faire feu de tout bois » pour trouver des EPI.....	114
a) Des premières commandes trop faibles au regard du scénario pandémique déjà envisagé par Santé publique France à cette date	114
(1) Des premières commandes ponctuelles timorées, alors que le scénario d'une pandémie avec impacts significatifs est déjà envisagée	114
(a) Deux premières commandes pour un volume total de 30 millions de masques FFP2 et 320 000 surblouses	114
(b) ... alors que le scénario d'une pandémie avec impacts significatifs est déjà considéré comme hautement probable par les autorités	116
(2) Des dons bienvenus d'organismes publics et d'entreprises pour compléter les commandes	116
b) Une « méga commande », à des prix exorbitants, finalement passée à partir de mars 2020 mais qui prévoit des livraisons bien trop tardives pour pouvoir équiper correctement les soignants au cœur de la crise.....	117
(1) Contraint par l'urgence de la situation, le ministère de la santé a commandé à marche forcée environ quatre milliards de masques.....	117
(a) Un circuit de décision ad hoc, qui a réduit Santé publique France au rang de simple exécutant	117
(b) Une commande massive, qui a impliqué la mise en œuvre d'un « pont aérien »	120
(c) Une commande complémentaire de la direction des achats de l'État pour les agents de trois ministères	122

(2) Les délais de livraison de ces commandes ont contraint les soignants à être sous-équipés pendant des semaines	123
(3) L'absence d'anticipation a contraint l'État à payer les masques jusqu'à 30 fois plus qu'en temps normal	125
(4) Des achats massifs de gants livrés tardivement.....	127
c) Des collectivités intervenant massivement afin de pallier les carences de l'État	127
(1) Face à la pénurie de masques, une intervention inédite des collectivités territoriales.	127
(2) Une intervention inutilement complexifiée par la rigidité de l'État.....	130
(3) Un remboursement partiel par l'État des frais engagés	130
2. <i>Le choix de la réquisition : une méthode contre-productive, qui a dégradé le dialogue entre État et collectivités</i>	131
a) Une réquisition visant à parer en urgence à la pénurie de masques.....	131
(1) La réquisition est la conséquence directe de la pénurie des masques, connue pourtant depuis 2018	131
(2) Fondée sur le volontariat, la réquisition semble avoir pâti d'un manque de dialogue entre le ministère de l'intérieur et celui des solidarités et de la santé.....	132
(a) <i>Une réquisition fondée sur le volontariat, de bien plus faible ampleur que ne le décrit le Gouvernement</i>	132
(b) <i>La réquisition a été décidée sans réelle préparation, les ministères de la santé et de l'intérieur se renvoyant même la responsabilité de son pilotage</i>	133
b) Une réquisition qui s'est révélée <i>in fine</i> contreproductive.....	134
(1) La quantité de masques réquisitionnés est très faible et concerne essentiellement des fournisseurs de Santé publique France	134
(2) La réquisition s'est révélée préjudiciable à la fluidité du dialogue entre État et collectivités.....	134
(3) Un approvisionnement en masques un temps désorganisé par la réquisition.....	136
3. <i>Un triple circuit de distribution dans l'ensemble opérationnel mais dont la fluidité doit être garantie à l'avenir</i>	137
a) Un dispositif de stockage et de distribution qui a dû être modifié dans l'urgence face à l'ampleur de la crise	137
(1) Le schéma de distribution initialement prévu n'a pas été mis en application	137
(2) Le schéma retenu s'est révélé complexe mais solide malgré l'ampleur des livraisons.	138
b) La distribution aux hôpitaux : le choix contesté de faire appel aux établissements supports des GHT	140
c) La distribution aux professionnels de ville : un circuit reposant sur les officines, inutilement complexifié par la versatilité ou le retard des décisions de l'État	141
(1) Le choix ponctuel de Geodis en lieu et place des grossistes-répartiteurs.....	141
(2) Des pharmaciens autorisés à distribuer des masques, interdits de les porter.....	142
(3) Une association insuffisante des pharmaciens à la stratégie de déconfinement.....	142
d) La distribution de masques chirurgicaux et grand public à la population générale : le recours efficace à la grande distribution.....	143
(1) Un secteur fortement et soudainement sollicité, en dépit d'injonctions contradictoires.....	143
(2) L'action de la grande distribution a permis la mise à disposition au public d'un nombre suffisant de masques à partir du déconfinement.....	144
C. LA CONSTITUTION D'UNE FILIÈRE FRANÇAISE DE PRODUCTION : UNE INITIATIVE BIENVENUE, QUI RESTE À APPROFONDIR.....	145
1. <i>Les commandes de l'État ont permis d'augmenter l'offre française de masques sanitaires.</i>	145
a) L'État a déjà cherché, en 2005, à soutenir la production nationale.....	145
b) Près d'un tiers des masques sanitaires achetés pendant la crise l'ont été auprès de fabricants français	146
2. <i>Le Gouvernement a posé les jalons d'une filière nationale de production de masques « grand public »</i>	147
a) La filière textile s'est organisée durant la crise pour fournir également des masques non sanitaires.....	147

(1) Une production de masques grand public à destination initialement des personnels de cinq secteurs d'activité.....	147
(a) Une montée en puissance progressive, coordonnée par l'action du comité stratégique de filière « Mode et luxe ».....	147
(b) Une mobilisation de la filière ralentie par plusieurs obstacles.....	149
(2) Une production qui a ensuite augmenté considérablement pour accompagner le déconfinement.....	149
3. Face à la hausse du stock d'invendus, le Gouvernement ne doit pas abandonner son soutien à cette filière.....	151
a) La hausse des invendus pénalise financièrement les fabricants nationaux, malgré les promesses d'un soutien par la commande publique.....	151
(1) Un risque de rupture de confiance entre la filière et les pouvoirs publics si le soutien de l'État ne se matérialise pas.....	151
(2) Le lancement d'une mission pour promouvoir les masques français et pérenniser la filière.....	152
b) Quelques solutions existent à court terme pour faciliter l'écoulement de la production française de masques.....	153

DEUXIÈME PARTIE : UNE ORGANISATION SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE DE GUERRE : UNE RIPOSTE ESSENTIELLEMENT HOSPITALIÈRE ET DES STRATÉGIES DE SOINS SANS COORDINATION.....155

I. L'HÔPITAL MIS À L'ÉPREUVE ET POURTANT RÉSILIENT155

A. LE « PLAN BLANC » GÉNÉRALISÉ : UN HÔPITAL MIS TARDIVEMENT EN ORDRE DE BATAILLE ET CONFRONTÉ À SES RIGIDITÉS	155
1. Les difficultés du signalement : l'engorgement rapide des services de régulation médicale et la mise à l'écart des autres acteurs du premier recours.....	156
2. Une sollicitation tardive et lacunaire des professionnels libéraux dans la phase épidémique, qui a fortement obéré leur efficacité.....	159
a) Un recours facilité à la téléconsultation : une solution nécessaire mais non suffisante.....	161
b) Des coopérations entre libéraux et hospitaliers, essentiellement portées par les acteurs locaux, et trop peu répandues	163
3. Le grand redéploiement de l'offre hospitalière : la réactivité des acteurs malgré les embûches administratives.....	165
a) Une explosion du nombre d'hospitalisations	165
b) La multiplication des places disponibles en réanimation : une réussite globale en termes de capacités mais au prix de déprogrammations	166
c) L'enjeu des circuits d'informations : l'impossibilité de disposer de données fiables en temps réel	170
d) La difficile mobilisation des renforts	173
4. L'hôpital public favorisé : un reproche récurrent à relativiser	176
a) Une prise en charge logiquement concentrée sur le secteur public	176
b) L'attribution tardive des autorisations exceptionnelles, vraie responsable des transferts sanitaires contraints	179
c) Une discrimination réelle : le versement de la prime exceptionnelle des soignants.....	180
5. Face à la seconde vague, l'absence de réponse à l'épuisement des professionnels.....	181
a) L'optimisme inquiétant des institutionnels face aux alarmes exprimées par les acteurs de terrain.....	181
b) Une force de travail insuffisamment renouvelée, imposant de nouvelles déprogrammations de soins.....	183

B. UN SYSTÈME DE SANTÉ FOCALISÉ SUR UNE PATHOLOGIE AU DÉTRIMENT DES AUTRES : UNE CRISE SANITAIRE EN CACHE-T-ELLE UNE AUTRE ?.....	184
1. Des déprogrammations massives : le revers de la médaille de la gestion hospitalière de l'épidémie.....	184
a) Le choix contraint et assumé d'une priorisation sur les patients covid-19.....	184
b) Repenser l'organisation des prises en charge face à une épidémie qui s'inscrit dans la durée.....	187
2. Un phénomène de renoncement aux soins dont il faudra évaluer l'impact de moyen terme.....	188
a) Les effets délétères du message « restez chez vous ».....	188
b) Un effondrement des consultations en ville : un enjeu de santé publique majeur.....	189
3. Des patients « invisibles » et « sans voix » : la démocratie sanitaire confinée.....	193
a) Un fort sentiment d'isolement des patients et de leur entourage.....	193
b) Une crise sociétale appelant une indispensable réflexion éthique.....	194
II. LES CONSÉQUENCES DE NOTRE HOSPITALO-CENTRISME : UN SECTEUR MÉDICO-SOCIAL VICTIME DE SON DÉLAISSEMENT	197
A. UN SECTEUR DÉPOURVU DES OUTILS DE PILOTAGE RÉPANDUS À L'HÔPITAL	197
1. Un suivi des Ehpad resté défaillant	197
a) Des outils de suivi épidémiologique rudimentaires	197
b) Des fragilités de fonctionnement pourtant connues	199
c) Une culture du risque insuffisante	201
2. Un secteur du domicile longtemps hors radar.....	203
a) Un secteur sinistré, donc peu armé pour faire face à une crise	203
b) Un secteur en marge de la gestion nationale de crise	204
c) Un bilan épidémique encore incomplet.....	206
B. UN APPUI AU SECTEUR TARDIF ET HÉTÉROGÈNE	208
1. Des solutions d'accompagnement ad hoc tardivement déployées	208
a) Des circuits de distribution d'équipements de protection limités.....	208
b) Une politique de dépistage inefficace	210
c) Les solutions d'appui externes aux établissements : décisives, mais tardives.....	211
d) Un confinement sans doute peu évitable mais lourd de conséquences.....	214
2. La double tutelle du secteur : une source de confusion supplémentaire.....	216
a) Un commandement à deux têtes inefficace en période de crise	216
b) Vers une tutelle unique ?	219
C. L'EMBOLE DU SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE A ACCULÉ LES SOIGNANTS À UNE PRIORISATION DES PATIENTS PRÉJUDICIABLE AUX PLUS VULNÉRABLES	220
1. Les plus vulnérables ont sans doute pâti les premiers de la limitation des capacités de prise en charge	220
2. La priorisation des patients : position du problème	226
3. La priorisation des patients : témoignages de terrain	228
4. Donner à l'hôpital les moyens de remplir ses missions et clarifier les règles à appliquer en période de crise.....	231

III. RECHERCHE CLINIQUE ET STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE : DES EFFORTS EXCEPTIONNELS FRAGILISÉS PAR UN MANQUE DE COORDINATION235

A. UN EFFORT DE RECHERCHE EXCEPTIONNEL POUR TROUVER UN TRAITEMENT CONTRE LA COVID-19.....	235
1. <i>Des procédures adaptées à l'urgence sanitaire</i>	235
2. <i>Des financements exceptionnels qui ont permis d'engager de nombreux travaux de recherche</i>	236
3. <i>L'essentiel des travaux s'est concentré sur quelques traitements repositionnés, sans preuve d'efficacité à ce stade.....</i>	238
a) Les principales molécules testées	238
b) Deux essais d'ampleur en France : Discovery et Corimuno-19	239
c) Aucun des traitements testés n'a encore prouvé son efficacité pour lutter spécifiquement contre la covid-19	241
4. <i>La recherche d'un vaccin : une mobilisation internationale d'une ampleur inédite</i>	242
B. UN MANQUE DE COORDINATION DES TRAVAUX DE RECHERCHE AUX CONSÉQUENCES NÉFASTES	246
1. <i>Malgré les tentatives de coordination, une dispersion des travaux de recherche</i>	246
a) Les initiatives pour coordonner les actions de recherche	246
b) Des études multiples dispersant les financements et les patients inclus.....	248
2. <i>Les conséquences néfastes de la dispersion : affaiblissement des travaux de recherche et revirements sur la stratégie thérapeutique.....</i>	250
a) Concurrence, contradictions et illisibilité de la recherche	250
b) Les revirements des autorités sanitaires sur la stratégie thérapeutique	253
c) L'administration de traitements non autorisés en dehors des protocoles de recherche	256
3. <i>Assurer une meilleure coordination des travaux de recherche</i>	260

TROISIÈME PARTIE : LA STRATÉGIE « TESTER - TRACER - ISOLER » À L'ÉPREUVE DES FAITS263

I. TESTER PLUS, TESTER MIEUX : UNE POLITIQUE EN QUÊTE D'EFFICACITÉ ..263

A. LE TEMPS DE LA PARCIMONIE : ENTRE MANQUE D'ANTICIPATION, CONTRAINTES TECHNIQUES ET PESANTEURS ORGANISATIONNELLES, UNE MONTÉE EN CHARGE LENTE DES CAPACITÉS À TESTER	263
1. <i>Un déploiement hésitant et laborieux : le « retard à l'allumage » de la politique de tests dans un contexte de fortes tensions sur les approvisionnements</i>	263
a) La conception précoce d'une technique de détection des cas initialement destinée aux seuls laboratoires hospitaliers.....	263
b) Un élargissement plus tardif et contraint aux laboratoires privés	267
c) Entre navigation à vue et cloisonnements, une mobilisation des ressources disponibles insuffisamment réactive.....	271
2. <i>Avec des capacités dépassées lors du pic épidémique, une doctrine de détection des cas restrictive.....</i>	273
a) « Testez, testez, testez » : une évidence <i>a posteriori</i> qui s'est imposée relativement tard	273
b) Une priorisation des tests fondée sur la pénurie qui n'a pas permis de poursuivre la stratégie visant à casser les chaînes de contamination	275
c) Une situation qui a fragilisé les publics les plus vulnérables	278

B. FACE À L' « OUVERTURE DES VANNES », UNE STRATÉGIE FUYANTE	279
1. <i>Un saut quantitatif significatif : une politique de tests victime de son succès</i>	279
a) Un effort d'investissement conséquent, une montée en charge portée essentiellement par le secteur privé	279
b) Une « libéralisation » de l'accès aux tests sans stratégie claire : un immense gâchis ?	282
2. <i>Repenser une stratégie à la peine</i>	287
a) Optimiser l'organisation des moyens disponibles à l'échelle territoriale	287
b) Unifier le processus d'évaluation des tests pour accélérer l'introduction des innovations	288
II. « TRACER ET ISOLER » : UNE DÉMARCHE DE SANTÉ PUBLIQUE EN ÉCHEC	291
A. LA DÉTECTION DES CLUSTERS PAR LE TRAÇAGE : UNE INTENTION BIEN ENGAGÉE MAIS UNE MISE EN ŒUVRE TROP LIMITÉE.....	291
1. <i>Le traçage des contacts connus : une grande idée pour casser les chaînes de contamination</i>	291
a) La détection des contacts : une nécessité de définir un cadre dérogatoire à la transmission des données de santé.....	291
b) Le plan de « traçage » initial : l'ambition inaboutie de « plateformes spécialisées »	293
c) Les outils du traçage : les fichiers SI-DEP et Contact-Covid.....	294
2. <i>Un bilan très mitigé, du fait d'une mise à l'écart du médecin traitant et d'une application en partie contraire à l'intention du législateur</i>	295
a) Une architecture du traçage assez éloignée de l'épure initiale.....	295
b) L'assurance maladie opérateur unique du traçage : une dérive discutable.....	297
c) Un traçage trop restrictif, malgré la volonté explicite du législateur d'élargir le dépistage aux éléments probants de diagnostic clinique	299
d) Une circulation de l'information pas toujours pertinente	300
3. <i>Le cas du traçage à l'arrivée des passagers dans les aéroports : une stratégie tardive, parcellaire et perfectible</i>	301
a) Un dispositif mis en œuvre tardivement	301
b) Un dispositif perfectible sur ses moyens de traçage	302
B. L'ÉCHEC DU TRAÇAGE À GRANDE ÉCHELLE : LES ESPOIRS DÉÇUS DE « STOPCOVID »	304
1. <i>Les interrogations préalables à la mise en œuvre de l'application : l'attachement à la « souveraineté numérique »</i>	305
a) Les principes directeurs de l'application, harmonisés à l'échelon européen : installation volontaire et technologie de traçage peu intrusive.....	305
b) La spécificité française d'une application « centralisée »	307
2. <i>Un bilan sans concession, obligeant le Gouvernement à une réorientation totale de sa stratégie</i>	309
a) Des incompatibilités dès le lancement avec le cadre général de protection des données.....	309
b) Deux principaux défauts pratiques : le fonctionnement à l'arrière-plan et l'interconnexion du « StopCovid » et des données de SI-DEP	310
c) Un niveau de téléchargement particulièrement faible, attestant de l'échec de l'application	311
C. UN PILIER DE LA STRATÉGIE RÉDUIT À L'INVOCATION : UNE STRATÉGIE D'ISOLEMENT NON ASSUMÉE.....	313
1. <i>L'isolement prophylactique : une mesure d'urgence sanitaire à la base légale incertaine, mais aux effets démontrés</i>	313

2. Du confinement à l'isolement : la difficulté politique de prolonger les restrictions contraires à la liberté d'aller et de venir	315
3. L'hébergement hôtelier facultatif pour les phases d'isolement : une solution insuffisamment mobilisée.....	317

**QUATRIÈME PARTIE : REMÉDIER AUX INSUFFISANCES
D'UNE GOUVERNANCE DÉPASSÉE PAR LA CRISE319**

**I. UNE GOUVERNANCE NATIONALE COMPLEXE ET PEU LISIBLE,
CONTRAINTÉ À SE RÉINVENTER POUR RÉPONDRE À LA CRISE.....319**

**A. ASSEOIR LA LÉGITIMITÉ SCIENTIFIQUE DES DÉCISIONS : UN ENJEU
DÉTERMINANT POUR EMPORTER L'ADHÉSION DE LA POPULATION319**

1. Un système d'agences sanitaires concurrencé par des structures d'expertise scientifique ad hoc	319
a) Les agences sanitaires : une source d'expertise non négligeable, inégalement et insuffisamment mobilisée	319
b) Des structures d'expertise ad hoc aux contours mal définis.....	322
2. Une communication institutionnelle de crise largement débordée par les querelles scientifiques	330
a) Une communication institutionnelle protéiforme, qui n'a pas su résister aux polémiques.....	330
b) Une crise de confiance dans la parole publique aggravée par les contradictions dans le discours sur le port du masque.....	332
3. Renforcer la cohérence de l'expertise sanitaire et la légitimité de la communication de crise.....	336
a) Mettre en place une instance nationale d'expertise scientifique unique capitalisant sur l'apport de l'ensemble des agences sanitaires.....	337
b) Renverser la verticalité de la communication institutionnelle en l'adaptant aux réalités territoriales.....	344

**B. SANTÉ PUBLIQUE FRANCE : UNE AGENCE CONTESTÉE ET DÉBORDÉE
PAR L'AMPLEUR DE LA CRISE346**

1. Une agence insuffisamment armée et préparée pour affronter une crise sanitaire d'une ampleur inédite	346
a) Une agence encore jeune	346
b) Une organisation de crise pragmatique, à fiabiliser pour l'avenir.....	350
c) Rétablir le contrôle parlementaire des moyens de Santé publique France	353
2. Une absence d'autonomie dans la gestion des stocks stratégiques, mise en lumière par la crise sanitaire	356
a) Un opérateur cantonné au rôle d'exécutant du ministère de la santé.....	356
b) Des dysfonctionnements partagés entre la tutelle et l'agence dans la définition de la stratégie de la constitution des stocks d'État et leur gestion	361
(1) Des décisions éminemment stratégiques qui n'ont pas été soumises au ministre de la santé.....	361
(2) Une gestion des stocks stratégiques par Santé publique France globalement conforme aux directives de sa tutelle.....	365

**C. REFAIRE DE LA PRÉPARATION AU RISQUE PANDÉMIQUE UNE PRIORITÉ
DE L'ACTION PUBLIQUE.....368**

1. Renforcer le pilotage stratégique et la coordination interministérielle de la préparation et de la réponse aux urgences sanitaires	369
2. Établir un plan de mobilisation face à un risque pandémique garantissant la réactivité des pouvoirs publics.....	373

3. Développer les capacités d'anticipation et d'évaluation des risques de Santé publique France	379
a) Responsabiliser Santé publique France dans sa contribution à la préparation aux crises sanitaires	380
(1) Les options institutionnelles	380
(2) Armer Santé publique France pour faire face à une nouvelle crise	386
(3) Clarifier la répartition des responsabilités entre la tutelle et Santé publique France dans la gestion des stocks stratégiques	387
(4) Renforcer la transparence sur la mise en œuvre par Santé publique France de ses missions en matière de préparation aux urgences sanitaires	390
b) Œuvrer à une territorialisation plus fine de la veille sanitaire	391
4. Pour une Europe de la sécurité sanitaire	398
II. UNE GOUVERNANCE TERRITORIALE DE CRISE PERFECTIBLE	403
A. UNE ORGANISATION DES SERVICES DÉCONCENTRÉS DE L'ÉTAT RÉACTIVE, MAIS MAL ADAPTÉE À LA GESTION DE CRISE	403
1. <i>Malgré la clarté des outils juridiques l'encadrant, la relation entre préfets et services des ARS a manqué de fluidité</i>	403
a) Une relation juridiquement encadrée	403
b) Une relation dont la crise a montré les faiblesses	409
2. <i>Une gestion par les ARS trop éloignée du terrain : le besoin d'un échelon départemental renforcé</i>	413
a) Un constat partagé entre professionnels de santé et élus locaux	413
b) Le nécessaire renforcement de l'échelon départemental	414
B. LE RÔLE DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES DANS LA CRISE : DES PARTENAIRES INDISPENSABLES À ENFIN RECONNAÎTRE COMME TELS	419
1. <i>La nécessité d'une stratégie d'État</i>	419
a) La santé publique relève de la compétence de l'État	419
b) En temps de crise, la lisibilité d'une stratégie d'État	420
2. <i>Le besoin d'une association renforcée des collectivités territoriales aux décisions prises par l'État</i>	421
a) Les collectivités territoriales, des partenaires de fait dans la gestion de crise	421
b) Une insuffisante association des collectivités aux décisions de l'État	422
c) Le besoin d'une meilleure reconnaissance des collectivités territoriales, déclinée à chaque échelon territorial pertinent	423
EXAMEN EN COMMISSION	427
LISTE DES DÉPLACEMENTS	459
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LA COMMISSION D'ENQUÊTE	461
CONTRIBUTIONS DES GROUPES POLITIQUES	467
• Contribution du groupe communiste républicain citoyen et écologiste (CRCE) ..	467
AUTRES TRAVAUX DU SÉNAT	477
ANNEXES	481

LISTE DES PROPOSITIONS

Sécuriser la gestion des stocks stratégiques et développer une filière française de production de masques de protection

- Définir un programme de contrôle et d'évaluation réguliers de la qualité des produits composant les stocks stratégiques d'État et informer la direction générale de la santé des résultats des tests. En cas d'édiction de nouvelles normes de qualité, évaluer au plus vite la conformité des stocks à ces nouvelles normes

- Prévoir la constitution, au plus près des besoins, de stocks « de crise » de masques chirurgicaux et FFP2 et se doter des moyens de contrôler et de suivre le niveau de ces stocks :

- définir, entre chaque ARS et les établissements de santé et médico-sociaux, en fonction des caractéristiques de leur activité, le stock que ces derniers doivent détenir et en établir un recensement régulier et précis ;

- intégrer la constitution de stocks de masques chirurgicaux et le contrôle de leur qualité par les professionnels de santé libéraux parmi les critères de la rémunération sur objectifs de santé publique ;

- encourager l'acquisition par chaque ménage d'une boîte de 50 masques chirurgicaux

- Accélérer la pérennisation d'une filière française de masques en tissu en renforçant le soutien de l'État

Garantir la continuité des soins en temps de crise

- Pour éviter les déprogrammations, structurer des filières de prise en charge à l'échelle régionale ou inter-régionale afin de garantir la continuité des soins notamment dans des pathologies lourdes

- Mettre en place des plans personnalisés d'accompagnement pour les malades du cancer et dans d'autres pathologies chroniques

- Évaluer, en liaison avec les associations d'usagers, les impacts sanitaires du report ou du renoncement aux soins, en portant une attention particulière aux publics vulnérables et aux enjeux de santé mentale
- Mettre en œuvre sur cette base un plan d'actions de santé publique, notamment des campagnes de communication ciblées sur le dépistage organisé des cancers et la vaccination des nourrissons

*Sécuriser la prise en charge des personnes vulnérables
en établissement social ou médico-social*

- Rétablir la vaccination obligatoire du personnel en établissement, et ouvrir, avec le Haut Conseil de la santé publique et les représentants d'usagers, le débat relatif à la vaccination obligatoire des résidents

• Renforcer les outils de gestion des risques en établissements médico-sociaux : rappeler que le plan bleu a bien vocation à les préparer à toute situation sanitaire exceptionnelle, non aux seules canicules ; systématiser l'élaboration des plans de continuité d'activité ; intégrer plus systématiquement les Ehpad ainsi que les autres ESMS aux exercices annuels organisés sur la gestion des risques

- Améliorer les outils de surveillance épidémiologique du secteur
- Pérenniser les outils de prise en charge externes aux établissements déployés en seconde partie de crise

• Augmenter la couverture des Ehpad en médecins coordonnateurs et leur donner un rôle plus affirmé de chef d'orchestre des prises en charge externes

- Inclure le temps de rééducation dans le budget soins
- Renforcer la surveillance nocturne des résidents, en accélérant le déploiement des infirmiers de nuit

*Mieux coordonner la recherche clinique
et clarifier la stratégie thérapeutique*

- En période de crise sanitaire, mettre en place une remontée d'informations sur les prescriptions hors AMM par l'intermédiaire des systèmes d'information utilisés par les prescripteurs de ville

• En période de crise, flécher les financements exceptionnels alloués à la recherche sur de grands essais prioritaires et multicentriques afin de mieux coordonner les travaux de recherche sur le territoire

• Rapprocher le consortium REACTing de l'ANRS pour renforcer les moyens et le pilotage de la recherche en maladies émergentes et infectieuses

*Garantir l'adéquation des capacités et des priorités
de la politique de dépistage aux besoins de la crise*

• Promouvoir l'équipement des laboratoires publics et privés en biologie moléculaire en accélérant la modernisation de la nomenclature des actes de biologie médicale

• Se mettre en capacité d'activer, en phase épidémique, des plateformes territoriales de tests associant l'ensemble des acteurs (laboratoires de biologie publics et privés, laboratoires de recherche ou vétérinaires), en mutualisant les capacités d'analyse à l'échelon régional

• Mutualiser l'expertise en matière d'évaluation des tests pour augmenter la réactivité et la capacité analytique en temps de crise et concevoir en amont des éléments de coordination de l'évaluation à l'échelle européenne

• Faciliter la constitution d'une banque d'échantillons biologiques pour permettre d'évaluer plus rapidement les kits de tests

Renforcer la cohérence de l'expertise scientifique et l'ouvrir sur la société

• Créer une instance nationale d'expertise scientifique unique chargée de conseiller les pouvoirs publics dans la gestion des crises et de mobiliser et coordonner les sources d'expertise existantes

• Reconnaître à l'instance nationale d'expertise scientifique un pouvoir d'auto-saisine pour produire des avis et garantir l'indépendance et la transparence de ses travaux en la dotant des moyens humains et financiers nécessaires à son autonomie de fonctionnement

• Créer un comité de liaison citoyen garantissant des échanges permanents entre l'instance nationale d'expertise scientifique et la société civile

- Impliquer les associations de patients ainsi que les instances de démocratie sanitaire, au niveau national comme territorial ainsi que dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, dans les décisions impactant l'organisation des soins en période de crise ainsi que dans l'élaboration des retours d'expériences sur la gestion de l'épidémie

Renforcer le pilotage interministériel et la coordination européenne dans la préparation et la réponse aux urgences sanitaires

- Garantir au niveau administratif l'association du ministère de l'intérieur aux décisions prises par le centre de crise sanitaire en phase ascendante de crise avant l'activation de la cellule interministérielle de crise.

- Créer une fonction de délégué interministériel à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires (Diprus), placé auprès du Premier ministre et chargé de coordonner une réflexion et une vigilance interministérielles permanentes sur l'état de préparation du pays aux crises sanitaires et d'en rendre compte tous les ans au Parlement

- Permettre au Diprus de saisir Santé publique France et le HCSP de toute demande d'expertise en lien avec l'évaluation de la préparation du pays aux catastrophes sanitaires et, en cours de crise sanitaire, de saisir l'instance nationale d'expertise scientifique

- Élaborer, sous la responsabilité du délégué interministériel à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires, un plan de mobilisation face à un risque pandémique et comprenant un schéma de gouvernance de crise, une boîte à outils de mesures sanitaires et non sanitaires et un volet capacitaire et logistique

- Procéder à un exercice national au maximum biennuel du plan pandémie, accompagné d'exercices locaux et régionaux

- Élaborer un plan pandémie au niveau européen et organiser à intervalles réguliers un exercice pandémie à l'échelle européenne

Clarifier la répartition des responsabilités entre les agences sanitaires et leur tutelle

- Définir au sein du comité d'animation du système d'agences la répartition des responsabilités et la priorisation des interventions des agences sanitaires mobilisées dans la réponse à une urgence sanitaire

- Ré-instituer un financement intégral de Santé publique France par le budget de l'État afin de permettre un débat éclairé au sein du Parlement sur les priorités et moyens de la politique nationale de veille et sécurité sanitaire

• Charger Santé publique France d'élaborer un schéma d'organisation interne de crise susceptible d'être déployé, le cas échéant de façon graduée, dès l'identification d'un risque ou d'un rebond épidémique

- Confier à Santé publique France un pouvoir d'auto-saisine pour la production d'avis et d'expertise en matière de contre-mesures pour répondre à une urgence sanitaire et de gestion des stocks stratégiques afférents
- Soumettre chaque programmation pluriannuelle des stocks stratégiques à la validation du ministre chargé de la santé, après avis du délégué interministériel à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires
- Renforcer l'autonomie du conseil d'administration de Santé publique France dans la réalisation des commandes nécessaires pour atteindre les cibles fixées par la programmation pluriannuelle des stocks stratégiques
- Inclure des représentants de l'ANSM et de la HAS dans le conseil d'administration de Santé publique France afin de renforcer l'éclairage de ses membres sur les enjeux de sécurité et d'efficacité des produits de santé compris dans les stocks stratégiques

*Définir les contours d'une gouvernance territoriale
et d'une veille épidémiologique au plus près des réalités de terrain*

- Rappeler aux préfets qu'ils peuvent si nécessaire placer pour emploi les services des ARS sous leur autorité en temps de crise et réviser en ce sens les protocoles départementaux de coopération ou prévoir l'adoption de protocoles *ad hoc*
- Redéployer des moyens humains et financiers des ARS vers leurs délégations départementales et attribuer à celles-ci des compétences propres, dont celle du lien avec les élus locaux

• Garantir un pouvoir de décision réel aux collectivités territoriales, en particulier au conseil régional, dans la détermination de l'offre de soins régionale

- Décliner dans chaque département, sous la responsabilité du délégué départemental de l'ARS, le plan « pandémie », y compris au sein des plans communaux de sauvegarde

- Adapter les mesures de gestion de la crise et le contenu des spots et messages sanitaires aux réalités territoriales afin de tenir compte des particularités locales, notamment pour les territoires ultramarins et les territoires frontaliers
- Fusionner les cellules d'intervention en région de Santé publique France et les cellules régionales de veille, d'alerte et de gestion sanitaire des ARS au sein de bureaux de veille et sécurité sanitaire placés sous l'autorité du directeur général de l'ARS et développer des partenariats entre ces bureaux et les observatoires régionaux de santé
- Généraliser la saisie dématérialisée des certificats de décès en mettant fin à la dérogation autorisant l'établissement du certificat de décès sur support papier et en publiant dans les meilleurs délais le référentiel d'authentification des médecins pour la saisie dématérialisée
- Harmoniser, sur la base d'un cadre méthodologique établi par Santé publique France et le CépiDC de l'Inserm, les informations saisies par les médecins ou les établissements de santé et médico-sociaux sur les causes de décès lié à une situation épidémique

LISTE DES SIGLES

AFNOR	Association française de normalisation
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANR	Agence nationale de la recherche
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales
ANSéS	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ANSP	Agence nationale de santé publique
AP-HP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
CARE	Comité « analyse, recherche et expertise »
CASA	Comité d'animation du système d'agences
CCIL	Cellule de crise interministérielle logistique
CCNE	Conseil consultatif national d'éthique des sciences de la vie et de la santé
CCS	Centre de crise sanitaire
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CépiDC	Centre épidémiologique sur les causes médicales de décès
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIC	Cellule interministérielle de crise
CIRe	Cellule d'intervention en région
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNR	Centre national de référence
Cofrac	Comité français d'accréditation
COGIC	Centre opérationnel de gestion interministérielle de crise
COP	Contrat d'objectifs et de performance
Coreb	Coordination opérationnelle risque épidémique et biologique
Corruss	Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales
CPP	Comité de protection des personnes
Craps	Cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
CRVAGS	Cellule régionale de veille, d'alerte et de gestion sanitaire
CSF	Comité stratégique de filière
CTS	Conseil territorial de santé
CZA	Cellule zonale d'appui
DAE	Direction des achats de l'État
DGA	Direction générale de l'armement
DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGE	Direction générale de l'économie
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DGSCGC	Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises
Dilga	Délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
ECDC	<i>European Center for Disease Prevention and Control</i>
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMA	<i>European Medicines Agency – Agence européenne des médicaments</i>
EPI	Équipements de protection individuelle
Éprus	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
ESI	<i>Emergency Support Instrument</i>
ESR	Établissement de santé de référence
ETP	Équivalent temps plein
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
Fehap	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FEMA	<i>Federal Emergency Management Agency</i>
FFP	Filtering facepiece (pièce faciale filtrante)
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération hospitalière privée
FNSPF	Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IHU	Institut hospitalo-universitaire
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
JPP	<i>Joint Procurement Procedures</i>
LNE	Laboratoire national de métrologie et d'essais
MAR	Anesthésie-réanimation-médecine périopératoire
MARS	Message d'alerte rapide sanitaire
MIR	Médecine intensive-réanimation
NIAID	<i>National Institute of Allergy and Infectious Diseases</i>
NIH	<i>National Health Institutes</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIV	Opérateur d'importance vitale
OMS	Organisation mondiale de la santé
Ondam	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
Opecst	Office parlementaire d'évaluation des risques scientifiques et technologiques
Orsan REB	Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles – risque épidémique et biologique
PCS	Plan communal de sauvegarde
PHE	<i>Public Health England</i>
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PVUS	Plateforme de veille et d'urgence sanitaire
REACTing	<i>REsearch and ACTion targeting emerging infectious diseases</i>
RIPH	Recherche impliquant la personne humaine
SAGE	<i>Scientific Advisory Group for Emergencies</i>
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SAPR	Système d'alerte précoce et de réaction
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SGDSN	Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale
Sidep	Système d'information de dépistage populationnel
SIG	Service d'information du Gouvernement
Sivic	Système d'identification et de suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
Snitem	Syndicat national des industries des technologies médicales

SPF	Santé publique France
SSA	Service de santé des armées
SZDS	Service zonal de défense et de sécurité
UGAP	Union des groupements d'achats publics
USPPI	Urgence de santé publique de portée internationale

AVANT-PROPOS

La lucidité est la blessure la plus rapprochée du soleil.

René Char
Feuillets d'Hypnos, 1946

Encore inconnu il y a moins d'un an, le virus émergent SARS-CoV-2 a donné lieu à une crise sanitaire inédite à l'échelle mondiale affectant les sociétés dans tous les aspects de la vie économique et sociale et se muant en « fait social total », selon un scénario dont l'ampleur, malgré quelques alertes, n'avait relevé jusqu'alors que des ouvrages d'anticipation.

En l'espace de quelques semaines, la dynamique de l'épidémie a été telle que le confinement généralisé de la population est apparu, en l'absence de traitements, comme la seule solution pour éviter la propagation du virus et la saturation des capacités de réanimation dans les hôpitaux.

L'épidémie de covid-19 a frappé de plein fouet un système de santé en crise qui tout occupé à se réorienter vers la prise en charge des maladies chroniques et des défis du vieillissement, pensait en avoir fini, sous l'effet des progrès de l'hygiène et des traitements, avec les maladies infectieuses tenues à bonne distance dans le temps, comme les pestes médiévales, ou dans l'espace, comme le SRAS, le Mers ou, finalement, la grippe H1N1.

Devant l'ampleur du choc ressenti par le pays, l'accumulation des incompréhensions quant aux réponses apportées à l'épidémie et la lourdeur du bilan humain, M. Gérard Larcher, président du Sénat, a déposé, le 16 juin 2020, une proposition de résolution tendant à créer une commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion (n° 512, 2019-2020).

Pour la deuxième fois depuis 2005, la création d'une commission d'enquête était demandée dans le cadre d'une procédure classique impliquant un vote du Sénat, en application de l'article 8 *ter* du Règlement du Sénat, et non dans l'exercice du « droit de tirage » des groupes politiques.

Adoptée en séance publique le 30 juin, elle trace une feuille de route en sept points en proposant d'examiner :

- l'état de préparation de la France à la veille du déclenchement de l'épidémie ;

- la gestion de la crise sanitaire par les responsables politiques et administratifs ;

- les choix faits par la France, à la lumière des enseignements que l'on pourrait tirer des pays européens et asiatiques qui ont semblé mieux anticiper et gérer cette crise ;

- la gouvernance de la crise, les difficultés rencontrées par les personnels soignants, la gestion de la pandémie par les structures hospitalières ainsi que par les agences régionales de santé (ARS) ;

- l'analyse des pénuries constatées ;

- la situation spécifique à laquelle les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ont été confrontés ;

- la communication de crise.

La commission d'enquête a tenu sa réunion constitutive le 2 juillet 2020. Elle a conduit ses auditions tout au long du mois de juillet puis en septembre et octobre. Elle s'est appuyée sur de nombreux travaux réalisés par le Sénat depuis le début de la crise, qu'ils aient été versés spécifiquement à la commission d'enquête comme l'étude de législation comparée réalisée pour son compte ou le rapport d'information de la commission des lois¹ mais aussi sur l'abondante littérature à laquelle la crise a donné lieu.

La première vague de l'épidémie n'ayant pas touché le territoire national de manière uniforme, les rapporteurs ont souhaité privilégier dans un premier temps une approche territorialisée, s'appuyant sur les témoignages d'acteurs de terrain.

Bien qu'il s'agisse d'une crise polymorphe et très évolutive, ils ont conservé une **approche ciblée sur le volet sanitaire**, laissant volontairement de côté des aspects du dossier qui justifiaient des travaux d'enquête à part entière qu'il s'agisse de l'école, de l'économie ou des libertés publiques. Malgré quelques incursions dans des périodes plus tardives, en particulier sur la question des tests, ils se sont concentrés sur la première partie de la crise, alors que l'épidémie continuait à circuler au point de conduire à un nouveau confinement du pays à l'automne.

L'ambition et la mission de la commission d'enquête ne sont pas de réécrire l'histoire ou d'en avoir une lecture anachronique en passant les événements à la lumière des connaissances d'aujourd'hui, le « passé au

¹ Rapport d'information n° 609 (2019-2020) déposé le 8 juillet 2020 : Mieux organiser la Nation en temps de crise (justice, sécurité, collectivités et administrations territoriales, élections) - Rapport final sur la mise en œuvre de l'état d'urgence sanitaire.

tribunal du présent ». Il s'agit davantage d'établir des faits de manière dépassionnée, de retracer le chaînage des responsabilités, d'identifier les causes des dysfonctionnements et de proposer pour l'avenir des améliorations.

Comme toute crise, l'épidémie de covid-19 a agi comme un révélateur ou comme un amplificateur des difficultés mais aussi des forces du système de santé : un système de santé trop axé sur l'hôpital au détriment de la prise en charge en ville, un système hospitalier résilient bien que fragilisé à la veille de la crise, une politique de santé axée sur le soin au détriment de la santé publique, des interrogations sur la manière dont notre pays prend en charge les plus vulnérables qu'il s'agisse des plus âgés ou des plus pauvres, des rigidités administratives, une approche trop centralisée et trop peu différenciée selon les territoires... Aucun de ces aspects n'est malheureusement étranger à l'observateur des questions sanitaires.

Dans la réponse à la crise, vos rapporteurs font le triple constat d'un défaut de préparation, d'un défaut de stratégie ou plutôt de constance dans la stratégie et d'un défaut de communication adaptée.

Ainsi que l'a reconnu depuis le ministre de la santé, la France n'était pas prête face à l'épidémie. Aucun pays européen d'ailleurs ne l'était vraiment. Cependant, la triste saga des masques qui a occupé le débat public au printemps, et conditionné pour partie la stratégie, restera le symbole d'une impréparation lourde de conséquences dans la lutte initiale contre l'épidémie, alimentant le désarroi voire la colère des soignants entendus par la commission d'enquête.

Ainsi que l'ont constaté vos rapporteurs, les pays qui ont le mieux répondu à la crise sont ceux qui ont conservé dans leur mémoire collective récente les marques de l'épreuve d'un événement comparable. L'expérience de l'épidémie de SRAS, en Asie au début des années 2000, dont la létalité était de l'ordre de 15 %, a permis de réactiver face au SARS-CoV-2 des comportements acquis à cette occasion au sein des populations, d'hygiène, de distanciation physique et de discipline individuelle et collective. Elle a permis à ces pays d'adapter leur gouvernance de santé publique. De ce point de vue, la France a connu l'expérience inverse. Elle s'est préparée à des épidémies qui sont restées lointaines et son imaginaire collectif, à défaut d'un « vaccin de l'expérience », s'est plutôt imprégné d'une forme de « syndrome Bachelot », synonyme du risque d'en « faire trop ». C'est ainsi qu'elle a baissé la garde au fil des ans, ne veillant pas à la pérennité de dispositifs ou de stocks stratégiques qu'elle avait pourtant mis en place à la fin des années 2000 et réagissant avec retard malgré l'intuition de certains ou la conviction d'autres quant à la réalité de ce qui se passait en Chine en janvier 2020. La chronique de l'épidémie, marquée en France par une pause après l'apparition des premiers *clusters*, conjuguée à une certaine atonie des organisations internationales compétentes, en particulier l'organisation mondiale de la santé (OMS), a accentué cet effet retard.

Devant ce constat de l'impréparation, la stratégie a donné le sentiment que face à un phénomène totalement nouveau, tout l'arsenal disponible (plan pandémie grippale, cellule interministérielle de crise, organismes d'expertise sanitaire, circuits d'approvisionnement et de distribution des équipements...) était à réinventer. En l'absence de traitements ou de vaccin et devant beaucoup d'incertitudes, la réponse des autorités sous la forme du triptyque « tester, tracer, isoler » et de ses déclinaisons est de fait un classique de l'épidémiologie, historiquement symbolisé par le lazaret. Mise en œuvre avec une certaine efficacité au début de la crise, cette stratégie a connu des fluctuations et des difficultés de mise en œuvre qui ont considérablement altéré ses effets. Ainsi, le contraste est saisissant entre la rapidité de mise au point des tests et la lenteur de leur déploiement. Focalisé sur des objectifs quantitatifs, indécis sur les stratégies de diagnostic ou de dépistage, notre pays a un temps perdu de vue les objectifs de la pratique des tests dans la lutte contre l'épidémie, alimentant, comme sur la question des équipements de protection, le hiatus entre le discours institutionnel et la perception des professionnels de terrain et de la population.

Surtout, la mise en œuvre du triptyque dans la réponse à l'épidémie n'a pas véritablement été interrogée ni débattue dans toutes ses implications. À l'heure où ils restituent leurs travaux, les rapporteurs ne peuvent ainsi qu'observer avec étonnement, voire une certaine inquiétude, la réémergence tardive d'un débat sur l'isolement des malades ou des cas contact, débat pourtant clos aussi vite qu'il a été ouvert, au début de la crise.

Qualité du débat public et communication gouvernementale ont eu partie liée dans la crise, dans un climat général de défiance envers la parole publique qui dépasse très largement l'analyse de la crise sanitaire même s'il s'accompagne désormais d'une défiance envers la parole médicale et scientifique. Après les « gilets jaunes », largement mobilisé par la crise de l'hôpital et la réforme des retraites, le discours gouvernemental a oscillé devant l'épidémie entre le « lutter contre » et le « vivre avec » le virus, entre un discours de prescription et un discours de valeurs, entre la mobilisation de la « patrie en danger » et la promotion de la santé publique. La défiance des citoyens à l'égard de la parole publique semble avoir eu pour corollaire une défiance des dirigeants à l'égard d'un « peuple-roi », réputé incapable de comprendre et d'accepter une pénurie ou d'endosser une responsabilité individuelle et qui ne serait susceptible d'être mobilisé par la seule métaphore guerrière. Pourtant très observant à l'égard d'un confinement particulièrement rigoureux, le peuple-roi a ensuite été traité en « peuple-enfant » réceptacle de directives excessivement descendantes et répressives quand elles ne confinaient pas au ridicule du « papi et mamie ne vont pas chercher les enfants à l'école ».

À l'ère de la post-vérité, une crise de la communication a mis à mal la crédibilité de la parole publique et scientifique, dont les effets seront durables.

Sur tous ces aspects, les rapporteurs appellent à un nouveau départ, une « année zéro » de la santé publique, qui suppose autant une réforme des structures que de la façon dont elles sont mobilisées, articulées et confrontées à la démocratie sanitaire.

Car la crise de la covid-19 aura *in fine* confirmé que ce ne sont pas seulement notre organisation et notre gouvernance en santé publique qui sont interrogées mais tout autant notre culture commune, celle de responsables publics qui ont depuis tant d'années beaucoup concentré leurs efforts sur la construction d'un système de soins et beaucoup moins sur une culture partagée de santé publique.

À cette aune, c'est également la formation en santé publique de nos hauts fonctionnaires et responsables de l'action publique qui est interrogée.

Ce n'est qu'en intégrant des réponses d'ordre organisationnel, décisionnel et culturel que nous préparerons au mieux notre pays à éviter la désillusion de nouvelles crises insuffisamment anticipées.

*

* *

Les rapporteurs remercient l'ensemble des personnes qui se sont rendues disponibles pour être entendues par la commission d'enquête.

PREMIÈRE PARTIE :
FACE À UNE CRISE SANITAIRE INTERNATIONALE
D'UNE AMPLEUR INÉDITE, DES AUTORITÉS
EN ALERTE PRÉCOCE MAIS UN PAYS FINALEMENT
MAL PRÉPARÉ ET MAL ÉQUIPÉ

I. LA « DRÔLE DE GUERRE » : UN MINISTÈRE PRÉCOCÉMENT SENSIBILISÉ MAIS TARDIVEMENT ENGAGÉ DANS LA LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE

A. UNE MOBILISATION PRÉCOCE MAIS ISOLÉE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ, À L'HEURE DE L'APPARITION DES PREMIERS CLUSTERS

1. Un ministère mis tôt en ordre de bataille

À l'heure délicate où les rapporteurs écrivent ces lignes, alors que la seconde vague a contraint les pouvoirs publics à recourir une nouvelle fois au confinement généralisé, **l'établissement de la responsabilité politique** des événements ayant entouré l'arrivée et la gestion de la première vague est un exercice risqué.

Bien que le ministère des solidarités et de la santé – et le ministre à sa tête – soient identifiés comme les premiers gestionnaires de la crise sanitaire, leur action ne peut se comprendre sans tenir compte des différents cadres (international, européen et national) dans lesquels elle s'inscrit.

À l'issue des auditions qu'elle a menées, et notamment celles des différents ministres de la santé depuis M. Xavier Bertrand jusqu'à M. Olivier Véran, la commission d'enquête pose sur les actions engagées par Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé au moment de l'apparition de la crise et jusqu'à son départ pour s'engager dans l'élection municipale à Paris, un diagnostic nuancé : animée d'une **intuition précoce**, manifestée par l'envoi autour du 25 décembre 2019 au directeur général de la santé (DGS) d'« *une alerte sur un blog anglo-saxon* »¹, **ses avertissements répétés semblent avoir été relativement peu écoutés ou suivis d'effet tout au long du mois de janvier**, en raison d'une préoccupation limitée des acteurs internationaux et nationaux.

Pour autant, les rapporteurs ne peuvent occulter le **signal politique peu compréhensible** et la **rupture dans la conduite ultérieure de la crise** qu'a représenté **son départ du ministère le 15 février 2020**, alors que l'alerte donnée un mois et demi auparavant commençait à produire ses effets.

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

**Évolution des actions engagées par le ministère de la santé
à partir du début de l'année jusqu'au départ de Mme Agnès Buzyn le 15 février 2020**

Phase 1 : bien que le phénomène semble encore circonscrit à la Chine, le ministère de la santé entretient un certain niveau de vigilance	02/01	Le DGS met en place une veille du Corruv de niveau 1
	09/01	Mme Buzyn reçoit le premier message d'alerte formelle du DGS
	10/01	La Chine publie la séquence du génome viral
		L'OMS affirme qu'il n'y a pas de transmission interhumaine du virus
	11/01	Mme Buzyn informe le Président de la République et le Premier ministre des risques présentés par une pneumopathie mortelle
14/01	Le ministère de la santé diffuse le premier message d'alerte sanitaire aux établissements de santé et médico-sociaux, ainsi qu'un signal « DGS-urgent » à plus de 800 000 professionnels de santé libéraux	
Phase 2 : une fois la transmission interhumaine du virus établie, le ministère de la santé élève son niveau d'alerte, dans un relatif isolement européen	22/01	La transmission interhumaine du virus est affirmée - Mme Buzyn identifie cette déclaration comme une « bascule en termes d'alerte »
		Le comité d'urgence de l'OMS se réunit et décide de ne pas déclencher une urgence de santé publique de portée internationale
		Mme Buzyn décide tout de même de monter le Corruv au niveau 2
	23/01	Le comité d'urgence de l'OMS se réunit une seconde fois et maintient sa décision, mais déplace tout de même le risque épidémique de « normal » à « modéré »
	24/01	Conférence de presse de Mme Buzyn durant laquelle, sur la base des décisions de l'OMS et des modélisations de l'Inserm, le risque d'importation de la maladie est identifié comme faible
		Les trois premiers cas sont détectés en France
		Mme Buzyn contacte Mme Stella Kyriakides, commissaire européenne à la santé, et lui demande de convoquer un conseil des ministres européens. Cette dernière lui répond que cette convocation serait de la compétence de la présidence croate du conseil des ministres européens
	25/01	Mme Buzyn demande à son directeur de cabinet de lui préparer 3 scénarios de virulence et de mortalité pour une épidémie à venir
	26/01	L'ECDC émet un avis selon lequel la probabilité d'importer des cas en Union européenne est modérée
	27/01	Le test RT-PCR est fonctionnel et commence à être déployé dans les hôpitaux
Mme Buzyn élève le Corruv au niveau 3, qui devient le centre de crise sanitaire (CCS)		
29/01	Le ministère des affaires étrangères est informé que seuls trois pays membres de l'UE acceptent la tenue d'un conseil des ministres européens dédié	
Phase 3 : dans un contexte d'urgence de situation sanitaire de portée internationale déclarée, le ministère de la santé, qui demeure isolé au sein de l'État, poursuit sa mobilisation et engage une préparation de terrain	30/01	L'OMS déclare l'USSPI
	01/02	Les tests RT-PCR commencent à être distribués dans tous les établissements de référence
	04/02	L'OMS demande à tous les pays de ne pas imposer de restrictions qui interféreraient de façon non nécessaire
	06/02	Six premiers cas sont détectés en France
	07/02	Mme Buzyn demande à Santé publique France de constituer un stock d'État de masques, gants, charlottes, lunettes, surchaussures et de solution hydroalcoolique
		Le premier <i>cluster</i> français des Contamines-Montjoie est identifié
	12/02	Mme Buzyn confirme son refus d'envoyer des équipements de protection individuelle en Chine
	13/02	Mme Buzyn envoie un courrier de mobilisation maximale à tous les directeurs généraux d'ARS
	14/02	Mme Buzyn active le dispositif ORSAN REB
15/02	Mme Buzyn quitte le ministère des solidarités et de la santé	

Source : Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020

À la lecture du tableau ci-dessus, il semble inexact de soutenir que l'État n'a pas été en mesure de détecter assez précocement le risque que constituait le virus SARS-CoV-2 : ses capteurs ont bien **émis les alertes nécessaires et mis en mouvement leur action**, comme le montre l'étude de la chronologie des actions entreprises par le ministère des solidarités et de la santé.

À cet égard, le mois de janvier peut être scindé en deux périodes distinctes. En premier lieu, la période s'étalant du début du mois à la semaine du 20 janvier voit la **mise en alerte progressive du dispositif de prévention des risques sanitaires au niveau ministériel**. Le jeudi 2 janvier, le directeur général de la santé met en place une veille opérationnelle du **centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales** (Corruss). Cette veille de « *niveau 1* » correspond à la gestion courante de l'ensemble des alertes sanitaires potentielles. Elle a pour but de recevoir et d'étudier d'éventuels signalements, de produire de l'information sur la potentielle progression du risque sanitaire et d'en alerter au besoin le directeur général de la santé ainsi que le cabinet du ministre.

Le mercredi 8 janvier, la réunion de sécurité sanitaire (RSS), qui se tient tous les mercredis autour du directeur général de la santé en présence d'un membre du cabinet, est l'occasion d'un point sur le virus. Auditionnée par la commission d'enquête, Mme Agnès Buzyn a souligné qu'au moment où se tient cette réunion, Wuhan ne compte que quarante cas, et aucun mort, le premier décès attribué à la maladie n'intervenant effectivement que le lendemain¹.

Le jeudi 9 janvier, **un premier message d'alerte de la DGS** est envoyé aux agences régionales de santé (ARS) et aux sociétés savantes – urgentistes, réanimateurs, infectiologues, de santé publique – indiquant la conduite à tenir face à de potentiels cas ; un dispositif de communication et d'information est également déployé à l'arrivée des vols en provenance de Chine, à l'aéroport de Roissy-Charles de Gaulle. Cette première séquence se conclut par la diffusion le 14 janvier d'un **message d'alerte sanitaire rapide à destination des établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que d'un message « DGS-urgent »** à destination des 800 000 professionnels de santé libéraux inscrits sur cette liste de diffusion².

Une **seconde séquence d'alerte, plus rapide, s'ouvre la semaine du 20 janvier**. Bien que le comité d'urgence de l'organisation mondiale de la santé (OMS) ne procède pas encore à une déclaration d'urgence sanitaire publique de portée internationale (USPPI), la transmission interhumaine est avérée.

¹ Voir par exemple « *A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019* », *New England Journal of Medicine*, publié le 20 février 2020.

² Message « DGS-urgent » du 14 janvier 2020, n° 2020-INF-01, « Cas groupés d'infections à nouveau coronavirus (2019-nCoV) en Chine », consultable à l'adresse suivante : <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/>.

En conséquence, le « *niveau 2* » du Corruss, qui correspond à une « *mobilisation renforcée* » est activé : une équipe exclusivement dédiée au traitement de ce risque est donc constituée au sein du Corruss. Un **deuxième message** « *DGS-urgent* » est envoyé aux professionnels libéraux¹.

Le 24 janvier, les trois premiers cas sont recensés en France ; un **troisième message** « *DGS-urgent* » en fait état². Un premier suivi des voyageurs en provenance des zones à risques est mis en place. Le 26 janvier, une réunion rassemblant les ministres sur le sujet est organisée par le Premier ministre. Le lendemain, le **centre de crise sanitaire (CCS) est activé**. Cette structure, qui correspond au troisième niveau du Corruss, est activée lorsqu'une situation sanitaire exceptionnelle survient.

Le centre de crise sanitaire

Le centre de crise sanitaire (CCS) constitue l'échelon le plus élevé³ de l'architecture de gestion des crises sanitaires :

- **niveau 1 du Corruss** : veille opérationnelle, qui correspond à la gestion courante des alertes sanitaires ;

- **niveau 2, dit « Corruss renforcé »** : face à un « *événement ayant un impact sanitaire significatif* », une équipe dédiée à sa gestion est montée au sein du Corruss ;

- **niveau 3, activation du centre de crise sanitaire** : une architecture de crise nettement plus robuste est mise en place, décrite ci-dessous.

Le CCS, piloté par le directeur général de la santé et ses équipes, est opérationnel 7 jours sur 7. Il est organisé selon les principes classiques de la gestion de crise, qui divisent le travail en différentes cellules :

- la cellule d'aide à la décision qui a vocation à préparer le travail de la cellule de décision ;

- la cellule de décision : cette cellule, généralement présidée par le ministre de la santé, l'un de ses représentants (directeur de cabinet), ou le directeur général de la santé, est chargée de la conduite stratégique de la crise ;

- la cellule de communication : la communication étant une donnée majeure de la gestion réussie d'une crise, cette cellule gère les relations avec les médias et est en charge de l'information du public ;

- le dispositif est complété par une « *salle de crise* », qui suit en particulier les mesures opérationnelles conduites sur le terrain à la suite des décisions prises par le centre de crise sanitaire.

¹ Message « *DGS-urgent* » du 22 janvier 2020, n° 2020-ALE-02, « *Épidémie d'infections à nouveau coronavirus (2019-nCov)* », consultable à l'adresse suivante : <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/>.

² Message « *DGS-urgent* » du 24 janvier 2020, n° 2020-ALE-03, « *Trois cas confirmés de 2019-nCoV en France* », consultable à l'adresse suivante : <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/>.

³ Un autre échelon pourrait être mentionné : l'activation de la cellule interministérielle de crise (CIC) dans le cas où une crise sanitaire a des implications sur d'autres secteurs d'activités, qui ne vaut toutefois pas remplacement du CCS, dont l'activité peut être maintenue.

Le CCS assure le lien avec les autres ministères compétents, notamment avec leurs centres de crise ministériels s'ils sont activés.

Cette organisation est déclinée au niveau territorial :

- au niveau zonal par l'activation du service zonal de défense et de sécurité (SZDS), le cas échéant renforcé, ou de la cellule zonale d'appui (CZA) ;

- au niveau régional par l'activation de la plateforme de veille et d'urgence sanitaire (PVUS), le cas échéant renforcée, ou de la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (Craps).

Cette architecture territoriale n'obéit toutefois pas à un strict parallélisme des formes : l'activation d'un niveau 3 au niveau régional n'entraîne pas automatiquement l'activation du niveau 3 à l'échelon national et inversement.

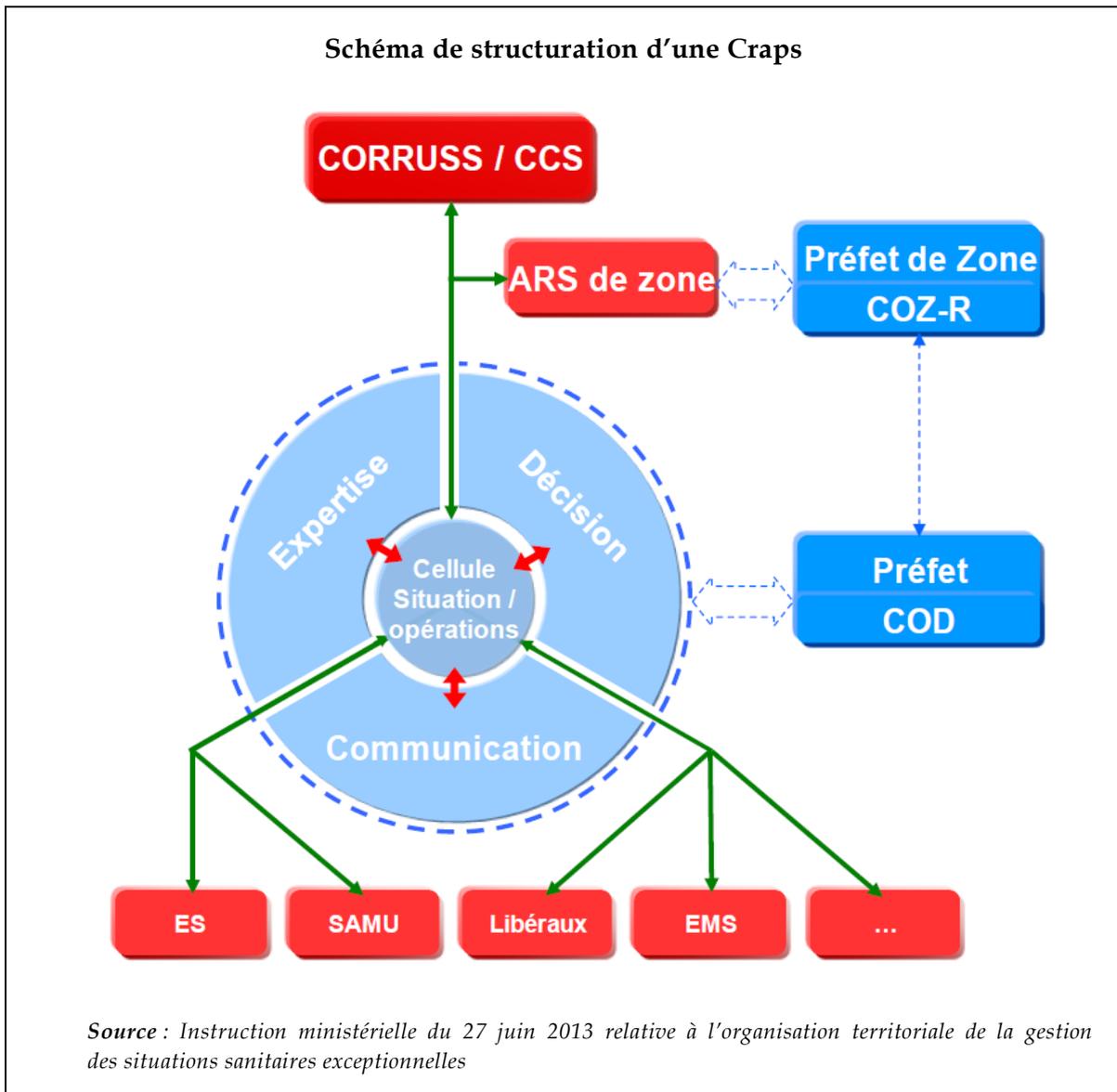
Déclinaison territoriale des trois niveaux de gestion des crises sanitaires



Source : Instruction ministérielle du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles¹

Par ailleurs, ces structures territoriales tendent à reproduire l'architecture du CCS. Comme le montre le schéma ci-dessous, une Craps comporte les mêmes cellules dédiées à la décision, l'aide à la décision et la communication que le CCS.

¹ Instruction ministérielle n° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, annexe 2, p. 3.



2. Un enchaînement décisionnel retardé par différentes formes d'inertie

Malgré l'ensemble des efforts menés et alors que l'alerte semble bien avoir été donnée de façon précoce, certaines décisions prises tardivement ont obéré l'efficacité de la réponse à la crise.

a) Un échelon international défaillant

Outre cette montée en charge progressive du ministère de la santé sur la période, les rapporteurs souhaitent surtout noter que la préparation de la crise sanitaire a beaucoup pâti des **retards pris dans les positions de l'OMS d'une part, et des partenaires européens de la France d'autre part.**

Concernant ce dernier aspect, les rapporteurs ne peuvent qu'être grandement surpris des efforts répétés et avortés de Mme Buzyn auprès de la présidence croate du conseil de l'Union européenne **pour qu'un conseil des ministres européens de la santé soit tenu**, sans qu'il paraisse qu'elle ait bénéficié pour ce faire du soutien du Premier ministre ou du chef de l'État. En effet, **plus de trois semaines se sont écoulées** entre la première demande de la ministre, émise le 24 janvier, et la tenue du premier conseil des ministres européens de la santé le 13 février¹. Mme Buzyn a indiqué aux rapporteurs qu'entre ces deux dates, **seuls trois États membres avaient rejoint la France dans cette demande** : l'Italie, l'Allemagne et la Croatie (qui assumait alors la présidence du Conseil des ministres de l'Union européenne).

Les auditions menées par la commission d'enquête ont par ailleurs mis en lumière ce qu'il conviendrait d'appeler **l'ambiguïté du rôle de l'OMS dans l'organisation de la réponse sanitaire à l'échelle mondiale**. Organisation internationale de premier plan en matière de préparation face au risque pandémique, destinataire privilégiée des informations que les États concernés communiquent à cet égard, l'OMS semble pourtant avoir accusé un retard peu explicable dans sa déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). Ce retard a eu d'indéniables impacts sur la cohérence de la réponse interne, le Gouvernement français, comme d'autres, s'étant tour à tour remis au suivi de ses avis ou écarté de sa ligne jugée en décalage par rapport à la réalité.

¹ Les conclusions de ce premier conseil des ministres européens de la santé se contentent d'en appeler à ce que les États membres « prennent les mesures nécessaires pour assurer la bonne orientation et l'information des personnes susceptibles d'être atteintes de covid-19, d'intensifier leur coopération et de poursuivre les partages d'informations entre eux ».

L'OMS : une prise de conscience tardive du caractère international de l'épidémie

La chronologie des décisions prises par l'OMS relatives à la covid-19 montre très tôt, d'après les différents acteurs auditionnés par la commission d'enquête, un certain décalage par rapport à l'ampleur du phénomène. **Plusieurs « zones d'ombre »** persistent autour de l'enchaînement décisionnel, dont les conséquences ont été déterminantes pour la définition par les États de leur réponse.

1) La découverte tardive de la transmission interhumaine

En premier lieu, ce n'est que le **22 janvier** que l'OMS reconnaît la **transmission interhumaine du virus**, alors qu'elle est alertée « *dès le 31 décembre [par] les autorités chinoises* »¹, ainsi que par « *Taiwan, [qui exprime] ses craintes à l'OMS sur la possibilité d'un virus transmissible entre humains à Wuhan en Chine* »². Par ailleurs, « *la première réunion des experts internationaux auprès de l'OMS, qui comprend un expert de Santé publique France, a lieu le 2 janvier* »³ et la séquence génomique est rendue officiellement disponible par la Chine le 10 janvier.

Au cours de cette période déterminante, durant laquelle la connaissance de l'infection se précise, les rapporteurs émettent l'hypothèse que **le défaut d'engagement de l'OMS soit en partie fondé sur une information parcellaire, dont le principal pourvoyeur est alors la Chine**. Pour reprendre les propos de M. Jean-François Delfraissy, qui s'était alors rendu à l'OMS comme président du comité consultatif national d'éthique (CCNE), « *nous avons pu poser des questions aux Chinois par vidéo-conférence, et j'ai trouvé qu'ils n'étaient pas clairs. Ils ne répondaient pas à des questions simples : quels patients développent des formes graves ? Sont-ils ventilés ? Combien de temps ? J'ai "gueulé" à l'époque à l'OMS en disant que c'était pour partie de la langue de bois* »⁴ ;

2) La déclaration de l'USPPI

En second lieu, il demeure assez déconcertant qu'**entre le moment où la transmission interhumaine est reconnue par l'OMS et la déclaration de l'USPPI, il se soit écoulé pas moins de 8 jours**. Les propos de Mme Agnès Buzyn tenus devant la commission d'enquête révèlent une séquence de quelques jours marquée par un défaut flagrant d'information de l'organisation internationale :

- le « *bulletin de situation de l'OMS du 23 janvier au soir [...] fait état de 581 cas en Chine et de 17 morts au total ; 10 cas ont été exportés hors de Chine par des voyageurs qui ont tous séjourné à Wuhan. Tous ces cas sont en Asie, sauf un aux USA. Il n'y a aucun cas en Europe* »⁵. Or **ce bulletin est manifestement lacunaire** : la directrice du centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a indiqué à la commission d'enquête que dès « *début janvier, nous avons connu les premiers cas en Europe* »⁶ ;

¹ Audition de la direction générale de la santé et de Santé publique France, 16 septembre 2020.

² Audition du représentant de Taïwan en France et du représentant de la France à Taïwan, 9 septembre 2020.

³ Audition de la direction générale de la santé et de Santé publique France, 16 septembre 2020.

⁴ Audition du conseil scientifique covid-19, 15 septembre 2020.

⁵ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

⁶ Audition de Mme Andrea Ammon, directrice du centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 9 septembre 2020.

- en conséquence, **Mme Buzyn appelle le 24 janvier « le directeur général de l'OMS, M. Tedros Adhanom Ghebreyesus, pour l'informer des premiers cas européens et essayer de comprendre pourquoi il n'y a pas eu de déclenchement de l'USPPI. Il [lui] explique sa décision et me dit qu'il va se rendre en Chine durant le week-end pour se rendre compte lui-même de la situation »**¹ ;

- un nouveau message lui est envoyé le **27 janvier**, auquel Mme Buzyn n'a manifestement pas reçu de réponse. Durant cette période de forte incertitude, le directeur général de la santé, M. Jérôme Salomon, maintient que la France s'appuyait concurremment sur les informations diffusées par l'OMS et l'ECDC², alors même que ces dernières montrent dès cette période des signes de contradiction ;

- aussi, le **29 janvier**, le Gouvernement français s'affranchit pour la première fois des recommandations de l'OMS en adoptant un « *élargissement de la définition des cas [...] contre les avis de l'OMS, de l'ECDC et du Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) américain* »³ ;

- **l'USPPI est enfin déclarée le 30 janvier**, lorsque « *l'OMS fait les recommandations suivantes, qui s'adressent à tous les pays : on peut s'attendre dans n'importe quel pays à l'apparition de nouveaux cas exportés de Chine. Par conséquent, tous les pays doivent être prêts à prendre des mesures pour endiguer l'épidémie, notamment par une surveillance active, une détection précoce des cas, l'isolement et la prise en charge des cas, la recherche de cas contacts* »⁴.

Il semble donc que ce soit à l'issue du déplacement du directeur général de l'OMS en Chine que ce dernier se soit enfin rendu aux alertes précocement émises, entre autres, par le ministère de la santé français. Les recommandations jusqu'alors édictées par l'organisation montrent un **caractère inexplicablement lacunaire, ignorant de l'importation déjà réalisée de cas européens.**

Comme le signale Mme Buzyn, « *sur la question de l'OMS, je crois qu'une évaluation externe est prévue. Je ne peux pas juger de l'OMS ; je peux juste acter que j'ai fait avec. [...] J'ai voulu savoir pourquoi l'urgence de santé publique de portée internationale n'avait pas été enclenchée le 22 ou le 23 janvier, parce qu'elle me semblait évidente. Le directeur général de la santé m'a expliqué à ce sujet que le comité d'experts avait considéré que les critères n'étaient pas réunis* »⁵.

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

² Audition de la direction générale de la santé et de Santé publique France, 16 septembre 2020 : « nous nous sommes fondés sur deux éléments importants : premièrement, l'analyse de l'OMS, instance internationale chargée de l'évaluation des risques, forte de ses experts ; deuxièmement, les premières publications de l'ECDC au titre des *rapid risk assessments*, disponibles dès le 22 janvier ».

³ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

Au-delà des études et des signalements internationaux sur lesquels la France a fondé ses réactions aux premiers stades de l'épidémie, Mme Agnès Buzyn a également fait part d'une « *modélisation* » fournie par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) dont l'examen ultérieur a montré qu'elle présentait d'importants manques : « *la modélisation d'une équipe d'épidémiologistes de l'Inserm [...] m'est remise par la DGS et [...] analyse les flux de voyageurs entre la Chine et les différents pays de l'Union européenne. Cette analyse de risques donne des chiffres faibles d'importation pour la France, entre 5 et 13 %. Elle conclut également que les pays les plus à risque d'importation dans l'immédiat sont l'Allemagne et l'Angleterre, premiers pays dans lesquels des cas devraient être identifiés. J'apprendrai quelques jours plus tard par Santé publique France et la DGS que cette étude n'a pas pris en compte les liens très particuliers de la France avec la ville de Wuhan - liens industriels, universitaires - qui font que nous avons de nombreux vols directs entre Paris et Wuhan* »¹.

Jointes aux sous-estimations et aux retards accusés par l'OMS dans ses recommandations, **les lacunes de l'étude de l'Inserm semblent avoir également pesé dans le caractère tardif de la prise de conscience en France du risque épidémique.**

b) Une coordination interministérielle insuffisante

Parmi les premiers acteurs touchés par l'épidémie, certains attribuent le retard dans la prise de décisions aux mois de février et mars à une **coordination interministérielle insuffisante.**

Ainsi, Christophe Lannelongue, directeur de l'ARS du Grand Est jusqu'au 8 avril 2020, a estimé : « *tout au long du mois de mars la coordination au niveau ministériel entre les directions centrales du ministère et les agences nationales (notamment Santé publique France, SPF) mais aussi en interministériel avec les autres ministères impliqués - intérieur, éducation nationale, économie et finances - était à l'évidence trop limitée pour garantir la mise en œuvre de réponses adaptées à une situation aussi grave que celle que connaissait le Grand Est* ».

Tout d'abord, l'activation de la cellule interministérielle de crise (CIC), dont le rôle est précisément de coordonner le travail interministériel lors d'une crise majeure, apparaît tardive puisqu'elle n'intervient que **le 17 mars 2020**. Pour mémoire, la CIC est activée sur décision du Premier ministre. Elle correspond à la survenance d'une crise majeure, à même d'affecter divers secteurs ou domaines de la société et donc divers départements ministériels, comme le rappelle la circulaire n° 6095/SG du 1^{er} juillet 2019 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures².

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

² Cette circulaire remplace la circulaire du 2 janvier 2012 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures, qui prévoyait l'essentiel de l'architecture de réponse aux crises. Les principales actualisations tiennent à la meilleure prise en compte des menaces cybernétiques et de l'aide aux victimes.

En effet, selon cette circulaire, **le principal critère justifiant son activation est le passage d'une « crise sectorielle » à une « crise majeure »**. Aussi longtemps que les effets de la crise sont cantonnés à un seul domaine ou secteur d'activités, elle est gérée par le centre de crise du ministère compétent : « *avant de devenir majeure, une crise peut ne concerner qu'un seul secteur d'activités. Dans ce cas, le ministre chargé du secteur affecté est responsable de la réponse à la crise. Il active la cellule de crise de son département ministériel et la cellule communication de son ministère, qui s'appuient sur son centre opérationnel ministériel ; ce ministère mobilise les directions sous sa responsabilité.* » Une fois devenue majeure, la CIC peut donc être activée pour assurer une meilleure mise en musique, sous l'autorité du Premier ministre, du travail interministériel de gestion d'une crise affectant désormais plusieurs secteurs d'activités ou champs de compétences ministériels.

La même circulaire du 1^{er} juillet 2019 **prévoit néanmoins que « la CIC doit être activée suffisamment en amont, dès lors que l'extension de la crise à plusieurs secteurs est envisagée, afin de pouvoir monter en puissance et exercer au mieux la capacité d'anticipation »**. Elle prévoit également que, lorsque la crise n'est encore que sectorielle, le ministre chargé à titre principal de sa gestion – la ou le ministre chargé de la santé en l'occurrence – **doit assurer le caractère interministériel de la gestion de crise**, « *les différents ministres [pouvant] ainsi s'organiser pour permettre au Premier ministre d'anticiper l'évolution de la crise, en décelant tous les éléments susceptibles de la transformer en crise majeure* ». Ces deux prescriptions ne semblent pas avoir fait l'objet d'une attention suffisante.

Il apparaît certes clairement des travaux menés par la commission d'enquête que **le travail interministériel a été déclenché antérieurement à l'activation de la CIC**. Auditionnée par la commission d'enquête, Mme Buzyn a ainsi fait valoir la tenue de diverses réunions associant plusieurs ministres ou ministères, le 26 janvier ou le 3 février 2020. M. Édouard Philippe, alors Premier ministre, a précisé devant la commission d'enquête avoir conduit sept réunions interministérielles sur l'épidémie de covid-19, ajoutant que « *peu de sujets* » faisaient l'objet d'une attention identique. Il semble néanmoins aux rapporteurs qu'un **déclenchement plus précoce de la cellule interministérielle de crise aurait eu plusieurs bénéfices**.

Premièrement, il aurait pu permettre **d'identifier plus tôt certaines des difficultés** rencontrées par la suite, notamment en matière de logistique et d'équipements de protection individuelle. Comme l'ont rappelé plusieurs des personnes auditionnées par la commission d'enquête, les administrations relevant du ministère de la santé ne sont pas nécessairement chargées de la gestion des défis logistiques posés par la gestion de crise ; le ministère de l'intérieur dispose en la matière d'une expertise plus poussée, au niveau

national¹ comme territorial², qui aurait pu être mobilisée plus tôt si la coordination interministérielle l'avait permis.

En deuxième lieu, une activation plus précoce de la CIC aurait permis de **manifeste l'ampleur de la crise** à venir, d'en favoriser la prise de conscience au sein des administrations amenées à en assurer la gestion de même qu'au sein du public. Le dispositif de crise aurait ainsi pu être déclenché au niveau territorial plus précocement, faisant gagner un temps précieux dans la mobilisation initiale.

Enfin, l'activation précoce de la CIC, placée au sein du ministère de l'intérieur place Beauvau, aurait pu permettre **d'éviter le reproche ultérieur d'une crise trop longtemps gérée uniquement par le ministère de la santé**. Ce reproche a particulièrement été formulé par la fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF). La fédération attribue le défaut de commandement unique, au niveau territorial, à une gestion trop « *sanitaire* » de la crise au niveau national, associant insuffisamment le ministère de l'intérieur, dont le rôle en matière de gestion de crise est pourtant reconnu. Dans un document de « *retour d'expérience* », la fédération se prononce en particulier, « *conformément à la tradition française* », en faveur d'une « [réaffirmation du] *ministère de l'intérieur comme responsable de la mise en œuvre du cadre général de la conduite opérationnelle des crises sur le territoire national, sans préjudice du rôle du ou des ministères directement impliqués par la nature même de l'événement* »³.

¹ M. François Baroin, président de l'association des maires et présidents d'intercommunalités de France (AMF), a déploré un double pilotage au niveau national, ne permettant pas à l'expertise du ministère de l'intérieur en matière de logistique d'être utilisée à bon escient : « au fil de ces deux mois de confinement, il est apparu avec évidence qu'il y avait un double pilotage, par le ministère de la santé et par le ministère de l'intérieur. Le ministère de la santé fonctionne en silos [...] ! Il y a des personnes formidables dans ses services, ou dans les ARS, mais le ministère de la santé n'est pas le ministère de la logistique ni celui de la gestion de crise. Le ministère de la gestion de crise, pour les élus, pour les collectivités locales, c'est le ministère de l'intérieur, éventuellement le ministère de la défense, et probablement, en l'espèce, les deux ».

² À titre d'exemple, Mme Josiane Chevalier, préfète de la région Grand Est et du Bas-Rhin, a souligné à plusieurs reprises que les questions logistiques ne doivent pas être du ressort des ARS : « Au départ, tout était confié aux ARS, mais les ARS ne sont pas faites pour ces métiers logistiques – et je pense que mon propos ne choquera pas M. Lannelongue. Il ne fallait pas confier la gestion des masques aux ARS ; la preuve en est, nous sommes venus ensuite en appui. Ce n'est pas une critique des équipes de l'ARS, qui ont fait un travail remarquable, mais elles n'étaient pas faites pour ces tâches. [...] Évidemment, nous avons apporté un soutien total à l'ARS dans le domaine logistique ; j'estime que ces agences ne sont pas faites pour gérer la logistique. »

³ Diagnostic et propositions des sapeurs-pompiers de France, *synthèse du document de retour d'expérience produit par la fédération nationale des sapeurs-pompiers de France*, p. 13. Ce document formule en particulier deux scénarios alternatifs qu'elle souhaiterait voir mis en œuvre : dans le premier, au sein d'un ministère de l'intérieur renforcé dans ses prérogatives de crise, la direction générale de la sécurité civile et de la gestion de crises (DGSCGC) se verrait confier un rôle accru d'anticipation et de préparation, aujourd'hui dévolu au SGDSN [Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale] ; dans le second, un ministère à part entière serait consacré à la gestion des crises, où la DGSCGC serait placée auprès du Premier ministre, pour assurer le caractère interministériel de la gestion de crise.

Sans que les rapporteurs partagent entièrement le constat formulé par la FNSPF, ils estiment qu'une **activation plus précoce de la CIC aurait permis de mieux mobiliser les administrations relevant traditionnellement du ministère de l'intérieur**, à commencer par les préfets. À titre d'exemple, Mme Josiane Chevalier a émis lors de son audition par la commission d'enquête l'hypothèse que le pilotage exclusivement sanitaire explique certaines des difficultés rencontrées au début de la gestion de crise : « *Peut-être que la difficulté vient que le pilotage venait d'abord d'une cellule de crise sanitaire. Ensuite, le pilotage national est passé à la cellule interministérielle de crise sous l'égide du ministre de l'intérieur, ce qui était pour nous beaucoup plus intéressant.* »

Faute de cette activation précoce, une **meilleure association du ministère de l'intérieur au CCS pourrait également être envisagée**. Afin de garantir celle-ci, la circulaire n° 6095/SG du 1^{er} juillet 2019 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures pourrait prévoir explicitement que pour toute crise sectorielle, préalablement à l'activation de la CIC, **les hauts fonctionnaires de défense du ministère de l'intérieur et du ministère de l'Europe et des affaires étrangères¹ siègent de droit au sein de la cellule de crise** mise en place par le ministère compétent. En matière sanitaire, ils siègeraient donc au sein de la cellule d'aide à la décision du CCS et seraient destinataires du compte rendu des réunions de la cellule « *décision* » du CCS.

Au-delà de cette légère révision du cadre général applicable aux crises majeures, il pourrait être spécifiquement prévu au sein d'un plan « *pandémie* »² que **le CCS associe, en cas de pandémie, des représentants du ministère de l'intérieur**. Une présence du directeur général de la sécurité civile et de la gestion des crises (DGSCGC) au sein de la cellule de décision du CCS pourrait en particulier permettre une meilleure coordination entre « *rouges* » et « *blancs* » sur le terrain.

Proposition n° 1 : garantir au niveau administratif l'association du ministère de l'intérieur aux décisions prises par le centre de crise sanitaire en phase ascendante de crise avant l'activation de la cellule interministérielle de crise.

¹ Ces deux ministères sont ceux à qui le Premier ministre « confie en principe la conduite opérationnelle de la crise » une fois la CIC activée : au ministre de l'intérieur lorsque la crise a lieu sur le territoire national ; au ministre de l'Europe et des affaires étrangères pour les crises extérieures. À titre subsidiaire, il peut la confier au ministère des armées lorsque la crise se déroule en mer, « en dehors des limites administratives d'un port français ».

² Les modalités d'élaboration et le contenu de ce plan, qui aurait vocation à remplacer le plan « pandémie grippale », sont détaillés plus loin dans le rapport.

Enfin, si l'activation de la CIC semble avoir facilité le travail interministériel, **elle n'a pas permis d'en garantir la pleine efficacité**. Le rapport de retour d'expérience rendu par le général Richard Lizurey note, au-delà d'aspects très concrets sur lesquels la commission d'enquête n'a pas concentré ses travaux¹, que la CIC « *n'a pas réussi à suffisamment jouer son rôle de coordination interministérielle* ». Il attribue ces difficultés à plusieurs facteurs, dont :

- la coexistence de diverses structures de gestion de crise, sans qu'elles soient ordonnées hiérarchiquement. Le rapport déplore en particulier qu'il « *a été fait le choix de placer le centre de crise sanitaire sur le même plan que la CIC et non sous sa coordination* » ;

- une composition de la CIC attribuant l'essentiel des postes à responsabilité au ministère de l'intérieur, ne permettant pas une réelle représentation des autres ministères concernés au niveau pertinent ;

- la confusion pour certains responsables entre des niveaux de responsabilité distincts, notamment entre « *rôle stratégique et conduite opérationnelle* », ce qui a rallongé les circuits de circulation de l'information et nuit à la répartition des responsabilités.

Tardive, l'activation de la CIC a donc facilité le travail interministériel, mais **son organisation n'a pas garanti une interministérialité suffisante**.

3. Les premiers clusters par importation du virus : l'illusion temporaire d'une épidémie contenue

a) Les Contamines-Montjoie : un cluster rapidement circonscrit

La première occurrence de cas groupés de covid-19 en France apparaît le 7 février 2020 à la **station de ski des Contamines-Montjoie**, en Haute-Savoie, avec la découverte de cinq cas de personnes infectées, toutes ressortissantes britanniques, et qui avaient préalablement côtoyé au même endroit un touriste compatriote qui avait lui-même vraisemblablement contracté le virus à Singapour. Parmi ces cinq cas se trouve un enfant ayant successivement fréquenté trois établissements scolaires distincts.

La réponse du ministère de la santé, décrite par Mme Agnès Buzyn, est immédiate : le 8 février, les trois écoles sont fermées pour 14 jours et les 200 enfants susceptibles d'avoir eu des liens avec le patient contaminé sont **mis en quarantaine** avec leur famille. Quant aux membres du *cluster*, ils sont **hospitalisés (et, de fait, mis à l'isolement)** à Lyon, Saint-Étienne et Grenoble.

¹ Le rapport formule une série de préconisations de portée extrêmement pratique : doublement systématique des responsables dans chaque poste « afin de préserver physiquement et psychologiquement les agents engagés dans la gestion de crise », développement d'un système interministériel de visioconférence, mise en œuvre dès le début de la gestion de crise d'une main courante décisionnelle ainsi que d'un tableau de suivi des décisions prises, etc.

Les cas contacts potentiels font alors l'objet d'une des premières opérations de dépistage par test virologique, opérationnel depuis le 27 janvier 2020, et dont les résultats démontrent progressivement une absence de contamination.

Ce premier exemple de *cluster*, heureusement contenu, a illustré **la réactivité du ministère, appuyé par les services du Premier ministre, dans le cas d'une intervention suffisamment précoce et circonscrite**. La vigilance qu'aurait pourtant dû induire cet événement ne semble s'être maintenue qu'au sein de ce même ministère : comme l'a mentionné Mme Buzyn, « *en février, la France n'a plus aucun cas depuis le 7 février. Il y a eu le cluster des Contamines-Montjoie, et il ne se passe plus rien depuis. Je pense que dans l'inconscient, nous pensions que nous nous étions trompés, que la Chine arrivait peut-être à endiguer* »¹.

Aussi, lorsque Mme Buzyn enclenche le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (Orsan) le **14 février**, veille de son départ, elle le fait dans un **contexte de relative insouciance des pouvoirs publics**.

b) La diffusion dans l'Oise : du cluster à la circulation épidémique

Le second *cluster* apparaît au sein de la **base militaire aérienne de Creil**, sise dans le département de l'Oise. Aux termes du colonel Bruno Cunat, ancien commandant de la base, c'est « *à compter du 25 février que la base a été impactée par l'épidémie [avec une contamination] au sein de l'unité de soutien commun et administratif, que nous désignons sous le sigle GSBdD* »². Dans la nuit du 25 au 26 février, un membre du personnel civil de la base entre au service de réanimation du CHU d'Amiens. **Quatorze autres personnes** sont par la suite déclarées atteintes de la covid-19, plus ou moins symptomatiques.

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

² Audition du colonel Bruno Cunat, ancien commandant de la base aérienne 110 de Creil, 9 septembre 2020.

L'origine du cluster de la base de Creil en débat

L'apparition de ce *cluster* doit être située dans un contexte plus large : **le rapatriement le 31 janvier 2020 de 180 Français résidant à Wuhan, premier foyer international de l'épidémie.** Ce rapatriement fait intervenir **18 membres du personnel militaire de l'escadron aérien Estérel**, dont les installations sont situées sur la base aérienne de Creil. Cet événement a conduit à ce que « *la base de Creil [soit] considérée, un petit peu trop vite d'ailleurs, comme le foyer de propagation du virus en France* »¹.

Les propos contradictoires tenus par Mme Florence Parly, ministre des armées, sur le dépistage et le confinement appliqués aux membres de l'équipe de l'Estérel n'ont pas contribué à durablement dissiper les doutes autour d'une contamination issue de cette opération de rapatriement. La ministre a en effet reconnu, devant la commission d'enquête avoir dit, au cours d'une interview télévisée, « *quelque chose d'inexact [lorsqu'elle y a affirmé] que les équipages de retour de Wuhan à bord de l'Estérel avaient été testés. C'était un raccourci. Ce qu'il s'est passé, c'est que les équipages ont été soumis à un protocole sanitaire extrêmement strict mais qui ne comprenait pas à l'époque de test PCR* »².

Pour autant, les rapporteurs reconnaissent que, pour plusieurs raisons, **l'hypothèse d'une diffusion du virus dans l'Oise à partir de la base de Creil n'est pas évidente :**

- les **précautions sanitaires prises au cours du vol** (aucun contact direct ou d'intervention auprès des passagers) ;

- à l'issue du débarquement, **une consigne stricte d'isolement physique des personnels de l'Estérel par rapport au personnel de la base a été émise par le commandement de la base**, et les deux seuls membres de l'escadron ayant des liens indirects avec des personnels civils de la base ont été ultérieurement testés (avec un résultat négatif) ;

- la **quarantaine durant 14 jours des passagers du vol dans un centre de vacances sis à Carry-le-Rouet.**

La gestion du *cluster* de la base de Creil a été intégralement conduite par le commandement de la base, en lien avec le service de santé des armées (SSA). À l'instar des opérations engagées pour celui des Contamines-Montjoie, ont été organisés l'hospitalisation des cas atteints, l'identification et l'isolement des cas contacts. Aussi, pour les mêmes raisons liées au caractère circonscrit du *cluster* et à la précocité de son alerte, ce dernier « *a été stabilisé dès le 3 mars, soit 6 jours après l'apparition du premier cas, puis asséché en une quinzaine de jours, ce qui est un succès très significatif* »³.

¹ Audition d'élus et de représentants du département de l'Oise, 23 juillet 2020.

² Audition de Mme Florence Parly, ministre des armées, 22 septembre 2020.

³ Audition du colonel Bruno Cunat, ancien commandant de la base aérienne 110 de Creil, 9 septembre 2020.

Par ailleurs, le **25 février 2020**, jour d'apparition du *cluster* de la base, la France enregistrait le **premier décès lié à la covid-19, de M. Dominique Varoteaux**, enseignant au collège Jean-de-La-Fontaine à **Crépy-en-Valois**, également sis dans l'Oise. C'est à partir de cette date, et du constat de deux points de circulation du virus dans une zone géographique limitée que les agences sanitaires (Santé publique France et ARS des Hauts-de-France) prennent conscience d'**une circulation active dans le département, qui dépasse les limites du simple cluster**.

Aussi, à partir du **2 mars**, des mesures localisées de confinement, prenant notamment la forme de fermeture d'établissements scolaires, sont prises par le préfet de département. M. Arnaud Fontanet, chercheur à l'institut Pasteur, se voit alors chargé par le directeur général de la santé d'une enquête destinée à définir, à l'aide de **tests sérologiques** nouvellement développés, les circuits empruntés par le virus. Cette enquête, menée sur un échantillon de 700 personnes, a permis de « *documenter une circulation très active du virus dans le lycée [Jean-Monnet de Crépy-en-Valois], durant les 15 premiers jours de février* »¹, révélant ainsi un deuxième *cluster* isarien, découvert pour sa part *a posteriori*.

Ce sont ces résultats, transmis immédiatement à l'ARS, qui ont donné lieu aux **premières mesures d'isolement prophylactique des cas identifiés et de leurs cas contacts**.

La recherche du « patient zéro » dans l'Oise : la base aérienne de Creil et les contaminations ultérieures dans le département

Quasi-contemporains, les deux *clusters* apparus dans le département de l'Oise au cours du mois de février 2020 – le premier à la base aérienne de Creil et le second au lycée Jean-Monnet de Crépy-en-Valois – ont fait l'objet de plusieurs hypothèses quant à leurs liens.

En effet, ainsi que l'a rappelé notre collègue Olivier Paccaud devant la commission d'enquête, « *il y a un lien direct entre le lycée et la base aérienne de Creil : [huit] matelots du bâtiment de commandement et de ravitaillement (BCR) Somme avaient un partenariat citoyen avec une classe du lycée. Ces huit matelots sont venus dans le lycée les 5 et 6 février. Ils y ont déjeuné les deux jours. Le 5 février au soir, ils sont allés dîner dans un restaurant de la ville. Ils ont été accueillis par des professeurs.* »²

Interrogé sur cette hypothèse, le colonel Cunat évoque une étude épidémiologique conjointe du service de santé des armées (SSA) et de l'ARS des Hauts-de-France concluant à l'apparition de premiers symptômes de la maladie « *entre le 14 janvier et le 1^{er} février, donc avant le vol de Wuhan* ». Par ailleurs, les matelots en question « *n'ont pas eu de contacts directs avec les personnels initiaux du cluster du GSPdD, avec les premiers malades de la base, puisqu'ils étaient en chambre* »³.

¹ Audition d'élus et de représentants du département de l'Oise, 23 juillet 2020.

² Ibid.

³ Ibid.

Les rapporteurs en concluent donc, avec la ministre des armées, qu'il n'est pas possible de faire un lien entre la visite de ces marins et le déclenchement de l'épidémie dans l'Oise et qu'à ce titre le *cluster* de la base aérienne ne paraît pas être le point de départ du foyer épidémique.

L'étude épidémiologique précitée avance, selon toute vraisemblance, que le foyer de l'Oise a connu une diffusion épidémique notablement rapide en raison d'une « *diffusion silencieuse large non identifiée* », et mentionne la possibilité qu'en période de « *circulation de la grippe, toutes les précautions nécessaires n'aient pas été prises lors de l'hospitalisation initiale des deux cas* ». Elle conclut surtout que « *toute recherche rétrospective d'un patient zéro est stigmatisante pour la personne concernée ou une personne se sentant potentiellement concernée, et n'apporte aucune information utile pour le contrôle prospectif de l'épidémie* »¹.

En outre, l'hypothèse d'un déclenchement de l'épidémie dans l'Oise est fortement contredite par l'apparition progressive de cas positifs constatés dès novembre 2019, à l'image de l'étude menée par l'hôpital Albert Schweitzer de Colmar qui révèle des cas notés dès le 16 novembre.

B. UNE PRÉPARATION INADAPTÉE DU SYSTÈME PUBLIC DE SOINS AU RISQUE ÉPIDÉMIQUE, MARQUÉE PAR UN FORT TROPISME HOSPITALIER

1. Une doctrine préparatoire essentiellement fondée sur l'intervention de l'acteur hospitalier public

Le déclenchement du **volet risque épidémique et biologique (REB) du dispositif Orsan (Orsan REB)** par la ministre de la santé le 14 février 2020 organise la réponse du système de santé face à une situation sanitaire exceptionnelle. Dans le cas d'un risque épidémique et biologique, ce dispositif, selon ses stades de déploiement, a pour objectifs :

- à ses *stades 1 et 2*, d'**endiguer la propagation de l'agent infectieux** en mettant en œuvre les mesures de biosécurité requises par le patient et par la prise en charge des personnes contacts. Ces stades reposent sur l'intervention prioritaire de l'acteur hospitalier ;

- à son *stade 3*, une fois l'épidémie déclenchée, d'en **atténuer les effets** en mettant en œuvre des mesures barrières populationnelles tout en assurant la prise en charge des patients atteints par des formes sévères et graves dans les établissements de santé, la prise en charge des formes mineures et modérées restant assurée en médecine de ville².

¹ *Investigations du cluster de cas d'infections à la covid-19, 15 avril 2020 (document transmis par le colonel Cunat aux rapporteurs).*

² *Réponses de la DGOS au questionnaire des rapporteurs.*

Ce protocole fait donc clairement apparaître une répartition des rôles entre l'acteur hospitalier et la ligne de soins de ville, prévoyant que seul le premier intervient dans la phase préparatoire.

Confirmant cette analyse, la **version livrée le 20 février 2020 du guide méthodologique de préparation au risque épidémique covid-19** diffusée par le ministère de la santé à destination de tous les professionnels de santé, décrit le stade 1 du dispositif Orsan comme reposant **exclusivement** sur la « *prise en charge de tous les patients classés « cas possibles » en établissements de santé habilités covid-19* » et sur l'organisation d'une filière de soins excluant les professionnels de ville¹.

Ce n'est qu'à partir du stade 3 - lequel ne sera activé que le **14 mars** - que le guide prévoit la « *pleine mobilisation du système de santé dans toutes ses composantes* ».

Par ailleurs, en amont du déclenchement du stade 3, la consigne donnée aux professionnels de ville est restée d'**orienter tout cas suspect de covid-19 vers les services de régulation médicale des centres hospitaliers (SAMU-centres 15)**.

Sans résulter d'une volonté délibérée d'écarter les soins de ville de la réponse sanitaire, cette lacune initiale semble s'expliquer par un **réflexe hospitalier des pouvoirs publics face aux virus à transmission interhumaine**, quelle que soit la gravité des symptômes observés. En effet, la structuration de la réponse sanitaire en cas de crise, remaniée depuis 2013-2014, a été fortement imprégnée de l'expérience tirée du virus Ebola dont le tableau clinique requiert l'intervention immédiate d'un soin hospitalier d'urgence.

2. Des signaux dès février 2020 d'une crise potentiellement épidémique

Bien qu'il faille nuancer la critique rétrospective d'une organisation sanitaire bâtie dans l'urgence et dans l'incertitude, on se trouve tout de même en droit de questionner la validité d'une stratégie sanitaire qui, **informée du caractère potentiellement épidémique de la crise² et consciente d'emblée que le soin de ville devra y prendre sa part**, choisit délibérément de concentrer les moyens des stades 1 et 2 sur la seule filière hospitalière.

¹ Pages 5 et 28.

² Comme l'a rappelé M. Olivier Véran à la commission d'enquête, « j'ai été nommé ministre le 16 février dernier. Le virus circulait depuis peu, mais des personnes étaient infectées et des foyers identifiés. La menace était réelle, et en franchissant les portes de mon ministère, je n'ignorais pas le risque d'une déferlante épidémique » (audition du 24 septembre 2020).

En effet, ainsi que l'a signalé Jérôme Salomon, directeur général de la santé, lors de son audition, *« nous avons procédé à des adaptations du dispositif du fait de la gravité initiale de l'épidémie : le diagnostic était proposé dans les établissements de santé et tous les premiers cas devaient être adressés aux services de maladies infectieuses, pour isolement et diagnostic rapide. C'est l'organisation choisie en France depuis longtemps dans le début d'une prise en charge d'une maladie émergente [...]». Cela avait été le cas pour Ebola, pour le coronavirus du SRAS et pour celui du MERS-CoV. C'est une organisation qui fonctionne ».*

Les rapporteurs ne peuvent toutefois se satisfaire d'une justification par renvoi aux cinétiques des précédents virus à transmission interhumaine. En effet, **dès la deuxième quinzaine de février, les signaux d'une cinétique spécifique, faisant craindre une crise sanitaire à diffusion massive, s'accumulaient :**

- des témoignages de circulation du virus venus d'Asie, d'Iran et d'Italie du Nord ;

- l'apparition du premier *cluster* aux Contamines-Montjoie le **7 février** ;

- la détection d'une circulation active du virus dans le département de l'Oise qui a conduit le directeur général de l'ARS des Hauts-de-France à préparer la crise *« dès le 23 janvier »*, bien avant de déplorer *« le premier décès d'un cas autochtone, [M. Dominique Varoteaux] dans la nuit du 25 au 26 février »*¹ ;

- les propos de l'ancien directeur général de l'ARS du Grand Est, qui a également indiqué à la commission d'enquête que *« les premiers cas confirmés de covid-19 ont été enregistrés dans la semaine du 24 février au 1^{er} mars »*² à la suite d'un rassemblement culturel qui s'est tenu à Mulhouse du 17 au 23 février ;

- enfin, le **26 février 2020**, une table ronde organisée par la commission des affaires sociales du Sénat au cours de laquelle il a été indiqué que, contrairement au SRAS, la covid-19 présentait des formes asymptomatiques ou des formes bénignes susceptibles de multiplier les risques de contamination et donc de saturer les capacités hospitalières. Ainsi que l'a signalé Mme Catherine Lepout, alors responsable de la mission *« coordination opérationnelle risque épidémique et biologique »* (Coreb), *« pour protéger l'hôpital, pour que celui-ci se consacre aux formes les plus graves, il faut que les formes bénignes de la maladie, très majoritaires, soient prises en charge en ville ; cela implique que les professionnels aient le matériel requis »*³.

¹ Audition d'élus et de représentants du département de l'Oise, 23 juillet 2020.

² Audition d'élus et de représentants de la région Grand Est, 9 juillet 2020.

³ Compte rendu de la commission des affaires sociales du Sénat, 26 février 2020. Cette inquiétude avait par ailleurs été relayée par votre rapporteur Bernard Jomier à l'occasion d'une question d'actualité au Gouvernement posée le même jour.

Pour résumer, se dessinaient alors deux types de prise en charge sanitaire de l'épidémie :

- l'un qui, par référence aux expériences connues de virus à transmission interhumaine, promouvait l'intervention exclusive du soin hospitalier de tous les cas suspects au stade de l'endiguement ;

- l'autre qui, s'appuyant sur la présence de formes bénignes de la maladie, incitait à une intervention plus précoce du soin ambulatoire pour protéger les hôpitaux.

Sans qu'aucun avis n'ait été alors rendu en la matière, **c'est la première option qui a retenu le choix du ministère.**

Ce n'est que le **2 mars 2020** que les professionnels de santé libéraux ont été informés de la mise en place d'un canal de distribution de masques chirurgicaux *via* les pharmacies d'officine et le **6 mars 2020** qu'ils ont reçu la consigne « *d'adapter la filière de prise en charge des patients "cas confirmés covid-19" afin d'éviter la saturation des capacités d'hospitalisation et de prendre en charge en ambulatoire les cas confirmés ne présentant pas de critères de gravité, de comorbidités ou un motif d'hospitalisation différent* ».

Ces constats inspirent aux rapporteurs deux conclusions :

- en application d'une **doctrine priorisant l'acteur hospitalier public** comme seul intervenant en cas de crise sanitaire, la **phase de mobilisation des acteurs sanitaires, organisée au cours du mois de février, a délibérément exclu l'intervention du volet libéral des professionnels de santé ;**

- bien que le dispositif Orsan ait normalement vocation à laisser aux ARS une marge de manœuvre dans la définition de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles, **la définition de lignes directrices strictes et uniformes par la direction générale de la santé n'a pas permis à ces dernières - notamment celles touchées par les premiers *clusters* - de s'éloigner de la stricte épure hospitalière.**

3. Des canaux de communication qui, dès fin janvier, ont marginalisé les professionnels de ville

Dès le 14 janvier 2020, le ministère des solidarités et de la santé procède à la diffusion du « *premier message d'alerte sanitaire aux établissements de santé et médico-sociaux* », doublé d'un « *signal DGS-urgent à plus de 800 000 professionnels de santé libéraux* »¹. Ce signal - intitulé « *cas groupés d'infections à nouveau coronavirus en Chine* » - invite clairement tout professionnel de santé à ne « *pas orienter d'emblée [un patient suspect d'infection] vers les structures d'accueil des urgences afin d'éviter le contact avec d'autres patients* ».

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

Aux premiers temps de construction par les décideurs publics de la réaction sanitaire, le mot d'ordre semblait donc à **la coopération intersectorielle entre professionnels de santé**.

Ce mot d'ordre connaît rapidement des difficultés d'application.

En effet, entre le 14 janvier et le **14 février 2020**, veille du départ de Mme Agnès Buzyn du ministère des solidarités et de la santé et date du déclenchement du plan Orsan REB, le système de santé traverse une **phase de préparation par à-coups**, rythmée par une communication ministérielle descendante à trois canaux : les messages d'alerte rapide sanitaire (MARS) transmis aux agences régionales de santé (ARS) et aux établissements, et les signaux « DGS-urgent » transmis aux professionnels de santé libéraux.

Cette communication tripartite a d'emblée présenté plusieurs inconvénients :

- dans sa forme, le choix d'une communication strictement individuelle adressée aux professionnels libéraux, sans recours au truchement des unions régionales des professionnels de santé (URPS), des ordres professionnels et des organisations syndicales, a incontestablement **nui à la structuration d'une réponse sanitaire des soins de ville** ;

- dans son contenu, et bien que le message initial du 14 janvier visait à éviter la saturation des services d'urgence, le croisement des recommandations contenues dans les MARS - exclusivement destinées aux établissements hospitaliers et aux SAMU - et de celles contenues dans les signaux « DGS-urgent » a mécaniquement conduit au **fléchage des cas avérés**, dont la définition s'est étoffée au cours de la période, **vers le circuit hospitalier d'urgence**.

En outre, l'activation par la ministre de la santé le **22 janvier** du niveau 2 (niveau d'alerte renforcée) du CorruSS a joué en faveur d'une mobilisation prioritaire du réseau hospitalier, la vocation du CorruSS étant d'unifier les canaux d'information entre le ministère et les ARS autour des capacités et de l'activité de l'hôpital¹.

Enfin, l'audition par votre commission d'enquête des différents ordres professionnels a bel et bien montré qu'en dehors de deux réunions animées par la DGS et tenues le **29 janvier** et le **6 février 2020**, ces derniers avaient été très faiblement inclus dans la préparation sanitaire précédant le déclenchement du dispositif Orsan. Les personnes auditionnées évoquent « *des réunions auprès de la DGS et, en pointillé, sans rythme systématique et régulier, des contacts avec le cabinet ministériel, voire, ponctuellement, avec le ministre* »².

¹ Aux termes de l'instruction DGS/CORRUSS n° 2012-432 du 21 décembre 2012, qui définit les transferts d'information entre les ARS et le CorruSS en cas de crise sanitaire, les indicateurs d'activité pris en compte ne portent bel et bien que sur l'activité hospitalière : mise en œuvre de plans blancs élargis ou activation de plans blancs, analyse qualitative de l'activité des structures de médecine d'urgence et bilan des capacités hospitalières.

² Audition des ordres professionnels de santé, 2 septembre 2020.

Les rapporteurs en déduisent que, contrairement au canal d'information mis en place entre le ministère et les ARS dans le cadre du Corruss, **les acteurs du soin de ville n'ont pas bénéficié des mêmes facilités de dialogue.**

La récapitulation des échanges entre le ministère et les professionnels de santé, dont la synthèse figure ci-après, montre qu'au fur et à mesure de divers événements confirmant la gravité de la crise, le ministère a progressivement privilégié le **canal unique d'une communication vers les ARS, laquelle a compromis, dès la phase préparatoire du mois de janvier et de la première quinzaine de février, la dimension plurisectorielle de la réponse sanitaire.**

Déroulement de la communication adressée aux professionnels de santé avant le déclenchement du plan Orsan

Communication aux établissements de santé		Communication aux professionnels libéraux		Communication aux ARS	
14-janv	MARS n°1	14-janv	DGS-urgent n°1	14-janv	MARS n°1
22-janv	MARS n°2	22-janv	DGS-urgent n°2	22-janv	MARS n°2
22 janvier : suite à la découverte de la transmission interhumaine du virus, le ministère de la santé active le niveau 2 du Corruss (niveau renforcé)					
25-janv	MARS n°3	24-janv	DGS urgent n°3	25-janv	MARS n°3 Demande de mettre en place une cellule régionale de suivi des cas et d'organiser des structures d'accueil au sein des hôpitaux et des services d'urgence
				28-janv	Demande d'anticipation des stocks de matériel
30 janvier : l'OMS déclare l'urgence de santé publique de portée internationale (USPPI)					
		30-janv	DGS-urgent n°4	31-janv	Transmission d'instructions sur l'éviction à domicile, la quarantaine et le versement d'indemnités journalières
04-févr	MARS n°4			04-févr	MARS n°4
		05-févr	DGS-urgent n°5	05-févr	Demande d'organisation des services d'urgence et de constitution des stocks de masques
7 février : identification du premier cluster en France					
				11-févr	Explication de l'ensemble de la doctrine pour leur demander de se mettre en configuration de crise de niveau 2
				12-févr	Information sur les points d'entrée sur le territoire
				13-févr	Envoi d'un courrier de la ministre de mobilisation maximale

Source : Audition de Mme Agnès Buzyn

Aux yeux des rapporteurs, **trois jalons distincts** ont progressivement entraîné la concentration de la communication et des instructions ministérielles, entraînant elle-même la priorisation du circuit hospitalier d'urgence :

- la découverte de la **transmission interhumaine du virus** qui, du point de vue opérationnel, a déclenché la mobilisation du Corvuss en mode renforcé et l'identification d'un canal privilégié entre un interlocuteur dédié au ministère de la santé et les ARS ;

- la **déclaration de l'USPPI par l'OMS**, qui achève de consacrer le risque épidémique ;

- la **découverte le 7 février 2020 du premier cluster des Contamines-Montjoie**.

4. Enfin, des établissements hospitaliers de référence insuffisamment préparés aux risques épidémique et biologique

Le tropisme hospitalier de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles se trouve consacré par l'article L. 3131-9 du code de la santé publique (CSP), qui dispose que « *dans chaque zone de défense, des établissements de santé de référence (ESR) ont un rôle permanent de conseil et de formation et [...] peuvent assurer une mission de coordination ou d'accueil spécifique* ». Bien qu'il soit expressément prévu que ces établissements disposent d'un service de maladies infectieuses et d'un service de réanimation doté de chambres d'isolement (article R. 3131-9 du CSP), il est apparu, à la suite de la diffusion de l'épidémie Ebola et des conclusions de la mission menée par Anne-Claire Amprou, que leur formation aux spécificités du risque épidémique et biologique (REB) était insuffisante.

Cette carence a motivé la constitution en 2015 d'une **mission nationale de coordination opérationnelle du REB (Coreb)**, placée sous la tutelle conjointe de la DGS et de la DGOS, afin de renforcer le degré de préparation des ESR dans le domaine des urgences infectieuses individuelles et collectives. La responsable médicale de la Coreb, Mme Catherine Leport, dont les fonctions ont couru jusqu'au 22 avril 2020, a pu apporter à cet égard de précieuses informations à la commission d'enquête sur ce degré de préparation.

L'expérience Ebola a incontestablement permis aux ESR de renforcer leur formation et leur préparation au risque REB, bien que la Coreb ait pu déplorer que « *les temps d'infectiologues et d'ingénieurs spécialisés en situation sanitaire exceptionnelle, ainsi que l'engagement de la cellule opérationnelle de zone de l'ESR dans l'animation zonale des autres établissements de santé, soient assez inégalement acquis* »¹.

¹ Réponse de Mme Catherine Leport au questionnaire des rapporteurs.

De ce constat découle, au moment du déclenchement de l'épidémie de covid-19, un « *maillage très partiel et hétérogène du territoire, assez structuré avec les autres CHU de la zone pour certains sites, et plus informel pour d'autres sites* »¹.

Il apparaît également que les liens tissés entre les établissements de santé et la Coreb aient **fortement privilégié le secteur public**, les délégations de l'hospitalisation privée prétendant n'avoir eu « *aucun écho de [la] Coreb, de son action ou de ses missions* »². Dans leurs réponses aux questionnaires des rapporteurs, tant la fédération de l'hospitalisation privée (FHP) que la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap) ont déploré **leur faible connaissance du dispositif Orsan REB par défaut d'implication**. À quelques exceptions près, **aucun établissement privé ne s'est donc trouvé associé à l'élaboration d'Orsan**, « *dont la préparation se fait plutôt avec les CHU, les établissements supports des GHT et les SAMU* »³.

Quant au « *maillage avec la médecine de ville, incontournable pour l'efficacité de la réponse face à un phénomène de grande ampleur telle que la crise covid-19, il est quasi inexistant et paraît en grande partie à construire* »⁴.

Ce niveau très inégal de la préparation des ESR au risque REB a conduit l'ancienne responsable médicale de la Coreb à formuler plusieurs propositions, reprises à leur compte par les rapporteurs :

- **engager et maintenir dans la durée un travail d'évaluation des ESR dédié au REB**. La Coreb, dont les capacités limitées (5 personnes à plein temps) la réduisent à une fonction d'animation et de production de référentiels, ne peut à elle seule assumer pareille mission, qui aurait davantage vocation à intégrer la mission déjà existante d'évaluation régulière des établissements de santé de la Haute Autorité de santé ;

- **élargir le périmètre des missions de la Coreb, que sa convention constitutive limite aux seuls ESR, pour y inclure les professionnels de santé de ville et, dans les faits, les établissements privés**. Cet élargissement, qui devrait s'accompagner de moyens dédiés, permettrait d'ouvrir à ces derniers des activités de formation qui ne sont pour l'heure dispensées qu'aux acteurs impliqués des ESR.

¹ Il transparaît des réponses au questionnaire que les ESR de la zone Nord et de la zone Paris montraient un degré de préparation plus élevé que celui de la zone Sud.

² Réponse de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP) au questionnaire des rapporteurs.

³ Réponse de la Fehap au questionnaire des rapporteurs.

⁴ Réponse de Mme Catherine Leport au questionnaire des rapporteurs.

C. UN DÉFAUT DE VIGILANCE À L'ÉGARD DES PLUS VULNÉRABLES QUI A CONDUIT À UN LOURD BILAN HUMAIN

1. Une vigilance insuffisante à l'égard des personnes âgées dépendantes

La dangerosité supérieure du coronavirus pour les plus âgés n'a semble-t-il été étayée que le 17 février 2020 dans la presse scientifique chinoise¹, et le 24 février² et le 3 mars³ dans la presse scientifique anglo-saxonne – sur la base de données chinoises – mais n'a en réalité jamais fait grand doute. La proximité sémiologique de la covid-19 avec d'autres infections respiratoires comme la grippe a en effet conduit la plupart des observateurs à **évoquer le risque encouru par les personnes âgées dès la fin janvier**, comme en témoigne, par exemple, les alertes lancées alors en interne par le groupe Orpea⁴.

La presse le rappelle même régulièrement à partir du 11 février 2020, date de la conférence de presse de l'OMS ayant conduit son directeur général à qualifier le virus d' « *ennemi public numéro un* »⁵. La première victime du SARS-CoV-2 hors d'Asie est d'ailleurs un touriste chinois de 80 ans, pris en charge à l'hôpital Bichat, à Paris. Constaté le 14 février 2020, son décès est annoncé par la ministre de la santé Agnès Buzyn le 15 février – le jour de sa démission. Le premier point presse du directeur général de la santé, le 19 février, évoque clairement le risque accru qu'encourent les plus âgés⁶.

On doit cependant à l'équité d'observer que peu de voix françaises ont alerté dès cette époque sur cette menace. Questionné à ce propos, le Pr Claude Jeandel, président du conseil national professionnel de gériatrie, l'a ainsi reconnu : « *Nous ne pouvions que gérer la crise, nous étions la "tête dans le guidon" et loin de pouvoir nous exprimer sur [l'expérience chinoise]. Nous ne sommes pas un grand corps professionnel, nous sommes peu nombreux et la plupart*

¹ « *The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19)* », China CDC Weekly, 2020, t. 2, p. 113-122.

² Wu Z, McGoogan JM., « *Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China : Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention* », JAMA. 2020 Feb ; Voir aussi Yang X, Yu Y, Xu J, et al, « *Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China : a single-centered, retrospective, observational study* », Lancet Respir Med, 2020.

³ Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, et al, « *Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China* », New England Journal of Medicine, 2020

⁴ Échanges transmis aux rapporteurs.

⁵ Voir ainsi, parmi de nombreux exemples : « *Coronavirus : où en est l'épidémie dans le monde ?* », La Croix, le 24 janvier 2020 ; « *Coronavirus: China and the virus that threatens everything* », BBC News, 11 février 2020 ».

⁶ Point du 19 février, sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/etat-des-lieux-et-actualites/article/points-de-situation-janvier-fevrier-mars-2020>.

d'entre nous sommes sur le terrain à pratiquer notre métier. »¹ Sans doute faut-il en tirer matière à réflexion sur notre capacité d'anticipation et sur la place que tient la gériatrie, spécialité reconnue depuis 2004 seulement, dans notre paysage scientifique.

Revenons au mois de février 2020. À cette date, les différents acteurs du secteur médico-social en France présentaient des capacités de réaction assez variables.

La direction générale de la cohésion sociale (DGCS), administration de tutelle du secteur, a certes été associée à l'organisation de crise qui se met progressivement en mouvement au sein du ministère de la santé dès le mois de janvier, mais le **premier message d'information et d'alerte n'est envoyé aux fédérations d'établissements et services médico-sociaux que le 21 février.**

La direction générale de la santé a certes déjà publié, à cette date, six messages d'alerte urgents à l'attention des professionnels de santé, mais ils ne concernent que le secteur sanitaire. **Le premier de ces messages à identifier le danger des chaînes de transmission du virus pour les résidents d'établissements pour personnes âgées ne sera émis que le 24 février**².

Une **cellule de crise interne à la DGCS est activée le 27 février**, et la première des audioconférences qu'il est alors décidé d'organiser à une fréquence hebdomadaire avec les acteurs du secteur se tient le 3 mars en présence du ministre Olivier Véran.

Le 6 mars 2020 est la date de déclenchement des plans bleus sur tout le territoire et celle de l'appel du Président de la République à la limitation des **visites en Ehpad ; celles-ci ne seront toutefois véritablement suspendues que le 11 mars** par voie de communiqué du ministère de la santé. Le 19 et le 28 mars, la conduite à tenir en cas d'apparition de cas suspect ou avéré de covid-19 en établissement a fait l'objet de nouvelles directives nationales.

Le cas du groupe Orpea offre un intéressant point de comparaison. Mise précocement en alerte en raison de la présence en Chine de deux de ses établissements, la direction médicale du groupe a envoyé un **premier message aux responsables des différents pays le 23 janvier**, leur rappelant les mesures d'hygiène utiles, les signes évocateurs de la maladie et le risque accru encouru par les plus fragiles³, et leur demandant de faire le point sur leurs stocks d'équipements individuels de protection. Ce message est doublé d'un second le 30 janvier.

¹ Audition du Pr Claude Jeandel, 8 septembre 2020.

² Message du 24 février 2020, Réf. 2020-ALE-07 - Objet : COVID-19, informations actualisées.

³ Email accompagné d'une note d'information interne, transmis à la commission d'enquête.

Entre le 26 février et le 29 février, alors que le Gouvernement déclenche le stade 2 épidémique et que la DGCS commence à s'adresser aux fédérations professionnelles – qui ne recevront toutefois que le 5 mars la fiche relative aux conduites à tenir en stade 2 – **Orpea décide le report des visites des familles et intervenants libéraux en Ehpad, qui sera effectif dans ses deux premiers établissements le 29 février.** Le premier salarié du groupe positif au SARS-CoV-2 n'est toutefois détecté que le 10 mars, et le premier résident le 12 mars.

Cette mise en perspective prouve moins la meilleure réactivité du secteur privé ou remet moins en cause la vigilance des pouvoirs publics qu'elle ne **confirme l'hospitalo-centrisme de notre système de prise en charge** : en France, le secteur médico-social relève toujours, aux yeux des responsables de notre organisation administrative, davantage du social que du médical, et n'entre en conséquence pas immédiatement dans le champ des décisions à prendre en période de crise sanitaire.

Rétrospectivement, il semble que **le confinement des Ehpad, décidé le 11 mars, soit intervenu une semaine, voire une dizaine de jours trop tard.** Le Quotidien du médecin synthétisait déjà le 6 mars une analyse de littérature peu équivoque, soulignant notamment qu' « *il est possible d'affirmer aujourd'hui sans détour que la covid-19 est au moins autant contagieuse que la grippe saisonnière mais est, aussi et surtout, beaucoup plus mortelle* », insistant sur l'importance capitale du port du masque et recommandant tout à la fois le confinement et l'anticipation de ses impacts psychologiques¹.

L'OMS disait en réalité la même chose, par la bouche de l'un de ses principaux experts, Bruce Aylward, dès la fin février : **la vitesse de réaction, en matière de lutte contre le virus, fait tout**², et le Pr Antoine Flahaut l'a résumé d'une formule frappante devant la commission d'enquête : « *personnellement, je compare le risque couru aujourd'hui par une personne âgée de plus de 80 ou 85 ans à celui d'une personne contaminée par le virus Ebola dans le Nord-Kivu en République démocratique du Congo en pleine période épidémique. La covid-19 est une maladie d'une très grande dangerosité et d'une très grande transmissibilité : on ne peut pas faire prendre aux résidents et au personnel d'un Ehpad des risques de ce genre, même si l'on doit évidemment tenir compte de la volonté de chacun [...]. On savait, par l'expérience de Wuhan, que les personnes âgées étaient particulièrement à risque. L'Allemagne en a tenu compte et a donné la priorité absolue à leur protection. Nous n'avons pas eu en France la même attitude s'agissant de la protection individuelle des résidents et du personnel*

¹ Laurent Lagrost et Didier Payen, « La covid-19 est un réel danger ! », sur <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/infectiologie/la-covid-19-est-un-reel-danger-deux-scientifiques-font-le-point-sur-le-coronavirus-sars-cov-2>

² « Whatever the rest of the world does, it's essential that it takes action soon, Aylward says, and he hopes other countries will learn from China. "The single biggest lesson is: Speed is everything," he says. "And you know what worries me most? Has the rest of the world learned the lesson of speed?" », Science, le 25 février 2020.

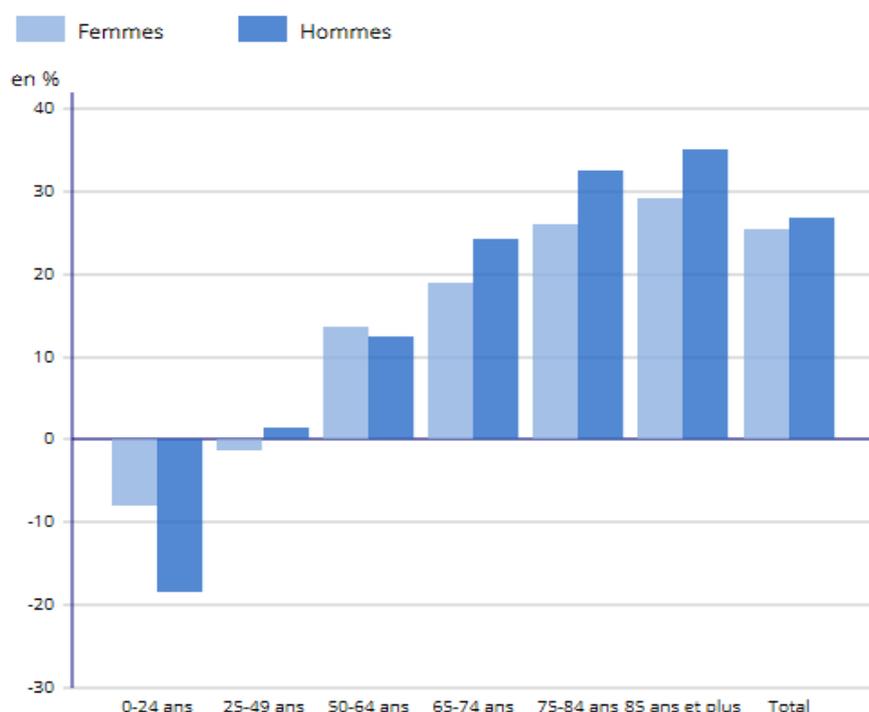
des Ehpad – il aurait fallu en effet équiper jusqu’aux cuisines, jusqu’aux fournisseurs mêmes »¹.

2. Un bilan médico-social qui pose de dérangeantes questions sur la place que notre société réserve aux plus fragiles

En France, plus de neuf personnes décédées de la covid-19 sur dix sont âgées de plus de 65 ans.

Selon l’Insee – grâce à qui l’on peut tenter d’estimer le profil des victimes par comparaison intertemporelle en attendant de disposer de données épidémiologiques fiables –, sur la période courant du 1^{er} mars au 30 avril, le nombre de décès croît d’autant plus vite entre 2019 et 2020 que l’âge augmente : + 13 % entre 50 et 64 ans, + 22 % entre 65 et 74 ans, + 30 % entre 75 et 84 ans et + 31 % au-delà de 85 ans. Il double même au-delà de 85 ans en Île-de-France.

Évolution des décès cumulés du 1^{er} mars au 30 avril 2020 rapportés aux décès cumulés du 1^{er} mars au 30 avril 2019 par sexe et âge

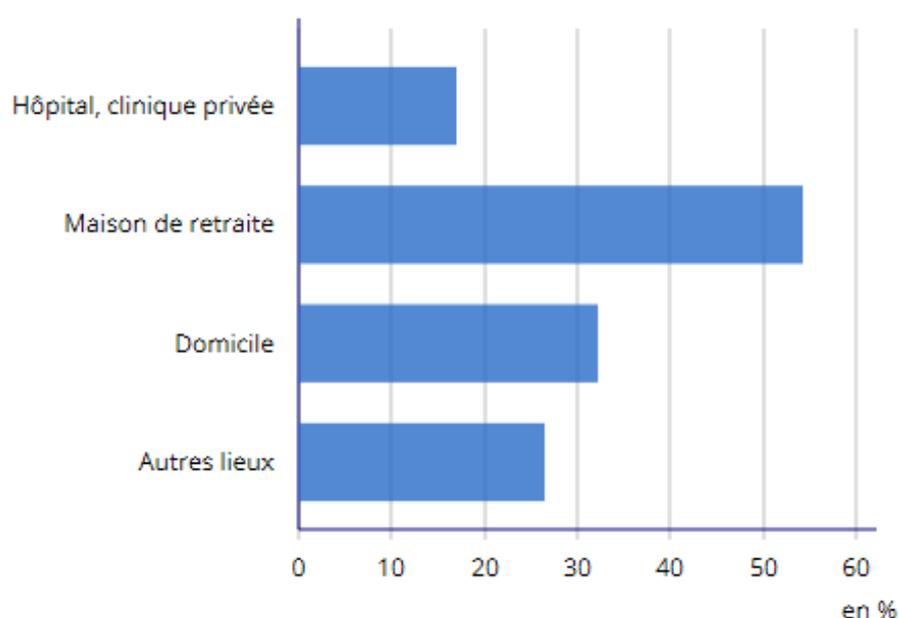


Source : Insee, état civil

¹ Audition d’experts en santé publique, 16 septembre 2020.

Conséquence de la prévalence plus importante des cas graves chez les personnes âgées, le bilan de l'épidémie dans le secteur médico-social est lourd. Au 1^{er} octobre, près de 15 000 résidents d'établissements médico-sociaux étaient décédés de la covid-19 – dont environ 3 900 à l'hôpital. Si l'on ajoute à ce chiffre l'estimation, à ce stade minimale, du nombre de morts à domicile proposée en août par l'Inserm¹, il semble peu audacieux de faire l'hypothèse que **plus de la moitié des décès liés à la covid-19 ont eu lieu dans le secteur médico-social** – même si tous les morts à domicile n'en relèvent certes pas.

Évolution des décès cumulés du 1^{er} mars au 30 avril 2020 rapportés aux décès cumulés du 1^{er} mars au 30 avril 2019 par lieu de décès



Source : Insee, état civil

Les décès survenus en établissement pour personnes âgées au cours de cette période ont augmenté de 54 %, contre 17 % en hôpital ou clinique. Cette augmentation de la mortalité a davantage concerné les hommes que les femmes, et davantage les 65-74 ans (+ 68 %) ou les 75-84 ans (+ 64 %) que les plus de 85 ans (+ 52 %). Le nombre de décès survenus en maison de retraite, qui était de l'ordre de 210 par jour la première quinzaine de mars 2020, a augmenté très fortement pour atteindre 460 décès par jour durant la première quinzaine d'avril, avant de redescendre à 270 la deuxième quinzaine. Le nombre de décès en Ehpad est ainsi multiplié par un peu plus de trois en Île-de-France et par deux dans le Grand Est sur l'ensemble de la période².

¹ Le 24 août, l'Inserm avançait une estimation provisoire de 1 800 décès (cf. infra).

² Insee, « Nombre de décès quotidiens » publié sur <http://www.insee.fr>

Par parenthèse, on observera que **jamais le nombre total de victimes venant d'Ehpad n'est donné comme tel**. Les statistiques de Santé publique France, comme la communication gouvernementale, distinguent soigneusement les décès enregistrés en Ehpad de ceux qui sont survenus à l'hôpital, en sorte que la part des résidents d'Ehpad est minimisée dans le bilan total.

Dix-sept ans après la canicule qui avait fait un nombre comparable de victimes, la France a été de nouveau impuissante à protéger efficacement les plus fragiles de ses habitants. Pire encore : le rapport de l'Igas de janvier 2004 et le rapport sénatorial publié en février 2004 par Mme Valérie Létard et nos anciens collègues Hilaire Flandre et Serge Lepeltier faisaient déjà le constat des dysfonctionnements dont nous déplorons une nouvelle fois les conséquences.

L'Igas confirmait déjà « *un certain nombre d'insuffisances dans une politique en faveur des personnes âgées dépendantes qui reste en construction* », soulignait « *les nombreuses causes de la surmortalité constatée dans les établissements : âge et fragilité des résidents ; **médicalisation insuffisante des établissements** ; responsables encore **éloignés d'une culture du risque et de l'anticipation** ; personnels qualifiés en nombre insuffisant en période de congés* » et relevait « *l'insuffisante capacité des services de soins infirmiers à domicile au regard des besoins croissants* ». L'inspection préconisait en conséquence de clarifier les responsabilités en confortant la place du président du conseil général dans les dispositifs de prévention, invitait les différents acteurs à entrer dans des réseaux de coordination gérontologique, préconisait de mieux former le personnel, de dynamiser la rénovation des établissements sociaux, et de mieux identifier les personnes vulnérables.

Le rapport du Sénat reprenait ces observations à son compte et insistait encore sur la nécessité d'**augmenter le taux d'encadrement** en établissement, de diversifier les modes de prise en charge des personnes âgées tout en **privilegiant le maintien à domicile**, et de renforcer l'attractivité et la reconnaissance des professions des personnels travaillant dans les services d'aide à domicile et dans les Ehpad, ainsi que la formation de ces personnels¹.

On ne saurait soutenir que rien n'a été fait depuis la canicule, puisque la gouvernance du secteur a été profondément restructurée par la création, en 2004, de la CNSA, dont le budget ainsi que les financements d'action sociale des départements nets des concours de la Caisse ont doublé depuis 2006, mais il y a quelque lassitude à constater que **l'adaptation de nos modes d'intervention est toujours en retard d'une crise**, alors même que les attentes de la population sont à peu près constantes dans ce domaine et que les évolutions démographiques sont, de toutes les projections intellectuellement possibles, les moins imprévisibles.

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

3. Une approche populationnelle encore insuffisante

Si le **risque épidémique** pesant sur les plus âgés a été largement rappelé pendant la première vague, sans toutefois que les conséquences en soient toujours tirées à temps, il **est également plus élevé pour un certain nombre d'autres catégories de la population** qui ont moins encore fait l'objet de l'attention des pouvoirs publics.

L'avis du Haut Conseil de la santé publique du 20 avril dresse ainsi la liste des personnes « à *risque de forme grave de covid-19* »¹. Il actualise le précédent avis du 31 mars pour, en particulier, faire passer le seuil d'âge à risque de 70 à 65 ans. La liste est construite à partir des premières analyses disponibles sur les comorbidités aggravantes pour les patients admis en unité de soins intensifs dans différents pays, ainsi qu'à partir des données connues pour les autres infections respiratoires.

Personnes considérées comme vulnérables au SARS-CoV-2 (HCSP)

Selon les données de la littérature :

- les personnes âgées de 65 ans et plus (même si les personnes âgées de 50 ans à 65 ans doivent être surveillées de façon plus rapprochée) ;
- les personnes avec antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée (avec complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), antécédent d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- les diabétiques, non équilibrés ou présentant des complications ;
- les personnes ayant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale (bronchopneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment) ;
- les patients ayant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
- les malades atteints de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;
- les personnes présentant une obésité (indice de masse corporelle > 30 kg/m²) ;

Compte tenu de l'expérience de terrain des réanimateurs auditionnés :

- les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise : soit médicamenteuse (chimiothérapie anticancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive), soit liée à une infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm³, soit consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules-souches hématopoïétiques, liée à une hémopathie maligne en cours de traitement ;

¹ « Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics », avis du 20 avril 2020.

- les malades atteints de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ;
- les personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie ;
- les femmes enceintes, au troisième trimestre de la grossesse, compte tenu des données disponibles et considérant qu'elles sont très limitées.

Si on prend en compte le gradient social lié à ces différentes maladies, on peut inférer que **les inégalités sanitaires se doublent d'inégalités sociales dans le développement et la gravité de la covid-19.**

C'est ce que confirme la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la santé dans une étude publiée en juillet 2020¹ : outre les personnes vivant dans des établissements fermés - d'hébergement pour personnes âgées ou handicapées, foyers et résidences sociales, prisons -, les personnes les plus modestes, celles en situation de mal logement et notamment de surpeuplement, ainsi que les sans-domiciles, ont été et sont encore plus exposés au virus.

Autre élément porté à notre connaissance par la recherche récente : au plus fort de l'épidémie, **l'augmentation du nombre de décès a été jusqu'à deux fois plus forte pour les immigrés que pour les personnes nées en France** : toutes causes confondues, les décès de personnes nées à l'étranger ont augmenté de 48 % par rapport à la même période en 2019, contre 22 % pour les personnes nées en France. La hausse a été la plus forte pour les personnes nées en Afrique (de 54 % pour celles nées au Maghreb, 114 % pour celles nées dans un autre pays d'Afrique) ou en Asie (+ 91 %)². La présence plus importante des populations immigrées dans les zones les plus denses et les plus touchées, comme l'Île-de-France et en particulier la Seine-Saint-Denis, leur surreprésentation dans des secteurs exposés et n'offrant pas la possibilité du télétravail, tels le commerce alimentaire, le nettoyage ou la livraison, pourraient en être la cause.

À l'analyse des vulnérabilités au virus, il faudrait encore ajouter **l'analyse de la vulnérabilité au confinement** qui, lui aussi, frappe plus durement les plus précaires et les moins bien logés. Une étude de l'Insee³ confirme que plus les Français sont pauvres, plus le confinement a été difficile à vivre. Près de 30 % des ménages modestes, davantage touchés par le chômage partiel, les arrêts de travail et les fins de contrats, faute de

¹ Drees, Les inégalités sociales face à l'épidémie de covid-19, juillet 2020.

² Étude Insee Focus, Une hausse des décès deux fois plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France en mars-avril 2020, publiée le 7 juillet 2020.

³ Étude Insee Première, Confinement : des conséquences économiques inégales selon les ménages, publiée le 14 octobre 2020.

pouvoir poursuivre leur activité en télétravail, ont vu leurs revenus diminuer. Parmi cette population, les femmes notamment ont assuré une grande part de la prise en charge des enfants et de l'école à la maison, au détriment de leur activité professionnelle.

Si la connaissance fine de l'épidémie doit encore faire l'objet de recherches approfondies, il apparaît clair que **nos concitoyens les plus pauvres et les plus fragiles ont été plus durement frappés par le virus et les effets de la crise économique**, en dépit des aides exceptionnelles déployées par l'État. Il y a dans ce contexte quelque incompréhension – et, pour les personnes concernées, sans doute quelque désolation – à observer les tergiversations relatives au régime exceptionnel de protection des salariés vulnérables¹ jusqu'à la suspension, par le juge des référés du Conseil d'État, le 15 octobre, des nouveaux critères ouvrant droit à l'activité partielle.

D. LE GRAND EST, AVANT-GARDE SACRIFIÉE FACE AU « ROULEAU COMPRESSEUR ÉPIDÉMIQUE »

1. Une région confrontée à une vague épidémique particulièrement brutale

Lors de son audition par la commission d'enquête, M. Jean Rottner, président du conseil régional de la région du Grand Est a employé l'expression de « *rouleau compresseur* » **épidémique ou viral** pour décrire la situation vécue par la région, en particulier dans les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin.

Le **27 février 2020**, l'ARS du Grand Est confirme l'existence et la prise en charge du premier cas de coronavirus sur son territoire. La situation se dégrade rapidement : le 2 mars, 6 nouveaux cas sont confirmés ; le 4 mars,

¹ Comme le résume Francis Kessler dans *Le Monde* du 9 septembre 2020 : « Le législateur avait annoncé un décret qui fixerait la date de fin de cette indemnisation [qui à défaut] prendrait fin le 31 décembre 2020. [...] La situation s'est encore compliquée avec la publication de circulaires successives sur l'activité partielle [...] qui à plusieurs reprises ont annoncé une date anticipée de fin du dispositif [...]. À la question 17 d'une version du 21 juillet 2020, le ministère annonçait une fin du dispositif hors Mayotte et Guyane, au 31 juillet 2020. Trois jours plus tard (!), le même document révisé mentionnait la date du 31 août 2020. Puis, dans une version diffusée le 27 juillet 2020, le document ne précisait plus rien. Toutefois, l'échéance du 31 août se trouvait encore à la page 4 d'un autre texte ministériel daté du 3 août 2020 [...]. La confusion aura duré tout l'été. Le décret n° 2020-1098 du 30 août a finalement abandonné une réduction de la durée d'application du dispositif. On en revient, sous l'effet de l'augmentation des infections et pour l'instant, au 31 décembre ! Mais ce nouveau texte réduit à quatre au lieu de onze auparavant les catégories de bénéficiaires. Ainsi, les personnes obèses ou diabétiques de moins de 65 ans ne peuvent plus depuis le 1^{er} septembre demander le bénéfice du dispositif d'activité partielle. Pareillement, les salariées enceintes de plus de trois mois avant le 31 août qui ne pouvaient télétravailler étaient éligibles au dispositif ; celles qui sont dans la même situation depuis le 1^{er} septembre ne le sont plus et sont donc censées retourner travailler dans les locaux de l'entreprise ».

26 patients sont recensés comme porteurs du coronavirus ; le 6 mars, 81 cas ont été dénombrés par les services de l'ARS ; à partir de cette date, le nombre de cas confirmés augmente de plus d'une centaine par jour ; leur nombre est de 262 le 8 mars, de 310 au 9 mars, de 464 au 10 mars, de 587 au 11 mars.

Le pic de l'épidémie est atteint dans la semaine du 23 mars au 30 mars, avec 4 416 passages aux urgences pour suspicion de covid-19 et 1 494 consultations dans les centres de SOS Médecins¹. La semaine suivante enregistre, du 30 mars au 5 avril, 3 777 nouvelles hospitalisations. Au 8 avril, 4 819 personnes étaient hospitalisées, dont 950 personnes en réanimation. À compter de cette date, la crise recule progressivement.

Parmi les facteurs ayant contribué à la brutalité de la diffusion du virus dans la région, les acteurs auditionnés par la commission d'enquête ont mentionné la tenue d'un rassemblement évangélique à Mulhouse du 17 février au 21 février. Cet événement, dont le rôle semble comparable à celui de la tenue de matchs de football en Italie du Nord, paraît expliquer la dynamique singulière de l'épidémie, qui a fait du **Grand Est l'une des régions les plus touchées**.

2. Une gestion centralisée, aveugle face aux spécificités territoriales, sourde aux alertes émises du terrain

a) Des alertes ignorées par la gouvernance nationale de crise

Si à l'échelon national certaines alertes ont été dûment relevées au mois de janvier², il semble qu'à la fin du mois de février **la gestion de crise centralisée ait été insuffisamment attentive aux alertes émises du terrain**. M. Christophe Lannelongue, directeur général de l'ARS du Grand Est jusqu'au 8 avril 2020, a ainsi fait part d'alertes transmises à l'échelon national de la gestion de crise et restées sans réponse.

Pour reprendre les propos devant la commission d'enquête de M. Jean Rottner, c'est le **2 mars 2020** qu'un médecin réanimateur évoque pour la première fois, face au cas d'un patient admis au centre hospitalier de Mulhouse, « *la possibilité non pas d'un cluster familial [comme ont pu être perçus ceux des Contamines-Montjoie et de Crépy-en-Valois], mais bien d'un vrai foyer épidémique* ». Le **5 mars**, le chef de l'État est prévenu par un message privé du président de région que « *la situation à Mulhouse et dans le Haut-Rhin s'apparente davantage à une épidémie* »³, dissipant à cette date tout doute sur la nature du phénomène qui pouvait alors subsister.

¹ Chiffres fournis par M. Christophe Lannelongue, ancien directeur de l'ARS du Grand Est.

² Voir à cet égard la partie du rapport consacrée à la précocité des alertes reçues par l'administration centrale.

³ Audition de M. Jean Rottner, président de la région Grand Est, 8 juillet 2020.

Toutefois, le **6 mars**, le Premier ministre décide simplement « *de faire passer [le département du Haut-Rhin] en stade 2 renforcé* » du dispositif Orsan, maintenant ainsi le département dans la phase d'endiguement du virus, et non d'atténuation de l'épidémie (stade 3)¹. À la même date, le Président de la République incite les Français à se rendre au théâtre, précisant qu'il n'existe « *aucune raison, mis à part pour les populations fragilisées, de modifier nos habitudes de sortie* ».

S'ouvre alors une **période de quinze jours**, proprement déconcertante aux yeux des rapporteurs, au cours de laquelle **la propagation épidémique, bien que nettement caractérisée à l'échelle de la région du Grand Est, n'entraîne de la part de l'État, et singulièrement du ministère de la santé, aucun ajustement de la doctrine préparatoire ci-dessus décrite**. Au cours de ces quinze jours, se sont juxtaposées deux réalités quasi parallèles : celle d'une région qui, en application d'une doctrine ministérielle en décalage, a engagé son système hospitalier dans la lutte contre l'épidémie sans disposer des moyens correspondants, et celle de l'État qui se maintenait dans un simple objectif d'endiguement.

À titre d'exemple, la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (Craps) indique, dans une note en date du 25 juin 2020 transmise à la commission d'enquête, avoir signalé auprès des autorités nationales « *des tensions sur les stocks d'EPI (équipements de protection individuelle) des établissements de référence* » et formulé une « *demande d'instruction au niveau national de la part de l'ARS Grand Est* »². La même note indique que **ce signalement est resté sans réponse**, ce que M. Lannelongue a déploré lors de son audition³.

De façon analogue, **la proposition d'un confinement du département du Bas-Rhin a été formulée par la préfète, Mme Josiane Chevalier, et M. Christophe Lannelongue dès le 5 mars**. Ce dernier explique à cet égard, que cette proposition conjointe « *a été rejetée sans que le préfet et le directeur de l'ARS n'aient pu faire connaître les raisons qui pouvaient l'amener ; ce retard a eu très probablement des conséquences sérieuses notamment sur la situation dans les Ehpad du Haut-Rhin et sur la propagation de l'épidémie dans le reste de la région* ».

¹ Pour rappel, ce n'est que le 14 mars que le stade 3 du dispositif Orsan sera déclenché à l'échelle nationale.

² « Note décrivant les faits marquants relatifs à la gestion des EPI lors de la crise covid-19 », Craps Grand Est, 25 juin 2020.

³ Lors de son audition par la commission d'enquête, M. Christophe Lannelongue a ainsi déclaré : « [Les réunions quotidiennes organisées par le DGS à 20 heures] permettaient une expression, mais il n'y avait pas de relations bilatérales qui auraient permis de faire état de la situation particulière du Grand Est. Par exemple sur les masques, il n'y a eu que deux réunions. Nous avons commencé à alerter sur les masques le 17 février, craignant une pénurie. Ce signalement est resté sans réponse. »

b) Une gouvernance nationale insuffisamment soucieuse des spécificités du terrain

Le rôle de l'ARS, tel que décrit par M. Étienne Champion, directeur général de l'ARS des Hauts-de-France auditionné par la commission d'enquête, est conçu comme « *une instance qui doit introduire de la souplesse dans le rapport entre le national et le local* », qui « *doit avoir une certaine autonomie dans le respect, évidemment, des règles nationales, mais (...) doit se nourrir du terrain* ».

Or le pilotage de la crise dans le Grand Est a été décrit comme excessivement centralisé, **restreignant à l'excès la liberté d'action de l'ARS et des acteurs de terrain** pour procéder à une gestion de crise au plus près de la spécificité des besoins locaux. Comme en a fait part M. Lannelongue dans ses réponses aux questions écrites de la commission d'enquête, « *le mode de pilotage du niveau central a conduit à des retards dans la prise de décision et à une incapacité à prendre en compte les spécificités de la situation de la région Grand Est* ». Ce pilotage aurait ainsi eu deux principaux défauts.

D'une part, il aurait fait preuve d'une **lourdeur excessive**, sans que celle-ci soit liée à une concertation efficace des acteurs de terrain. Au début du mois de mars, est mise en place une réunion quotidienne d'une heure environ, organisée à 20 heures chaque soir associant le DGS, les responsables du centre de crise sanitaire (CCS) ainsi que l'ensemble des directeurs généraux d'ARS. M. Lannelongue a décrit ces réunions comme insuffisamment organisées dans un premier temps, « *sans véritable préparation et notamment sans ordre du jour ni compte rendu formel de façon à permettre un minimum de suivi des décisions* ». **Chronophage et lourd, ce pilotage n'en était pas moins inefficace**. Cette difficulté a néanmoins été progressivement levée au cours du mois de mars 2020 : la présence à partir du 20 mars du directeur de cabinet du ministre, la présence une fois par semaine des deux ministres et de leur cabinet auraient permis de **mieux structurer ces réunions de pilotage et d'en améliorer l'efficacité**.

D'autre part, **l'uniformité de l'approche nationale** a constitué un obstacle pour la gestion de crise dans les premiers territoires touchés, que le pilotage excessivement centralisé ne permettait pas de lever. Comme l'a relevé le rapport de retour d'expertise du général Richard Lizurey, « *la forte centralisation des décisions a laissé une plus faible place aux initiatives locales, dans un contexte où l'épidémie connaissait pourtant une forte hétérogénéité territoriale* »¹. Il semble ainsi que dans un premier temps les ARS aient été moins considérées comme des partenaires, à même d'appliquer mais également de proposer des mesures de lutte contre l'épidémie, que comme des exécutants de décisions déjà prises.

¹ Rapport de la mission relative au contrôle qualité de la gestion de crise sanitaire, établi par le général Richard Lizurey transmis à la commission d'enquête, juin 2020, p. 8.

Selon M. Christophe Lannelongue, dans cette période, les réunions de pilotage décrites ci-dessus se caractérisaient par « *le caractère quasi exclusivement descendant de la communication et l'absence de dialogue bilatéral* ».

Cette uniformité de l'approche semble avoir tout particulièrement concerné les premières régions touchées, dont le Grand Est, se dissipant au fur et à mesure que la crise s'étendait à diverses portions du territoire national. M. Lannelongue précise ainsi que l'approche à l'échelon national de la crise a « *commencé à changer à fin mars lorsque l'aggravation de la situation en Île-de-France a conduit les responsables nationaux à s'engager davantage dans le soutien effectif aux ARS des régions les plus touchées par la crise* », entérinant l'idée qu'à mesure que la crise a touché de nouvelles régions, le pilotage national s'est montré plus attentif aux besoins et demandes des ARS.

c) Une intervention tardive de l'État dans la réponse sanitaire

Conséquence directe de cette uniformité, M. Christophe Lannelongue évoque, de la part du niveau central, « *un soutien limité et tardif de la part du niveau central, qui est intervenu pour l'essentiel au moment où la région avait passé le pic de la crise* »¹.

Ces décalages ont eu à terme deux conséquences principales sur l'organisation de la réponse sanitaire à l'échelle de la région : d'une part **plusieurs heurts dans la mise en œuvre d'une réponse hospitalière adaptée au phénomène épidémique** et, d'autre part, certaines **tensions et contradictions en matière d'approvisionnement de matériel de protection individuelle**.

Le **7 mars 2020**, l'ARS du Grand Est déclenche **le premier plan blanc à l'hôpital de Mulhouse**. S'engage alors, à l'échelle régionale, un vaste mouvement de **redéploiement et d'augmentation des capacités des établissements de santé en faveur des unités de réanimation et de soins intensifs**, précurseur de celui qu'a connu le pays à partir de la deuxième quinzaine de mars.

Durant cette période, le soutien limité du niveau central s'explique d'autant moins bien qu'il a été indiqué à la commission d'enquête que des **points d'information quotidiens** ont eu lieu à partir du 2 mars entre les services de l'ARS Grand Est et Santé publique France².

Pour autant, ce n'est que grâce au recours à la **solidarité intra, puis interrégionale** des établissements de santé que la région a pu renforcer, au cours des deux à trois premières semaines de mars, l'armement des services de réanimation de ses zones les plus touchées. Ainsi que l'indique M. Lannelongue dans sa réponse au questionnaire des rapporteurs, « *le renforcement des services de réanimation [a pu s'organiser] en redéployant*

¹ Réponse de M. Christophe Lannelongue au questionnaire des rapporteurs.

² Audition d'élus et de représentants de la région Grand Est, 9 juillet 2020.

les ressources au sein de chaque territoire de groupement hospitalier de territoire (GHT), en ouvrant de nouvelles capacités dans le public mais aussi dans le privé [...] et, quand il est apparu que l'augmentation de capacités ne suffirait plus pour garantir la prise en charge, en organisant des transferts de patients vers les pays voisins et vers d'autres régions françaises ».

- Dans un premier temps, l'effort de création de places en services de réanimation, étroitement **dépendant de l'équipement en respirateurs**, a été essentiellement **porté par l'ARS** avec « une aide très limitée du niveau national en termes de respirateurs et de ressources humaines », cette dernière se limitant à l'envoi de « 70 respirateurs la plupart légers et qui sont arrivés à la toute fin mars et au début d'avril »¹.

À cet égard, le seul renfort dont la région a pu bénéficier de la part de l'État au cours de cette période a été assuré par le service de santé des armées (SSA) *via* le **déploiement annoncé le 16 mars de l'élément militaire de réanimation (EMR)** auprès de l'hôpital de Mulhouse, pour une mobilisation de 27 lits de réanimation et de 235 personnels (en comptant les relèves)². Enfin, le **18 mars**, un message de la DGS adressé aux services de l'ARS confirmait bien qu'il n'était « pas souhaitable de mobiliser les respirateurs d'autres établissements de santé d'autres régions au profit de la région Grand Est : ces régions seront prochainement touchées par la vague épidémique et doivent conserver leurs capacités de réponse »³.

- Ce constat d'isolement du Grand Est a également pu être fait concernant **l'approvisionnement des professionnels de santé hospitaliers de la région en équipements de protection individuelle**. Alors que deux départements (Haut-Rhin et Bas-Rhin) avaient dès le **5 mars 2020** annoncé leur rupture de stocks de masques chirurgicaux⁴, qu'une opération de recensement et de redéploiement des stocks de masques disponibles avait été lancée dès le **9 mars**⁵, et que le **16 mars** une note des services de l'ARS identifiait, « **à nouveau** », « l'approvisionnement en masques comme un sujet majeur de préoccupation voire de colère des professionnels »⁶, M. Lannelongue a indiqué à la commission d'enquête que ce n'était que « **fin mars début avril** que les dotations [prélevées sur le stock d'État] pour les hôpitaux ont commencé à prendre en compte la spécificité du Grand Est ».

¹ Réponse de M. Christophe Lannelongue au questionnaire des rapporteurs.

² Audition de Mme Florence Parly, ministre des armées, 22 septembre 2020.

³ Pièce jointe à la réponse de M. Christophe Lannelongue au questionnaire des rapporteurs.

⁴ Ibid.

⁵ Réponse de M. Christophe Lannelongue au questionnaire des rapporteurs.

⁶ Pièce jointe à la réponse de M. Christophe Lannelongue au questionnaire des rapporteurs.

Plus déconcertant, l'ancien directeur général de l'ARS dit n'avoir été informé que « *le 24 mars que fin février, il y avait un stock national de 110 millions de masques [chirurgicaux]* »¹. Si l'on se réfère aux chiffres évoqués par ce dernier, la cellule de crise sanitaire animée par la DGS a procédé à la **distribution sur l'ensemble du territoire de 13 millions de masques chirurgicaux sur ce stock de 110 millions**, dont seulement 2,8 millions à destination du Grand Est, alors que les demandes de la région s'élevaient alors à 4,5 millions. Le décalage de ces chiffres est à l'origine des commandes de masques chirurgicaux passées concurremment par l'ARS (6 millions) et par le conseil régional (5 millions), que le stock d'État d'alors aurait pourtant pu largement couvrir.

- À la mi-mars, il apparaît clairement que les limites de l'action régionale seront dépassées par les projections de l'épidémie : alors qu'une estimation conduite par l'institut Pasteur prévoit un besoin « *dans une hypothèse moyenne de 1 600 lits de réanimation et dans une hypothèse forte de 5 000 lits de réanimation* »², les capacités du Grand Est, où les opérations de redéploiement sont déjà engagées, s'élèvent alors à 700 lits et ne lui permettront pas *in fine* de dépasser 1 200 lits. C'est en conséquence de cet écart que l'ARS a décidé, là encore en anticipation de ce qui se pratiquerait prochainement au niveau national, de procéder à des **transferts sanitaires**.

Un point fondamental doit être à ce stade souligné : entre le 16 et le 18 mars, les premiers **transferts sanitaires interrégionaux** qui s'organisent depuis la région Grand Est ne peuvent pas s'interpréter – à l'instar de ceux qui auront lieu à partir du **26 mars** sous l'égide d'un régulateur national – comme le signe d'une coordination nationale renforcée, mais comme la **réponse d'une seule région qui peine à faire valoir la spécificité de sa situation et à recevoir du niveau central l'appui en équipement et en ressources humaines correspondant**. À cet égard, la nouvelle version du guide méthodologique mise à la disposition des soignants le 16 mars ne fait aucune mention du protocole en cas de transfert sanitaire interrégional.

À partir du **18 mars** et jusqu'au 6 avril 2020, **le Grand Est a organisé le transfert sanitaire de 322 patients**³, dont 161 dans une autre région française et 171 vers un pays étranger. Le transfert de ces derniers a été initié le 21 mars, soit 5 jours avant la mise en place d'une régulation nationale dédiée, sous l'égide de Mme Cécile Courrèges. Si l'on en croit les acteurs locaux auditionnés, ces premières opérations furent donc davantage le fait des « *contacts initiés par la présidente du conseil départemental du Haut-Rhin [Mme Brigitte Klinkert] avec ses correspondants allemands et suisses et poursuivis par le président de la région [ainsi qu'à] l'engagement très fort des services de coopération transfrontalière de l'ARS* » que d'une impulsion nationale.

¹ Audition d'élus et de représentants de la région Grand Est, 9 juillet 2020.

² Ibid.

³ Soit **48 % du nombre total de patients** (661 d'après les réponses de la direction générale de l'offre de soins) ayant été transférés durant l'épidémie.

Les rapporteurs tiennent à insister sur ce point : le **26 mars**, lorsque le ministère de la santé se saisit de la question des transferts interrégionaux, « *orientée en priorité pour assurer les transferts de patients de l'Île-de-France* », **plus de la moitié des transferts sanitaires en provenance du Grand Est sont déjà accomplis**. À compter de cette date, la récupération par le niveau central de la question s'est traduite « *pour la région Grand Est, par une lourdeur supplémentaire dans l'organisation des transferts avec les régions de l'Ouest, du Sud-Ouest et du Sud* »¹.

Deux incidents particuliers ont marqué cet investissement tardif du niveau central :

- le premier a concerné le transfert d'un patient – en service de médecine – du centre hospitalier de Reims vers une clinique de Tours, manifestement en contradiction avec les doctrines régionale et nationale des transferts, qui en réservaient le bénéfice aux seuls cas de réanimation. Prévu le 30 mars, agréé par le directeur général de l'ARS malgré cette contravention à la doctrine et déjà engagé, le transfert a été annulé le lendemain sur décision de la cellule de crise ;

- le second, plus grave, a eu lieu le 6 avril. Alors que le transfert de cinq patients du centre hospitalier régional de Metz vers l'Autriche avait été arrêté sur décision médicale, la cellule de crise sanitaire a interrompu la démarche, au moment même où les patients s'apprêtaient à être embarqués sur l'Airbus militaire affrété. Des mots même de M. Lannelongue, « *cette décision a suscité une énorme émotion [et bien que] soumis au pouvoir hiérarchique du ministre, [...] si la santé des patients avait été mise en danger par cette décision, [il aurait été] fait un signalement au procureur de la République* »². Interrogée sur les raisons de cette décision, la direction générale de la santé a indiqué qu'elle avait été prise suite à une « *une évaluation objective bénéfice/risque clairement en défaveur de la réalisation de cette opération* ».

De l'ensemble de ces constats, il découle aux yeux des rapporteurs que la **longue première quinzaine de mars**, essentiellement scandée au niveau national par le déclenchement le 14 mars du stade 3 du plan Orsan et la mise en œuvre du confinement le 17 mars, **n'a pas permis à la région Grand Est, pourtant touchée par l'épidémie dès le début du mois, de bénéficier d'un soutien adapté de la part de l'État**.

¹ Réponse de M. Christophe Lannelongue au questionnaire des rapporteurs.

² Audition d'élus et de représentants de la région Grand Est, 9 juillet 2020.

3. La mobilisation sous l'égide de l'ARS de l'ensemble des professionnels de santé de la ville et de l'hôpital

L'un des traits par lesquels la réponse sanitaire du Grand Est s'est distinguée de la doctrine nationale **dès le début du mois de mars** a résidé dans **l'association de l'ensemble des professionnels de santé, ville et hôpital confondus**.

À rebours des préconisations de la version du 20 février du guide méthodologique diffusé par le ministère, qui concentrait l'effort sanitaire sur le seul secteur hospitalier, l'ARS semble avoir profité de structures de concertation bien implantées pour intégrer l'ensemble des acteurs dans la réponse. Dès le début de la crise¹, **les URPS des médecins, des pharmaciens et des infirmiers libéraux ont été associées aux rendez-vous hebdomadaires de suivi**².

Outre ces facilités structurelles, l'ARS paraît également avoir bénéficié d'un **retour d'expérience allemand** aux conclusions plus favorables à la mobilisation précoce des professionnels de ville : en effet, comme l'indique M. Lannelongue dans sa réponse au questionnaire des rapporteurs, *« il est apparu une sous-utilisation de la médecine de ville alors même que l'observation de ce qui se passait en Allemagne semblait montrer que l'accès relativement plus facile des patients covid-19 aux soins primaires avait permis une prise en charge plus précoce et un meilleur recours à l'hospitalisation »*.

Ces choix stratégiques ont eu deux conséquences, distinctes des inflexions prises par la doctrine nationale à la même période :

- une valorisation du **médecin traitant** : en effet, contrairement aux préconisations ministérielles, l'ARS a promu dès le **4 mars** une **stratégie de priorisation à l'hospitalisation des patients présentant des symptômes respiratoires graves et de maintien à domicile des autres cas**. Le **9 mars**, était finalisé un *« protocole de prise en charge en ville pour les patients atteints de la covid-19 »* rédigé en partenariat avec les URPS concernées et conçu pour les formes faiblement symptomatiques³. Il revenait alors au médecin traitant – ou, à défaut, à un professionnel de santé volontaire désigné par l'assurance maladie – de diriger l'orientation du patient selon la gravité de son état (conseils, maintien à domicile avec suivi médical, éventuellement renforcé par un soutien infirmier et pouvant aller jusqu'à une hospitalisation à domicile) ;

¹ Le docteur Bernard Llagonne, chirurgien à la clinique d'Épernay a indiqué à la commission d'enquête qu'au sein de « l'URPS, nous avons eu des réunions régulières sur la covid-19 dès le mois de février » (audition de praticiens hospitaliers, 28 juillet 2020).

² Il semble que cette association précoce des professionnels de ville ait produit des résultats sensibles : d'après la consultation lancée par la commission des affaires sociales du Sénat au cours du mois d'avril 2020, 51,5 % des professionnels de santé libéraux de la région Grand Est s'estimaient satisfaits de leur information par leurs autorités sanitaires (contre 50,1 % à l'échelle nationale), ce taux passant à 100 % pour les seuls médecins (contre 12,3 % à l'échelle nationale).

³ Réponse de M. Christophe Lannelongue au questionnaire des rapporteurs.

- cette mobilisation précoce de l'acteur de ville n'a été rendue possible que grâce à l'attention portée à leur **équipement en matériel de protection individuelle**. Là encore, la région a dû **déroger au modèle proposé à l'échelle nationale**, les professionnels de ville étant initialement exclus de la stratégie d'endiguement et n'ayant intégré la réponse sanitaire ministérielle qu'à partir du 14 mars. Aussi, constatant rapidement le dépassement du modèle de l'approvisionnement des professionnels auprès des pharmacies d'officine, rendu « *très peu efficace en l'absence d'un rattachement clair desdits professionnels à une pharmacie* », l'ARS s'est dotée à partir du 23 mars d'une **organisation spécifique qui a permis aux officines de disposer d'un complément de dotation** à celle qui leur était versée par Santé publique France. Ce complément était prélevé par l'ARS sur la dotation hospitalière, par recours à un outil numérique nommé « *distrimasques* » élaboré par l'URPS des pharmaciens.

Dotation en EPI des professionnels de ville dans le Grand Est selon la doctrine nationale et la doctrine régionale

DOCTRINE NATIONALE (volume hebdomadaire)			DOCTRINE REGIONALE (volume hebdomadaire)		
Professionnels/Structures	Masques chirurgicaux	FFP2	Professionnels/Structures	Masques chirurgicaux	FFP2
Médecins G et spécialistes	12	6	Médecins G et spécialistes	50	9 FFP2
Biologistes médicaux	12	6	Biologistes médicaux	12	6
IDE	12	6	IDE	50	9 FFP2
Pharmaciens	18		Pharmaciens	50	
Sages Femmes	6		Sages Femmes	50	9 FFP2
MK	4	2	MK	50	à évaluer selon besoin
Chirurgiens-dentistes		Directement via les ordres	Chirurgiens-dentistes		Directement via les ordres

Source : Pièce jointe à la réponse de M. Christophe Lannelongue au questionnaire des rapporteurs

Ainsi, l'évolution de l'épidémie dans la région Grand Est au début du mois de mars illustre un **double décalage de gestion** du ministère de la santé qui, aux yeux des rapporteurs, explique pour une grande part le bilan déploré par la France à l'issue de la première vague :

- la définition au niveau du ministère de la santé d'une **doctrine de riposte sanitaire uniforme et insusceptible d'inflexions en fonction des réalités locales** s'est montrée totalement contradictoire avec la dynamique de propagation de l'épidémie. Malgré le caractère répété des alertes lancées par les acteurs locaux (ARS et élus), la DGS a attendu la troisième semaine de mars pour adapter la réponse sanitaire à la situation du Grand Est ;

- encore défendable au cours de la phase préparatoire (février), le maintien d'une **doctrine reposant sur l'écart de la médecine de ville et la concentration sur la réponse hospitalière**, alors qu'un foyer épidémique s'était déclaré et que les capacités hospitalières du Grand Est avaient été rapidement saturées, est **inexplicable à partir de la première quinzaine de mars**, quand il devient manifeste que tous les acteurs de la santé devront être mobilisés.

Le pilotage national de crise n'a donc pas constitué, au moins dans un premier temps, un partenaire utile à même d'aider les administrations territoriales en charge des conséquences concrètes de la crise. Malgré sa lourdeur, il n'a pas immédiatement fait la preuve de son efficacité. Il n'a surtout pas été – au moins dans un premier temps – capable d'accorder une pleine confiance à l'échelon territorial de gestion de la crise. **Sourd à ses alertes comme à ses propositions, il aurait gagné au contraire à soutenir et encourager les initiatives qui en émanaient**, qui auraient permis de faire gagner un temps précieux dans la gestion de l'épidémie. Il a résulté de cette gestion centralisée que le Grand Est a paru, au moins dans un premier temps, **effectivement seul face au « rouleau compresseur épidémique »**.

II. LES ATERMOIEMENTS DES POUVOIRS PUBLICS DANS LA GESTION DES BESOINS EN ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE

De janvier à avril-mai 2020, **la France a bel et bien connu une pénurie d'équipements de protection individuelle (EPI)**, au premier rang desquels les masques chirurgicaux et FFP2.

Cette pénurie est la **conséquence directe de la décision, prise en 2018 par le directeur général de la santé, de ne pas renouveler le stock de masques chirurgicaux**, décision entourée de **soupçons de pressions exercées pour modifier les conclusions d'un rapport d'expert** conseillant de décider l'inverse.

Elle est également la conséquence de **choix faits tout au long des années 2010 de ne pas renouveler les masques FFP2 devenus périmés**, choix qui se sont révélés contestables à l'expérience de la crise mais qui l'étaient déjà lorsqu'ils ont été faits. Souvent niée par les pouvoirs publics, illustrant une moindre priorité accordée à la prévention sanitaire, elle s'est révélée être un **handicap difficilement surmontable** dans la « guerre » que les soignants ont livrée au virus.

L'absence de stock d'EPI résultant de ce manque d'anticipation a débouché, logiquement, sur une **réaction du Gouvernement dans la précipitation** lorsque la consommation en EPI a fortement augmenté à partir de mi-février. Compte tenu des tensions sur le marché international et du volume nécessaire, **les commandes passées par l'État n'ont pu être livrées que très progressivement**, empêchant les soignants d'être correctement équipés pendant plusieurs semaines et obligeant à une priorisation des catégories de professionnels de santé pouvant bénéficier de ces EPI.

Parallèlement, le Gouvernement a développé un discours consistant à la fois à **contester l'existence d'une pénurie d'EPI**, à nier le lien pourtant direct entre ses décisions (ou ses absences de décision) et la disparition du stock stratégique d'EPI et à se montrer **faussement optimiste sur le volume réel du stock dont il disposait** et sur l'adéquation de ce stock aux besoins. Pourtant, ainsi que l'ont indiqué le président de l'Association des maires de France et d'autres interlocuteurs¹ à la commission d'enquête, « *toute la médecine de ville, le secteur médico-social, les aides-soignantes, les infirmières et les pharmaciens se sont trouvés dès le début du confinement dans une situation d'absolue pénurie de masques* »². À ces catégories doivent être ajoutés les salariés de la grande distribution (agents de caisse, vigiles, personnel chargé de la mise en rayon, etc.) ou encore le personnel des grossistes-répartiteurs, qui ont approvisionné les officines de pharmacie.

L'examen par la commission d'enquête des documents internes aux autorités sanitaires atteste que **les pouvoirs publics avaient en réalité une conscience bien plus aiguë de l'absence dramatique d'EPI et de son lien avec les décisions prises en 2018**.

Si la situation s'est progressivement rétablie à partir de fin avril-début mai (sauf pour les gants de protection, insuffisants en août), **la pénurie était pourtant largement évitable**.

A. LA PÉNURIE DE MASQUES, CONSÉQUENCE DE CHOIX CONTESTABLES DÈS 2013, AGGRAVÉS EN 2018

Lors de son audition par la commission d'enquête, l'ancienne ministre de la santé Agnès Buzyn a résumé ainsi l'historique de la pénurie : « *l'histoire des masques est donc celle d'une longue succession de changements de doctrine, plus ou moins bien compris par les acteurs de terrain et avec des lenteurs de mise en œuvre [...] sans que, à aucun moment, une alerte digne de ce nom n'ait été lancée vers les ministres concernés* »³.

Bien que cette synthèse liste un ensemble d'éléments pertinents, elle en omet d'autres, particulièrement importants, et passe sous silence les responsabilités des différents acteurs :

- **L'interprétation** qui a été retenue des doctrines de constitution des stocks de 2011 et 2013, invoquée pour justifier le non-renouvellement des stocks de masques FFP2 depuis 2013 environ, **est fortement contestable** et semble dissimuler la poursuite d'autres objectifs, notamment budgétaires ;

¹ Lors de son audition du mardi 28 juillet, le chef du service de médecine intensive-réanimation du CHU d'Angers a ainsi indiqué qu'« il aurait probablement fallu activer plus tôt l'ensemble du système de santé, notamment les médecins généralistes, mais il aurait fallu alors pouvoir leur fournir des masques ».

² Audition de M. François Baroin, président de l'association des maires de France, 29 juillet 2020.

³ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

- la quasi-disparition du stock de masques chirurgicaux en 2018, et surtout son non-renouvellement par le DGS, ne résultent pas directement d'un changement de doctrine, puisque la réflexion en la matière venait de débiter, mais bien d'un **choix assumé, pourtant sans réel fondement si ce n'est budgétaire** ;

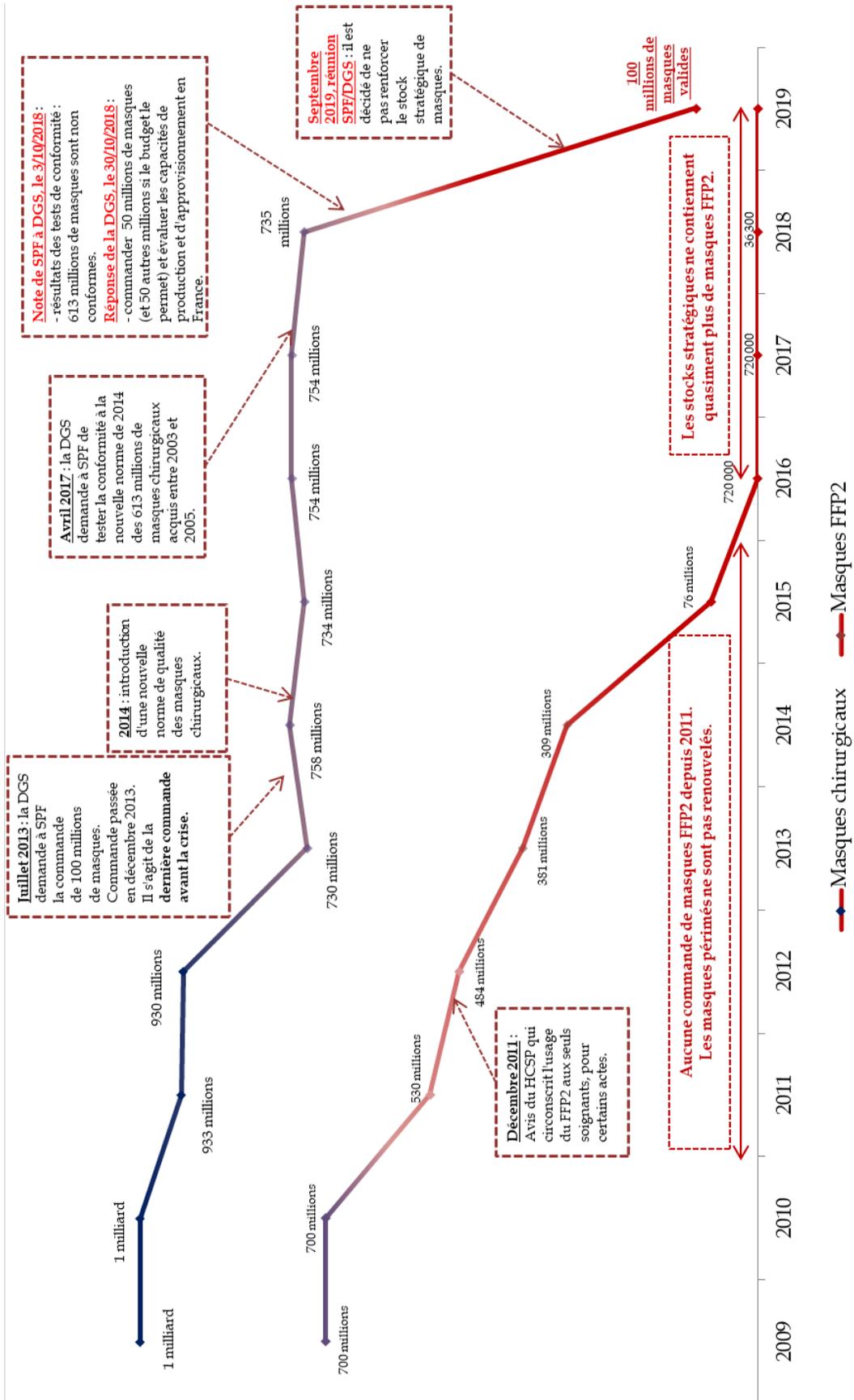
- la pénurie de masques s'est révélée d'autant plus dramatique que **les deux ministres successives - Mmes Touraine et Buzyn - n'ont jamais été informées de la quasi-disparition de ces stocks**, la seconde ne l'étant que fin janvier 2020 ;

- le **fiasco des masques** est également celui d'une communication exagérément optimiste, pour ne pas dire volontairement mensongère « par omission ».

1. Entre 2009 et 2019, les stocks stratégiques de masques sont passés de presque 2 milliards d'unités à 100 millions environ

Alors qu'ils étaient composés d'environ 1,7 milliard d'unités en 2009, les stocks stratégiques de masques FFP2 et chirurgicaux ne contenaient plus que **100 millions d'unités valides lors du déclenchement de la crise**. Le tableau ci-dessous retrace leur évolution :

Évolution des stocks de masques FFP2 et chirurgicaux, entre 2009 et 2019



Source : Commission d'enquête à partir des données transmises par Santé publique France

a) *La constitution d'un stock stratégique de près de 2 milliards de masques au mitan des années 2000, dans une logique préventive*

(1) La multiplication des risques sanitaires a été prise au sérieux par les autorités sanitaires

Le concept de stocks stratégiques remonte en France au début des années 2000, lorsque la crise des enveloppes contaminées par le bacille du charbon aux États-Unis a entraîné une prise de conscience des menaces sanitaires d'origine naturelle, accidentelle ou malveillante.

En 2005, l'extension rapide de l'épizootie due au virus influenza H5N1, le haut niveau de mortalité chez les personnes contaminées et la suspicion d'une transmission interhumaine de ce virus ont conduit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à demander à l'ensemble des États membres de se **préparer activement à la survenue potentielle d'une pandémie grippale**. La France décide alors la **constitution de stocks d'État de masques** puisqu'« *en l'absence, à ce stade-là, de vaccin contre ce virus H5N1 et de médicament antiviral adapté, il a paru nécessaire, pour protéger la santé de la population vis-à-vis de ce virus, de réduire son risque d'exposition au virus en étant en mesure de mettre à sa disposition des masques* »¹.

Deux types de masques composent alors ces stocks stratégiques, le plan gouvernemental de prévention et de lutte « pandémie grippale » en date du 6 janvier 2006 indiquant les usages auxquels ils doivent être réservés:

- le **masque chirurgical anti-projection**, dispositif médical destiné initialement à être porté par les malades et leur entourage. Ces masques ne sont alors associés à aucun délai de péremption² ;

- le **masque FFP2**, qui protège son porteur et qui est alors destiné aux professionnels exposés au virus (les soignants, mais également de nombreuses autres professions comme les policiers, les douanes ou les agents pénitentiaires). Les capacités filtrantes de ces masques étant susceptibles de se dégrader avec le temps, ils affichaient un délai de péremption de trois ans. À la suite d'études faites par les fabricants à la demande des pouvoirs publics, ce délai a été porté à cinq ans.

La quantité de masques devant rejoindre ces stocks dépendait de plusieurs critères : le nombre de masques à porter par jour, la durée de la première vague épidémique, les catégories professionnelles concernées ou encore la part du grand public concerné. **Selon l'estimation du besoin, le stock cible à acquérir par l'État était de 1 milliard de masques FFP2 et**

¹ Contribution écrite du professeur Didier Houssin transmise aux rapporteurs.

² En effet, le paragraphe 7 de la norme EN 14683 : 2005 renvoie au paragraphe 13 de l'annexe n° 1 de la directive européenne 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux, aux termes duquel « l'étiquetage doit comporter [...] le cas échéant, la date jusqu'à laquelle le dispositif devrait être utilisé ». La directive laisse donc la possibilité au fabricant d'indiquer une date de péremption ou non.

de 1 milliard de masques chirurgicaux¹ (en se fondant sur l'hypothèse d'une pandémie affectant de 25 à 30 % de la population, chaque malade recevant une boîte de 50 masques). Ces cibles étaient quasiment atteintes en 2009.

Dans l'objectif d'optimiser et de professionnaliser la gestion des stocks nationaux de produits de santé et celle de la réserve sanitaire, un **établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires** (Éprus) a parallèlement été créé par la loi du 5 mars 2007², auquel a été octroyé le statut d'opérateur d'importance vitale (OIV).

(2) L'État avait alors privilégié la production nationale de masques

Selon Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités entre 2005 et 2007, la rapidité de constitution de ces stocks ainsi que leur ampleur ont bénéficié à cette époque d'un « *alignement des planètes quasi exceptionnel* »³, puisque Président de la République comme Premier ministre d'alors soutenaient activement la priorité donnée aux questions de santé.

En outre, **priorité avait été donnée à un approvisionnement français en masques**. En effet, « *nous avons voulu nous doter de capacités de production pour nous mettre à l'abri de la dépendance vis-à-vis des Chinois. Le ministre de la santé chinois m'avait dit que son pays en produisait beaucoup pour nous, mais que si l'épidémie les touchait, nous passerions après eux, qu'il ne fallait pas lui reprocher puisque nous ferions exactement la même chose. Il avait raison !* ». Dans un **souci de diversification des sources d'approvisionnement** qui semble avoir fait défaut depuis, l'État a contracté avec des producteurs français⁴ de masques, dont les capacités de production étaient suffisantes pour produire 150 millions de masques la première année et pour permettre la constitution d'un stock de 700 millions de masques FFP2 en 2009⁵.

Dans une note du 12 juin 2008, le directeur général de la santé indique au directeur général de l'Éprus, le préfet Bernard Boube, que le ministère a déjà commandé 321 millions de masques FFP2 sur la base des protocoles signés avec les producteurs français et que 200 millions d'unités sont encore à commander. En outre, consigne lui est transmise de poursuivre « *l'objectif de maintien d'une capacité de production sur le sol national dont l'État pourra se prévaloir en cas de pandémie* ».

¹ Contribution écrite du professeur Didier Houssin transmise aux rapporteurs.

² Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.

³ Audition de M. Xavier Bertrand, ancien ministre de la santé, 22 septembre 2020.

⁴ Paul Boyé, Thuane, Baccou-Daloz, Macopharma.

⁵ En particulier, l'entreprise Baccou-Daloz s'était engagée à parvenir à produire 180 millions de masques FFP2 en régime de croisière.

b) Un assèchement drastique du stock de masques FFP2 entre 2012 et 2017

Selon les données de Santé publique France, **le stock stratégique de masques FFP2 est passé de 700 millions d'unités en 2010 à 380 millions en 2013 (- 46 %) et à 700 000 en 2016 (- 99,9 %).**

En février 2020, le stock s'élevait à 962 300 unités¹.

À la différence des masques chirurgicaux, les masques FFP2 affichent une date de péremption (de trois ans environ²) : à partir de la fin des années 2000, ceux acquis à partir de 2005 sont donc progressivement éliminés et remplacés par de nouvelles acquisitions de la direction générale de la santé (150 millions de masques acquis en septembre 2008 puis 408 millions en juillet 2009, livrés jusqu'à fin 2011).

Volume de destruction des masques FFP2, de 2010 à 2019

(en millions)

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
76 M	226 M	47 M	102,7 M	71,9 M	233,2 M	75,1 M	n.c.	0,68 M	0,036 M

À partir de cette date, toutefois, plus aucune nouvelle acquisition ne masques FFP2 n'est réalisée : le stock diminue donc logiquement au gré des éliminations successives des masques devenus périmés. Les autorités sanitaires indiquent que l'absence de renouvellement est consécutive à la publication en 2011 d'un avis du Haut conseil de santé publique (HCSP) qui circonscrit l'emploi des masques FFP2 et à l'édiction en 2013 d'une doctrine rappelant la responsabilité des employeurs dans la constitution éventuelle de ces stocks. Le lien direct fait entre ces deux documents et le choix de ne pas renouveler le stock national est pour autant fortement contestable (*cf. infra*).

c) La disparition quasi intégrale du stock de masques chirurgicaux à partir de 2018

Alors que le stock stratégique contenait un milliard de masques chirurgicaux en 2009 et encore 735 millions en 2018, il n'en contient **plus que 100 millions d'unités valides fin 2019**. En 2018, en effet, **613 millions de masques sont jugés non conformes** à une nouvelle norme introduite en 2014.

¹ Contribution écrite de M. Jérôme Salomon, directeur général de la santé, transmise aux rapporteurs.

² La durée de péremption est portée à cinq ans à partir des acquisitions de 2009.

(1) En 2014, l'introduction d'une nouvelle norme implique le contrôle de la conformité du stock de masques, qui ne sera pourtant réalisé que quatre ans plus tard

(a) Les masques doivent désormais respecter une norme de propreté bactérienne

Les masques chirurgicaux n'affichent de date de péremption que depuis 2010. Pour autant, en tant que dispositifs médicaux, leur conformité à un ensemble de normes sanitaires (qualité de la filtration, résistance à la ventilation) a toujours été une condition de leur commercialisation.

À partir de 2014, **une nouvelle norme¹ exige qu'outre les deux normes susmentionnées, la charge microbienne des masques chirurgicaux n'excède pas 30 UFC** (unités formant colonie) par gramme de masque testé. Autrement dit, compte tenu du fait que les masques ne sont pas des outils stériles, il importe de s'assurer que leur contamination naturelle par des bactéries reste à un niveau très faible.

Informé de cette évolution de la norme, le directeur général de la santé, M. Benoît Vallet, saisit l'ANSM d'une demande de faisabilité technique d'un contrôle² des 613 millions de masques acquis en 2005 et 2006 qui ne comportent pas de date de péremption. L'agence lui indique le 18 septembre 2014 deux laboratoires susceptibles de réaliser ces tests ; le 13 novembre 2014, le directeur général de la santé demande au directeur général de l'Éprus de se rapprocher des deux laboratoires afin, d'une part, de déterminer le coût que représenteraient ces tests et, d'autre part, de lui transmettre son avis concernant l'opportunité de procéder à ces tests et de maintenir ou non de ces produits dans le stock national.

(b) Pour autant, les tests ne seront réalisés qu'en 2018, en raison de plusieurs retards inexplicables

La demande officielle de contrôler la conformité des 613 millions de masques chirurgicaux n'est transmise au directeur général de Santé publique France (qui a absorbé l'Éprus en 2016) que le 19 avril 2017, soit près de trois ans après l'introduction de la nouvelle norme bactérienne.

Le directeur général de la santé d'alors, émetteur de cette saisine, justifie ces délais par la conjonction de plusieurs facteurs :

- la difficulté d'identifier un prestataire susceptible de réaliser ces tests compte tenu du fait que cette norme était récente ;

- la répartition des 613 millions de masques chirurgicaux en 970 lots différents de taille variable et répartis sur plusieurs sites de stockage, impliquant de multiplier les points de prélèvement et donc d'augmenter les coûts ;

¹ Il s'agit de la norme EN 14683 : 2014, qui revisite la norme EN 14683 : 2005.

² Les cinq tests réalisés étaient : efficacité de filtration bactérienne, pression différentielle, propreté microbienne, cytotoxicité, tests de sensibilisation et d'irritation, résistance des lanières.

- la nécessité de prévoir un cahier des charges spécifique entre l'Éprus et le prestataire afin de réaliser un test de rupture des élastiques, critère spécifique n'existant pas initialement dans la norme.

Surtout, le choix a été fait d'attendre la **fin du transfert des palettes** de produits des différentes plateformes locales vers la nouvelle plateforme centralisée de Vitry-le-François¹, initié en avril 2015². Selon M. Vallet, un prélèvement avant transfert aurait en effet pu être inopérant en cas d'avarie du lot due au transfert. En outre, cela « *permettait de faciliter l'échantillonnage en diminuant les points de prélèvements, de s'assurer que les produits contrôlés avaient été vérifiés au préalable au cours d'un inventaire (un inventaire complet a été réalisé après toutes les réceptions) et de pouvoir suivre dans le temps et sur les mêmes références sans changement de conditions de stockage les résultats des tests* »³. Le transfert de l'ensemble des palettes, qu'il s'agisse de produits pharmaceutiques ou non, a été **achevé fin mars 2016**.

Santé publique France notifie au centre d'expertise belge Centexbel un accord-cadre le 19 février 2018 et en informe le DGS le 9 mars 2018. Les conclusions du centre sont rendues à Santé publique France le 4 septembre 2018. Au total, **la conformité des masques chirurgicaux acquis en 2005 et 2006 aura été contrôlée environ quatre ans après l'introduction de la norme**.

Si certains délais semblent compréhensibles (comme celui lié à l'attente de la fin du transfert des palettes des plateformes zonales vers la plateforme centrale), d'autres sont au contraire **inexplicables**, qui plus est au regard de l'importance que revêtaient ces tests de conformité, et interrogent franchement sur le niveau d'attention porté par les autorités sanitaires (DGS comme Santé publique France) à la qualité effective d'un stock dit stratégique. C'est le cas notamment :

- du **délai de plus d'un an** entre la fin du transfert des palettes de produits des plateformes zonales vers la plateforme centrale (en mars 2016) et la saisine officielle de Santé publique France par le DGS (le 19 avril 2017) ;

- du **délai de dix mois**⁴ entre la saisine de Santé publique France par le DGS et la notification de l'accord-cadre par Santé publique France à la société Centexbel (février 2018) ;

- le **délai d'un mois** entre la remise de ses conclusions par Centexbel à Santé publique France (4 septembre) et la transmission de cette information au DGS (3 octobre).

¹ La construction de la plateforme s'est achevée en octobre 2014.

² Ce transfert des 34 800 palettes des plateformes zonales vers la nouvelle plateforme centrale située à Vitry-le-François a impliqué la mobilisation de 1 057 camions.

³ Contribution écrite de M. Benoît Vallet, directeur général de la santé entre 2013 et 2018, transmise à la commission d'enquête.

⁴ Ce délai de dix mois comprend une période de cinq mois entre la demande du DGS d'avril 2017 et l'avis de publicité émis par Santé publique France le 24 septembre 2017, et une seconde période de cinq mois jusqu'à la passation de l'accord-cadre.

(2) Les masques testés étant jugés non conformes à la norme, la DGS ordonne leur destruction

Ainsi que l'a indiqué Mme Buzyn devant la commission d'enquête, « après la saisine de Benoît Vallet en avril 2017 sur l'état des stocks, Santé publique France met dix-huit mois à réaliser l'audit demandé. Les problèmes sont nombreux : non-conformité au regard de la norme de 2014, moisissures, dégradation des boîtes, entre autres. »¹

Dans son courrier au directeur général de la santé, en date du 3 octobre 2018, M. François Bourdillon, directeur général de Santé publique France, précise en effet que « les résultats obtenus sur les quatre références ont montré une non-conformité des masques aux tests exigés dans la norme européenne, en particulier pour les essais de filtration bactérienne et de respirabilité ». Les échantillons testés représentant 80 % du stock des 613 millions de masques chirurgicaux, **il est proposé au DGS de ne pas poursuivre le programme de tests sur les 20 % de référence restantes**, produites pour partie par les mêmes fabricants que celles déjà évaluées, « et de considérer que l'ensemble des masques sans date de péremption acquis dans les années 2003-2005 sont non conformes et ne peuvent en conséquence être utilisés. Dans ces conditions, le stock valide restant serait de 99 millions de masques dont 63 millions arrivent à péremption en 2019 et 30 millions en 2020. »

En conséquence, **la DGS ordonne le 30 octobre 2018 à Santé publique France de procéder à la destruction de ces 613 millions de masques chirurgicaux non conformes**, qui occupent entre 20 et 25 000 palettes de la plateforme centrale. 19,62 millions de masques chirurgicaux l'ont été en 2018 et 232,87 millions en 2019. **361 millions de masques n'ont donc pas été détruits**, pour des raisons de coût et de disponibilité moindre de l'entreprise chargée de leur destruction, compte tenu du fait que le site d'incinération était proche de la société Lubrizol, à Rouen, victime d'un incendie en septembre 2019.

Alors que « le stock était de 796 millions en 2009 contre 714 millions fin 2017, [soit] une quasi-stabilité du stock national » et que « notre stratégie a consisté à maintenir ce stock à un niveau important »², le stock de masques conformes s'est donc soudainement effondré, passant de plus de 700 millions de masques à une centaine de millions fin 2018.

Une note d'avril 2020 de Santé publique France actualise la composition du stock stratégique à fin 2019. À cette date, il contiendrait en effet 534 millions d'unités, dont :

- 360 millions **non conformes** à la norme de 2014 (mais non encore détruits) ;

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

² Audition d'anciens directeurs généraux de la santé, 17 septembre 2020.

- 72 millions de masques arrivant à **péréemption fin 2019** (et non pas 63 millions, comme l'indiquait le directeur général de l'agence) ;

- **100 millions de masques valides.**

Le type exact de non-conformité fait toutefois débat. S'il ne fait aucun doute qu'elle est principalement établie en référence à la norme de 2014, **certains masques auraient également montré des traces de moisissures**¹, vraisemblablement dues aux conditions de conservation. Selon l'ancien directeur général de la santé, M. Benoît Vallet, « *c'est le vieillissement des masques qui doit en être la cause [de la non-conformité] et non les conditions de stockage* »².

(3) L'existence - ou non - de contrôles réguliers de la qualité du stock d'EPI fait l'objet de points de vue diamétralement opposés entre Mme Buzyn et sa prédécesseure

La question de **l'existence de contrôles de la qualité des stocks stratégiques d'EPI se pose avec une acuité renforcée** dès lors que la pénurie est la conséquence directe du constat soudain du caractère défectueux, ou à tout le moins non conforme, de 80 % du stock de masques chirurgicaux. Les travaux de la commission d'enquête ont révélé en la matière une **anomalie inquiétante**, puisque Mmes Buzyn et Touraine apportent des réponses opposées quant à la réalisation de ces contrôles.

Selon Mme Touraine, ministre de la santé de 2012 à 2017, « *pendant toute la période où j'étais ministre, la question de la qualité des masques a été évoquée et évaluée de manière régulière* »³. Dans sa contribution écrite transmise à la commission d'enquête, elle précise que « *des contrôles de tous les stocks stratégiques avaient lieu régulièrement, sous la responsabilité de l'Éprus puis de SPF [Santé publique France]* ». Elle note par ailleurs que les tests réalisés par l'ANSM et la direction générale de l'armement (DGA) en avril 2020 sur les masques chirurgicaux non conformes mais non détruits ont démontré que les masques présentaient toujours des performances de filtration d'aérosols proches de leurs qualités initiales.

Mme Buzyn, en revanche, note que « *les problèmes sont nombreux : non-conformité au regard de la norme de 2014, moisissures, dégradation des boîtes, entre autres. Il y a fort à parier que [les masques chirurgicaux] n'étaient plus conformes depuis plusieurs années ; je ne pense pas qu'ils se soient tous périmés en 2017 ou 2018 – certains avaient déjà dix ans d'âge en 2013. Le stock de 700 millions affiché pendant toutes ces années n'a donc jamais fait l'objet d'évaluation qualitative.* »⁴

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020 ; audition sur les équipements de protection individuelle, 10 septembre 2020.

² Contribution écrite de M. Benoît Vallet transmise à la commission d'enquête.

³ Audition de Mme Marisol Touraine, ancienne ministre de la santé, 17 septembre 2020.

⁴ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

Elle estime par ailleurs que « *cet audit a révélé que le statut d'établissement pharmaceutique de Santé publique France n'a pas été exercé de façon optimale pour le dire ainsi... Lorsque vous découvrez que des stocks stratégiques de l'État n'ont fait l'objet d'aucune évaluation avant votre arrivée, et qu'à votre arrivée en responsabilité vous trouvez tout cela périmé... Disons que l'on semble avoir eu des priorités* ».

Ce désaccord illustre, à nouveau, **la confusion et le manque de communication qui ont entouré la gestion et le contrôle des stocks stratégiques d'EPI**. Il semble en effet que si des contrôles réguliers étaient effectivement effectués, Mme Buzyn en aurait vraisemblablement été informée, si ce n'est avant le déclenchement de la crise, à tout le moins durant les mois qui se sont écoulés jusqu'en septembre 2020.

L'importance de contrôler régulièrement la qualité des stocks a été, en outre, considérablement augmentée par le fait qu'**aucune nouvelle acquisition de masques chirurgicaux** (par hypothèse, exempte de dégradation pendant quelques années) **n'a eu lieu entre juillet 2013 et juillet 2019** (cf. *infra*). Par conséquent, si une dégradation affecte le stock dormant et que celle-ci n'est repérée que tardivement, la destruction subséquente affecte l'ensemble du stock. Si au contraire des acquisitions régulières étaient réalisées, la dangerosité qui résulterait de la destruction soudaine d'une partie du stock serait amoindrie par ces « apports ».

Proposition n° 2 : définir un programme de contrôle et d'évaluation réguliers de la qualité des produits composant les stocks stratégiques d'État et informer la direction générale de la santé des résultats des tests. En cas d'édiction de nouvelles normes de qualité, évaluer au plus vite la conformité des stocks à ces nouvelles normes

2. Les pouvoirs publics justifient la disparition du stock de masques FFP2 par une interprétation exagérément restrictive de deux doctrines élaborées en 2011 et 2013

a) L'avis de 2011 du Haut conseil de la santé publique (HCSP) circonscrit l'usage du masque FFP2 mais préconise le maintien d'un stock stratégique d'État, à rebours des choix opérés par les autorités publiques

Le Haut conseil de santé publique (HCSP) est saisi le 27 avril 2010 par le directeur général de la santé, M. Didier Houssin, d'une demande écrite d'« *avis sur la stratégie à adopter vis-à-vis des masques, en particulier sur l'opportunité de reconstituer un stock national de masques* ». En particulier, le DGS demande que le HCSP « *définisse le ou les types de masques devant constituer ce stock d'État (FFP2, masques chirurgicaux...)* » et émette des recommandations pour déterminer le dimensionnement du stock.

Cette demande fait suite au constat que durant la pandémie grippale A (H1N1), y compris lorsque sa gravité a été perçue comme la plus forte par l'opinion, l'utilisation de masques FFP2 en milieu hospitalier avait fait débat et s'était révélée faible : sur les 180 millions de masques FFP2 distribués, 48 millions seulement n'avaient pas été restitués à l'Éprus (et avaient donc été utilisés)¹.

L'avis du HCSP² a été rendu le 1^{er} juillet 2011.

(1) L'avis du HCSP préconise de circonscrire l'usage du masque FFP2 aux professionnels les plus exposés, pour des raisons diversement partagées

En préambule, le HCSP rappelle que le stock d'État de masques respiratoires « *est destiné à être utilisé en situation d'émergence d'un agent à transmission respiratoire hautement pathogène* ».

L'apport principal de cet avis réside dans ses **indications relatives au port du masque en population générale ou en milieu professionnel** :

- les **cas suspects, possibles ou confirmés**, les personnes vivant dans l'entourage immédiat d'un cas suspect et contribuant à ses soins, de même que les personnes se rendant dans des lieux publics ou se déplaçant en transports en commun, devraient porter un **masque chirurgical** (durant la période de contagiosité du sujet malade ou lors de la fréquentation des lieux publics) ;

- les **personnels non soignants exposés** au risque du fait de leur profession (les métiers de guichet, par exemple) devraient porter un **masque chirurgical** ;

- les **personnels directement exposés à un risque élevé** (personnels de santé exposés, de laboratoire, de secours, des établissements de ramassage et de traitement des déchets, *etc.*) devraient porter un masque de type **FFP2**.

En particulier, le HCSP précise qu'« *en cas d'agent respiratoire hautement pathogène, le port d'un appareil de protection respiratoire de type FFP2 chez les soignants doit être envisagé pour toute situation exposant à un risque de transmission aérienne de l'agent, notamment à l'occasion d'un acte impliquant un contact direct avec un cas suspect ou confirmé et/ou en cas d'entrée dans une pièce où se trouve un cas suspect ou confirmé potentiellement contagieux et ce quel que soit le mode d'exercice (hospitalier ou libéral) et le lieu d'exercice (hôpital, cliniques, Ehpad, [...])* »³.

¹ Rapport d'information n° 270 fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur l'étude de la Cour des comptes relative à l'utilisation des fonds mobilisés pour la lutte contre la pandémie grippale A (H1N1) par M. Alain Milon, 1^{er} février 2011 (p. 39).

² Haut conseil de la santé publique, Avis relatif à la stratégie à adopter concernant le stock d'État de masques respiratoires ; 1^{er} juillet 2011.

³ Page 4 de l'avis du 1^{er} juillet 2011 du HCSP.

Contrairement à un argument régulièrement avancé par les autorités sanitaires ou politiques interrogées par la commission d'enquête, **l'avis du HCSP ne circonscrit donc pas l'usage du masque FFP2 uniquement aux actes médicaux les plus risqués** (les actes dits « invasifs »). En effet, il prévoit un usage de ce type de masque par les soignants y compris pour des gestes quotidiens comme le fait de rentrer dans une pièce où se situe un malade, voire un cas simplement suspect, lorsque l'agent respiratoire est hautement pathogène.

De fait, l'avis du HCSP préconise une révision importante des principes qui avaient prévalu jusqu'alors, puisque l'usage du FFP2 était auparavant prévu pour un éventail plus large de professions, incluant les policiers, douaniers, et autres personnels en lien avec du public.

(2) L'absence de commandes de masques FFP2 depuis cet avis, confirmée par les acteurs entendus

Ainsi que l'a indiqué le directeur général de la santé en poste de 2011 à 2013 à la commission d'enquête, il a été décidé en 2012 que compte tenu du niveau élevé du stock (500 millions d'unités environ à cette date), de la faible utilisation de ces masques durant la pandémie de 2009 et de la restriction d'usage prévue par l'avis du HCSP, les acquisitions de masques FFP2 ne reprendraient qu'à compter de l'année 2014¹. Cette proposition a fait l'objet d'une note au ministre en date du 31 janvier 2012 ; sa directrice de cabinet y a répondu favorablement le 9 mars.

Pour autant, **aucune acquisition de masque FFP2 n'est décidée en 2014, ni à aucun moment jusque fin janvier 2020**. Santé publique France indique ainsi qu'« *il n'a plus été demandé à l'Éprus puis à Santé publique France de procéder à l'acquisition de masques FFP2 dans le stock stratégique de l'État* »². Ces produits étant périssables, le stock diminue progressivement jusqu'à ne contenir plus aucun masque FFP2 en 2019.

(3) Contrairement à la justification avancée par le Gouvernement, l'avis du HCSP ne recommande pourtant à aucun moment la disparition du stock stratégique de masques FFP2

L'ensemble des autorités sanitaires et politiques interrogées par la commission d'enquête a expliqué que **l'absence de commande de masques FFP2 trouvait son fondement dans l'application d'une doctrine de 2013 (cf. infra) et dans l'avis du HCSP de 2011**. Pourtant, **au moins deux éléments substantiels présents dans cet avis de 2011 viennent contredire cette version**, qui s'apparente dès lors à une justification bancale *a posteriori*.

¹ Contribution écrite de M. Jean-Yves Grall transmise à la commission d'enquête.

² Contribution écrite de Santé publique France transmise à la commission d'enquête.

D'une part, le Haut conseil indique clairement qu'il « *recommande que le stock d'État de masques respiratoires soit constitué de masques anti-projections et d'appareils de protection respiratoire [APR, c'est-à-dire des masques FFP2]* »¹. **Il n'est donc pas question de laisser l'intégralité des masques FFP2 se périmer au prétexte que leur usage serait désormais moins fréquent.** Ce point a été par ailleurs confirmé par M. Xavier Bertrand, ministre de la santé en 2011 : « *le changement de doctrine dont il est question avait pour objet non pas de diminuer le nombre de masques, mais de déterminer ce qui était le plus adapté aux uns et aux autres* »².

D'autre part, l'avis du HCSP, s'il préconise de circonscrire l'usage du masque FFP2 aux professionnels de santé, ne le **limite pas aux actes médicaux les plus risqués**, contrairement à ce qui est régulièrement avancé dans le débat public. En effet, comme indiqué plus haut, l'avis rappelle que dans le cas d'un agent respiratoire hautement pathogène³, le port d'un masque FFP2 chez les soignants doit être envisagé « *notamment à l'occasion d'un acte impliquant un contact direct avec un cas suspect ou confirmé et/ou en cas d'entrée dans une pièce où se trouve un cas suspect ou confirmé [...] et ce quel que soit le mode d'exercice [...] et le lieu d'exercice* »⁴.

La combinaison de ces deux affirmations rejette de façon univoque la pertinence d'une disparition du stock de masques FFP2. Le caractère très contestable de l'interprétation qui en a été faite *a posteriori* a par ailleurs été confirmé devant la commission d'enquête : selon M. Didier Houssin, DGS de 2005 à 2011, « *il [...] semble que la lecture qui a été faite de cet avis est un peu restrictive, car il ouvre en réalité à beaucoup plus d'utilisations des masques FFP2 que ce qu'on en a dit* »⁵.

Ce qui semble s'apparenter à une **réécriture de l'histoire** est d'autant plus flagrant que dans une note au ministre du 31 janvier 2012, le **directeur général de la santé lui-même estimait nécessaire, suite à l'avis du HCSP, de « redéfinir la valeur cible du stock de masques FFP2 »** et que « *pour ce faire, [il proposait] d'établir un véritable référentiel opérationnel permettant de préciser l'avis du HCSP sur les conditions dans lesquelles le port du masque est recommandé* ». Conformément au texte de l'avis, il n'était donc pas question, en 2012, de laisser le stock disparaître progressivement⁶.

¹ Page 5 de l'avis du 1^{er} juillet 2011 du HCSP.

² Audition de M. Xavier Bertrand, ancien ministre de la santé, 22 septembre 2020.

³ Interrogé à ce sujet, le professeur Jérôme Salomon a indiqué à la commission d'enquête, lors de son audition du mercredi 16 septembre 2020, qu'« il faut le rappeler aux Français, nous sommes confrontés à une maladie qui n'est, heureusement, pas mortelle dans 99 % des cas. Le caractère "hautement pathogène" n'a donc rien à voir avec Ebola. » Cette affirmation ne conteste toutefois pas la recommandation du HCSP qui s'inscrit dans une logique préventive.

⁴ Page 5 de l'avis du 1^{er} juillet 2011 du HCSP.

⁵ Audition d'anciens directeurs généraux de la santé, 17 septembre 2020.

⁶ Si la note du 31 janvier 2012 préconise de ne pas entamer le renouvellement des masques FFP2 avant 2014, elle n'envisage à aucun moment une absence totale de renouvellement.

Cette option était d'autant plus écartée que la note alertait sur le fait que « *l'absence de nouvelles commandes [risquerait] de mettre en difficulté la filière française de fabrication de masques FFP2* ». Ce choix a donc été fait ultérieurement, à rebours des préconisations du HCSP et de la direction générale de la santé.

Le ministre de la santé lui-même reconnaît que l'avis de 2011 a été interprété comme encourageant une disparition du stock et concède à demi-mot que le lien entre les deux était pourtant peu évident. Le 19 mars 2020 en effet, lors de l'examen en séance publique au Sénat de l'article 6 bis du projet de loi « urgence-covid¹ », M. Olivier Véran a indiqué que « *lors de l'épisode de la grippe H1N1, le Haut Conseil de la santé publique a été saisi de la question [...]. Il a alors été décidé, en vertu d'arguments qui, avec un peu de recul, pourraient être revisités, qu'il n'était plus nécessaire de conserver et de réalimenter des stocks d'État en masques chirurgicaux et en masques FFP2²* ». Les arguments pourraient être en effet d'autant plus facilement revisités, et sans qu'il ne soit besoin d'un recul significatif, qu'**ils semblent avoir été librement inventés, sans lien direct avec le document de 2011.**

- (4) Le HCSP recommande de substituer un stock « tournant » au stock « dormant » afin d'optimiser sa gestion, une proposition restée sans suite

Parmi ses recommandations, le HCSP propose que le stock stratégique ne soit plus « dormant » mais « tournant », c'est-à-dire de transférer aux établissements de santé les masques dont la péremption est proche, et de renouveler cette quantité ainsi libérée. Ce faisant, l'Éprus (puis Santé publique France) serait en mesure de lisser ses acquisitions dans le temps puisqu'il ne rachèterait que les quantités ainsi distribuées au secteur médical et ne procéderait plus à des achats massifs et ponctuels, détruits quelques années plus tard et rachetés à nouveau.

Pour autant, ainsi que l'indique Mme Buzyn, « *l'Éprus jusqu'en 2016, et Santé publique France par la suite, gère les stocks acquis en 2005 et 2009 de façon passive, sans mettre en œuvre les stocks tournants recommandés par le Haut Conseil de la santé publique et, apparemment, sans diversifier les sources d'achat³* ». Par conséquent, cet objectif est répété dans le contrat d'objectifs et de performance signé par la ministre et le directeur général de Santé publique France en février 2018. Toutefois, « *en 2018 et 2019, l'agence ne s'était pas dotée des moyens de répondre au contrat d'objectifs et de performance, s'agissant de la diversification des sources d'achat comme de la constitution des stocks tampons destinés, selon la doctrine de l'époque, à tourner* ». Interrogée à ce sujet, l'agence et la DGS ont indiqué qu'une réflexion est en cours depuis début 2018 à ce sujet.

¹ Projet de loi d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.

² Sénat, JORF, compte rendu intégral, séance du jeudi 19 mars 2020, p. 2526 (<https://www.senat.fr/seances/s202003/s20200319/s20200319.pdf>).

³ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

Il est à noter par ailleurs que le directeur général de Santé publique France partage pourtant l'objectif d'un tel stock tournant, ainsi qu'il l'indique au DGS dans un courrier du 26 septembre 2018 qui résume, entre autres, les conclusions du rapport Stahl sur les contre-mesures en cas de pandémie grippale : « *il convient plutôt de constituer un stock minimal à renouveler* »

Or la non-constitution d'un stock tournant, approvisionné régulièrement, a accentué le caractère brutal de la baisse du stock de masques chirurgicaux en 2018, puisque 613 millions d'entre eux ont été soudainement déclarés non conformes (*cf. supra*).

b) Un changement de doctrine en 2013, qui n'exonère pourtant pas totalement l'État de ses responsabilités

Le deuxième document que les autorités sanitaires invoquent à l'appui de la disparition du stock de masques FFP2¹ est une **doctrine élaborée par le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN), en date du 16 mai 2013, relative à la protection des travailleurs face aux maladies hautement pathogènes à transmission respiratoire²**. L'interprétation qui en est faite est cependant pour le moins contestable, et le désinvestissement du pouvoir central en matière d'anticipation s'est révélé dramatique.

(1) Le contenu de la doctrine de 2013

Le document du SGDSN rappelle tout d'abord que « *la protection des travailleurs relève de la responsabilité des seuls employeurs, publics ou privés* »³ et que « *le code du travail prévoit les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salariés* »⁴.

Il précise toutefois qu' « *une maladie infectieuse hautement contagieuse à transmission respiratoire sort du strict cadre de la "santé et de la sécurité au travail" dans la mesure où l'on a affaire à une menace sanitaire majeure* » et que « *face à un tel risque affectant toutes les personnes indépendamment de leur statut [...] et de leurs activités, il revient aux pouvoirs publics d'apporter une réponse globale* ». Trois types de mesures de prévention et de protection sont envisagés en fonction de l'activité exercée :

- mesures de **suppression du risque** de dissémination des agents pathogènes (arrêt de l'activité, travail à distance) ;

¹ Contribution écrite de Mme Agnès Buzyn transmise à la commission d'enquête ; contribution écrite de Mme Marisol Touraine transmise à la commission d'enquête ; contribution écrite de M. Benoît Vallet transmise à la commission d'enquête.

² Doctrine n° 241/SGDSN/PSE/PSN du 16 mai 2013

³ Page 3 de la doctrine du SGDSN du 16 mai 2013.

⁴ Page 6 de la doctrine du SGDSN du 16 mai 2013.

- mesures de **limitation du risque de dissémination** des agents pathogènes (distance de sécurité, écran de protection, port d'un masque chirurgical par les travailleurs et les usagers à leur contact) ;

- mesures de **limitation du risque de transmission** de la maladie (port d'un masque FFP2 lorsqu'il y a contact étroit sans possibilité de mettre en place une autre mesure).

En outre, la doctrine précise que lorsque la distance de sécurité ou l'écran physique se révèlent insuffisants pour limiter le risque de dissémination des agents pathogènes, « *l'employeur devra prendre les mesures d'organisation nécessaires pour que les travailleurs ne soient en contact qu'avec des personnes à qui l'on aura préalablement distribué des masques anti-projection et qui les porteront effectivement* ».

Enfin, le SGDSN indique qu'« *il revient à chaque employeur de déterminer l'opportunité de constituer des stocks de masques pour protéger son personnel* ».

Il est à noter qu'avant 2013, déjà, les employeurs avaient été invités à procéder de leur côté à l'acquisition de masques FFP2 pour leurs personnels les plus exposés (accueil, guichet, etc.), dans le cadre de la préparation des plans de continuité d'activité¹.

En tout état de cause, rien dans le document du SGDSN n'indique que l'État doit cesser de constituer un stock, stratégique ou d'appoint, de masques FFP2.

(2) Une doctrine interprétée de façon tronquée et exagérément restrictive par les autorités sanitaires conduisant à un désarmement alarmant de l'État en cas de crise

(a) Une interprétation contestable, aux conséquences dramatiques

À partir de 2013, la direction générale de la santé décide d'appliquer cette doctrine² et considère que **l'acquisition des masques FFP2 est désormais de la responsabilité des employeurs** publics (hôpitaux, établissements médico-sociaux, Ehpad, etc.) et privés. En effet, ainsi que l'a indiqué Mme Buzyn à la commission d'enquête, « *l'État considère qu'il a, par deux fois au moins, délégué la responsabilité de disposer de stocks de masques aux établissements : la première par la circulaire de Xavier Bertrand, la seconde par l'avis du SGDSN* »³.

¹ Contribution écrite de M. Didier Houssin transmise à la commission d'enquête.

² Courriel en date du 31 octobre 2013 adressé au DG de l'Éprus par M. Philippe Bourrier, chef du département des urgences sanitaires à la DGS, et contribution écrite de Santé publique France transmise à la commission d'enquête.

³ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

**La distinction, depuis une circulaire de 2011,
entre équipements tactiques et équipements stratégiques**

Une circulaire adressée par M. Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé, à l'attention des directeurs généraux d'ARS de zone, d'ARS et de l'Éprus, en date du 2 novembre 2011, relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé, distingue désormais deux catégories de moyens de réponse au sein du secteur hospitalier :

- les **équipements tactiques**, dont doivent disposer les établissements de santé sièges de SAMU ou de SMUR pour assurer la gestion des situations sanitaires exceptionnelles¹ (postes sanitaires mobiles, qui se présentent sous la forme de malles contenant des équipements et produits pharmaceutiques pouvant assurer la prise en charge pré hospitalière de 25 victimes adultes et enfants (PSM1) ou de 500 victimes (PSM2), respirateurs mobiles, moyens de décontamination, de communication, etc.) ;

- les **équipements stratégiques**, que l'État maintient en renfort, notamment dans les cas où la réserve sanitaire est mobilisée.

Pour autant, si selon Mme Buzyn « le sens principal de l'instruction de Xavier Bertrand est que, en cas de crise, les stocks des établissements de santé doivent être décentralisés au plus près des besoins »², ce dernier **conteste fortement cette interprétation**. Il rappelle en effet qu' « à l'époque les masques n'étaient pas concernés. Ceux-ci restaient du ressort du national parce que c'était stratégique. Le vrai changement, c'est quand il a été décidé en 2013 que chaque employeur devait assurer la fourniture de masques. Mais qui est l'employeur des médecins libéraux ? ».

De fait, la doctrine du SGDSN de 2013 est interprétée comme autorisant l'abandon progressif d'un stock d'État de masques FFP2, puisque sa disparition complète, qui intervient en quelques années, n'alerte pas les autorités sanitaires, ainsi que l'a confirmé à la commission d'enquête l'ancien DGS (2013-2018) M. Vallet : « on ne m'a jamais fait part de débats autour de la diminution du stock de masques FFP2 parce que, dans les faits, les établissements constituent leurs propres stocks »³.

L'interprétation concrète qui est faite de cette doctrine est pourtant fortement contestable :

- les règles concernant le monde de la santé ne figurent pas dans cette doctrine, qui **s'adresse essentiellement aux employeurs privés** (par ailleurs **sans être contraignante**) ;

¹ L'acquisition et la maintenance de ces équipements sont financées par les établissements dans le cadre de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

² Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

³ Audition d'anciens directeurs généraux de la santé, 17 septembre 2020.

- le SGDSN indique qu'il revient à chaque employeur de déterminer l'opportunité de constituer des stocks de masques pour protéger son personnel. **Il ne s'agit donc pas d'une obligation**, sur laquelle les pouvoirs publics pourraient se reposer ;

- les acteurs interrogés estiment que, durant la décennie 2010, la doctrine consistait à conserver uniquement un stock stratégique de masques chirurgicaux, destiné au public (malades et cas contacts) et non aux professionnels de santé¹, alors que **le SGDSN n'appelait pas à ne conserver que des masques chirurgicaux** ;

- à nouveau, **cette interprétation ignore totalement l'avis du HCSP**, pourtant rendu seulement deux ans auparavant, **qui recommande formellement le maintien d'un stock de masques FFP2 et de masques chirurgicaux**. Interrogée à ce sujet, la direction générale de la santé a indiqué que « *l'avis du HCSP étant consultatif, il a été considéré que la doctrine applicable était donc celle issue de la note du SGDSN* »². Or **cette dernière n'est pas plus comminatoire que l'avis du HCSP**, et s'adresse principalement aux employeurs privés.

(b) Une interprétation qui n'envisage à aucun moment l'utilité de disposer d'un stock d'appui en cas de crise importante

S'il paraît légitime de considérer que les établissements de santé acquièrent des masques pour leur gestion courante et pour d'éventuelles crises ponctuelles et que l'État n'a donc pas vocation à les fournir en « temps de paix », **il est particulièrement surprenant qu'aucune réflexion ne soit alors engagée sur l'opportunité pour l'État de conserver à tout le moins un stock d'appui capable de prendre le relai** en cas de crise durable, d'autant que la doctrine du SGDSN n'implique aucunement de renoncer à celui qui existait³.

Sans surprise, l'abandon d'un stock d'appui **laisse le monde médical sans solution** dès lors que ses réserves sont épuisées. Ainsi que l'a rappelé M. Bourdillon, ex-directeur général de l'Éprus puis de Santé publique France, « *quand la crise se déclenche, le stock stratégique [n'était] pas du tout adapté pour faire face à une crise hospitalière, puisqu'il [n'était] pas destiné à cela ; [c'était] aux hôpitaux de s'y préparer* »⁴. **La pertinence de conserver un stock d'appui de masques FFP2, dans ces conditions, est par ailleurs soulignée par M. Vallet** : « *les établissements avaient bien constitué des stocks de masques. Ceux-ci ont peut-être beaucoup diminué et été insuffisamment complétés*

¹ Audition de Santé publique France, 16 septembre 2020 ; contribution écrite de M. Benoît Vallet (DGS de 2013 à 2018) transmise à la commission d'enquête ; audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

² Contribution écrite de la direction générale de la santé transmise à la commission d'enquête.

³ Contribution écrite de M. Jean-Yves Grall (DGS de 2011 à 2013), transmise à la commission d'enquête.

⁴ Audition de M. François Bourdillon, ancien directeur général de Santé publique France, 16 septembre 2020.

par un stock national de masques, qui aurait pu servir de support à ces établissements »¹. **C'est précisément ce stock de masques qui a été abandonné par les autorités sanitaires.**

Plusieurs interlocuteurs ont indiqué à la commission d'enquête que la disparition du stock de masques FFP2 visait potentiellement d'autres objectifs que la simple application de la doctrine du SGDSN, par ailleurs interprétée de façon contestable :

- selon M. Xavier Bertrand, une **logique budgétaire** et court-termiste aurait présidé à ce choix² ;

- selon M. Didier Houssin, la préparation interministérielle au risque pandémique a été « *plus ou moins abandonnée [...] pour des raisons à la fois politiques et financières* »³. Il range parmi les premières les **critiques adressées au Gouvernement** « *puisque nous en avons trop fait entre 2005 et 2009 : il fallait cesser d'investir dans la préparation. De mon point de vue, la planification interministérielle a été stoppée et l'Éprus a été inclus, pour ne pas dire dissous dans Santé publique France* ».

Interrogée sur la pertinence pour l'État de conserver, en parallèle des stocks courants détenus par les établissements de santé, un stock d'appui de masques FFP2, la direction générale de la santé a indiqué que c'était désormais le cas, en vue de la seconde vague épidémique⁴...

Le choix fait de ne plus constituer de stock stratégique de masques FFP2, initialement fondé sur le transfert de responsabilité aux employeurs, s'est révélé **d'autant plus contestable qu'aucun dispositif n'a été mis en place pour vérifier la bonne constitution de ces stocks au niveau local.**

(3) Incompréhensiblement, l'État ne s'est pas donné les moyens de contrôler l'application sur le terrain de cette nouvelle doctrine et constate son échec, tardivement, en février 2020

La doctrine a été diffusée en 2013 aux différents ministères qui, dans les mois qui suivent, ont indiqué au SGDSN l'avoir communiquée auprès de leurs secrétariats généraux, de leurs services déconcentrés ou de leurs opérateurs, dans le cadre notamment de la révision et de la déclinaison du plan « pandémie grippale ». En date du 25 novembre 2013, le ministère de l'économie précise par ailleurs sa volonté de cosigner avec les ministères chargés des affaires sociales une circulaire qui sera adressée aux organisations professionnelles et aux DIRECCTE afin d'organiser la plus large diffusion de la doctrine auprès des entreprises.

¹ Audition d'anciens directeurs généraux de la santé, 17 septembre 2020.

² Audition de M. Xavier Bertrand, ancien ministre de la santé, 22 septembre 2020.

³ Audition d'anciens directeurs généraux de la santé, 17 septembre 2020.

⁴ Contribution écrite de la direction générale de la santé, transmise à la commission d'enquête.

Par ailleurs, une note a été adressée le 18 février 2016 aux différents ministères par le directeur de la protection et de la sécurité de l'État du SGDSN, visant à rappeler cette doctrine de protection des travailleurs et à leur demander de s' « *assurer non seulement de sa diffusion mais surtout de sa mise en œuvre tant au sein de votre ministère que des secteurs d'activité placés sous votre autorité* ».

Il ressort toutefois des travaux de la commission d'enquête que cette doctrine a été insuffisamment relayée auprès des employeurs et donc appliquée de façon très lacunaire, alors même que les autorités sanitaires l'invoquent avec constance à l'appui de leur décision de ne pas renouveler le stock de masques FFP2. Mme Buzyn a ainsi concédé qu' « *apparemment, ce changement [...] n'a pas été accompagné d'une circulaire¹* », et n'aurait été formalisé ni dans une instruction aux ARS, ni aux établissements de santé². Concernant ce dernier point, toutefois, une note du DGS au SGDSN en date du 8 juillet 2013 indique que la doctrine a bien été transmise auxdites ARS.

De fait néanmoins, **entreprises, professionnels de santé libéraux et établissements publics semblent avoir été peu tenus informés de ce document** ou, pour ceux qui l'ont été, semblent ne pas avoir pris la mesure de son importance³. Fort logiquement, les acteurs locaux privés comme publics ne disposaient donc pas des stocks de masques nécessaires, à l'exception de ceux ayant une forme de culture de la prévention (par exemple, EDF).

Une note du 6 février 2020 du DGS à la ministre confirme :

- de façon implicite que **les professionnels de santé libéraux n'ont pas constitué de stock minimal** de moyens de protection puisque le DGS indique à la ministre qu'il conviendrait de les inciter à le faire ;

- de façon explicite que **les stocks constitués par les établissements de santé de trois régions** (Grand Est, Guadeloupe, Martinique) sont **inférieurs à quinze jours**, que les établissements des Hauts-de-France possèdent entre quinze et trente jours de stock et que dans le secteur ambulatoire, une majorité de professionnels ne disposent pas d'un stock minimum de masques FFP2.

Il est à noter que **trois jours auparavant**, pourtant, au cours d'une réunion regroupant les centres de crises ministériels, la DGS et le SGDSN, ce dernier a rappelé la **responsabilité des employeurs en matière de protection des salariés**. Il est donc vraisemblable qu'**en février 2020, le SGDSN considérait légitimement que les employeurs avaient été bien informés de sa doctrine depuis 2013**.

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

² Contribution écrite de la direction générale de la santé transmise à la commission d'enquête.

³ Audition de M. Louis Gautier, ancien secrétaire général de la défense et de la sécurité nationale, 15 octobre 2020.

De fait, cette croyance partagée est alors à l'origine d'une **confusion concernant les modalités du soutien de l'État aux soignants**. En effet, ainsi que le souligne Mme Chêne, directrice générale de Santé publique France, « *ce n'est pas le stock stratégique qui devrait être mobilisé en première ligne pour les professionnels de santé dans une telle situation [lors du déclenchement de la crise], parce que, a priori, il existe des stocks dans les établissements de santé et chez les professionnels de santé* »¹. **Les autorités sanitaires ont donc fait le pari que les employeurs disposeraient de stocks suffisants en cas de crise, et donc qu'une partie de la protection sanitaire du pays dépendrait de cela, sans pour autant s'être assurées du degré d'information dont ils disposaient quant à leurs obligations.**

En conséquence, la note du DGS de février 2020 propose à la ministre que l'État constitue un stock stratégique « *pour pallier les éventuelles difficultés d'approvisionnement des professionnels de santé* », soit précisément l'objectif qui n'a pas été retenu depuis 2013.

Outre les manquements en matière de diffusion de l'information, **les autorités sanitaires ne se sont pas non plus assurées de sa bonne application** sur le terrain.

Certes, un outil informatisé partagé de gestion des moyens de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles a bien été développé par l'Éprus, permettant aux établissements de santé de renseigner la nature et la quantité des types de matériels tactiques dont ils disposent. « *Le nombre de masques FFP2 peut donc tout à fait être renseigné dans le système d'information, même s'il n'est pas pour autant obligatoire pour un établissement de le faire*² ». Si les établissements de santé choisissent de ne pas indiquer la composition de leurs stocks de masques, les autorités sanitaires n'ont aucune visibilité sur ces derniers. L'État semble donc avoir organisé son propre aveuglement en la matière dès 2013, sans qu'aucun responsable politique ou sanitaire n'ait songé par la suite à modifier cet état de fait.

**L'application EPI-Stock, développée en août 2020 :
une initiative salubre mais bien trop tardive**

Afin de pérenniser la surveillance mise en place pendant la crise des stocks d'EPI détenus par les établissements de santé, un système de supervision et de remontée automatique d'informations a été déployé à partir du mois d'août.

L'application EPI-Stock doit permettre au ministère de la santé de visualiser automatiquement sur une carte le niveau de stock des établissements et laboratoires.

¹ Audition de Santé publique France, 16 septembre 2020.

² Les stocks de masques FFP2 ou chirurgicaux constitués par les établissements de santé sont en effet différents des stocks « tactiques » qui se présentent sous la forme de malles contenant des équipements et matériels destinés à être utilisés en cas de survenue d'une situation exceptionnelle notamment liée à un agent NRBC.

Ce n'est en effet que durant la semaine du 28 janvier 2020 que la ministre sera informée que les stocks de masques, de gants et d'autres EPI constitués par les hôpitaux sont insuffisants pour affronter la crise¹.

Proposition n° 3 : prévoir la constitution, au plus près des besoins, de stocks « de crise » de masques chirurgicaux et FFP2 et se doter des moyens de contrôler et de suivre le niveau de ces stocks :

- définir, entre chaque ARS et les établissements de santé et médico-sociaux, en fonction des caractéristiques de leur activité, le stock que ces derniers doivent détenir et en établir un recensement régulier et précis ;
- intégrer la constitution de stocks de masques chirurgicaux et le contrôle de leur qualité par les professionnels de santé libéraux parmi les critères de la rémunération sur objectifs de santé publique ;
- encourager l'acquisition par chaque ménage d'une boîte de 50 masques chirurgicaux

3. Informé de la situation des stocks en 2018, le DGS a pourtant choisi de ne pas les reconstituer, sans en informer la ministre, et en faisant modifier *a posteriori* les conclusions d'un rapport d'experts

Le directeur général de la santé est informé fin septembre 2018 des résultats de l'étude Centexbel (*cf. supra*), alors qu'une réflexion est en cours depuis début 2018 sur l'optimisation de la gestion du stock, réflexion visant à apporter une réponse aux enjeux suivants : « *comment passer d'un stock isolé et dormant à un stock tampon et tournant qui vienne en appui avec des précommandes et qui sollicite des producteurs français pour fournir en priorité en cas de crise les stocks tant tactiques que stratégiques ?²* ».

a) *La DGS a fait le choix de ne conserver qu'une très faible quantité de masques en stock et a modifié un rapport scientifique a posteriori pour justifier sa décision*

(1) Santé publique France informe en 2018 la DGS de la non-conformité de la quasi-totalité du stock de masques chirurgicaux

Le directeur général de la santé est informé de la quasi-disparition du stock de masques chirurgicaux par deux notes successives :

- **une note du 26 septembre 2018** du directeur général de Santé publique France lui indique que les contrôles des masques ont mis en évidence une **non-conformité à la norme de 2014 sur un minimum de 60 %**

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

² Audition de la direction générale de la santé, 16 septembre 2020.

des stocks, « *ce qui ne permet pas de disposer de moyens de protection contre une éventuelle pandémie* ». Il indique également que « *dans ces conditions, il est important qu'une doctrine soit rapidement établie par vos services pour que les éventuelles acquisitions de produits de santé soient mises en œuvre afin de disposer d'un stock avant le deuxième semestre 2019* » ;

- **une note du 3 octobre 2018** du même directeur général l'informe que **l'ensemble des 613 millions de masques chirurgicaux sans date de péremption acquis au mitan des années 2000 sont non conformes** et ne peuvent en conséquence être utilisés. En outre, il lui est indiqué que le stock se compose désormais de 99 millions de masques chirurgicaux, dont 63 millions périssent fin 2019.

Par ailleurs, l'étude de Centexbel traite aussi le cas d'autres produits, puisque « *dans cet audit nous apprenons aussi que la péremption des stocks ne concerne pas que les masques mais aussi de nombreux autres produits, comme les antiviraux, les antibiotiques, les antidotes ; la liste des produits défectueux est datée du début du mois d'octobre¹* ».

À noter toutefois que fin 2019, le stock stratégique de masques chirurgicaux diffère légèrement des chiffres de 2018, puisqu'il s'établit comme suit :

- 362,2 millions **non conformes** à la norme de 2014 (soit 68 % du stock) ;

- 72 millions de masques arrivant à **péremption fin 2019** (et non pas 63 millions) ;

- **100 millions de masques valides** (certains masques commandés en juillet 2019 ayant été livrés).

(2) Face à l'urgence, la DGS ne passe pourtant commande que de 50 millions de masques

(a) Une commande qui ne permet pas même de renouveler le stock se périssant en 2019

Par courrier en date du 30 octobre 2018, soit un mois plus tard, le directeur général de la santé demande à Santé publique France :

- la **destruction progressive des produits « pandémie grippale » périmés**. Environ 20 millions de masques seront détruits en 2018, puis 230 millions en 2019 (sur un total de 613 millions) ;

- **d'acquérir 50 millions de masques** « *pour tenir compte des résultats du contrôle qualité des masques et de l'arrivée à péremption des références en stock* » et, en fonction des marges dégagées sur la procédure d'acquisition des vaccins pandémiques, d'acquérir 50 millions de masques supplémentaires ;

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

- **d'évaluer les capacités de production et d'approvisionnement en France de masques chirurgicaux** pour apprécier la réactivité du marché classique. Il s'agit d'un objectif similaire à celui déjà fixé par le HCSP dans son avis de 2011, par le DGS en avril 2017 lorsqu'il demande à l'agence de contrôler la conformité des masques, et par le contrat d'objectif et de performance signé début 2018.

L'évaluation des capacités de production française : de très maigres résultats

En octobre 2018, la direction générale de la santé prend l'attache du syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM) afin d'appréhender la disponibilité en masques chirurgicaux sur le territoire national, ainsi que les capacités d'approvisionnement en urgence (volumes et délais).

Une seule entreprise adhérente du SNITEM a répondu aux sollicitations du syndicat. Sa capacité de production s'élevait à 4,1 millions de masques chirurgicaux par mois et à 8,2 millions d'unités en cas de situation d'urgence, un délai de douze semaines étant estimé nécessaire pour atteindre cette cadence.

En outre, la production indiquée était à destination du monde entier, **la France ne pouvant en obtenir que 15 %.**

Par conséquent, lorsque Santé publique France initie des prises de contact avec des industriels français en janvier et février 2020, les autorités sanitaires ne pouvaient ignorer que les résultats seraient minces, bien en-deçà des besoins en masques qui, déjà en février, augmentaient rapidement.

Or la quantité de masques périmant fin 2019 s'élevant à 72 millions, **il est pour le moins surprenant que le DGS, instruit de cette échéance, ne passe une commande ferme que de 50 millions de masques, c'est-à-dire une quantité inférieure à ce qui serait nécessaire pour remplacer les seuls masques arrivant à péremption.**

La quantité demandée semble attester que **la cible d'un milliard de masques chirurgicaux est désormais abandonnée**, comme le confirme par ailleurs un courriel du 27 juin 2018 adressé au directeur général adjoint de Santé publique France dans lequel la direction générale de la santé indique que « *la cible autour d'un milliard de masques n'est plus justifiée, il ne s'agit plus de reconstituer le stock à l'identique mais d'amorcer une réduction importante de la cible et là encore d'expertiser les possibilités de réservation de capacités* ».

(b) Une commande sans lien avec la doctrine et les pratiques en vigueur

Sans se prononcer sur la pertinence de la nouvelle doctrine de constitution du stock, il semble toutefois étonnant que la DGS ait ainsi décidé de renoncer, en juin comme en octobre, à cette cible alors que :

- la **réflexion** avec Santé publique France relative à la gestion des stocks (caractère tournant, adéquation aux besoins de la composition des stocks, etc.) n'est entamée que depuis début 2018 et qu'elle **n'a pas abouti**¹ ;

- **l'avis d'experts** relatif à la stratégie de constitution d'un stock de contre-mesures médicales face à une pandémie grippale parvenu à Santé publique France dès septembre 2018 **semble confirmer la pertinence d'un stock élevé, probablement d'environ un milliard de masques chirurgicaux**. Il ressort toutefois d'échanges de courriels entre la DGS et Santé publique France que **la première serait intervenue pour modifier les conclusions de ce rapport avant qu'il ne soit rendu public**, pour en faire disparaître la référence à la taille du stock (*cf. infra*).

De fait, le rapport ne mentionne plus qu'un besoin (et non un stock) d'un milliard de masques dans la version accessible au public à partir de mai 2019. Mais il semble donc bien avoir été recommandé au DGS, deux mois avant sa décision, de constituer un stock physique plus important de masques. Il est à ce sujet instructif que le Pr Stahl ait déclaré, devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale : « à titre personnel [...], je pense que le stock minimal, et non plus le besoin, serait d'un milliard, à condition d'avoir l'assurance de réapprovisionnements »².

Par ailleurs, quand bien même le rapport initial se serait contenté de chiffrer un simple besoin (et non de définir un stock), le choix de ne conserver qu'un stock très faible de masques continuerait d'interroger fortement le niveau de préparation réel du pays. Ces interrogations sont en outre renforcées par le fait que le contrat d'objectifs et de performance 2018-2022 (COP) conclu entre la ministre et Santé publique France fixe comme objectif à cette dernière de « *veiller à une adéquation des stocks stratégiques aux besoins* » ;

- la direction générale de la santé a indiqué que la doctrine du SGDSN de 2013 avait « *conforté la valeur cible de un milliard de masques chirurgicaux dans le stock stratégique de l'État* »³.

Par ailleurs, la direction générale de la santé indique qu'un des éléments d'explication réside dans l'expérimentation, lancée plus tôt en 2018 en Nouvelle-Aquitaine, visant à tester la pertinence de mettre à disposition directe de la population des masques chirurgicaux⁴.

¹ Contribution écrite de Santé publique France transmise à la commission d'enquête.

² Audition du Pr Stahl devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale, 22 septembre 2020.

³ Contribution écrite de la direction générale de la santé transmise à la commission d'enquête.

⁴ Ibid.

La logique faisant découler la faiblesse de la commande d'octobre de cette expérimentation est toutefois peu évidente, si ce n'est inexistante. En effet, sur la forme, **il semble particulièrement risqué de faire le choix d'un stock durablement bas alors même que les résultats de l'expérimentation ne sont pas encore connus**. Sur le fond, le stock stratégique de masques chirurgicaux devant servir d'appoint en cas de crise soudaine ou de rupture d'approvisionnement, son dimensionnement à un niveau plus élevé restait pertinent, quels que soient les résultats de l'expérimentation¹.

Paradoxalement, dans le **mail du 27 juin 2018** susmentionné, la DGS indique que **le dimensionnement du stock stratégique doit intégrer « l'application des avis et expertises, notamment HCSP et l'avis attendu du comité SPF »**, c'est-à-dire précisément le rapport Stahl qui estime le besoin en masques chirurgicaux à un milliard d'unités...

Surtout, la saisine adressée à Santé publique France par le DGS atteste du **choix assumé de ne conserver, pour plusieurs années, qu'un très faible stock de masques chirurgicaux**. En effet, la commande ferme de 50 millions de masques est non seulement négligeable au regard des 613 millions de masques à détruire mais également **insuffisante pour ne serait-ce que procéder au renouvellement des 63 millions de masques qui périssent fin 2019** (information transmise au DGS par Santé publique France le 3 octobre 2018).

Pourtant, ainsi que le rappelle le cadre de constitution et d'emploi des stocks stratégiques de l'État défini en janvier 2018, « *les stocks stratégiques permettent de garantir les capacités de réponse de l'État lors de circonstances pour lesquelles le système de santé ne dispose pas des moyens nécessaires ou suffisants à la mise en œuvre d'une réponse adaptée et efficace* ». De toute évidence, l'importance de garantir cette capacité de réponse de l'État n'a pas été jugée prioritaire en octobre 2018, alors même que le stock devait déjà depuis 2013 protéger les patients mais également les professionnels de santé libéraux², en cas de difficultés d'approvisionnement³. En outre, la direction générale de la santé a confirmé à la commission d'enquête qu'à l'époque, **le stock physique était bien considéré comme la solution pour faire face à une première vague épidémique** (tandis que la réservation des capacités de production visait le cas d'une seconde vague). **Un stock physique qu'il a donc été décidé de maintenir quasi vide...**

¹ En effet, s'il était conclu de cette expérimentation qu'il serait pertinent de mettre à disposition de la population des masques chirurgicaux en pharmacie, l'utilité d'un stock stratégique resterait la même, dès lors que des difficultés d'approvisionnement ou de distribution pourraient venir impacter le fonctionnement des dites pharmacies.

² Les professionnels de santé libéraux n'utilisent en effet que peu de masques en « temps normal » et ne disposent pas de dispositifs de gestion de crise de type plan blanc.

³ Idem.

Il est par ailleurs à noter que les priorités de la DGS pour 2020, communiquées à Santé publique France le 5 novembre 2019, ne contiennent aucune référence spécifique aux masques.

(c) Une faible commande... réalisée par Santé publique France huit mois après sa demande

La demande du DGS d'une commande de masques n'a **pas entraîné d'échange particulier ou d'alerte relative à son faible dimensionnement** de la part de Santé publique France. En effet, interrogée à ce sujet par la commission d'enquête, l'agence indique ne pas disposer de ces informations¹. Qui plus est, si un désaccord s'était formé entre Santé publique France et le DGS au sujet de la nature et de la quantité des produits à commander, un arbitrage de la ministre aurait logiquement été sollicité, ce qui n'a pas été le cas.

La commande d'octobre 2018 est passée en juillet 2019² et les premières livraisons ont lieu en octobre 2019. Selon Mme Buzyn, ce délai de neuf mois illustre la **faible importance que semble revêtir alors la reconstitution du stock stratégique** : « [...] Santé publique France a mis neuf mois pour commander les masques. J'ai donc un doute sur leur degré de préoccupation. Je ne sais pas qui, à Santé publique France, a rétrogradé le niveau d'alerte au point de prendre le risque de rester un an avec un stock bon à détruire sans activer de nouvelle commande³ ».

Une première livraison de 32,7 millions de masques chirurgicaux est réalisée fin 2019. Au 31 décembre, sur le total d'environ 100 millions que contenait le stock stratégique, environ un tiers venait donc d'être livré.

(d) La DGS décide alors de constituer des stocks tournants, mais sans reconstituer quantitativement les stocks

Au cours d'une réunion tenue le **12 septembre 2019**, la DGS a indiqué à Santé publique France de ne pas renforcer le stock mais de prévoir un **lissage de 20 millions de masques par an dès 2021**. Il s'agit donc de la première mise en œuvre officielle de la recommandation du HCSP de 2011 visant à constituer des stocks tournants.

Pour autant, ce changement d'organisation n'implique pas automatiquement une diminution de la taille totale du stock, ainsi que l'a confirmé Santé publique France à la commission d'enquête⁴. Il s'agit en effet de **deux sujets différents**, l'un se rapportant au degré de régularité des achats, l'autre à la quantité effectivement commandée.

¹ Contribution écrite de Santé publique France transmise à la commission d'enquête.

² Un bon de commande est émis le 18 juin 2019 après que Santé publique France se soit vue céder le 13 mai 2019 le contrat d'achat de masques passé entre l'UNIHA, centrale d'achat à laquelle l'agence a adhéré le 28 mai 2018, et l'importateur.

³ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

⁴ Contribution écrite de Santé publique France transmise à la commission d'enquête.

Il est donc faux, ou à tout le moins fallacieux, de laisser penser que la quasi-absence de renouvellement des stocks est dictée par ce passage au stock tournant.

En tout état de cause, il semble manifeste que **la décision de conserver un stock durablement bas durant plusieurs années a été prise sans que n'aient été décidées de nouvelles pistes de protection du pays dans l'hypothèse où il serait touché par une crise sanitaire majeure** durant lesdites années. À cet égard, il est instructif de constater que les justifications qu'apporte la direction générale de la santé à la décision du 30 octobre 2018 sont nombreuses, tandis que ses **réponses relatives aux moyens de préparation envisagés en cas de crise durant ces années de stocks bas sont inexistantes.**

- (3) Le DGS est intervenu dans des travaux d'experts pour modifier la formulation de leur recommandation relative à la constitution du stock de masques

La recommandation du rapport Stahl¹ relative à la constitution des stocks stratégiques de masques a été **modifiée entre la version initialement transmise à Santé publique France en août 2018 et celle finalement publiée sur le site de l'agence en mai 2019.**

Dans la version accessible au public à partir de mai 2019, en effet, cette recommandation est ainsi formulée : *« en cas de pandémie, le besoin en masques est d'une boîte de 50 masques par foyer, à raison de 20 millions de boîtes en cas d'atteinte de 30% de la population. L'importance du stock est à considérer en fonction des capacités d'approvisionnement garanties par les fabricants »*. **Cette formulation se contente donc de chiffrer le besoin en masques, sans donner d'indication sur l'importance de constituer un stock** ni sur la taille qu'il devrait atteindre, cette dernière devant dépendre essentiellement de la capacité de production des fabricants.

L'argument selon lequel le rapport Stahl ne parle pas de stock mais uniquement d'un besoin (qui pourrait donc être satisfait par d'autres moyens qu'un stock dormant important) **a précisément été celui répété par M. Salomon et Mme Buzyn en septembre 2020 pour justifier l'inutilité de constituer un tel stock et la pertinence de n'avoir commandé que si peu de masques en octobre 2018.**

Or la version initiale du rapport indiquait au contraire que *« l'importance d'un stock est à considérer en fonction des capacités d'approvisionnement garanties par les fabricants. La base de calcul est d'une boîte de 50 masques par foyer de malade. En cas d'atteinte de 30 % de la population, le besoin est 20 millions de boîtes »*. Cette première version de la recommandation liait donc étroitement la pertinence de détenir un stock à la capacité d'approvisionnement ; **compte tenu de la faible capacité de production**

¹ Santé publique France, avis d'experts relatif à la stratégie de constitution d'un stock de contre-mesures médicales face à une pandémie grippale, mai 2019.

française en la matière, connue de la DGS, la constitution d'un tel stock stratégique aurait donc dû être jugée importante, conformément aux conclusions du groupe d'experts.

En outre, le rapport Stahl préconise que dans ces conditions de faibles capacités d'approvisionnement, **il conviendrait que le stock atteigne un milliard d'unités** (20 millions de boîtes de 50 masques chacune).

Ces deux recommandations **invalident donc directement** la pertinence de la décision du DGS d'octobre 2018 de ne conserver qu'une centaine de millions de masques chirurgicaux en stock, sans s'être assuré au préalable de la robustesse des capacités d'approvisionnement. **Or la version rendue publique en 2019 permet soudainement de la justifier.**

En réalité, l'analyse de courriels échangés entre la direction générale de la santé et Santé publique France atteste d'une **pression directe de M. Salomon sur l'agence afin qu'elle modifie la formulation des recommandations de ce rapport avant sa publication au grand public.**

Le jeudi 21 février 2019, en effet, le DGS écrit au DG de Santé publique France : *« en ce qui concerne les parties qui n'étaient pas couvertes par la saisine initiale, la position du groupe d'experts de SPF est délicate et risquée. L'avis est rédigé de façon ambiguë entre le besoin en contre-mesures médicales et le volume de stock nécessaire. Il faut absolument dissocier les deux. En effet, comment concevoir, sauf à vous décharger sur la DGS puisque vous agissez au nom de l'État pour la question des stocks, qu'un groupe d'experts de SPF [...] laisse penser que le stock de masques doit être autour de 1 milliard et que l'établissement pharmaceutique de SPF n'ait pas constitué des stocks à hauteur de ce qui est recommandé ? »*. Il est ainsi proposé au directeur général de l'agence la solution suivante : *« l'une des solutions pourrait alors être de modifier la rédaction de certaines formulations afin de centrer l'avis sur les besoins en contre-mesures médicales. Ensuite, il reviendra aux autorités de définir le stock nécessaire, en prenant en compte notamment les disponibilités des produits sur le marché »*. Le DGS précise enfin : *« je souhaite éviter de nous mettre en situation de prendre des décisions précipitées [c'est-à-dire de devoir acquérir massivement des masques], qui pourraient nous mettre en difficultés collectivement, y compris sur le plan budgétaire »*.

À cette date, les échanges au sujet de l'opportunité de modifier ou non cet avis avant sa publication en ligne durent depuis plus d'un mois, initialement entre la DGS adjointe et M. Bourdillon. Ce dernier rappelle notamment **l'obligation légale de rendre public un avis d'experts**, précise qu' *« il en va également de l'indépendance scientifique de l'Agence »*, et invoque la **charte de l'expertise**¹ à l'appui de son **refus de modifier les conclusions du rapport avant sa mise en ligne.**

¹ Décret n° 2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire.

À la suite du courriel du DGS et d'une réunion bilatérale, pourtant, **le DG de Santé publique France modifie sa position** et indique : « *voici donc en retour l'avis dans lequel j'ai retiré [...] toute allusion à un stock chiffré notamment pour les masques [...]* ». Effectivement, le rapport, dans sa version publique du 20 mai 2019 ne fait mention que d'un besoin d'un milliard de masques chirurgicaux, et ne fait **plus aucune référence à la pertinence de constituer un stock** de cette ampleur (ce qui aurait été un désaveu de la décision du DGS d'octobre 2018). L'avis rappelle simplement qu'il conviendrait de constituer un stock minimal à renouveler (un stock « tournant ») et que l'importance du stock est à considérer en fonction des capacités d'approvisionnement garanties par les fabricants, **ce qui n'est plus, ainsi qu'en témoigne l'analyse des versions successives du rapport, la recommandation qui avait été faite initialement** en août 2018.

Il est à noter par ailleurs que le professeur Stahl, devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale, a indiqué qu'« *à titre personnel, sans avoir discuté de ce point de vue avec des hygiénistes, je pense que le stock minimal, et non plus le besoin, serait d'1 milliard* »¹.

L'analyse de ces échanges semble donc attester :

- que **le choix a délibérément été fait en 2018 par le DGS de ne plus suivre la cible d'un stock d'un milliard de masques chirurgicaux** ;

- que, contrairement aux affirmations des autorités sanitaires, **le rapport Stahl ne se contentait pas de chiffrer un besoin et que ses conclusions auraient dû entraîner la constitution d'un stock d'un milliard d'unités**, recommandation opportunément modifiée en vue de sa publication au grand public ;

- de **l'intervention directe du DGS dans les travaux d'un groupe d'experts afin qu'ils n'émettent pas de recommandation qui pourrait venir questionner le choix fait par ce même DGS**, quatre mois plus tôt, et de l'absence d'information transmise à la ministre à ce sujet² ;

Le DG de Santé publique France, dans son courriel susmentionné, indique également au DGS que « *ces modifications doivent obtenir l'aval des experts avant publication et [qu'il faudra] leur donner une explication, ce qui ne va pas être simple tant l'indépendance de l'expertise est un sujet sensible* ».

La commission d'enquête a par conséquent interrogé le professeur Stahl sur les échanges qu'il a pu avoir avec Santé publique France à propos de la publication du rapport, dans l'objectif de **vérifier si son avis lui a été demandé** et de connaître, le cas échéant, son point de vue. Il a cependant indiqué **ne pas avoir conservé ses échanges de travail** et que **l'ensemble de ses archives de messagerie a été écrasé au cours d'une manœuvre intempestive par le système informatique de son CHU**.

¹ Audition du Pr Stahl devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale, 22 septembre 2020.

² Ses réponses devant la commission d'enquête en septembre 2020 indiquent qu'elle n'a en effet connaissance que de la version du rapport Stahl rendue publique en mai 2019.

Il a précisé également avoir **supprimé les versions successives du rapport au fur et à mesure des avancées validées**, afin de ne garder active que la version la plus récente¹.

L'ancien directeur général de Santé Publique France a, quant à lui, répondu ne **pas pouvoir fournir les échanges relatifs à la transmission et à la publication du rapport**, compte tenu du fait qu'il n'est plus en activité.

b) D'inquiétants défauts de communication ont laissé jusqu'en janvier 2020 les ministres de la santé et la directrice générale de Santé publique France dans l'ignorance totale de la pénurie de masques

(1) Une ministre de la santé jamais informée de la pénurie avant le 24 janvier 2020

Selon Mme Agnès Buzyn, lors de sa prise de fonction, **le dossier ministre qui lui est remis par le DGS, Benoît Vallet, ne fait aucune mention de problème particulier sur les stocks stratégiques** en général² ni sur les masques en particulier, ce qui ne semble pas particulièrement surprenant, la disparition totale du stock de masques FFP2 étant considérée comme « normale » au regard de l'interprétation qui était faite de la doctrine de 2013. De façon générale, selon la ministre, Santé publique France n'a jamais soulevé la question des stocks stratégiques au cours des réunions hebdomadaires de sécurité sanitaire qui se sont déroulées de 2012 à 2020³.

De façon plus problématique, cependant, **l'ensemble des événements et décisions intervenus en 2018 et 2019** (non-conformité des masques, ordre de les détruire, très faible quantité rachetée, délai de passation des commandes, choix de procéder à des stocks tournants) **n'ont fait l'objet d'aucune alerte ou information à la ministre**, ni de la part de Santé publique France, ni de la part de la direction générale de la santé.

Interrogé à ce sujet par la commission d'enquête, en particulier sur l'absence d'alerte relative à la non-conformité de la quasi-totalité du stock de masques, M. Salomon a indiqué que « *François Bourdillon [ex-DG de Santé publique France] vous dira s'il y a eu des échanges directs entre Santé publique France et la ministre ou son cabinet* », reconnaissant indirectement que de tels échanges n'ont pas eu lieu entre la DGS et la ministre. En l'espèce, M. Bourdillon a rappelé que « [il n'a] eu de contact à ce sujet ni avec la ministre ni avec le cabinet de la ministre ». **Santé publique France a donc alerté la DGS, sans que cette dernière n'en informe le cabinet de la ministre.**

¹ Contribution écrite du Pr Stahl transmise à la commission d'enquête.

² Selon la contribution écrite transmise par la Direction générale de la santé à la commission d'enquête, le dossier ministre évoquait toutefois deux points relatifs aux stocks stratégiques : le travail sur l'élaboration d'un cadre d'emploi des stocks stratégiques permettant d'encadrer leurs constitutions et de dynamiser leur gestion, ainsi que la gestion des moyens nécessaires aux stocks stratégiques.

³ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

Une étonnante divergence de versions entre la DGS et le cabinet de la ministre

Si le directeur général de la santé n'a pas informé lui-même le cabinet de la ministre de la quasi-disparition du stock, **les services de la DGS indiquent toutefois avoir informé M. Grégory Emery, membre du cabinet de la ministre** en charge de la sécurité sanitaire, des travaux en cours relatifs à l'acquisition de masques, lors d'une **réunion bilatérale le 10 octobre 2018** qui n'a pas fait l'objet de compte rendu.

Malgré les demandes répétées de la commission d'enquête, les services de la DGS n'ont cependant, **à aucun moment, été en mesure de préciser si le sujet de la soudaine non-conformité de la quasi-totalité du stock de masques avait été abordé** lors de cette réunion, ni si la décision de ne le reconstituer que faiblement avait été soumise à arbitrage.

Lors de son audition par la commission d'enquête de l'Assemblée nationale, M. Grégory Emery a, au contraire, indiqué : *« je vous confirme que, sur la période courant d'octobre 2018 au 23 janvier 2020, je n'ai pas été destinataire d'une information sur les stocks stratégiques de masques, ni sur les stocks stratégiques dans leur ensemble »* et précisé que *« jamais le sujet n'a été évoqué au cours d'une réunion de sécurité sanitaire¹ »*.

Interrogé au sujet des courriers adressés au DGS par Santé publique France relatifs à cette dégradation du stock, il a par ailleurs déclaré : *« je n'ai pas eu connaissance de ces trois courriers, pas plus en octobre 2018 qu'en janvier 2020. J'en ai pris connaissance quand il y a été fait référence, notamment dans le cadre de l'audition de M. Bourdillon »*, c'est-à-dire le 17 juin 2020. Il a, enfin, souligné ne pas avoir eu non plus *« connaissance de la décision prise par la DGS de demander à Santé publique France de commander 100 millions de masques »*.

Cette dernière affirmation, ainsi que le silence gardé par la DGS au sujet des informations réellement portées à la connaissance du cabinet de la ministre, attestent que **tant la non-conformité du stock que le choix de les conserver à un très faible niveau n'ont pas été communiqués à la ministre** et n'ont fait l'objet d'échanges qu'entre la DGS et Santé publique France.

Ce n'est que suite à une alerte non officielle, en date du **21 janvier 2020**, selon laquelle la transmission du virus pourrait être interhumaine, que la ministre est informée de l'état des stocks. En effet, elle demande au DGS un état des lieux de la situation et la réponse de Santé publique France lui parvient le 24 janvier : le stock stratégique est composé de 33 millions de masques pédiatriques, 66 millions de masques adultes, et une commande de 10,6 millions de masques pédiatriques et de 54,6 millions de masques adultes devrait être réceptionnée en février (il s'agit de la commande de juillet 2019).

¹ Audition de M. Grégory Emery par la commission d'enquête de l'Assemblée nationale, 20 octobre 2020.

Toutefois, s'il paraît clair que la ministre ne disposait pas de cette information avant cette date, **ses propos devant la commission d'enquête semblent minimiser, à tort, le degré de connaissance des stocks dont disposait le DGS.** En effet, elle a indiqué que « *la DGS reçoit le premier point de Santé publique France sur l'évaluation des stocks* » le 24 janvier 2020 ; or **le directeur général de la santé est en réalité au courant de la faiblesse des stocks depuis le 3 octobre 2018.**

Certaines affirmations de la ministre au surlendemain de cette information paraissent par ailleurs **exagérément optimistes** compte tenu de sa connaissance des stocks. Le 26 janvier, elle déclare en effet que « *nous avons des dizaines de millions de masques en stock. [...] Si un jour nous devions proposer à telle ou telle population ou personne à risque de porter des masques, les autorités sanitaires distribueraient ces masques aux personnes qui en auraient besoin* ». Or en réalité, **l'état de préparation du pays à cette date était loin d'être suffisant**, ce dont la ministre avait manifestement conscience, puisqu'elle a déclenché quatre jours plus tard l'ordre de passer des premières commandes de masques FFP2.

Par ailleurs, le 28 janvier, le ministère demande aux ARS d'évaluer les stocks de certains produits (dont les masques FFP2) dans les 600 établissements de santé ayant des services d'accueil des urgences et des services de maladies infectieuses et tropicales. **Les doutes du ministère quant à l'état réel de préparation du pays, ainsi illustrés, tranchent avec le ton rassurant des déclarations de fin janvier.**

Un manque d'information de la ministre fortement critiqué par ses prédécesseurs

Selon M. Bertrand, le DGS « *aurait dû en informer la ministre, d'autant qu'il était l'auteur d'une note, quelques années auparavant, particulièrement alarmiste¹* ». Il a rappelé la nécessité que « *le cabinet ne fasse pas écran entre les directions et [le ministre]* ». Selon lui, **la réduction de la taille des cabinets** est une des explications à la mauvaise transmission de l'information.

« *Pour ma part [...] je n'aurais pas imaginé qu'une décision jugée stratégique par mes services ne me soit pas soumise²* », a indiqué Mme Touraine, à propos de la stratégie de constitution des stocks.

Devant la commission d'enquête, Mme Buzyn a apporté un élément d'explication relatif à cette absence d'information : « *si la question des stocks de masques n'a pas été remontée, c'est, je pense, en raison d'un traumatisme lié à la gestion de la grippe H1N1. Roselyne Bachelot l'a d'ailleurs payé : tout le monde a parlé de gabegie. De nombreuses révisions des pratiques et procédures s'en sont ensuivies, beaucoup d'acteurs ayant le sentiment qu'il ne fallait pas en faire trop* ».

¹ Audition de M. Xavier Bertrand, ancien ministre de la santé, 22 septembre 2020.

² Audition de Mme Marisol Touraine, ancienne ministre de la santé, 17 septembre 2020.

Ces propos semblent corroborer ceux tenus par M. Bertrand ou M. Houssin selon lesquels **d'autres considérations, notamment politiques et budgétaires**, auraient présidé au choix d'accorder une moindre importance aux stocks stratégiques.

(2) La directrice générale de Santé publique France n'est informée de l'état des stocks qu'en janvier 2020

Ainsi que l'a indiqué Mme Buzyn à la commission d'enquête, *« Geneviève Chêne a expliqué que, à son arrivée, en novembre 2019, la question des stocks défaillants ne lui avait pas été signalée. Elle a découvert le sujet des masques en janvier 2020, comme moi, lorsque je lui ai posé la question. Cela veut dire que le sujet était absent de la transmission entre les deux directeurs généraux de Santé publique France »*.

Selon la ministre, par ailleurs, le conseil d'administration de Santé publique France non plus n'aurait pas été alerté des problèmes de stock.

(3) Une information tardive du ministre quant à l'existence d'un stock de masques non conformes mais non détruits

Le 24 janvier 2020, Santé publique France informe la ministre du contenu des stocks stratégiques de masques : ceux-ci sont composés de 99 millions de masques chirurgicaux et d'aucun masque FFP2. La faiblesse des stocks entraîne le déclenchement de plusieurs commandes dans les jours qui suivent.

En réalité, **le recensement effectué par l'agence ne mentionne pas 362 millions de masques chirurgicaux déclarés non conformes en 2018 mais n'ayant pas encore été détruits** (Santé publique France continuant même de détruire 2 millions de masques en mars 2020). Il ne mentionne pas non plus les 72 millions de masques arrivés à péremption fin 2019 et non détruits.

Informé de ces stocks supplémentaires, le ministre de la santé Olivier Véran a informé le DGS le 30 mars 2020 de son accord pour que Santé publique France soit saisie d'une **levée de quarantaine** sur l'ensemble des 72 millions de masques périmés¹, sous réserve d'un contrôle de leur apparence, de la solidité des élastiques et de leur conditionnement.

¹ Santé publique France sera informée de cette demande par courrier du directeur général de la santé en date du 3 avril 2020.

L'utilisation non sanitaire de masques initialement jugés non conformes

Le 27 mars, le ministre de la santé demande une expertise à la direction générale de l'armement (DGA) sur quatre lots de masques chirurgicaux issus des 360 millions d'unités jugés non conformes en 2018.

La DGA conclue le 7 avril que « *les masques testés présentent toujours des performances de filtration d'aérosols proches de leurs qualités initiales* », tout en appelant à la prudence sur les résultats compte tenu du faible échantillonnage. Par conséquent, **la DGA juge trois lots sur quatre utilisables pour des usages non sanitaires**¹ (avec réserve pour deux lots et sans réserve pour le troisième lot) et indique que les utilisateurs devraient être appelés à inspecter chaque boîte de masques pour vérifier l'état d'intégrité de l'emballage, la bonne conservation des matériaux, l'absence de décoloration ou de taches et l'état des élastiques.

Le 23 avril, l'ANSM, sollicitée pour réaliser des tests de propreté microbienne sur certains lots ayant été déclarés par la DGA aptes au réemploi pour un usage non sanitaire, conclut à leur conformité en la matière.

Par conséquent, le 6 mai, le ministre de la santé demande à Santé publique France de procéder au **déstockage** de :

- **15 millions de ces masques chirurgicaux**, à destination des services du ministère de l'Éducation nationale ;
- **30 millions** de ces masques, à destination de différents ministères.

Pour ce faire, il précise à l'agence qu'elle doit renoncer à procéder à des contrôles qualitatifs complémentaires.

L'affirmation de Mme Buzyn, devant la commission d'enquête, selon laquelle « *Santé publique France s'est trompé, [...] il reste en stock 500 millions de masques qui n'ont pas été détruits*² » semble pourtant **exagérément accusatoire**. En effet, ces masques ayant été déclarés non conformes en 2018, et ayant fait l'objet par conséquent d'un ordre formel de destruction de la part du DGS, ou étant périmés et donc logiquement voués à être détruits, **il ne semble pas erroné de ne pas les avoir comptabilisés dans les masques « valides » contenus dans le stock stratégique, en janvier 2020.**

En outre, parmi les 362 millions de masques non conformes, seuls 141 millions ont été finalement jugés utilisables sans réserve pour un usage grand public.

¹ Au terme de l'analyse de la DGA, un lot sur quatre peut être réemployé pour un usage non sanitaire de catégorie 1 (masques individuels à usage des professionnels en contact avec le public, filtrant au moins 90 % des particules, selon les indications de la note d'information des ministères de la santé, de l'économie et des finances et du travail du 29 mars 2020), deux lots sur quatre peuvent être réemployés pour un usage non sanitaire de catégorie 2 mais avec réserves (masques à visée collective pour protéger l'ensemble d'un groupe portant ces masques) et un lot ne devrait pas être réemployé pour des raisons de sécurité, notamment liées à la propreté microbienne.

² Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

4. Le fiasco des masques a été sciemment dissimulé par le Gouvernement durant la crise

Ainsi que le confirme le rapport d'étape¹ de gestion de la crise demandé par le Président de la République, « *la disponibilité des masques a pâti des hésitations sur leur doctrine d'emploi et d'insuffisances graves de gestion* ».

Plusieurs responsables politiques et sanitaires ont, à plusieurs reprises, **nié aveuglément la pénurie des EPI, minimisé grandement la responsabilité des pouvoirs publics en la matière, et présenté une version déformée de la chronologie des faits**. Ces arrangements avec la vérité ont eu lieu face aux citoyens et face au Parlement, que ce soit lors des débats parlementaires ou devant la commission d'enquête.

a) Des propos erronés sur les responsabilités des différents acteurs

Plusieurs responsables ont tantôt indiqué que leurs décisions procédaient de contextes, d'événements ou d'informations avec lesquels elles ne présentaient pourtant pas de lien véritable, et tantôt procédé à des raccourcis ou des arrangements avec la chronologie des faits afin de se dédouaner.

(1) Une réinterprétation de l'histoire qui dédouane les responsables en place

M. Véran a indiqué au Sénat le 19 mars, lors de l'examen de l'article 6 bis du projet de loi « urgence-covid », que « *notre pays n'était, hélas ! pas préparé, du point de vue des masques et des équipements de protection, à une crise sanitaire, et ce en raison d'une décision qui a été prise voilà neuf ans²* ». La décision en question renvoie soit à la circulaire de M. Bertrand du 2 novembre 2011, soit à l'avis du HCSP de 2011. Or le lien fait entre cet avis du HCSP de 2011 et la disparition des masques est fallacieux à triple titre :

- **l'avis du HCSP recommande clairement la constitution d'un stock** stratégique de masques chirurgicaux et FFP2. En outre, le fait que cet avis recommande également que le stock soit « tournant » n'implique en rien que la taille de ce stock doive baisser ;

- la disparition du stock de masques FFP2 est le fruit de **décisions prises sur le fondement d'une interprétation « libre » et contestable** de la doctrine du SGDSN de 2013 (*cf. supra*), sans lien avec l'avis du HCSP de 2011 ;

¹ Rapport d'étape, mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, 13 octobre 2020.

² Sénat, JORF, compte rendu intégral, séance du jeudi 19 mars 2020, p. 2526 (<https://www.senat.fr/seances/s202003/s20200319/s20200319.pdf>).

- surtout, l'absence de préparation du pays à une crise sanitaire, mentionnée par le ministre, ne découle en rien d'une décision d'il y a neuf ans mais d'un **enchaînement de décisions initié en avril 2017 et dont l'élément principal a été la décision d'octobre 2018 de ne quasiment pas remplacer les 613 millions de masques à détruire**. En mars 2020, tant l'auteur des propos, M. Véran, que sa prédécesseure sous la responsabilité de laquelle la décision du DGS a été prise, que le DGS, M. Salomon, étaient informés de cette décision et de ses conséquences.

Si M. Véran mentionnait au contraire la circulaire du 2 novembre 2011, cette dernière n'a jamais recommandé la diminution des stocks de masques, ni n'a été interprétée comme telle.

Devant la commission d'enquête, par ailleurs, Mme Buzyn a affirmé que *« la question des masques est restée sous le radar pendant dix ans, avec une forme de traumatisme liée à la gestion de la crise H1N1. J'ai hérité de cette situation. Quand j'ai commandé des masques, il était déjà trop tard : la Chine est fermée [...] »*¹.

S'il est vrai que l'attention portée aux stocks de masques au début des années 2010 a certainement pâti des critiques formulées à l'encontre de la gestion de la crise H1N1, il semble à nouveau exagéré de prétendre que le sujet serait *« resté sous le radar pendant dix ans »*. En 2018, en effet, Santé publique France alerte la DGS de la non-conformité de la quasi-totalité du stock de masques et du faible nombre de masques valides. **Si le sujet est resté « sous le radar » de la ministre, ce n'est que parce que le choix a été fait de ne pas l'informer de cette situation, ni du choix de modifier la doctrine d'acquisition des masques.**

(2) Des justifications douteuses et bancales

Lors de son audition par la commission d'enquête, le DGS a semblé justifier la faible commande de 2018 par les échanges alors en cours : *« nous étions en pleine réflexion entre 2018 et, malheureusement, l'irruption de la crise, pour aller vers des stocks roulants et distribués afin de limiter les pertes. Car acheter des masques et les jeter parce qu'ils sont périmés, ce n'est pas une solution quand on doit rendre des comptes à nos concitoyens »*. Or ainsi qu'indiqué plus haut et confirmé par Santé publique France, **entamer cette réflexion comme faire le choix de stocks roulants n'impliquait pas de commander une si faible quantité de masques**. Dès lors, lorsqu'il affirme que *« nous n'avons pas décidé de réduire le stock à 100 millions : nous avons lancé une réflexion avec des experts pour savoir quel devait être le périmètre de ces stocks »*, le DGS ne peut ignorer qu'**il mêle deux sujets en réalité indépendants l'un de l'autre**.

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

Cette décision n'était pas la conséquence automatique d'événements préexistants, mais bien un choix fait par le directeur général de la santé. Il est par ailleurs à noter que la réflexion n'avait pas abouti vingt-quatre mois après avoir été initiée...

b) Une pénurie niée en toute connaissance de cause

Contrairement aux déclarations publiques des responsables sanitaires, **la France a bel et bien subi une pénurie d'EPI. Le DGS, M. Salomon, en était officiellement informé au moins au 13 mars 2020**, date d'envoi d'une note du chef de la cellule de crise interministérielle logistique - moyens sanitaires (CCIL-MS) lui indiquant que : « ***dans le contexte de pénurie des équipements de protection, l'approvisionnement doit être le plus précis et efficace pour assurer une économie maximale de la ressource*** ». En outre, le chef de la cellule rajoutait que « *l'état contraint de la ressource impose de procéder à des arbitrages réguliers au vu de la doctrine d'emploi des masques* ». Autrement dit, **il est acté dès mi-mars que le discours sur l'usage des masques dépendra de la taille du stock disponible.**

- (1) Une exagération fréquente de la quantité de masques disponibles, concédée devant la commission d'enquête

Lors d'une conférence de presse, le 24 février 2020, le ministre de la santé a ainsi déclaré que « *la France dispose de stocks massifs de masques chirurgicaux, si nous avions besoin d'en distribuer. Sur ces masques, nous disposons de stocks stratégiques dans les hôpitaux, dans un très grand nombre de cabinets libéraux, et dans un grand nombre de services de l'État, qui nous permettent de faire face à la demande [...]. La commande permettra de répondre à la totalité des besoins qui pourraient se faire ressentir quelle que soit la situation que la France pourrait connaître du point de vue de la menace épidémique. Que les gens soient rassurés.* »

Cette **confiance dans les stocks** disponibles était également affichée par le DGS, lors d'une audition par la commission des affaires sociales du Sénat le 26 février, qui a déclaré que « *Santé publique France détient des stocks stratégiques importants de masques chirurgicaux. Nous n'avons pas d'inquiétude sur ce plan. [...] Il n'y a donc pas de pénurie à redouter.* »

Bien entendu, la commission d'enquête n'ignore pas qu'à cette date, la circulation du virus, le nombre de contaminés et le besoin en masques n'étaient pas les mêmes que ceux constatés un mois plus tard. Pour autant, **plusieurs éléments permettent d'affirmer que les responsables en place savaient déjà, à cette époque, que la quantité de masques disponibles était loin d'être rassurante :**

- premièrement, une note du DGS en date du **6 février 2020** alertait déjà Mme Buzyn que **les professionnels libéraux ne disposaient pas de masques** et que le stock des hôpitaux de plusieurs régions était inquiétant, contrairement à ce qui a été déclaré par M. Véran le 24 février ;

- deuxièmement, à cette date, la DGS a déjà demandé à quatre reprises en un mois à Santé publique France de commander en urgence des masques, ce qui ne semble pas traduire une grande sérénité quant au caractère suffisant des stocks alors présents. En outre, un article de Libération du 27 février 2020¹ relate que le ministre aurait affirmé au président du syndicat des médecins généraux, le jour même de sa déclaration à la presse, qu'il n'y aurait en réalité pas de stock de FFP2 ;

- troisièmement, Mme Buzyn a déclaré à la commission d'enquête avoir refusé dès le 30 janvier d'envoyer au gouvernement chinois des EPI, « considérant que les stocks risquent d'être tendus en France² ». À cette date, la ministre n'a connaissance que de la faiblesse des stocks stratégiques (depuis le 24 janvier), et non pas encore de celle des stocks des hôpitaux. En outre, seuls 56 cas exportés sont enregistrés dans le monde. Cette appréhension précoce, forcément renforcée dans les jours qui ont suivi par les remontées des ARS, tranche donc significativement avec le discours rassurant tenu pendant les mois qui ont suivi.

En outre, le ministre M. Véran ajoutait lors des questions au Gouvernement au Sénat du 25 mars 2020 que « dans les territoires et hôpitaux dans lesquels [le virus] circule, il est fondamental de protéger prioritairement les personnes travaillant dans les services de réanimation auprès des malades les plus graves ». Cet objectif, malgré les nombreux masques que l'État était supposé détenir, n'a pas pu être tenu. Devant la commission d'enquête en effet, le ministre a déclaré que « la doctrine et le stock sont deux choses différentes. En l'occurrence, on n'avait pas un stock suffisant, même pour protéger les soignants » et affirmé : « est-ce que je regrette qu'on n'ait pas eu les stocks de masques suffisants pour protéger les soignants, les personnels hospitaliers, les médecins ? Évidemment oui »³. Il aurait été difficile de tenir deux discours plus opposés...

La pénurie longtemps niée est donc avérée et elle a en réalité contraint l'État à priver de masques d'autres catégories professionnelles comme le personnel de la grande distribution, les grossistes-répartiteurs ou les pharmaciens jusque mi-mars. Ainsi que l'a résumé M. Baroin devant la commission d'enquête : « pour être clair, on a habillé de mensonges une pénurie »⁴.

¹ Libération, Checknews, « Covid-19 : y a-t-il une pénurie de masques de protection pour les professionnels de santé », 27 février 2020.

² Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020. Lors de cette audition, la ministre a toutefois indiqué que des masques avaient été finalement envoyés au gouvernement chinois « parce que les discussions avec les autorités chinoises pour faire atterrir l'avion destiné à rapatrier nos concitoyens à Wuhan étaient très compliquées ».

³ Audition de M. Olivier Véran, ministre de la santé, 24 septembre 2020.

⁴ Audition de M. François Baroin, président de l'association des maires de France, 29 juillet 2020.

(2) Une exagération de la capacité d'anticipation de l'État

Lors d'une conférence de presse en date du 21 mars, le ministre de la santé M. Véran expliquait que *« c'est parce que nous avons, dès le début, considéré que la disponibilité en masques allait être une difficulté dans la gestion de cette crise qu'il a été décidé de recourir dès le mois de janvier à l'importation de masques, en provenance de tous les pays producteurs, avant même les premiers cas sur le territoire national »*. Or la commande de janvier à laquelle il est fait ici allusion ne concerne qu'1,1 million de masques FFP2. Il faudra attendre la fin du mois de février pour qu'une commande de 170 millions de masques FFP2 soit passée¹.

Lors de la même conférence de presse, le ministre a listé les différentes quantités de masques déjà distribuées : *« au total, depuis la dernière semaine de février, 70 millions de masques ont été livrés aux professionnels de santé de ville, à l'hôpital et dans nos EHPAD »*. Si ces chiffres peuvent paraître impressionnants, **ils restent notoirement insuffisants** au regard des besoins exprimés par le monde médical. En effet, le DGS a indiqué à la commission d'enquête qu' *« en France, on consomme habituellement 3 à 5 millions de masques [par semaine], mais nous sommes passés à des besoins absolument considérables, de l'ordre de près de 100 millions, ce qui n'était pas du tout envisagé² »*. À Mulhouse, par exemple, alors que la consommation de masques chirurgicaux de l'hôpital Muller s'élève habituellement à 30 000 par mois, elle s'est élevée à 30 000 pour deux jours durant la crise³. Autrement dit, tout en gardant à l'esprit le caractère inédit de la crise, vos rapporteurs ne peuvent que constater que **l'État n'a pas fait preuve d'une anticipation aussi précieuse et rassurante que ses responsables l'ont proclamé**.

B. L'ABSENCE D'ANTICIPATION DE L'ÉTAT A FRAGILISÉ L'APPROVISIONNEMENT DU PAYS EN ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE

La gravité du fiasco des masques se révèle en creux dans **l'ampleur des nouveaux objectifs que s'est fixé le Gouvernement** depuis septembre 2020, à savoir disposer d'un stock stratégique d'État *« de 1 milliard de masques, dont 800 millions de masques chirurgicaux et 200 millions de masques FFP2⁴ »*, correspondant à dix semaines de crise intense après utilisation du stock détenu par les établissements de santé. Le changement d'échelle illustre combien les décisions prises depuis 2013 en matière de renouvellement des stocks stratégiques ont contraint l'État à agir dans la précipitation, avec tous les risques que cela pose et qui, de fait, se sont matérialisés.

¹ Entre-temps, la DGS a demandé à Santé publique France de passer commande de 28,4 millions de masques FFP2.

² Audition de la direction générale de la santé, 16 septembre 2020.

³ Audition de praticiens hospitaliers et libéraux, 28 juillet 2020.

⁴ Audition de M. Olivier Véran, 24 septembre 2020.

1. Le manque d'anticipation a annihilé les marges de manœuvre de l'État et l'a réduit à « faire feu de tout bois » pour trouver des EPI

Selon Mme Buzyn, « le problème, c'est que les masques sont fabriqués à Wuhan : lorsque l'on a lancé la commande, Wuhan était déjà fermée. Si l'on avait voulu éviter une pénurie, il aurait fallu lancer la commande avant le 22 janvier. Mais avant cette date, il n'y avait que 6 décès¹ ». Les rapporteurs contestent formellement cette vision : **une autre façon d'éviter la pénurie aurait en effet été que les responsables successifs n'assèchent pas le stock stratégique de masques FFP2 et chirurgicaux.** Elle est rejointe dans ce constat par la mission d'évaluation mise en place par le Président de la République qui, dans son rapport d'étape, note que « la réduction de l'effort de préparation s'est traduite notamment par [...] la réduction progressive et non maîtrisée des réserves stratégiques de masques ».

Pour pallier cette pénurie, le ministère de la santé envisage à partir du 30 janvier 2020 de constituer deux types de stocks :

- un **stock stratégique national** de masques FFP2 et chirurgicaux dont la dimension doit permettre de couvrir 10 semaines de consommation de crise² ;

- un **stock de sécurité** détenu par les établissements de santé correspondant à 3 semaines de consommation de crise et qui intégrerait également les autres EPI (surblouses, tabliers, gants, etc.).

a) *Des premières commandes trop faibles au regard du scénario pandémique déjà envisagé par Santé publique France à cette date*

(1) Des premières commandes ponctuelles timorées, alors que le scénario d'une pandémie avec impacts significatifs est déjà envisagée

(a) Deux premières commandes pour un volume total de 30 millions de masques FFP2 et 320 000 surblouses

Le 28 janvier 2020, Santé publique France alerte la ministre que les masques et nombre d'EPI sont fabriqués en Chine. **Une demande est formulée aux ARS d'évaluer l'état des stocks des hôpitaux.** Dans l'objectif de « pallier dans un premier temps les éventuelles difficultés d'approvisionnement des établissements de santé de référence³ », une **première commande** est alors réalisée par Santé publique France le 30 janvier 2020 et vise l'acquisition

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

² Ce stock est destiné à la prise en charge de 12 000 patients en réanimation et post-réanimation, aux prélèvements et tests covid en ville et à l'hôpital, à l'activité covid des services d'urgence et à la prise en charge des personnes covid du secteur médico-social.

³ Saisine de Santé publique France du 30 janvier 2020 par le directeur général de la santé.

d'**1,1 million de masques FFP21 et de 322 000 surblouses**, avec ordre d'en commander 500 000 dans la mesure du possible. Les destinataires principaux de ces masques sont en réalité les équipes médicales qui se sont rendues à Wuhan et celles présentes dans le centre de vacances de Carry-le-Rouet, choisi comme lieu de quarantaine pour les 200 Français rapatriés de Chine le 31 janvier.

Le 6 février, le DGS adresse au cabinet de la ministre une note qui alerte sur le fait que la quantité commandée le 30 janvier (1,1 million de masques FFP2) sera insuffisante en cas d'épidémie sur le territoire et alors que **les remontées des ARS font état de stocks hospitaliers insuffisants**. Le DGS propose en conséquence que l'État se dote d'un stock stratégique de 13 millions de masques FFP2 et qu'il distribue un stock d'amorce de 13 autres millions de masques FFP2 aux hôpitaux et Ehpad (pour couvrir les besoins d'un mois). En ce qui concerne le secteur libéral, trois scénarii sont envisagés ; celui retenu consiste en la **distribution d'un kit aux médecins, infirmiers libéraux et pharmaciens, contenant 20 masques FFP2** (soit 3,5 millions de masques au total) **et une plaquette de communication**. Par ailleurs, le DGS indique que deux producteurs français de masques FFP2 (Paul Boyé et Macopharma) pouvant ouvrir des lignes de production supplémentaires ont été identifiés par le SGDSN.

Le lendemain, Santé publique France est saisie d'une seconde demande d'acquisition d'équipements de protection individuelle², qui concerne les produits suivants :

FFP2 ³	Gants	Charlottes	Lunettes de protection	Surchaussures	Gel hydro-alcoolique
28,4 millions	3 millions	200 000	50 000	200 000	100 000 litres

Or les **premières difficultés d'approvisionnement** se font ressentir à partir de cette période en raison de la **forte demande sur le marché international et des tensions dans le secteur aérien**. S'il est vrai que la commande de près de 30 millions de masques FFP2 début février semble suffisamment précoce, les rapporteurs rappellent toutefois qu'elle est rendue nécessaire par l'absence incompréhensible, depuis plusieurs années, de masques FFP2 dans les stocks stratégiques d'État, absence qu'il n'a jamais été envisagé de corriger.

¹ Pour un coût de 2,8 millions d'euros, soit un prix unitaire de 2,5 euros, auprès de fournisseurs français.

² Les masques sont alors à destination du secteur hospitalier, des Ehpad et du secteur libéral, et doivent être commandés auprès des deux fournisseurs identifiés ainsi que les entreprises Valmy et Kolmi.

³ Commande auprès de fournisseurs français.

- (b) ... alors que le scénario d'une pandémie avec impacts significatifs est déjà considéré comme hautement probable par les autorités

La première commande massive de masques FFP2 aura lieu le 25 février (170 millions de masques, *cf. infra*). Or dans sa note au ministre du 6 février, le DGS indique déjà que « *le scénario le plus probable selon Santé publique France est celui d'une pandémie avec impacts sanitaires et sociétal significatifs, avec persistance de ce nouveau virus qui nous ferait entrer dans une vague pandémique* ». Il rajoute par ailleurs que « *la circulation active du virus sur le territoire nécessiterait une pleine mobilisation des personnels de santé [...] et par conséquent la mise à disposition de moyens de protection adaptés* ».

Les rapporteurs émettent donc de sérieux doutes quant au degré de préparation et d'anticipation de l'État en matière d'EPI nécessaires pour faire face à la circulation active d'un virus, compte tenu du **décalage entre le contenu alarmiste de cette note, les prévisions inquiétantes des autorités sanitaires, et la faiblesse des commandes passées en retour.**

- (2) Des dons bienvenus d'organismes publics et d'entreprises pour compléter les commandes

Le monde médical a pu compter sur le soutien de nombreuses entreprises et organismes publics ayant fait don de masques détenus ou achetés et ce, bien entendu, sans que la réquisition (*cf. infra*) ne leur soit applicable.

Le **groupe Bouygues** a ainsi acquis un million de masques chirurgicaux à destination des services de santé de l'État, **PSA** a donné 340 000 masques de ce type, **LVMH** a fait don de millions de masques chirurgicaux et FFP2 pour une valeur de cinq millions d'euros, **Kering** a acquis et donné trois millions d'unités, **CMA-CGM** a offert 100 000 masques FFP2 à l'ARS d'Île-de-France.

Parallèlement, des organismes publics détenteurs de masques dans le cadre de leurs activités les ont mis à disposition du personnel soignant. Ce fut par exemple le cas du **ministère des armées**, qui a fait don au ministère de la santé de cinq millions de masques chirurgicaux, prélevés sur le stock consacré à ses propres besoins¹.

Santé publique France, enfin, a perçu des **dons à hauteur de 11 millions de masques chirurgicaux et 0,9 million de masques FFP2** mais qui, compte tenu des problématiques de contrôle qualité et de conditionnement, ont dû être **mis en quarantaine** dans la plateforme de Marolles-en-Brie.

¹ Audition de Mme Florence Parly, ministre des armées, 22 septembre 2020.

b) Une « méga commande », à des prix exorbitants, finalement passée à partir de mars 2020 mais qui prévoit des livraisons bien trop tardives pour pouvoir équiper correctement les soignants au cœur de la crise

Entre le 25 février et le 30 mars, la DGS a demandé à Santé publique France d'acquérir 1,7 milliard de masques chirurgicaux, 435 millions de masques FFP1, 500 millions de masques FFP2, 101 millions de masques FFP3, 203 millions de masques KN95 et de nombreux équipements de protection¹.

En avril, l'agence a dû acheter 1,4 milliard de masques chirurgicaux et 160 millions de masques FFP2 supplémentaires.

Au total, **au 15 juin 2020, le total des acquisitions a porté sur 3,82 milliards de masques achetés principalement en Chine** (1,15 milliard l'ont été auprès de fournisseurs français, pour des livraisons surtout de juin à décembre), **pour un coût de 2,78 milliards d'euros**².

(1) Contraint par l'urgence de la situation, le ministère de la santé a commandé à marche forcée environ quatre milliards de masques

(a) Un circuit de décision *ad hoc*, qui a réduit Santé publique France au rang de simple exécutant

Alors qu'« assurer la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires » fait partie des missions de Santé publique France au titre du code de la santé publique³ et de son contrat d'objectif et de performance, **sa marge de manœuvre en matière d'acquisition d'EPI a été quasi nulle pendant toute la crise.**

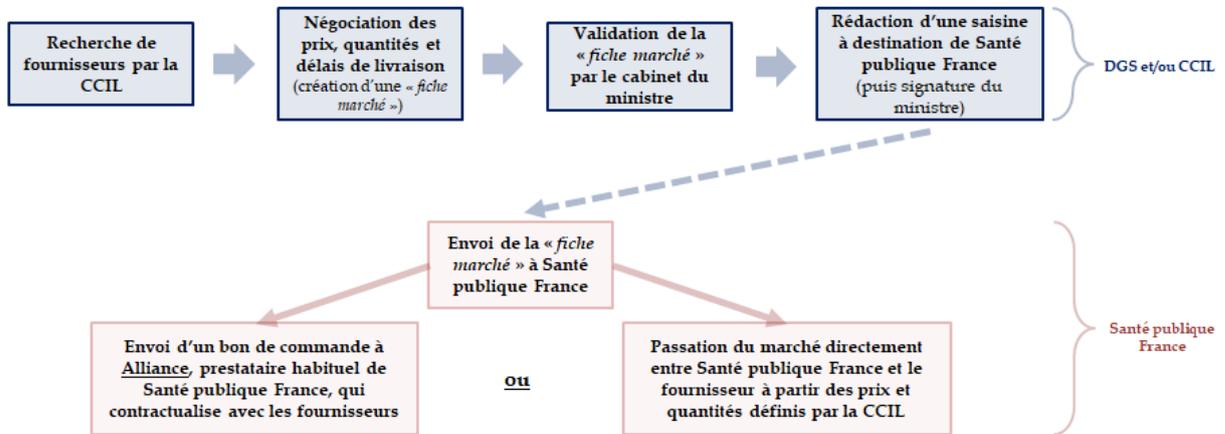
En effet, très rapidement, tant l'identification des fournisseurs que la négociation des prix, quantités et délais de livraison ont été réalisées par la **cellule de crise interministérielle logistique - moyens sanitaires (CCIL-MS)**, dont les effectifs ont été renforcés par la présence d'agents de la direction des achats de l'État (DAE), de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et d'acheteurs issus des centrales d'achat publiques (RésaH, UGAP, UniHA).

¹ Saisines de Santé publique France transmises par l'agence à la commission d'enquête. Ces marchés ont été passés sous le régime de l'urgence impérieuse (art. R. 2122-1 du code de la commande publique), qui permet à un acheteur de se dispenser de publicité et de mise en concurrence préalables sous certaines conditions. Tant les orientations de la Commission européenne sur l'utilisation des marchés publics dans la situation d'urgence liée à la crise de la covid-19 (2020/C108 I/01) qu'une note du 27 mai 2020 de la direction des affaires juridiques du ministère de l'économie et des finances confirme que les conditions (imprévisibilité, impossibilité de respecter les délais généraux, lien de causalité) sont remplies.

² Pour ce faire, le conseil d'administration de Santé publique France, compétent pour approuver les contrats et marchés publics de plus de 6 millions d'euros, s'est réuni 17 fois entre le 4 mars et le 5 juin.

³ Art. L. 1413-1 du code de la santé publique.

Le schéma décisionnel débouchant sur une commande d'EPI par l'agence s'est établi comme suit durant la crise :



Source : Commission d'enquête, à partir des données transmises par la DGS

Note : À partir du 1^{er} juillet 2020, la validation des « fiches marché » est du ressort du cabinet du DGS, et non plus de celui du ministre.

En effet, selon la DGS, les tensions d'approvisionnement et le besoin de renfort pour le « sourcing » ont justifié que cette mission soit confiée à cette CCIL-MS et que **l'agence soit donc réduite, dans les faits, au rôle de simple exécutant et de logisticien**. À ce titre, le fait que les entreprises volontaires pour fournir l'État en masques aient été invitées à se signaler directement auprès de la DGS, et non auprès de Santé publique France, témoigne d'une forme de **centralisation de la décision révélatrice de la précipitation avec laquelle le Gouvernement a dû s'organiser**. Cette fragmentation des responsabilités entre Santé publique France et la CCIL-MS, si elle s'explique par le changement brutal de l'échelle des missions de la première, ne saurait toutefois devenir la norme. Outre qu'elle éloigne Santé publique France de ses missions traditionnelles, elle peut être **source d'incidents logistiques du fait de l'enchevêtrement et du nombre inédit des transmissions d'informations**. Un tel incident, heureusement sans incidence sanitaire, s'est ainsi produit lorsqu'un ordre de transport émis par Santé publique France a porté sur deux références de masques provenant d'un même fabricant, alors que la saisine correspondante par la DGS ne portait que sur une seule des deux références, initialement considérée comme la seule apportant une protection suffisante.

Déjà en 2010, la Cour des comptes pointait du doigt le fait que la convention passée entre le ministère et l'Éprus « s'est refusée à faire droit au potentiel d'expertise attendu d'un organisme dédié, à lui reconnaître formellement des plages de proposition et de validation dans l'élaboration des stratégies de préparation et de réponse aux urgences sanitaires et à l'associer plus

systématiquement aux procédures de décision¹ ». Ces remarques pourraient être réitérées aujourd'hui. En outre, la Cour soulignait que durant la grippe H1N1, le ministre « a cru, par l'intermédiaire de son cabinet, devoir prendre lui-même les contacts avec les laboratoires concernés, arrêter par avance des éléments essentiels de la négociation et donner à l'établissement les instructions les plus détaillées sur les procédures et la teneur même des contrats qu'il était supposé négocier et conclure ».

La marge de manœuvre de Santé publique France, limitée, s'est ainsi réduite à pouvoir changer de fournisseur ou trouver des solutions alternatives lorsqu'un fournisseur qui lui était indiqué par la CCIL-MS changeait son offre ou se révélait incapable d'honorer ses engagements.

Dans ces conditions, **il convient de définir les modalités d'une montée en puissance rapide de Santé publique France en matière d'approvisionnement et de logistique dans le cas d'une crise soudaine** ou d'une évolution importante et brutale de l'ampleur de ses missions. En particulier, une telle réflexion devrait s'attacher à :

- **prévoir le recrutement ou le détachement rapide, auprès de l'agence, de personnels extérieurs** (directions d'administration centrale, entreprises, centrales d'achat, etc.) afin d'initier au plus vite l'identification des fournisseurs et de piloter finement l'acheminement des produits ;

- **disposer d'informations actualisées relatives aux capacités nationales de production d'équipements** de protection individuelle et recenser un ensemble de fournisseurs fiables auprès desquels passer les premières commandes ;

- **s'assurer de la capacité du système de gestion logistique et informatique** (logiciel de gestion d'entrepôt, logiciel comptable et d'inventaire, outil de contractualisation, etc.) **de remonter en temps réel l'état des stocks** (volume entrant, sortant, qualité des produits) en cas de flux intenses, pour la plateforme centrale comme pour les plateformes zonales.

Les modalités de cette montée en puissance devront ainsi être définies à l'occasion de l'élaboration du schéma d'organisation interne de crise susceptible d'être déployé par Santé publique France, que la commission d'enquête appelle de ses vœux au travers de la proposition n° 34.

¹ Cour des comptes, communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire et à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Les comptes et la gestion de l'Éprus depuis sa création, septembre 2010.

(b) Une commande massive, qui a impliqué la mise en œuvre d'un « pont aérien »

Comme en témoignent les saisines de Santé publique France par la DGS, retracées ci-dessous, le Gouvernement commande massivement des EPI à partir de mi-mars (c'est-à-dire aux alentours de la date d'entrée du pays en confinement), bien que l'information d'une faiblesse des stocks de masque et d'une pénurie lui soit parvenue depuis fin janvier.

**Liste des commandes de masques demandées par la DGS
à Santé publique France, du 25 février au 8 juillet 2020**

Date de la saisine	Masques chirurgicaux	Masques FFP2	Surblouses	Gants	Charlottes	Lunettes	Sur-chaussures	Autres
25 février		170,5 millions						
26 février	4 millions				200 000			
9 mars	200 millions							
13 mars	200 millions							
24 mars	943 millions	333 millions	1,5 million			100 000		- 50 respirateurs (LVMH) - 435 millions de FFP1, 101 millions de FFP3, 145 millions de KN95
30 mars	360 millions		1,5 million	280 000		100 000		- 58 millions de KN95 - 100 000 fiocons de 100ml de GHA
2 avril				4,42 millions	2,5 millions	420 000	10 millions	- 8 millions de KN95 - 5 millions de tabliers
3 avril	399,6 millions							
4 avril	36 millions							- 12 millions de KN95
9 avril	581,9 millions *	96,9 millions						- 300 000 visières par semaine - Demande de passer un marché avec L'Oréal pour 300 M€ d'EPI
11 avril	399,6 millions							
29 avril	42,8 millions	60,5 millions						
11 mai	380,9 millions	339 millions						
19 mai	20 millions							
8 juin	185 millions	930 000						
16 juin	32 millions							
8 juillet	200 millions							

* : parmi les 581,9 millions de masques chirurgicaux demandés par la DGS le 9 avril, une commande de 237 millions de masques chirurgicaux, initialement à destination de l'entreprise Textra, n'a toutefois pas été passée.

Source : Commission d'enquête, à partir des données transmises par Santé publique France et la direction générale de la santé

Pour assurer la livraison des commandes, deux flux ont été mis en place :

- **treize fournisseurs ont participé à un « pont aérien »** (cf. *infra*) entre la Chine et la France. Ils n'étaient pas, de façon générale, eux-mêmes directement fabricants de masques et se sont approvisionnés auprès d'une diversité de producteurs ;

- **un acheminement direct de la marchandise par les importateurs, sans recourir au pont aérien** mis en place par l'État ; il a essentiellement permis la livraison de masques chirurgicaux.

La **mise en œuvre**, notamment logistique, du pont aérien a été confiée à l'entreprise **Geodis**, avec laquelle un accord-cadre interministériel de transport de colis avait été passé plusieurs années auparavant par la direction des achats de l'État pour le compte, notamment, du ministère de la santé.

L'organisation de la chaîne logistique du « pont aérien »

L'entreprise Geodis et, de façon complémentaire, la société CEVA¹, ont organisé le transport des colis, qui a eu lieu principalement entre la Chine et les aéroports de Roissy-Charles de Gaulle (un tiers des vols) et de Vatry.

48 rotations aériennes à partir de Shanghai ou de Shenzhen ont été prévues et réparties sur les mois d'avril, de mai et de juin, avec le concours des compagnies Air France et Volga, essentiellement à partir d'avions Antonov, pour acheminer ce qui a été qualifié de « méga-commande ».

Une fois la commande déchargée de l'avion, le reconditionnement, lorsqu'il s'est avéré nécessaire, était effectué sur place. En effet, le format des palettes pour avion n'est pas forcément compatible avec celui des camions ou des entrepôts de destination.

À l'issue de cette étape, **les masques ont été transportés par camion de l'entreprise Geodis vers les entrepôts de Santé publique France**, notamment celui de Marolles-en-Brie, qui correspond à sa plateforme centrale, vers les plateformes zonales (au nombre de sept) et, le cas échéant, vers les plateformes intermédiaires mises en place par les ARS².

Dans certains cas, lorsque les entrepôts ne pouvaient accueillir immédiatement les masques, ils ont été stockés temporairement par Geodis et CEVA.

¹ Un marché d'acquisition de prestation de commissionnaire de transport a en effet été passé, sous le régime de l'urgence impérieuse, par le ministère des solidarités et de la santé le 7 mai 2020, pour une durée ferme de cinq semaines reconductible, jusqu'au 11 juillet. À la différence du marché passé avec Geodis, toutefois, la prestation CEVA ne comprenait pas le post-acheminement jusqu'à destination.

² Par exemple, en Guyane, l'ARS a sollicité la Société pharmaceutique guyanaise (SPG), puis le centre spatial de Kourou, pour accueillir les stocks envoyés depuis la métropole. De façon générale, plusieurs ARS ont pris l'initiative de créer des plateformes avec l'aide, notamment, des conseils départementaux (comme en Centre-Val de Loire), de l'armée (en Corse ou en Auvergne-Rhône-Alpes), des préfetures, des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ou des distributeurs logistiques.

Au total, **le pont aérien a permis l'acheminement de 500 millions de masques chirurgicaux et de 110 millions de masques FFP2**. À partir du 20 mai, le transport maritime s'est progressivement substitué à la voie aérienne.

Parallèlement aux acquisitions de masques, Santé publique France a également été chargée de commander 293,3 millions de blouses et surblouses, dont 110 millions déjà réceptionnées au 30 septembre 2020.

(c) Une commande complémentaire de la direction des achats de l'État pour les agents de trois ministères

Les achats d'EPI effectués par le ministère de la santé à destination des soignants ont été complétés par des **acquisitions de masques visant à protéger les agents de l'État relevant des ministères de l'économie et des finances** (douaniers, agents de la DGCCRF, médecins de prévention), de la **justice** (personnel pénitentiaire) et de **l'éducation nationale** (notamment pour les enseignants gardant les enfants des soignants et étudiants logés en cités universitaires). L'objectif de cette commande était de pallier le besoin des ministères, le temps que l'UGAP soit en mesure de prendre le relai pour le compte de l'État.

Au total, trois marchés interministériels ont été passés par la direction des achats de l'État pour l'achat de **4,24 millions de masques chirurgicaux** auprès de deux prestataires français¹ disposant d'acheteurs en Chine. Il est à noter que les prix d'achat se sont révélés particulièrement compétitifs puisqu'ils se sont établis à 0,38 et 0,41 euro l'unité (alors que le prix moyen en vigueur lors de la crise était de 0,50 euro).

Toutefois, le manque d'anticipation ayant conduit le Gouvernement à ne donner que tardivement l'ordre de passer commande, les livraisons ont eu lieu avec un retard compris entre 2 et 26 jours par rapport à l'échéancier.

En vue du déconfinement, la DAE a également procédé à l'achat de **333 millions de masques lavables « grand public »**, pour un coût total de 349,5 millions d'euros, auprès de 7 fournisseurs. L'objectif était alors d'équiper **les professeurs et élèves des classes primaires et collèges, les agents de la fonction publique d'État en contact avec le public, les personnes en situation de précarité et les TPE-PME** *via* un accord avec La Poste (*cf. infra*).

¹ L'une des deux entreprises, basée dans les Hauts-de-France, avait été recommandée par l'association Pacte PME, à laquelle la DAE adhère ; l'autre, située en Auvergne, avait contacté la DAE et avait ensuite été recommandée par la chambre de commerce et d'industrie de son département.

- (2) Les délais de livraison de ces commandes ont contraint les soignants à être sous-équipés pendant des semaines

L'importance des commandes à partir de la fin février mise en avant par les autorités sanitaires ne s'est pas traduite, dès le mois de mars, par une protection des soignants suffisante. **La pénurie de masques, à l'origine de cette réponse d'ampleur, a perduré durant plusieurs semaines**, compte tenu de **trois sources principales de retard**, alors que la consommation hebdomadaire de masques s'établissait à environ 100 millions d'unités (*cf. infra*).

Premièrement, certains **délais entre la saisine de Santé publique France par la DGS et la passation effective des marchés** ou l'émission de bons de commande attestent que l'organisation d'un approvisionnement dans l'urgence s'est accompagnée, logiquement, de retards évitables. En effet, malgré les enjeux, le délai est de 28 jours entre une saisine par la DGS du 9 mars, validée par le conseil d'administration de l'agence le 16 mars, et l'émission du bon de commande par l'agence ; il est de 26 jours pour une des saisines du 24 mars 2020¹. De façon générale, les délais inférieurs à 8 jours ont concerné essentiellement des commandes passées *via* des accords-cadres existants.

Deuxièmement, compte tenu des quantités commandées, des **délais de livraison importants** étaient annoncés dès le début par les fabricants. Pour ne prendre que quelques exemples :

- l'une des deux premières commandes d'ampleur, validée le 19 février pour un volume de 8 millions de masques FFP2, ne prévoit aucune livraison avant le 29 mai, et celles prévues s'étalent jusqu'au 8 octobre ;

- deux commandes de 110 millions de masques chirurgicaux et une commande de 153 millions de masques, dont les marchés ont été notifiés les 18 et 23 mars, prévoyaient un étalement des livraisons jusqu'à la semaine 22 (25 - 31 mai) ;

- une commande de 180 millions de masques passée en vertu de la saisine du 24 mars devait être livrée entre le 20 avril et le 6 juillet et celle de 48 millions de masques FFP2 entre le 3 mai et le 19 juillet ;

- deux marchés de 150 millions et de 135 millions de masques chirurgicaux, notifiés les 30 mars et 1^{er} avril, prévoyaient des livraisons jusqu'au mois de juin inclus.

¹ IGAS, Contrôle de la gestion 2020 des stocks stratégiques de l'État de masques sanitaires par Santé publique France, juillet 2020 - Rapport non publié.

Troisièmement, la ruée sur les EPI a exposé l'État à des **ruptures d'approvisionnement** du fait notamment :

- des **changements soudains de réglementation à l'export en Chine**, intervenus début avril, qui entraînent des retards de livraison. Le gouvernement chinois a en effet établi une liste d'usines seules habilitées à produire des EPI exportables, sur laquelle ne figuraient pas certaines usines concernées par les marchés de l'État (notamment ceux de la DAE). Une fois les commandes autorisées à être exportées, les douanes chinoises ont exigé que les cargaisons arrivent à l'aéroport cinq jours avant le décollage, fragilisant plus encore la fluidité de l'approvisionnement ;

- des **commandes signées mais réorientées** brutalement vers des acheteurs proposant un prix plus élevé¹.

- des **contrôles de qualité se révélant finalement négatifs**, entraînant une saturation des entrepôts du prestataire sur place et la mise en œuvre de nouvelles productions ;

- un respect parfois très relatif des dispositions contractuelles de la part des fabricants (notamment l'absence des informations obligatoires) ;

- des retards de production.

Du fait de ces nombreux aléas, **1,1 milliard de masques seulement avaient été reçus début juin 2020 par Santé publique France sur 2,7 milliards commandés**².

En outre, la quantité de masques reçus mais inutilisables ou mis en quarantaine dans l'attente de contrôles plus approfondis s'élevait environ à 30 % fin mai³, chiffre particulièrement alarmant mais malheureusement peu étonnant au regard de la précipitation avec laquelle le Gouvernement a dû agir pour reconstituer les stocks.

¹ Par exemple, alors que le Gouvernement avait demandé à Santé publique France d'acheter auprès d'un producteur chinois 50 millions de masques FFP2, l'agence a été contrainte de commander une quantité moindre en raison d'une hausse des tarifs intervenue entre la négociation et la finalisation du contrat. Une commande de 2 millions de masques chirurgicaux passée par la Direction des achats de l'État a également été vendue à plus offrant, dans la nuit du 27 au 28 mars. Bien que son fournisseur ait pu contracter rapidement avec de nouvelles usines, « il était trop tard pour embarquer la cargaison dans l'Antonov du pont aérien SPF qui avait prévu de nous faire une petite place pour nos masques » (contribution écrite de la DAE).

² Une partie de cet écart s'explique toutefois par le fait que certaines commandes étaient alors en cours d'acheminement par voie maritime ; une autre s'explique également par diverses incompréhensions entre les personnes en charge du contrôle qualité, autorisées à réaliser un « contrôle dégradé » en sortie d'usine pour accélérer les livraisons maritimes, et les personnes chargées de remplir les navires, visiblement peu informées de cette dérogation.

³ IGAS, *ibid.*

(3) L'absence d'anticipation a contraint l'État à payer les masques jusqu'à 30 fois plus qu'en temps normal

Faute de disposer de suffisamment de stock d'EPI, et faute d'en avoir tiré les conséquences suffisamment tôt, le Gouvernement a dû se mêler à une concurrence internationale intense qui a eu pour conséquence d'augmenter drastiquement les prix des produits et, surtout, des services aériens du fait de la suppression de la quasi-totalité des vols commerciaux.

Les nouveaux prix ont en effet été d'1 euro le masque chirurgical au début de la crise, puis de 0,75 euro par unité mi-mars, 0,5 euro par unité en avril, puis 0,4 euro par unité en mai-juin. De surcroît, ces montants n'intègrent pas le prix du transport ni des démarches douanières ; or ainsi que l'ont indiqué plusieurs enseignes de la grande distribution, **la hausse des prix a été principalement liée à la raréfaction du transport aérien, qui a multiplié par 4 le prix du kilo de marchandise importé par ce canal.** Aujourd'hui, le prix auquel l'État achète ces masques est d'environ 0,2 euro par unité, transport compris.

L'ampleur de la hausse des prix des masques FFP2 a également évolué dans le temps. L'État les a ainsi payés entre 4 euros par unité HT (pour une commande passée mi-mars) et 1 euro par unité HT (pour une commande passée mi-mai). Il a notamment acheté 100 millions de masques à 1,9 euro pièce HT début avril et 50 millions de masques à 2,7 euros pièce HT début mai.

Or au 31 décembre 2019, le prix moyen hors taxe des masques chirurgicaux composant le stock stratégique d'État s'élevait à 0,03 euro¹, frais de transport inclus. Seule une commande a été passée à un prix unitaire supérieur à dix centimes et a correspondu à l'achat de masques chirurgicaux pédiatriques (40 500 unités à 0,137 euro). Celui d'un masque FFP2 s'élevait à 0,36 euro environ au 31 décembre 2016.

Dans l'urgence, **l'État a donc payé les masques chirurgicaux entre 33 fois** (au début de la crise) **et 17 fois plus cher** (en avril, lors de la « méga commande ») **qu'en temps normal**, hors frais de transport. Il a payé les masques FFP2 entre 11 fois et près de 3 fois plus cher qu'en temps normal. En outre, compte tenu des tensions d'approvisionnement au mois de mars, le Gouvernement n'a pas été en mesure d'exiger de ses fournisseurs des garanties en matière de délai ou de la qualité des livraisons, malgré le prix payé, car les négociations et rédactions de marché se sont faites parfois en quelques heures afin d'éviter que les masques ne soient vendus à plus offrant².

¹ Le prix d'achat unitaire HT des masques chirurgicaux acquis en 2013 et livrés en 2014, représentant la dernière commande de masques chirurgicaux avant celle de juillet 2019, était compris entre 0,02 et 0,05 euro.

² Contribution écrite de la direction des achats de l'État transmise à la commission d'enquête.

Poursuivant le même objectif, des avances supérieures à 50 % du montant de la commande ont parfois été versées¹.

Les rapporteurs notent que **si la DGS avait fait le choix en octobre 2018 de reconstituer les stocks à hauteur d'un milliard d'unités, le coût budgétaire aurait été de 27 millions d'euros (à 0,03 euro par unité) contre 450 millions d'euros durant la crise.**

Les collectivités (*cf. infra*) ayant procédé à des acquisitions de masques pour pallier les carences de l'État en matière d'équipement des soignants ont également dû faire face à des prix ayant drastiquement augmenté. Les 2 millions de masques acquis par la région Grand Est le 23 mars, par exemple, l'ont été au prix unitaire de 0,89 euro (trente fois le prix normal²), en raison certes du nombre élevé de points de livraison mais également des tensions sur le marché international.

Il est à noter, enfin, que **les enseignes de la grande distribution** ont acquis des masques chirurgicaux à destination de leur personnel, à partir du mois de mars, et à destination de leurs clients, à partir de début mai, à des **prix bien inférieurs à ceux payés par l'État**. Selon les enseignes, les commandes de masques chirurgicaux ont été en effet acquittées à un tarif unitaire (hors frais de transport) compris entre 0,33 et 0,50 euro aux mois de mars et d'avril, pour des volumes pourtant logiquement inférieurs à ceux de l'État.

La DGS explique cet écart de prix par la nécessité, pour l'État, de fractionner les livraisons en plusieurs vols et par les nombreux contrôles qualité dont les masques qu'il a commandés auraient fait l'objet. Si ces éléments ont effectivement un impact sur le tarif unitaire final, ils ne doivent pas masquer le fait que **les enseignes de la distribution disposent également d'une plus grande habitude et maîtrise des processus massifs d'achat**, à laquelle il faut ajouter une **bonne connaissance des intermédiaires** et autres interlocuteurs clefs en Chine. Le fait que certaines y soient en outre physiquement implantées leur a permis d'anticiper les besoins en masques pour leur personnel en France et de **disposer de fournisseurs pré-identifiés**, le port du masque étant généralisé en Chine depuis plus longtemps qu'en France. Ainsi que l'a résumé M. Creyssel³, délégué général de la Fédération du commerce et de la distribution : « *nos enseignes ont l'habitude d'acheter, c'est leur métier* ».

¹ De telles avances ont pu être versées conformément aux évolutions du cadre légal introduites par l'ordonnance n° 2020-319 du 25 mars 2020 qui a assoupli les règles de passation, de procédure et d'exécution des marchés publics, et a entre autres autorisé les avances d'un montant supérieur à 60 % du montant du marché.

² Le prix unitaire élevé acquitté par la région.

³ Audition sur les équipements de protection individuelle, 10 septembre 2020.

(4) Des achats massifs de gants livrés tardivement

En sus de la pénurie de masques, la protection des soignants s'est également révélée insuffisante du fait d'un **sous-équipement en gants** apparu dès le mois d'avril.

Malgré le faible volume de gants présents dans les stocks stratégiques d'État et la hausse de sa consommation, le conseil d'administration de **Santé publique France n'a été saisi d'une commande massive, portant sur 20 millions de gants, que le 5 mai**. Il a ensuite autorisé, le 13 mai, l'achat de 270 millions de gants supplémentaires puis, par plusieurs délibérations, celui d'environ 920 millions d'unités¹.

Au total, entre le 30 janvier et mi-octobre 2020, **1,268 milliard de gants ont été commandés**, 213 millions ont été reçus, et 190 millions ont été distribués. L'objectif fixé à Santé publique France est de conserver une dizaine de millions d'unités pour constituer un stock de sécurité.

Tout comme la pénurie des masques, celle des gants résulte d'une **perte d'attention et d'anticipation** qui a conduit le Gouvernement à réagir lorsque la crise frappait déjà et que les délais d'approvisionnement étaient déjà considérablement allongés.

c) Des collectivités intervenant massivement afin de pallier les carences de l'État

(1) Face à la pénurie de masques, une intervention inédite des collectivités territoriales

Ainsi que l'a indiqué M. Bertrand devant la commission d'enquête, *« nous n'avons pas agi à la place de l'État : nous voulions simplement aider et protéger les habitants de nos territoires respectifs. Mais nous n'avons pas de compétences en matière de santé [...] »*².

De nombreuses collectivités (communes, départements et régions) ont donc procédé à des commandes d'EPI, essentiellement de masques, afin de pallier les carences de l'État en matière d'approvisionnement. Ces commandes ont eu pour objectif à la fois d'équiper les personnels relevant des collectivités ou des structures avec lesquelles elles contractualisent et d'être données au profit de professionnels de santé. Ci-dessous figure la synthèse de l'action de quelques grandes collectivités.

¹ Compte rendu du conseil d'administration de Santé publique France du 16 octobre 2020.

² Audition de M. Xavier Bertrand, ancien ministre de la santé, 22 septembre 2020.

La région Île-de-France

La région Île-de-France a fait l'acquisition de **35 millions de masques chirurgicaux en un mois**, entre le 26 mars et le 24 avril, pour un coût total de 16 millions d'euros. 4 millions de masques ont été donnés à l'ARS ainsi qu'aux hôpitaux et Ehpad et 570 000 masques l'ont été aux structures pour personnes handicapées. Elle a également fait don de 270 000 masques aux forces de l'ordre (police, personnel pénitentiaire, agents de la préfecture de police) et de 120 000 masques à la protection civile et aux pompiers.

Pour ce faire, le conseil régional s'est appuyé sur les **filières d'approvisionnement identifiées comme fiables par les commerçants franco-chinois de la région**. De fait, aucun retard de livraison n'a été constaté. En outre, afin de gagner en autonomie, la région a affrété ses propres avions (4 Airbus A340) pour acheminer les masques depuis la Chine, ce qui lui a permis par ailleurs de maîtriser ses coûts, le coût par masque s'étant révélé inférieur de 6 centimes d'euros à celui proposé par les sociétés aériennes de transport.

La **mise en place en 2019 d'une centrale d'achat régionale** a par ailleurs facilité l'approvisionnement en masques d'acteurs publics comme privés. Initialement destinée aux dépenses d'équipement des lycées, elle a progressivement été élargie à d'autres biens et services, comme les masques chirurgicaux, les masques lavables, et les solutions hydroalcooliques, conduisant un nombre croissant d'acteurs à y adhérer. Son fonctionnement est simple : les acheteurs, y compris des entreprises, enregistrent en ligne leurs besoins et les fournisseurs proposent leur devis. Les commandes sont passées directement entre acheteurs et vendeurs.

Pendant le confinement, 5 000 entreprises et 3 000 structures publiques se sont connectées à la centrale. En septembre 2020, 20 millions de masques chirurgicaux et 5 millions de masques réutilisables avaient été fournis aux collectivités et entreprises de la région *via* cette centrale.

La région Grand Est

La région **Grand Est**, première région touchée massivement par le virus, a également du suppléer l'action de l'État afin d'équiper les soignants. En cinq jours, entre le 23 et le 28 mars, **7 millions de masques chirurgicaux ont été acquis** (1,7 million de masques supplémentaires ont été acquis fin avril), pour un montant de 4,6 millions d'euros HT.

Les destinataires de ces masques ont été nombreux :

- professionnels des établissements médico-sociaux et soignants intervenant à domicile (répartition *via* les conseils départementaux) ;
- personnels des entreprises de moins de 5 salariés (distribution organisée avec le concours du réseau consulaire) ;
- professionnels du transport (275 000 masques) ;
- élus et agents de la région (940 000 masques) ;
- professionnels libéraux (médecins généralistes, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes) *via* l'ARS.

Du fait des tensions sur le marché international, cinq des sept commandes de la région ont été livrées en retard (mais sans que des défauts de qualité ne soient déplorés).

La Ville de Paris

La Ville de Paris s'est distinguée par un **niveau élevé de stock de masques¹ dès le début du confinement**, en raison à la fois d'un renouvellement régulier et de masques plus anciens mais encore utilisables. Le 16 mars, la ville a ainsi pu faire don de 2,5 millions de masques à l'AP-HP. Lors de la première semaine du confinement, 500 000 masques ont été distribués aux professionnels libéraux ainsi qu'aux Ehpad.

Au 16 juillet 2020, la ville a acquis 63 millions de masques chirurgicaux, 3 millions de masques FFP2, 1,3 million de blouses et surblouses, 10 millions de gants, 250 000 charlottes et 320 000 surchaussures².

Les destinataires de ces EPI sont multiples : agents de la ville (4,3 millions de masques chirurgicaux par mois), personnels des délégataires et/ou opérateurs de la ville (assistantes maternelles, jury de concours, organisations syndicales, kiosquiers, caisses des écoles, etc.), personnel social et médico-social, résidents de la ville (1,5 million de masques distribués en mai et juin, suivis d'une distribution aux publics fragiles et aux collégiens durant l'été). Le délai moyen de livraison observé s'est élevé à 32 jours.

Si les tensions d'approvisionnement sur les masques ont pu être contournées grâce aux stocks constitués par le passé, les commandes et livraisons de blouses, surblouses, charlottes et surchaussures ont subi d'importantes difficultés en mars et avril.

Au total, au 27 juillet, la ville a acquis, entre autres, pour 43,7 millions d'euros de masques, 4,3 millions d'euros de blouses et 1,5 million d'euros de gants.

Au-delà des collectivités, l'Association des maires de France s'est également mobilisée et a acquis environ 7 millions de masques à destination de 54 départements, dans l'objectif d'équiper les personnels de communes qui n'avaient que peu de moyens financiers ou logistiques pour procéder elles-mêmes à des commandes.

Les commandes des collectivités ont pu bénéficier de la **réactivité appréciable de certains services de l'État, notamment des directions régionales de finances publiques**. Ces dernières ont pu en effet opérer des vérifications « flash » concernant les nouveaux fournisseurs afin d'assurer les collectivités de leur solidité et de leur sérieux.

¹ Le stock d'EPI de la ville de Paris contenait, au 18 mars 2020, 4,9 millions de masques chirurgicaux (dont 3,5 millions périmés), 2,6 millions de masques FFP2 périmés, 7 500 flacons d'un litre de solution hydroalcoolique, 9 000 blouses jetables, 153 000 gants et 2 600 lunettes de protection. L'ensemble des masques périmés a été testé fin février par un prestataire de la ville et déclaré utilisable.

² Contribution écrite de la mairie de Paris transmise à la commission d'enquête.

(2) Une intervention inutilement complexifiée par la rigidité de l'État

L'intervention des collectivités a été marquée par certaines **incompréhensions ou divergences d'appréciation avec l'État**, qu'il convient toutefois de ne pas exagérer.

La **doctrine d'utilisation** des masques a par exemple été à l'origine d'un **dialogue de sourds avec la région Île-de-France**. Alors que cette dernière a proposé à plusieurs reprises au ministre de l'intérieur et à celle de la justice des masques afin d'équiper les forces de l'ordre ou le personnel pénitentiaire, cette aide a été refusée au motif qu'elle ne respectait pas la doctrine nationale. La Région a donc dû doter les syndicats de policiers et de l'administration pénitentiaire pour que les agents soient équipés.

De même, alors qu'un approvisionnement en masques leur a été proposé dès le début de la crise, des opérateurs de transport l'ont initialement décliné, afin de ne pas déroger à la doctrine, avant que la montée de l'épidémie dans la région ne conduise le Gouvernement à autoriser de tels transferts¹.

L'action des collectivités s'est également heurtée à l'**absence de capacités logistiques propres aux ARS**. Dans le Bas-Rhin, notamment, les signalements à l'ARS d'entreprises disposant de masques à donner sont restés lettre morte, avant que le conseil départemental ne prenne en charge lui-même la logistique permettant leur collecte².

(3) Un remboursement partiel par l'État des frais engagés

Le Premier ministre a annoncé le 29 avril, lors des questions d'actualité au Gouvernement au Sénat, un **remboursement rétroactif par l'État, à hauteur de 50 % d'un prix de référence, des masques acquis par les collectivités territoriales entre le 13 avril³ et le 1er juin**. Cette décision semble avoir été prise compte tenu de la hausse soudaine des besoins en masques chirurgicaux et en masques en tissu que l'approche du déconfinement, fixée au 11 mai, allait déclencher.

Une **circulaire du 6 mai** de la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales a fixé les modalités de ce remboursement :

- les masques éligibles sont ceux remplissant un ensemble de critères qualitatifs décrits par arrêté⁴ ;

¹ 400 000 masques pour les opérateurs du réseau Optile, 100 000 à destination des sous-traitants de la RATP et de la SNCF.

² Audition de M. Frédéric Bierry, président de la commission affaires sociales et solidarité de l'assemblée des départements de France, 29 juillet 2020.

³ La première date retenue était initialement celle du 28 avril.

⁴ Arrêté du 7 mai 2020 relatif à l'application du taux réduit de la taxe sur la valeur ajoutée aux masques de protection et produits destinés à l'hygiène corporelle adaptés à la lutte contre la propagation du virus covid-19.

- le prix d'achat réel TTC des masques est plafonné à 0,84 euro pour les masques à usage unique et à 2 euros pour les masques réutilisables (2,5 euros en outre-mer).

Si l'initiative est bienvenue, les rapporteurs déplorent qu'elle ne se soit inscrite que dans le cadre du déconfinement, **ignorant les nombreux achats réalisés par les collectivités en vue de l'équipement des soignants dès les mois de février et de mars.**

Ainsi, si la région Île-de-France devrait percevoir un remboursement de 6,4 millions d'euros au titre de ses dépenses de 12,8 millions d'euros effectuées entre le 13 avril et le 1^{er} juin, elle ne bénéficiera d'aucune aide concernant les près de 9 millions d'euros engagés avant cette date pour l'achat de 18 millions de masques. La région considère, selon les éléments transmis à la commission d'enquête, que ce système est « *défavorable pour les collectivités qui [...] ont su anticiper et se montrer les plus réactives* ».

2. Le choix de la réquisition : une méthode contre-productive, qui a dégradé le dialogue entre État et collectivités

La réquisition des masques, que seule la France a mis en place parmi les grands pays européens, a traduit et illustré le caractère désemparé de l'État face à la conjonction de stocks stratégiques faibles et d'un besoin impérieux de quantités massives de masques. Son utilité s'est pourtant révélée très faible.

a) Une réquisition visant à parer en urgence à la pénurie de masques

- (1) La réquisition est la conséquence directe de la pénurie des masques, connue pourtant depuis 2018

Constatant la faible ampleur des stocks stratégiques, la réquisition sur l'ensemble du territoire des masques FFP2 détenus par toute personne morale de droit public ou privé et celle des masques anti-projections détenus par les entreprises qui en assurent la fabrication ou la distribution est décidée par **décret du 3 mars¹ 2020** et précisée par un autre décret du 13 mars².

Aux termes du premier article de ce dernier, les masques de type FFP2 ou chirurgicaux qui seraient produits sur le territoire entre le 13 mars et le 31 mai (puis, à partir du 23 mars³, entre le 13 mars et la fin de l'état d'urgence sanitaire) sont également réquisitionnés. La réquisition

¹ Décret n° 2020-190 du 3 mars 2020 relatif aux réquisitions nécessaires dans le cadre de la lutte contre le virus covid-19.

² Décret n° 2020-247 du 13 mars 2020 relatif aux réquisitions nécessaires dans le cadre de la lutte contre le virus covid-19. Ce décret précise notamment, dans son article 1, les types de masques FFP2 concernés par la réquisition.

³ Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

ne concerne donc pas uniquement les stocks détenus, mais **également les flux produits et les flux entrants**. À compter du 20 mars¹, enfin, les importations de masques sont libéralisées et celles de plus de 5 millions d'unités par trimestre doivent être signalées au ministère de la santé qui peut alors, par arrêté, décider leur réquisition.

Interrogée sur les justifications de cette réquisition, **la DGS rappelle la faiblesse des stocks au mois de février** (1 million de masques FFP2 et 140 millions de masques chirurgicaux) et souligne le fait que l'application des règles de la commande publique se traduisait alors par un rythme trop faible d'acquisitions, ne permettant pas de répondre aux besoins estimés en phase épidémique².

- (2) Fondée sur le volontariat, la réquisition semble avoir pâti d'un manque de dialogue entre le ministère de l'intérieur et celui des solidarités et de la santé
 - (a) Une réquisition fondée sur le volontariat, de bien plus faible ampleur que ne le décrit le Gouvernement

Concrètement, la procédure de réquisition ne peut être entamée qu'après que les personnes morales publiques (collectivités, lycées, établissements publics, *etc.*) et privées (entreprises, associations, *etc.*) ont signalé détenir des stocks de masques. Si ce dernier est inférieur à 200 000 unités, les personnes morales doivent **contacter l'ARS** qui leur indique un établissement de santé à proximité où les déposer. Si le stock dépasse 200 000 unités, le signalement doit être **adressé au ministère de la santé** qui décide, en fonction du besoin, la centralisation de ces masques auprès de Santé publique France ou leur dépôt dans un établissement de santé de proximité. Dans les deux cas, un récépissé est remis au donateur pour indemnisation.

La réquisition est ensuite prononcée par le préfet, sur proposition du directeur général de l'ARS, en fonction de la connaissance qu'il a alors du stock en question.

La déclaration de détention de stocks de masques, qui permet la mise en œuvre de la réquisition, relève donc du **volontariat**, ce qui semble atténuer grandement l'affirmation du ministre de la santé en date du 21 mars selon laquelle « *toute production disponible a été réquisitionnée* ».

De même, ses propos lors de l'examen au Sénat du projet de loi « urgence-covid » semblent exagérer l'ampleur et l'exhaustivité du dispositif. Il déclarait en effet que « *nous avons, dès le 3 mars 2020, procédé à une*

¹ Décret n° 2020-281 du 20 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-247 du 13 mars 2020 relatif aux réquisitions nécessaires dans le cadre de la lutte contre le virus covid-19.

² Contribution écrite de la direction générale de la santé transmise à la commission d'enquête. Les besoins étaient, en cas de vague épidémique de trois mois, de 200 millions de masques FFP2 (dont 150 millions pour les professionnels de santé).

réquisition – nous sommes le seul pays à l’avoir imposée – de la totalité des stocks et des capacités de production. Pour ce faire, nous avons réalisé ce qu’on appelle un monitoring, c’est-à-dire l’examen de tous les besoins potentiels, de toutes les capacités de production et de tous les stocks, sur notre territoire national, à la date du 3 mars. ». **En réalité, l’État avait bien moins connaissance des stocks présents sur le territoire que ces déclarations peuvent le laisser penser.**

(b) La réquisition a été décidée sans réelle préparation, les ministères de la santé et de l’intérieur se renvoyant même la responsabilité de son pilotage

Le ministère de la santé a indiqué à la commission d’enquête ne pas avoir connaissance de la quantité de masques ainsi réquisitionnée, en arguant du fait que les réquisitions étaient prononcées au niveau des préfetures, en lien donc avec le ministère de l’intérieur.

Concernant les réquisitions d’importation, la même réponse a été apportée, précisant que les signalements étaient enregistrés aux douanes. Or le décret du 23 mars précise pourtant bien que la réquisition d’une importation ainsi signalée nécessitait l’édiction d’un arrêté du ministre de la santé.

Il se dégage donc du pilotage de la réquisition une **légèreté surprenante et un manque criant de communication** entre les deux ministères à propos de ce régime extra-ordinaire **alors même que les quantités disponibles devaient être signalées au ministère de la santé** et que l’objet-même de la réquisition était de pouvoir équiper en urgence les professionnels de santé, objectif très majoritairement poursuivi par le ministère de la santé *via* ses saisines de Santé publique France et qui justifierait qu’il ait connaissance des stocks distribués par ce canal.

De même, **le ministère n’a pas été en mesure d’indiquer à la commission d’enquête la raison pour laquelle certaines importations supérieures à 5 millions de masques n’ont pas été réquisitionnées**, bien que cette possibilité ait relevé de sa compétence directe...

Surtout, et de façon plus inquiétante, **le discours inverse a été tenu par le ministre de l’intérieur** devant la commission d’enquête : *« la réquisition relève du Premier ministre et du ministre de la santé, ou des préfets, par compétence déléguée du ministre de la santé [...]. En droit, le ministère de l’intérieur n’avait pas la capacité de décider de cette réquisition. »*¹

Il semble pour le moins dangereux, pour la bonne conduite des opérations en temps de crise, que le pilotage d’un dispositif aussi martial qu’une réquisition ne soit pas clairement défini à l’avance. Il ne fait aucun doute que **les tensions rencontrées sur le terrain lors de la mise en œuvre de la réquisition découlent directement de son caractère plus qu’improvisé.**

¹ Audition de M. Christophe Castaner, ancien ministre de l’intérieur, 22 septembre 2020.

b) Une réquisition qui s'est révélée in fine contreproductive

- (1) La quantité de masques réquisitionnés est très faible et concerne essentiellement des fournisseurs de Santé publique France

D'après les données communiquées par Santé publique France, dont ne semblent étonnamment pas disposer les ministères de la santé et de l'intérieur (*cf. supra*), **la réquisition a porté sur 44 millions de masques FFP2¹.**

Il s'agit en réalité d'un **maquillage de l'utilité réelle de la réquisition**. En effet, ces 44 millions de masques n'étaient pas détenus par diverses entreprises ou collectivités, qui s'en seraient ainsi séparés au bénéfice des soignants : **ils correspondaient à la production des quatre fabricants français dans le cadre du marché multi-attributaire** portant sur 170,5 millions de masques FFP2. Ces 44 millions de masques étaient donc le fruit d'un contrat passé par Santé publique France et **lui étaient de toute façon destinés.**

Le bénéfice total de la réquisition est donc, quantitativement, quasi inexistant, tandis que **les tensions qu'elle a provoquées ont été, quant à elles, réellement dommageables.**

- (2) La réquisition s'est révélée préjudiciable à la fluidité du dialogue entre État et collectivités

Le 5 avril 2020, l'État, en la personne du préfet du Haut-Rhin, a décidé la **réquisition d'une commande de masques** passée, entre autres, par plusieurs collectivités territoriales afin d'équiper leur personnel soignant. Cet événement, qui ne s'est pas reproduit par la suite, a participé à la **dégradation du dialogue entre État et les collectivités**, en l'espèce la région Grand Est.

La réquisition du 5 avril sur le tarmac de l'aéroport de Bâle-Mulhouse

L'ARS du Grand Est a commandé fin mars 6 millions de masques chirurgicaux² auprès d'un courtier-importateur privé, dont les dates de livraison étaient fixées au 1^{er} et au 5 avril. Une première livraison de 2 millions de masques a été perçue le 1^{er} avril pour le compte de l'ARS par le secrétariat général pour l'administration du ministère de l'intérieur (SGAMI) de la zone de défense et de sécurité Grand Est. La livraison devait également contenir, au-delà de ces 2 millions d'unités, des masques commandés par les conseils régionaux Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté. **L'arrivée s'est toutefois révélé incomplet et les deux collectivités ont accepté d'attendre le suivant pour être livrées de l'intégralité de leur commande** et donc de laisser la priorité à l'ARS.

¹ Le rapport de l'IGAS mentionné supra indique que 58,8 millions de masques chirurgicaux ont également été réquisitionnés, pour un montant de 33,9 millions d'euros.

² Cette commande témoigne, par ailleurs, de la faiblesse des stocks stratégiques détenus par l'État.

La livraison du 5 avril, quant à elle, devait contenir 8 millions de masques, à destination des mêmes clients et du conseil départemental des Bouches-du-Rhône. L'importateur a assuré l'ARS, le vendredi 3 avril, de sa capacité à lui livrer la totalité du reste de sa commande, soit 4 millions de masques. Dans l'après-midi du samedi 4 avril, **toutefois, il a indiqué ne pouvoir livrer que 5,8 millions de masques sur les 8 millions prévus** tandis que le dimanche 5 avril, **la cargaison contenait finalement, au total, moins de 4 millions de masques** (soit un volume inférieur au solde dû à l'ARS), représentant la deuxième défaillance de l'importateur.

L'importateur a annoncé qu'une troisième livraison de masques aurait alors lieu le jeudi 9 avril, bien que non prévue, contenant le solde des commandes de ses différents donneurs d'ordre.

Doutant de la réalité d'une troisième livraison, et afin de s'assurer que l'État perçoive sa commande, **le préfet du Haut-Rhin s'est rendu le dimanche matin sur le tarmac de l'aéroport**. Avec le concours de la **gendarmerie** des transports aériens, de la **police aux frontières** et des **douanes**, la commande a été perçue directement par les services de l'État et chargée dans quatre camions du SGAMI et quatre camions mis à disposition par **l'autorité militaire** dans le cadre de l'opération Résilience.

Dans une note au ministre du 5 avril 2020, la préfète de zone précise que le préfet du Haut-Rhin a décidé la réquisition de la commande *« pour contrecarrer l'intention exprimée par l'importateur, constatant la présence à l'aéroport de camions de l'État, de ne pas faire décharger sa cargaison »*.

Par conséquent, l'État ayant réquisitionné les 3,6 millions de masques chirurgicaux que contenait la livraison ainsi que 99 500 masques FFP2 sur 300 000 (du fait de la contenance maximale des camions), **les trois autres collectivités n'ont pu percevoir leur commande ce jour-là**.

Bien que l'intention du Gouvernement d'équiper les professionnels de santé les plus exposés ne puisse être remise en cause, il ne peut qu'être déploré qu'il ait pris cette décision *« sans concertation, ni même information préalable¹ »* des collectivités. Alors que la problématique de répartition de la livraison du 1^{er} avril a pu être réglée par le dialogue entre la région Bourgogne-Franche-Comté et celle du Grand Est (la première « cédant son tour » à la seconde), **les collectivités ont été mises brutalement devant le fait accompli concernant la réquisition du 5 avril**, alors même que leurs commandes visaient également à équiper des professionnels de santé.

Interrogée à ce sujet, la préfète de la zone de défense et de sécurité du Grand Est a, au contraire, indiqué qu'une plus grande fluidité aurait été permise si les collectivités avaient informé l'État de leurs commandes de masques².

¹ Communiqué du 6 avril de la présidente du conseil régional de Bourgogne-Franche-Comté, Marie-Guite Dufay.

² Contribution écrite de la préfecture du Grand Est transmise à la commission d'enquête.

Surtout, **cette réquisition, facilement évitable, s'est révélée préjudiciable par la suite au dialogue entre État et collectivités**, à une période où sa qualité était pourtant de la plus haute importance. En effet, le **travail collaboratif et constructif** réalisé entre l'État, l'ARS et la région Grand Est concernant l'approvisionnement en masques, qui prenait jusqu'alors la forme de réunions techniques quotidiennes, **s'est brutalement interrompu** à la suite de cet incident¹.

(3) Un approvisionnement en masques un temps désorganisé par la réquisition

Plusieurs interlocuteurs ont déploré que la mise en place de la réquisition, si elle a certes permis de collecter un petit nombre de masques, a surtout **désorganisé et retardé l'acheminement des masques commandés par les acteurs publics comme privés**. Selon la région Île-de-France, en effet, « *le régime de réquisition mis en place a désincité de nombreux producteurs de masques et de nombreux intermédiaires à servir le marché français²* » et les a conduits à privilégier l'approvisionnement de pays dans lesquels la crainte de voir leur marchandise réquisitionnée n'existait pas.

S'il n'est certes pas possible d'imaginer la situation qui aurait prévalu en l'absence de réquisition, le flou et les hésitations qui ont entouré les modalités de la réquisition semblent l'avoir rendue *in fine* plus préjudiciable qu'utile à l'équipement des personnels « en première ligne ».

Certains acteurs de santé, habitués à procéder à de tels achats, ont en effet soudainement fait face à un **assèchement des livraisons**, alors même qu'ils disposaient de chaînes d'approvisionnement bien établies qui auraient pu permettre un équipement rapide des soignants. Ainsi que l'a souligné Mme Touraine devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale, « *beaucoup d'acteurs locaux ont trouvé que cette mesure, qui partait pourtant d'une volonté éminemment positive, avait compliqué les approvisionnements. Les hôpitaux, les communes, les ARS, les régions, les entreprises avaient leurs propres filières. Tout d'un coup, elles se sont trouvées bloquées³* ».

Les médias se sont également faits l'écho de **commandes passées par des Ehpad qui n'auraient pas pu être honorées**, les lots ayant été réquisitionnés par l'État⁴, contraignant les établissements à faire face à une absence de protection face à la propagation du virus, et ce jusque fin mars.

¹ La préfecture de zone indique néanmoins qu'à ses yeux, « aucune tension n'est née de cet épisode avec les collectivités du Grand Est ».

² Contribution écrite de la région Île-de-France transmise à la commission d'enquête.

³ Audition de Mme Marisol Touraine devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale, 1^{er} juillet 2020.

⁴ Reuters, « Coronavirus: Quand la réquisition des masques a plongé les Ehpad dans le désarroi »

La protection des salariés de plusieurs enseignes de la grande distribution a également été retardée du fait de la réquisition, les commandes massives ne démarrant qu'après le 23 mars¹.

Interrogé sur les conséquences de la réquisition sur l'approvisionnement des collectivités, le ministère de la santé a souligné qu'elle ne portait pas sur les masques « grand public » dont les collectivités pouvaient équiper leurs agents, mais uniquement sur les masques FFP2 et chirurgicaux. **Cet élément ne répond toutefois pas à la question**, pour deux raisons :

- d'une part, **de nombreuses collectivités ont commandé des masques chirurgicaux pour équiper leurs salariés**, et non uniquement des masques en tissu, ce qui les a bien exposés à la désorganisation de la chaîne logistique décrite ci-dessus ;

- d'autre part, **le port de masques en tissu « grand public » n'était pas encore développé**, lorsque la réquisition était en vigueur.

3. Un triple circuit de distribution dans l'ensemble opérationnel mais dont la fluidité doit être garantie à l'avenir

Le circuit de distribution mis en place pendant la crise s'est éloigné de celui pourtant prévu depuis 2013 en cas de situation sanitaire exceptionnelle. En effet, Santé publique France a dû remplir dans l'urgence une **nouvelle mission de distribution de masques** à partir de son entrepôt central de Marolles-en-Brie vers les officines et les hôpitaux.

Au total, **en octobre 2020, 1,6 milliard de masques ont été distribués en France**, sur 3,3 milliards reçus.

a) Un dispositif de stockage et de distribution qui a dû être modifié dans l'urgence face à l'ampleur de la crise

(1) Le schéma de distribution initialement prévu n'a pas été mis en application

Préalablement à la crise, le schéma de stockage et de distribution des produits des stocks stratégiques de l'État résultait d'une **circulaire interministérielle en date du 12 juillet 2013**.

Aux termes de cette dernière, l'échelon le plus pertinent retenu pour la répartition géographique des stocks sur le territoire est celui de la **zone de défense et de sécurité** (au nombre de sept sur le territoire). Le schéma de stockage repose alors sur une **plateforme centrale, des plateformes zonales**²

¹ *Audition sur les équipements de protection individuelle, 10 septembre 2020, et contributions écrites d'enseignes de la grande distribution transmises à la commission d'enquête.*

² *Ces plateformes disposent de moyens de transport associés qui sont activables à toute heure afin de livrer tout point de la zone en 12 heures.*

(remplissant un double rôle de stockage permanent de réserves nationales de proximité et de stockage temporaire en cas de situation sanitaire exceptionnelle) pour le réapprovisionnement des sites départementaux, et un **réseau départemental d'établissements de répartition pharmaceutique**.

Deux circuits de distribution sont prévus :

- un **circuit de droit commun** : en cas de situation exceptionnelle d'ampleur modérée ou hors situation d'urgence, **le réseau des pharmacies d'officine** est mobilisé pour la distribution des produits et approvisionné *via* les grossistes-répartiteurs. Les établissements de santé, quant à eux, sont livrés directement ;

- un **circuit exceptionnel**, dans le cas où un grand nombre de personnes serait destinataire des produits : dans ce cas, des sites de distribution à la population doivent être pré-identifiés au niveau des communes ainsi qu'une quarantaine de **sites de rupture de charge**¹ au sein de chaque département pour les alimenter.

Pour ce faire, **chaque préfet doit établir un plan de distribution comportant l'identification des sites de rupture** et des sites de distribution à la population, le détail de la population desservie et les modalités d'approvisionnement des sites de distribution à la population à partir des sites de rupture de charge.

Le ministère de la santé n'a pas été en mesure de transmettre à la commission d'enquête ces plans départementaux pourtant prévus dans la circulaire, ce qui renforce les doutes sur le réel niveau de préparation dont bénéficiait le pays lors du déclenchement de la crise.

(2) Le schéma retenu s'est révélé complexe mais solide malgré l'ampleur des livraisons

Le circuit élaboré s'est appuyé sur l'entrepôt central de Santé publique France, situé à Marolles-en-Brie, ainsi que sur le réseau de sept plateformes zonales que l'agence pilote.

Concrètement, les stocks d'EPI (masques mais également gants, surblouses, tabliers, charlottes, lunettes) étaient distribués aux professionnels de santé selon deux flux principaux :

- **les 136 établissements supports des GHT étaient approvisionnés par l'entreprise Geodis** (titulaire d'un marché interministériel préexistant), à partir des plateformes zonales et des plateformes créées par les ARS (*cf. supra*). Cette livraison était ensuite répartie² entre les autres

¹ Ces sites doivent permettre un stockage intermédiaire entre les stocks zonaux et les sites de distribution à la population. L'approvisionnement de ces sites est assuré à partir des plateformes zonales de l'Éprus/Santé publique France.

² Les établissements support des GHT ont parfois organisé des tournées de livraison auprès des établissements du ressort du GHT et laissé les établissements privés ou publics non parties au GHT venir récupérer leur dotation directement auprès de l'établissement.

établissements de santé¹. Les dotations nationales aux hôpitaux étaient en outre complétées des dons réceptionnés par les ARS ;

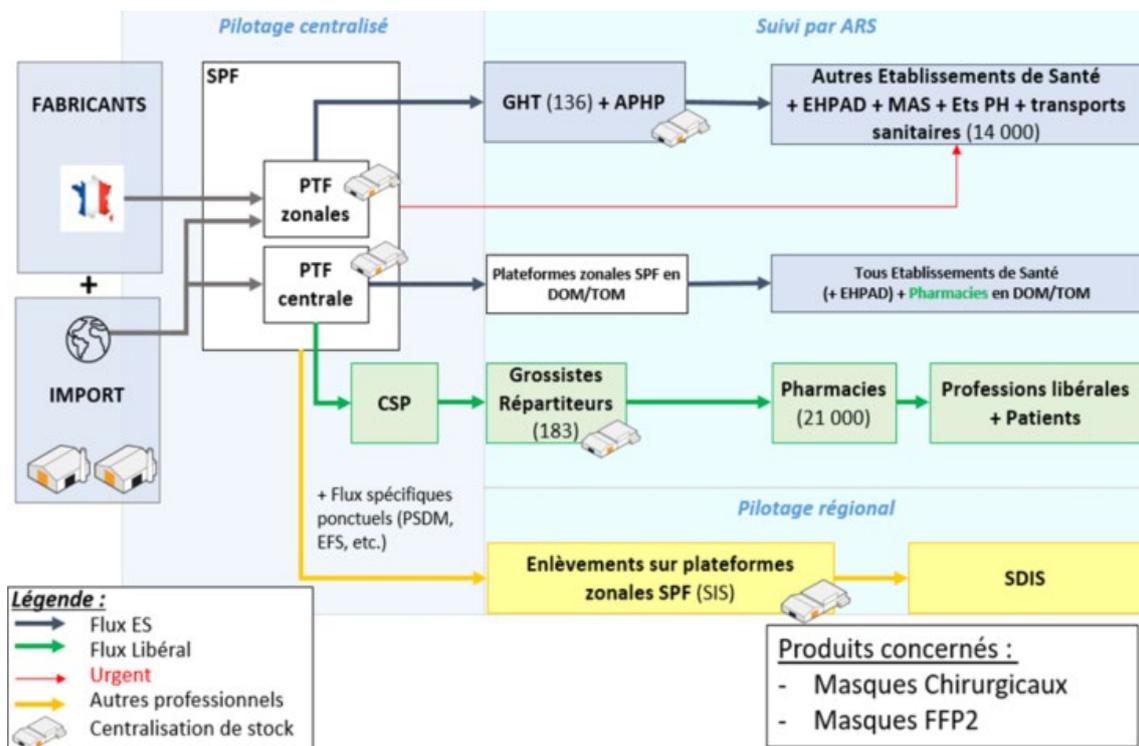
- les officines étaient approvisionnées hebdomadairement via leurs grossistes-répartiteurs habituels, ces derniers récupérant les marchandises directement aux plateformes zonales de Santé publique France, afin d'équiper les professionnels de santé et les patients.

À ces deux circuits doivent être ajoutés les approvisionnements issus des commandes des collectivités (qui les transmettaient aux ARS ou directement aux établissements de santé) et des dons des entreprises et associations.

Le schéma ci-dessous résume le système mis en place :

Schéma de distribution des stocks stratégiques d'EPI

(flux officines et GHT)



Source : Direction générale de la santé

Note de lecture : SPF : Santé publique France ; PTF : plateformes ; CSP : Centre spécialités pharmaceutiques ; MAS : maison d'accueil spécialisée ; Ets PH : établissements pour personnes handicapées ; SDIS : service départemental d'incendie et de secours.

¹ Les établissements prioritaires, lors du déclenchement de la crise, étaient ceux disposant d'un service de réanimation.

L'aggravation de la crise a contraint Santé publique France à trouver de nouvelles capacités de stockage

Alors que Santé publique France disposait initialement de 64 000 emplacements palettes sur ses différentes plateformes, **des plateformes de débord supplémentaires ont dû être ouvertes** au fur et à mesure de la crise, par exemple à **Vatry** et à **Moussy**, pour accueillir le fret aérien. Dans le même temps, les capacités de stockage des plateformes zonales ont été augmentées et trois plateformes supplémentaires ont été ouvertes.

L'arrivée par fret maritime d'un nombre important d'EPI a entraîné par ailleurs l'ouverture de structures de stockage (à Arras, Louvres et Marseille, chacune disposant de plus de 30 000 emplacements palettes) et l'extension de structures existantes. Par ailleurs, 22 000 emplacements ont été mis à la disposition de Santé publique France par La Poste.

Au total, selon l'agence, 255 000 emplacements palettes devraient être disponibles au 31 décembre 2020.

Parallèlement aux livraisons, les établissements de santé ont pu passer commande auprès de leurs fournisseurs habituels de masques FFP2 mais ont alors été confrontés aux tensions sur le marché international.

Le circuit mis en place a permis l'approvisionnement, durant la crise, des quantités décrites ci-dessous.

Flux d'EPI distribués à partir des stocks stratégiques d'État durant la crise

<i>En millions</i>	Masques chirurgicaux	Masques FFP2	Masques pédiatriques	Gants	Surblouses	Tabliers	Lunettes	Charlottes	Surchaussures
Etablissements de santé	615,2	131	0,3	57,4	25	42,6	0,4		0,7
Etablissements médico-sociaux	512,2	0,74	0,6	14	0,5	0,6			
Professionnels de santé libéraux	91,9	20	6,5						
Officines	484,4	53,9	6,5						
Flux DROM/COM	33,3	3	0,46	0,96	0,57	0,1	0,03	0,07	
Flux spécialisés	6,34	0,46		3,1	0,44		0,08	0,22	
Urgences	3,73	0,85	0,12	15,4	3,1	0,78	0,03	0,32	0,04
TOTAL	1747,07	209,95	14,48	90,86	29,61	44,08	0,54	0,61	0,74

Source : Données Santé publique France

b) La distribution aux hôpitaux : le choix contesté de faire appel aux établissements supports des GHT

Le schéma de distribution aux hôpitaux reposant sur les établissements support des GHT a fait l'objet de **critiques** de la part de certains acteurs.

La fédération de l'hospitalisation privée considère ainsi que « *c'était un non-sens absolu de confier aux GHT la distribution de masques pour l'ensemble de la profession hospitalière ; ce n'est pas leur rôle¹* » et qu'il aurait été préférable de mettre en place « *une distribution nominative, établissement par établissement* », possibilité qu'elle juge d'autant plus envisageable que le nombre d'hôpitaux privés reste faible en comparaison de celui des pharmacies. Plusieurs personnes entendues ont suggéré que **la distribution soit confiée aux grossistes-répartiteurs**, plus à même que Geodis de réaliser le « dernier kilomètre » efficacement.

Interrogé au sujet des évolutions à apporter au circuit de distribution, **le ministère de la santé a reconnu ces inconvénients** et concédé que la solution choisie ne pouvait être pérenne et qu'une réflexion sur les évolutions à apporter avait été engagée, devant aboutir d'ici mars 2021.

c) La distribution aux professionnels de ville : un circuit reposant sur les officines, inutilement complexifié par la versatilité ou le retard des décisions de l'État

L'approvisionnement des professionnels de santé libéraux s'est fondé sur les officines, qui se sont portées volontaires dès le 18 février, livrées par les grossistes-répartiteurs². Les missions remplies par le personnel des pharmacies durant la crise sont nombreuses : outre la distribution de masques, elles ont concerné la fabrication de gel hydroalcoolique, la participation à la politique de prévention et de dépistage et à celle de lutte contre les violences conjugales, la participation à la distribution de médicaments hospitaliers, etc.

À la date du 10 septembre, les grossistes répartiteurs avaient distribué plus de 500 millions de masques du stock d'État aux pharmacies et continuaient, chaque semaine, à en distribuer entre 30 et 35 millions³.

La bonne fluidité de ce circuit a cependant été pénalisée par plusieurs décisions du Gouvernement, prises sans associer les principaux professionnels concernés.

(1) Le choix ponctuel de Geodis en lieu et place des grossistes-répartiteurs

Alors que les grossistes-répartiteurs sont les fournisseurs traditionnels des pharmacies, le Gouvernement a fait le choix, brutalement et sans explication, de **renoncer à leurs services** pendant la semaine du 17 mars **et de confier l'une des livraisons à l'entreprise Geodis**.

¹ Audition des fédérations hospitalières et médico-sociales, 3 septembre 2020.

² Les prestataires de santé à domicile ont fait l'objet d'un flux spécifique passant par Alloga, distributeur avec lequel Santé publique France disposait d'un accord-cadre antérieur à la crise.

³ Audition sur les équipements de protection individuelle, 10 septembre 2020.

Or ainsi qu'il a été souligné en audition, « *distribuer 7 millions de masques par semaine vers 21 000 points de vente ne s'invente pas. Nous avons 12 000 professionnels, sept entreprises principales sur tout le territoire, et 5 000 chauffeurs livreurs qui connaissent toutes les pharmacies et leurs horaires d'ouverture* »¹. Interrogée à ce sujet, la direction générale de la santé justifie la décision de recourir à Geodis par l'absence de circuit de distribution aux officines, l'activation du réseau des grossistes-répartiteurs nécessitant un délai d'environ 15 jours. **Cette explication ne semble pas cohérente**, puisque **les grossistes-répartiteurs avaient déjà été sollicités**, la semaine précédente, pour une première livraison de masques aux officines.

De fait, l'intervention de Geodis a été émaillée sans surprise de **retards de livraison**, désorganisant l'activité des pharmacies. Face à ce constat, **le Gouvernement est revenu sur son choix contestable pour les livraisons suivantes**.

- (2) Des pharmaciens autorisés à distribuer des masques, interdits de les porter

Le réseau des pharmaciens s'est porté volontaire pour être le point de distribution des masques aux professionnels de santé libéraux et aux patients dès le 18 février. Pour autant, **il était interdit à ces mêmes pharmaciens de porter un masque de protection**, et ce jusqu'au 15 mars.

Les employeurs ont été contraints de désobéir à cette interdiction risquée, voire irresponsable ; dans le cas contraire, l'activité des officines aurait été interrompue, le personnel refusant légitimement de travailler sans protection.

Par la suite, d'autres décisions incohérentes ont été prises : « *nous avons eu du mal à faire reconnaître les préparateurs en pharmacie comme des soignants, leurs enfants n'étaient donc pas acceptés dans les écoles et ils n'avaient accès ni aux tests ni aux masques. Cela paraît fou : nous ne pouvions accepter que le pharmacien soit masqué, mais pas le préparateur !* »².

- (3) Une association insuffisante des pharmaciens à la stratégie de déconfinement

Les acteurs de la pharmacie ont en effet tous déploré avoir été mis devant le fait accompli de décisions qui les concernaient pourtant au premier chef et alors même que la fluidité de la distribution dépendait fortement de leur capacité à s'organiser.

La distribution des masques au grand public est probablement l'exemple le plus frappant de ce manque de concertation. Le 5 avril, en effet, une instruction interministérielle, confirmée à plusieurs reprises par la suite, a rappelé que les masques, EPI et dispositifs médicaux ne devaient pas être

¹ Audition sur les équipements de protection individuelle, 10 septembre 2020.

² Ibid.

commercialisés pour les consommateurs. Le 29 avril, le Premier ministre annonce néanmoins que **les masques pourront désormais être largement vendus au grand public**, en vue du déconfinement, **sans en avoir informé les pharmaciens au préalable**.

Ainsi qu'il a été souligné devant la commission d'enquête, « [...] le 14 avril, la grande distribution avait été associée à une réunion pour modifier la doctrine, sans que les pharmaciens ne soient jamais associés¹ [...]. Nous étions gênés, car nous avons expliqué à tous les pharmaciens qu'il ne fallait pas vendre au consommateur. Un ministère ne peut pas interdire la vente au consommateur si un autre ministère organise en même temps l'approvisionnement pour d'autres ».

Un sentiment d'incompréhension et de « deux poids deux mesures » se développe en effet non seulement parmi les pharmaciens, mais également au sein du grand public, du fait de cette communication trop précocée et alors que certains professionnels de santé ne parviennent toujours pas à être correctement équipés.

d) La distribution de masques chirurgicaux et grand public à la population générale : le recours efficace à la grande distribution

En vue du déconfinement, le Gouvernement a indiqué à la grande distribution le 15 avril son souhait qu'elle se mobilise dans l'objectif de fournir aux Français, à partir du 4 mai, des masques textiles réutilisables et des masques jetables.

Il est précisé le 16 avril à la Fédération du commerce et de la distribution (FCD), par mail du directeur de cabinet de la secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances, que « *l'enjeu prioritaire [...] est donc d'importer massivement avant début mai des masques grand public* ».

(1) Un secteur fortement et soudainement sollicité, en dépit d'injonctions contradictoires

Les enseignes de la grande distribution ont organisé un **approvisionnement en EPI à destination de leurs salariés dès le mois de février**². C'est notamment pour cette raison qu'« *aucun des 30 000 magasins n'a fermé [durant la crise] malgré un taux d'absentéisme important* »³.

¹ Audition sur les équipements de protection individuelle, 10 septembre 2020.

² Les stocks de masques datant de la crise de 2009 étaient quasiment vides, ou périmés, lors du déclenchement de la crise. Le fait qu'aucune enseigne ne disposait de stock suffisant de masques est une illustration supplémentaire de l'absence de communication autour de la doctrine du SGDSN de 2013 qui rappelle la responsabilité des employeurs en matière de protection de leurs salariés. Il est à noter toutefois que le groupe Auchan disposait, au démarrage de la crise, d'un stock d'1 million de masques FFP2 conservé en entrepôts depuis la crise H1N1. 100 000 ont été offerts aux hôpitaux de Lille.

³ Audition sur les équipements de protection individuelle, 10 septembre 2020.

Les enseignes ont fait preuve d'une **très grande réactivité**¹ et **efficacité** en la matière, les masques étant parfois réceptionnés deux ou trois jours après la passation de la commande. Compte tenu de la réquisition, toutefois, les commandes de masques chirurgicaux n'ont, dans l'ensemble, pu être réalisées qu'après le 23 mars.

L'approvisionnement rapide s'est fait, en outre, en dépit des difficultés recensées plus haut, à savoir la quasi-disparition des vols commerciaux, la hausse des prix, les commandes non honorées par les fabricants, les changements de réglementation et de norme, les goulets d'étranglement pour le dédouanement, etc.

Acquisitions d'EPI par les enseignes de la grande distribution à destination des salariés

	Masques	Visières	Gants	Vitres en plexiglass	Solution hydroalcoolique
Auchan	9 millions	70 000	15 millions	n.c.	96 000 litres
Carrefour	102 millions	81 240	n.c.	11 900 plaques	n.c.
Cora	3,2 millions	12 500	109 000	1800 mètres linéaires	n.c.
Leclerc	32 millions	301 980	142 millions		n.c.
Les mousquetaires	245 millions	30 000	18 millions	n.c.	465 000 litres
Lidl	6,9 millions	200 000	5 millions	n.c.	n.c.
Système U	17,5 millions	71 150	n.c.	893 cloisons	n.c.

Source : Commission d'enquête, à partir des données transmises par les enseignes de la grande distribution

(2) L'action de la grande distribution a permis la mise à disposition au public d'un nombre suffisant de masques à partir du déconfinement

À compter du 4 mai 2020, les enseignes de la grande distribution sont autorisées à vendre au grand public des masques en vue du déconfinement.

Si initialement le Gouvernement envisageait la commercialisation de masques réutilisables en tissu, une alerte des enseignes quant aux délais importants de production de ce type de masque alors que des masques chirurgicaux étaient dans le même temps disponibles sur le marché international l'a conduit à prévoir la vente également de ces masques jetables.

¹ Une des entreprises interrogées a ainsi commandé 2 millions de masques le 26 mars, qui ont permis d'équiper 100 % de ses sites dès le 30 mars.

Malgré les difficultés inhérentes à ce type d'opérations réalisées dans une certaine urgence et incertitude, **l'ensemble des Français a pu s'équiper en masques de protection au moment du déconfinement** et depuis lors. Pour ce faire, les commandes de masques chirurgicaux ont atteint plusieurs dizaines de millions d'unités dès la semaine 16 (13 - 19 avril), pour des livraisons en magasin généralement réalisées aux alentours du 11 mai.

Selon les plus grandes enseignes, les ventes de masques chirurgicaux atteignent depuis environ **4 millions d'unités par semaine**¹, sans que des ruptures de stock n'aient fragilisé l'équipement des consommateurs.

C. LA CONSTITUTION D'UNE FILIÈRE FRANÇAISE DE PRODUCTION : UNE INITIATIVE BIENVENUE, QUI RESTE À APPROFONDIR

La **mobilisation, rapide et massive, des entreprises de la filière « textile »** a facilité le maintien de l'activité et de l'emploi de nombreuses entreprises durant le confinement, et permis l'équipement des citoyens, mais aussi collectivités, entreprises et associations, en vue du déconfinement. La pérennisation d'une telle production nationale nécessite toutefois désormais un engagement plus avant de l'État.

1. Les commandes de l'État ont permis d'augmenter l'offre française de masques sanitaires

a) L'État a déjà cherché, en 2005, à soutenir la production nationale

Comme vu *supra*, la constitution d'un stock stratégique d'État à la fin des années 2000 s'est fondée sur la **mobilisation de la production nationale** *via* des protocoles d'achats passés entre l'État et les industriels. Leur capacité de production devait en effet atteindre 150 millions de masques la première année et permettre la constitution d'un stock de 700 millions à horizon 2009. En 2008, la direction générale de la santé indiquait en outre au directeur général de l'Éprus la nécessité de poursuivre « *l'objectif de maintien d'une capacité de production sur le sol national dont l'État pourra se prévaloir en cas de pandémie* ».

L'importance de conserver une base productive sur le territoire national était encore soulignée en janvier 2012 par le DGS dans une note au ministre concernant l'adaptation de la stratégie d'acquisition des masques FFP2. Après avoir proposé de ne pas renouveler le stock FFP2 avant 2014, compte tenu de son niveau élevé, il notait en effet qu' « *il convient toutefois de signaler que l'absence de nouvelles commandes risque de mettre en difficulté la filière française de fabrication de masques FFP2, mise en place en 2005* ».

¹ Il s'agit des ventes hebdomadaires sur la période comprise entre le 4 mai et la fin août.

Le fait qu'aucune commande de masques FFP2 ne soit en réalité passée entre 2011 et 2020 et qu'une seule commande de masques chirurgicaux soit passée entre 2013 et 2019 a sans aucun doute participé à **l'atrophie de la filière de production nationale**.

b) Près d'un tiers des masques sanitaires achetés pendant la crise l'ont été auprès de fabricants français

L'offre des producteurs français a été augmentée progressivement, durant la crise, par les commandes de Santé publique France. L'agence s'est en effet adressée à eux pour la production de **611 millions de masques chirurgicaux et 542 millions de masques FFP2, livrés jusqu'en décembre 2020**.

Les trois commandes du 30 janvier 2020 (1,1 million de FFP2), du 7 février (28,4 millions de FFP2) et du 25 février (170,5 millions de FFP2) ont toutes été adressées aux **quatre fabricants historiques français**. Une deuxième série de commandes a ensuite eu lieu auprès de quatre nouveaux producteurs français suite à la saisine envoyée par la DGS à l'agence le 11 mai. Cette série a alors porté sur 381 millions de masques chirurgicaux et 230 millions de masques FFP2, dont les livraisons ont été prévues de mai à décembre 2020. 259 millions de masques supplémentaires, enfin, ont été acquis auprès de six fournisseurs français *via* un grossiste-répartiteur.

Au total, les contrats avec des fabricants français ont représenté un **coût d'environ 800 millions d'euros**.

Selon la direction générale des entreprises¹, 34 nouvelles entreprises, au total, ont planifié la production de masques sanitaires avant décembre 2020.

La production française est donc fortement mobilisée par les commandes de l'État depuis le début de la crise. Elle s'est élevée à **77 millions de masques par semaine en octobre 2020** (à comparer à une production hebdomadaire située entre 3,5 et 4 millions d'unités en mars) et devrait poursuivre sa trajectoire ascendante pour atteindre 94 millions en décembre et plus de 100 millions par semaine à partir de janvier 2021. En effet, la majorité des commandes adressées à ces fabricants avant juin seront livrées entre juin 2020 et mars 2021².

Il est par ailleurs prévu que **les marchés avec les producteurs français soient réactivés début 2021, pour une durée potentielle de quatre ans**, afin de continuer à approvisionner régulièrement le stock stratégique d'État.

¹ Contribution écrite de la DGE transmise à la commission d'enquête.

² Audition de Santé publique France, 16 septembre 2020.

2. Le Gouvernement a posé les jalons d'une filière nationale de production de masques « grand public »

a) La filière textile s'est organisée durant la crise pour fournir également des masques non sanitaires

(1) Une production de masques grand public à destination initialement des personnels de cinq secteurs d'activité

(a) Une montée en puissance progressive, coordonnée par l'action du comité stratégique de filière « Mode et luxe »

Le 18 mars, lendemain du confinement, le Gouvernement a missionné le **comité stratégique de filière (CSF) « Mode et luxe »** du conseil national de l'industrie ainsi que d'autres acteurs¹ du secteur pour coordonner la filière textile en groupement et **fabriquer à grande échelle des masques anti-projection « grand public »** à destination, essentiellement, du personnel de cinq secteurs essentiels à l'économie du pays² : agroalimentaire, grande distribution, pharmacie, gestion des déchets, gestion de l'eau.

¹ Les pôles de compétitivité Euramaterials et Techtera, l'Union des industries textiles (UIT), l'Union française mode et habillement (UFIMH) et l'Institut Français du Textile et de l'Habillement (IFTH).

² Il est à noter que, parallèlement, la DGE a mis en place une « cellule importation » fin mars afin de faciliter les importations de masques d'environ 300 entreprises privées, 18 fédérations et 50 filières, recensant et qualifiant environ un millier d'offres d'importation (la majorité de ces offres a été écartée) et diffusant des informations sur le cadre légal et réglementaire. Pour ce faire, la cellule de la DGE exigeait de la part du fournisseur s'étant signalé la transmission d'un dossier documentaire comportant diverses pièces justificatives (photos des masques et de l'emballage, licence d'exportation, rapport de test, etc.).

Un encadrement de la qualité des productions par les autorités sanitaires

Si les deux premières semaines ont contraint les fabricants à « naviguer à vue », l'implication de diverses agences de santé à partir de la fin du mois de mars a permis de cadrer le type de production à réaliser :

- un **avis du 24 mars 2020 de l'ANSM**¹ portant sur la place de masques alternatifs en tissus dans le contexte de l'épidémie à covid-19 classe les masques non sanitaires en tissu en **deux catégories** : les **masques individuels à usage des professionnels en contact avec le public** (agents de caisse, forces de l'ordre) et les **masques à visée collective pour protéger l'ensemble d'un groupe portant ces masques** (bureaux d'entreprise, par exemple), dont les performances de filtration peuvent être moindres² que celles des premiers ;

- un **avis du 25 mars 2020 de l'ANSM**³ précisant le **protocole de lavage** des masques à usage non sanitaire. S'il revient au fabricant d'indiquer à l'utilisateur le protocole de traitement propre à son masque, ce dernier ne peut toutefois être moins exigeant que celui défini par l'agence ;

- une **note du 26 mars 2020 de l'ANSÉS**⁴ visant à améliorer la prévention de l'exposition au virus SRAS-CoV-2 en milieu professionnel, dans les secteurs autres que ceux des soins et de la santé ;

- une **note d'information du 29 mars 2020** des ministères de la santé, de l'économie et des finances, et du travail, qui reprend les conclusions des avis ci-dessus et précise notamment les **conditions de mise sur le marché** des masques grand public. En particulier, le fabricant ou importateur doit faire réaliser des essais conduits par un tiers compétent démontrant les performances des masques qu'il envisage de commercialiser. Les tiers compétents sont la direction générale de l'armement (DGA), le laboratoire national de métrologie et d'essais (LNE), d'autres laboratoires référencés ainsi que certains organismes accrédités⁵. Si les essais sont concluants, le fabricant doit demander au Gouvernement leur publication ;

- un **guide de fabrication de ces masques**⁶, à destination des particuliers, artisans et industriels, élaboré par l'AFNOR le 27 mars (type de patron à utiliser, dimensionnement, choix des matériaux, recommandation d'utilisation, etc.). Les masques fabriqués de façon artisanale ne font pas l'objet de tests et doivent donc, dans la mesure du possible, suivre les indications de ce guide.

¹ https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/8b84af4a1602bb9fe55d9ab6728982fa.pdf

² Les masques de la catégorie 1 doivent démontrer une filtration de 90 à 95 % pour des particules de 3 µm émises par la personne portant le masque. Ceux de catégorie 2 pourront admettre une efficacité de filtration de 70 à 80 % pour des particules de 3 µm.

³ https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3fa11d3e5dd2a1a5b57b4d42b317725e.pdf

⁴ <https://www.anses.fr/fr/system/files/AIR2020SA0046.pdf>

⁵ À compter du 20 avril, l'IFTH est en mesure de procéder également à ce type de tests, ce qui permet de désengorger la DGA (300 demandes par jour contre 80 tests quotidiens possibles).

⁶ Guide d'exigences minimales, de méthodes d'essais, de confection et d'usage, AFNOR SPEC S76-001, révisé le 27 avril 2020, <https://masques-barrieres.afnor.org/>

Certaines collectivités ont accompagné, par leurs commandes de masques en tissu, l'augmentation des capacités de production d'acteurs locaux. C'est le cas par exemple de la ville de Paris, qui a commandé entre avril et juin 2020 2,64 millions de kits et de masques pour un coût de 4,9 millions d'euros auprès de six fabricants.

(b) Une mobilisation de la filière ralentie par plusieurs obstacles

Plusieurs difficultés se sont posées au CSF « Mode et luxe » dans sa mission, au premier rang desquelles le **nombre très élevé d'interlocuteurs** (ministères, cabinets, administrations centrales, régionales et municipales, acteurs sectoriels, centres techniques, bénévoles, producteurs, demandeurs, fabricants, *etc.*). Celui-ci s'est ainsi révélé être un facteur de retard dans la structuration de la filière, puisqu'il s'est accompagné d'une multiplication parfois désordonnée d'**informations pas toujours fiables**.

En outre, **l'incompatibilité entre les outils numériques participatifs** utilisés par le groupement et ceux de l'État a compliqué la centralisation des réponses et contraint le CSF à procéder à des remontées manuelles d'informations.

Les acteurs de la filière, quant à eux, ont dû faire face à deux obstacles principaux liés au caractère soudain de leur sollicitation par le Gouvernement :

- un **engorgement des organismes et laboratoires** autorisés à réaliser les tests de performance puis les tests supplémentaires de lavage, conduisant à des retards de production ;

- une **pénurie de matières premières**. Cette pénurie s'est notamment matérialisée pour la production des surblouses anti-salissures lavables pour laquelle les acteurs de la filière ont été sollicités. En effet, l'ensemble du textile non tissé était alors mobilisé pour la production de masques, et plusieurs pays (Bulgarie, Ukraine, Maroc, *etc.*) avaient interdit l'exportation de ces matériaux.

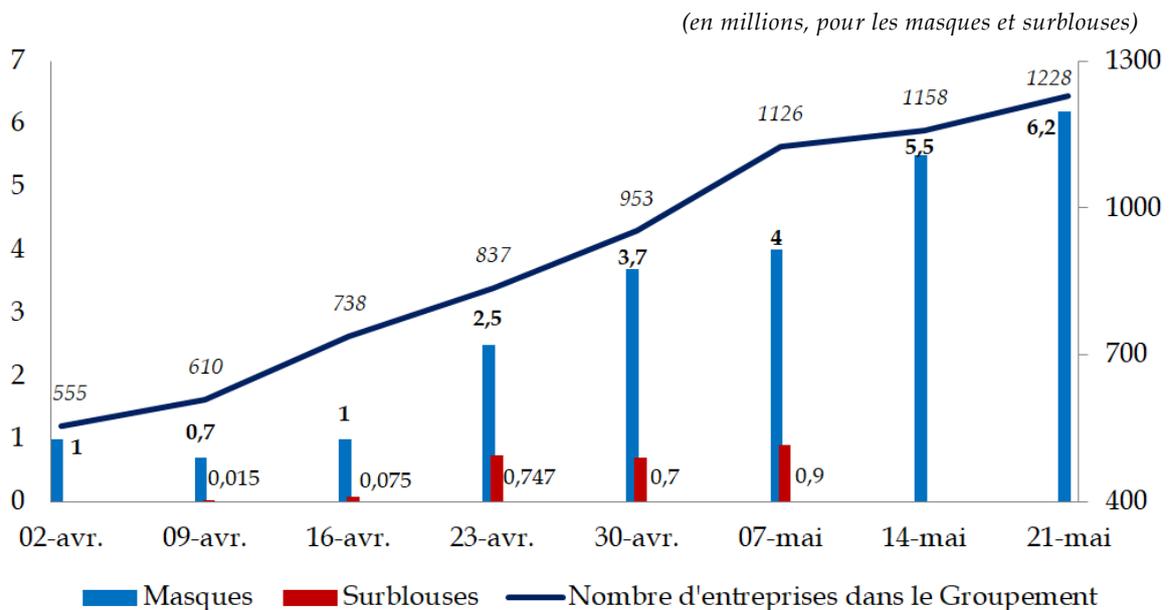
(2) Une production qui a ensuite augmenté considérablement pour accompagner le déconfinement

Dès le 17 avril¹, le Gouvernement indique au CSF le rôle essentiel que les masques grand public auront à jouer dans la perspective du déconfinement afin d'équiper les entreprises mais également les collectivités, les administrations et la population générale (le masque est alors obligatoire dans les transports en commun).

¹ Échanges de mails entre le CSF et le cabinet de la secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances.

Il lui est également indiqué que l'État se tient prêt à accompagner l'augmentation de la production en mobilisant la commande publique. Le graphique ci-dessous retrace l'évolution de la production française :

Capacités de production journalières de masques et surblouses par les entreprises du groupement, entre le 2 avril et le 21 mai 2020



Source : Commission d'enquête, à partir des données chiffrées transmises par le CSF

Au 11 mai, les entreprises de la filière ont déjà produit 120 millions de masques « grand public », la **capacité de production hebdomadaire atteignant 40 millions d'unités.**

Une plate-forme de La Poste pour assurer l'approvisionnement des PME en masques grand public

L'État et l'entreprise ont signé le 28 avril 2020 un marché prévoyant la mise en place par La Poste d'un dispositif complet permettant la **commande en ligne, le paiement, la gestion des commandes et la distribution des masques à destination des PME.** Le dispositif comprend une plateforme nationale pour la commande de masques, opérée par sa filiale **Docaposte**, et une chaîne logistique industrielle pour l'approvisionnement, le stockage et la distribution.

Au 17 août 2020, **63 372 commandes avaient été passées** sur la plateforme par 46 625 entreprises, pour un total de 2 622 244 masques. Le marché prévoyait par ailleurs le reversement à l'État, par La Poste, des éventuels bénéfices.

3. Face à la hausse du stock d'invendus, le Gouvernement ne doit pas abandonner son soutien à cette filière

a) La hausse des invendus pénalise financièrement les fabricants nationaux, malgré les promesses d'un soutien par la commande publique

(1) Un risque de rupture de confiance entre la filière et les pouvoirs publics si le soutien de l'État ne se matérialise pas

Dès le 15 avril, le CSF souligne auprès du Gouvernement que la restructuration des capacités de production ne pourra s'organiser **que si la filière dispose de visibilité suffisante en termes d'objectifs**, notamment la répartition de l'approvisionnement entre production nationale et importations, de volumes et de calendrier.

En effet, une telle réorientation de l'activité implique des **coûts supplémentaires, qui ne peuvent être amortis que si le volume des ventes est suffisant**. Disposer d'une visibilité à long terme est d'autant plus importante que les entreprises de la filière doivent préparer dès le mois d'avril le retour (même partiel) à leur activité principale, l'approche du déconfinement entraînant un regain des commandes.

À nouveau, dans un **mail du 28 mai**, le comité stratégique alerte la secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances quant au fait que **le marché du masque est en train de se retourner**, « *mettant en danger les entreprises qui se sont fortement mobilisées pour répondre à l'appel national du Président de la République que vous avez porté* »¹. Le CSF décrit notamment des **arrêts nets de production ainsi que la formation de nombreux stocks** (à hauteur de 700 000 euros, par exemple, dans l'ouest de la France).

Il déplore également que **des acteurs publics privilégient des importations de masques en tissu, moins chers, au détriment des producteurs français** et alors même que l'État soutient financièrement leurs commandes à hauteur de 50 % des masques acquis. Par conséquent, il est demandé à la ministre :

- d'appeler à limiter les importations de masques jetables ;
- de promouvoir le masque lavable français et la plateforme « Savoir faire ensemble » ;
- d'organiser la constitution d'un stock stratégique de masques lavables par l'État en privilégiant les entreprises françaises.

¹ Échanges de mails entre le CSF et le cabinet de la secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances.

Le CSF rappelle également au Gouvernement que le manque de soutien de l'État risque de se traduire par un **désengagement massif de la filière en cas de rebond de l'épidémie et de s'accompagner d'un sentiment de trahison et d'une rupture totale de confiance** avec les pouvoirs publics.

(2) Le lancement d'une mission pour promouvoir les masques français et pérenniser la filière

Le 5 juin 2020, **MM. Dubief**, président de l'Union des industries textiles, et **Gibault**, P-DG de la société Le Slip Français, sont missionnés par le Gouvernement pour :

- **améliorer la notoriété des masques lavables français** auprès des acheteurs potentiels français et étrangers et contribuer ainsi à la réduction des importations en la matière ;

- **accompagner la filière dans l'ajustement de ses capacités de production** au besoin collectif en masques au cours des prochains mois et contribuer à identifier les investissements nécessaires pour pérenniser la filière ;

- accompagner les entreprises dans la recherche de solutions pour résorber les stocks de masques et de tissus.

Les travaux de la mission sont **toujours en cours en novembre 2020**. Toutefois, interrogé au sujet d'une pérennisation de la production de masques en France, le CSF a indiqué à la commission que **l'appareil productif français, caractérisé par son savoir-faire et son excellence, n'avait pas vocation à pérenniser la production de masques une fois la crise sanitaire terminée, sauf exception**¹. Il est à noter cependant que le CSF ne gère plus la question des masques « en direct » et l'a déléguée à « Savoir faire ensemble », association à but non lucratif.

La commission d'enquête souligne néanmoins que **disposer d'une production nationale de masques grand public, mobilisable rapidement en cas de crise sanitaire** (dans le cadre d'une maladie mais également de problématiques environnementales comme la pollution), **participe de la souveraineté**, sanitaire et industrielle, du pays. L'acculturation de la population au port du masque, grandement accélérée par le contexte sanitaire, rend cette capacité d'approvisionnement national d'autant plus nécessaire.

Il est à noter, à titre de comparaison, que le **Gouvernement de Corée du Sud** a traduit son soutien à la production nationale par « *des réductions de taxes, des aides au recrutement, des subventions pour les heures supplémentaires* »² et que la quantité produite est passée de 10 millions de masques par semaine en février à 273 millions fin août. L'action du **Gouvernement taïwanais** s'est

¹ Contribution écrite du CSF transmise à la commission d'enquête.

² Audition de l'ambassadeur de la République de Corée en France et de l'ambassadeur de France en République de Corée, 9 septembre 2020.

également révélée **décisive** : en décidant fin janvier de superviser **l'installation de 92 chaînes de production supplémentaires** pour faire passer la production journalière de masques de 2 millions à 20 millions d'unités, il a permis à Taïwan de devenir le **deuxième producteur mondial** et de ne plus dépendre des usines chinoises¹. Pour ce faire, « *le ministère des finances a débloqué des fonds pour l'achat de machines en Allemagne, l'armée a été mobilisée pour les monter, et elles ont été mises à disposition des industriels, qui sont les mieux placés pour la fabrication de masse* »².

Proposition n° 4 : accélérer la pérennisation d'une filière française de masques en tissu en renforçant le soutien de l'État

Ce soutien peut prendre **diverses formes** :

- **renforcement, en volume, de la commande publique** adressée aux entreprises françaises, *via* par exemple l'activation de protocoles d'achat à l'image de ceux signés en 2005 entre l'État et les fabricants de masques sanitaires ;

- **renforcement des aides publiques à l'investissement** permettant de faciliter la réorientation rapide de l'appareil productif ;

- **intégration d'une quantité de masques « grand public » dans les stocks stratégiques d'État**, ou inciter les collectivités territoriales et employeurs publics et privés à en détenir un stock minimal hors période de crise.

b) Quelques solutions existent à court terme pour faciliter l'écoulement de la production française de masques

Au-delà du soutien par la commande publique, débouché majeur pour la production française et dont la mobilisation est susceptible d'apporter visibilité et confiance aux entreprises, le CSF préconise deux mesures principales pour faciliter à court terme la vente des masques stockés :

- un **allègement de la responsabilité de l'employeur** quant à l'entretien des masques fournis par l'entreprise. Le comité rappelle en effet que certaines les interdisent encore afin de se prémunir de toute potentielle mauvaise utilisation ;

- une **communication plus massive, et positive**, sur les bienfaits économiques (et notamment de souveraineté) et environnementaux qu'entraîne l'achat d'un masque lavable français. Les rapporteurs préconisent également qu'elle mette l'accent, de façon générale, sur **l'importance du port du masque en cas d'épidémie**.

¹ Audition du représentant de Taïwan en France et du représentant de la France à Taïwan, 9 septembre 2020.

² Ibid.

DEUXIÈME PARTIE : UNE ORGANISATION SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE DE GUERRE : UNE RIPOSTE ESSENTIELLEMENT HOSPITALIÈRE ET DES STRATÉGIES DE SOINS SANS COORDINATION

I. L'HÔPITAL MIS À L'ÉPREUVE ET POURTANT RÉSILIENT

A. LE « PLAN BLANC » GÉNÉRALISÉ : UN HÔPITAL MIS TARDIVEMENT EN ORDRE DE BATAILLE ET CONFRONTÉ À SES RIGIDITÉS

La préparation des établissements hospitaliers aux crises sanitaires repose sur un **protocole précis** décrit dans une **instruction du 12 juillet 2019¹**, non publiée au *Bulletin officiel*, et transmise aux rapporteurs par la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Il s'agit pour les établissements de santé d'**adapter leur organisation à l'application renforcée du dispositif Orsan REB**, dont le stade 1 est enclenché depuis le 14 février.

Concrètement, chaque établissement doit se doter d'une cellule de crise hospitalière (CCH) et se montrer prêt à adapter sa prise en charge selon deux niveaux :

- le niveau 1 ou « plan de mobilisation interne » (PMI) pour la gestion des tensions hospitalières, activé sans mettre à court terme l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant ;

- le niveau 2 ou « **plan blanc** » pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles avec impact potentiellement majeur, qui consiste à **mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose** en cas d'afflux de patients ou de victimes.

Contrairement à ce qui a pu être affirmé, le ministre de la santé n'active le **6 mars**, en même temps qu'est activé le stade 2 renforcé du dispositif Orsan dans le Haut-Rhin, que **le premier niveau de cette architecture**.

Le « **plan blanc** » proprement dit n'est engagé que le **12 mars 2020**, à la suite de l'envoi à l'ensemble des directeurs généraux d'ARS de deux instructions de **déprogrammation des interventions médicales et chirurgicales non urgentes²**.

¹ Instruction n° DGS/VSS2/DGOS/2019/167 du 12 juillet 2019 relative à l'actualisation du cadre de préparation du système de santé à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles.

² Réponse de la DGOS au questionnaire des rapporteurs.

Comme le souligne le directeur général de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), M. Martin Hirsch, lors de son audition, « *l'une des particularités de la crise a été le **temps particulièrement long qu'il a fallu aux experts pour converger vers une solution commune**. Ce n'est que le 12 ou 13 mars qu'ils considèrent que l'on risque d'avoir 100 000 patients en réanimation si l'on ne fait rien* ». Les « experts » visés désignent « *des spécialistes du coronavirus consultés en janvier et février [qui] nous appelaient à être extrêmement vigilants, à isoler les malades, mais [qui] n'ont pas extrapolé la situation chinoise [et] imaginaient qu'on pourrait avoir quelque chose de circonscrit, et non ce qui s'est passé sur la planète entière* »¹.

C'est donc à cette date du 12 mars que les rapporteurs choisissent de situer le début de l'engagement effectif du système hospitalier au niveau national dans la réponse sanitaire.

1. Les difficultés du signalement : l'engorgement rapide des services de régulation médicale et la mise à l'écart des autres acteurs du premier recours

Dès le premier message « DGS-urgent » adressé aux professionnels de santé libéraux le 14 janvier, la consigne – inchangée jusqu'au déclenchement du « plan blanc » – fut, pour la prise en charge d'un patient suspecté d'infection, de « *prendre contact avec le SAMU-centre 15* ».

Pour rappel, le **SAMU-centre 15** est un service régulateur d'appels mis en place par un centre hospitalier, dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), chargé d'exercer une **régulation préalable à l'accès au médecin de permanence**. Il lui incombe de déterminer et déclencher la réponse sanitaire la plus adaptée à l'appel dans le délai le plus rapide, de vérifier la disponibilité des moyens d'hospitalisation et d'organiser, le cas échéant, le transport sanitaire du patient.

Ainsi que le relevait un rapport du Sénat dédié aux services d'urgences², la PDSA n'est pas la mission des seuls SAMU-centres 15 et peut également être exercée par des centres libéraux de régulation, gérés par des associations de permanence des soins comme SOS Médecins ou par des maisons médicales de garde (MMG). Préalablement à la crise, les professionnels de santé acteurs de la régulation médicale d'urgence, tant hospitaliers que libéraux, déploraient unanimement que **cette dernière soit insuffisamment coordonnée et que la coexistence d'une multiplicité de numéros d'appel nuise à sa lisibilité**.

¹ Audition de M. Martin Hirsch, directeur général de l'AP-HP, 15 juillet 2020.

² Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé, n° 685, 2016-2017.

Comme l'indique le rapport précité, la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé a tenté de rassembler ces services sous un seul numéro (le 116 117), sans pour autant mettre fin à la coexistence des numéros particuliers des associations de permanence des soins et du numéro national d'aide médicale urgente (le 15). **La crise de la covid-19 est donc intervenue dans un contexte de régulation médicale faiblement rationalisée.**

Dans un souci manifeste de lisibilité et de clarté, les messages répétés du ministère de la santé d'orientation des patients potentiellement atteints de covid-19 vers les SAMU-centres 15 ont certes eu pour objectif de **mobiliser la régulation médicale et d'empêcher le recours direct aux établissements de santé**, mais n'ont malheureusement pour cela identifié qu'**un seul acteur de cette régulation.**

En conséquence, les SAMU-centres 15 ont très rapidement connu un phénomène de **saturation d'appels**. Oscillant en moyenne entre 30 et 40 000 appels par jour, le nombre total d'appels aux SAMU-centres 15 a atteint près de **140 000 appels par jour à la mi-mars**¹.

Tous les témoignages recueillis par la commission d'enquête signalent la **très grande réactivité des centres 15**. À titre d'exemple, le SAMU-centre 15 de Seine-et-Marne a ainsi été, en quelques jours, en capacité d'absorber un volume d'appels multiplié par 7 et de passer d'un effectif de 90 personnes à plus de 250 personnes².

Il n'en demeure pas moins que cette identification exclusive des SAMU-centres 15, durant la phase préparatoire, comme premiers interlocuteurs du patient s'est faite **au détriment de la participation des autres acteurs de l'intervention de premier recours : les professionnels de santé libéraux et les sapeurs-pompiers.**

- À partir du 12 mars et du déclenchement du plan blanc, puis le 14 mars du passage au stade 3 du dispositif Orsan, l'entrée dans la phase épidémique a conduit les pouvoirs publics à **organiser - tardivement - l'entrée des professionnels libéraux** dans le protocole de signalement, pour limiter la saturation des services d'urgence.

C'est ainsi qu'ont été diffusées, toujours par le biais des signaux « DGS-urgent » les premières **fiches de lignes directrices** pour la prise en charge en ville des patients symptomatiques, qui préconisaient qu'en l'absence de signes de gravité, ces derniers devaient prendre contact en priorité avec leur médecin traitant, afin de réserver la régulation du 15 aux cas les plus sévères. Ces recommandations n'ont toutefois pu être mises en œuvre à l'échelle souhaitée, en raison des faiblesses de l'équipement des professionnels libéraux en matériel de protection individuelle.

¹ Réponse de la DGOS au questionnaire des rapporteurs.

² Audition des représentants des sapeurs-pompiers et des urgentistes, 16 juillet 2020.

Un certain déport de la charge de régulation a pu néanmoins s'organiser à l'aide des associations de régulateurs libéraux, notamment SOS Médecins dont le secrétaire général, M. Serge Smadja, a rappelé à la commission d'enquête que de nombreux adhérents étaient « *régulateurs libéraux du 15* », facilitant ainsi les liens entre les deux interfaces. Il a ainsi pu faire part du contraste entre la phase précédant le plan blanc, durant laquelle « *les consignes étaient très claires : tout patient suspect de covid-19 devait être transféré au 15, qui décidait de la prise en charge* », et la phase déclenchée le 14 mars, au cours de laquelle « *les consignes suivantes ont été le "tout ambulatoire", et [à partir de laquelle] le 15 [leur] transférait énormément d'appels* »¹.

Pour autant, dans le prolongement des constats dressés avant la crise sanitaire, la coordination entre les centres de régulation hospitaliers et les associations de régulation a pâti de défauts préexistants, notamment **l'absence d'interconnexion téléphonique immédiate**, qui ont empêché les SAMU-centres 15 de bénéficier du report de charge escompté.

- **Le degré d'implication des sapeurs-pompiers** a suscité les interrogations les plus graves. En effet, un document de retour d'expérience sur la gestion de la crise sanitaire émanant de la fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF), diffusé dans la presse le 4 juillet, a fait état de « *requérants non-covid en situation d'urgence vitale n'ayant jamais eu de réponse du 15 à leurs appels et morts dans l'indifférence générale* ».

Au cours de son audition par la commission d'enquête, le président de la FNSPF, malgré les tempéraments apportés à ces propos, a confirmé son impression que « *la participation des sapeurs-pompiers n'avait pas été à la hauteur* » et que, bien que « *84 % de leurs missions concernent le secours d'urgence aux personnes [...] il n'avait été fait appel à eux que par moments, et de manière très hétérogène* »².

Plusieurs facteurs, l'un national et l'autre territorial, ont été évoqués pour expliquer cette mise à l'écart. Le premier tient à la captation exclusive par le seul ministère de la santé et la cellule de crise sanitaire (CCS), dès la phase préparatoire et jusqu'au 17 mars, de la gestion de la crise – la FNSPF parle plutôt d'« *administration* » de la crise. Ainsi, les sapeurs-pompiers ont pu déplorer que le plan pandémie grippale de 2011 n'ait « *pas été purement et simplement respecté, et [que] la gestion de cette crise [n'ait] pas été confiée au ministère de l'intérieur* ». Faute de mot d'ordre central incitant à la coopération, la vieille querelle des « blancs » et des « rouges » se serait donc déroulée sur le terrain, à l'avantage exclusif des premiers.

Par ailleurs, à l'instar des urgentistes, les sapeurs-pompiers ont rappelé que **les outils de coordination territoriale des différents acteurs de l'urgence avaient été insuffisamment mobilisés**.

¹ Audition des représentants des sapeurs-pompiers et des urgentistes, 16 juillet 2020.

² Ibid.

Quelques initiatives locales, comme celles constatées dans le Grand Est, de « *réseaux territoriaux des urgences* »¹ ont pu réunir tous les acteurs (médecins coordonnateurs des établissements de santé, régulation du centre 15, sapeurs-pompiers, SOS Médecins et éventuellement les CPTS) pour construire un projet territorial commun.

En Île-de-France, d'autres structures préexistantes, comme le **comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires** (Codamups-TS), « *n'ont quasiment pas joué de rôle pour l'organisation des acteurs face à la crise* »². Interrogée sur cet aspect, la DGOS décrit des instances coprésidées par le préfet de département et le directeur général de l'ARS, composées d'une trentaine de personnes, dont la mobilisation nécessite en temps normal un formalisme et une anticipation significatifs, et qu'il n'a donc pas été possible de réunir durant la période. C'est peu de dire que l'argument, surtout s'agissant d'acteurs de l'urgence, peine à convaincre.

Aux yeux des rapporteurs, le défaut de coopération reste lié à de **vieux antagonismes organisationnels**, qu'illustrent parfaitement les positions opposées des différents acteurs sur le **numéro unique d'intervention**. Alors que les sapeurs-pompiers souhaitent un numéro d'appel d'urgence unique (le 112) et un service d'accès aux soins doté d'un numéro dédié (le 116 117), afin de « *faire de l'urgent d'un côté, du non-urgent et du conseil médical de l'autre* »³, les régulateurs médicaux se montrent dans l'ensemble opposés à cette épure, souhaitant que les « *patients [continuent] d'appeler les structures qu'ils ont l'habitude de solliciter* »⁴ et aient ainsi accès à une régulation médicale qui statue sur le caractère urgent ou non de la sollicitation.

2. Une sollicitation tardive et lacunaire des professionnels libéraux dans la phase épidémique, qui a fortement obéré leur efficacité

Comme évoqué plus haut, le passage du dispositif Orsan au stade épidémique s'est accompagné, à partir du **14 mars 2020**, d'une inflexion nette de la stratégie ministérielle en matière de prise en charge : marginalisés jusqu'alors, les professionnels de santé libéraux se sont subitement vus investis d'une mission de prise en charge des cas pauci-symptomatiques.

¹ Audition de praticiens hospitaliers et libéraux, 28 juillet 2020.

² Ibid.

³ Audition des représentants des sapeurs-pompiers et des urgentistes, 16 juillet 2020.

⁴ Audition de praticiens hospitaliers et libéraux, 28 juillet 2020.

Cette implication des professionnels libéraux, souhaitable bien en amont de la phase épidémique, a connu d'immenses difficultés de réalisation pour deux raisons :

- elle s'est montrée **bien trop tardive**. Les réflexes issus d'une communication gouvernementale axée depuis plus d'un mois sur l'appel au 15 n'ont *a priori* pas aidé à la sollicitation des médecins traitants : ainsi que le souligne le docteur Pascal Biltz, « *la communication qui a été faite auprès des patients – dans un premier temps, “évités les cabinets médicaux !”, ensuite, “allez-vous faire soigner !”*¹ – *n'a pas aidé à la compréhension de la situation* ». Le docteur Yohann Saynac dresse un constat similaire en indiquant que « *la covid-19 [étant] une maladie de médecine générale, [...] il fallait orienter au maximum les patients vers leur médecin traitant qui est équipé pour cela et qui travaille avec des infirmiers, si le patient nécessite une surveillance à domicile* ». Selon ce témoignage, « *la place des soins primaires dans le dispositif n'a tout simplement pas été pensée* »² ;

- elle ne s'est **pas accompagnée de l'équipement requis des professionnels en matériel de dépistage et en matériel de protection individuelle**. Aussi, même les tentatives les plus précoces n'ont pu aboutir en raison de cet écueil : le directeur général de l'ARS d'Île-de-France a beau avoir « *dès le 10 mars, instauré une conférence téléphonique quotidienne avec les représentants de l'URPS libéraux et l'ordre des médecins, [il] se heurtait toujours à la question de ces équipements de protection individuelle* »³. Ce point a fait l'objet de développements précédents.

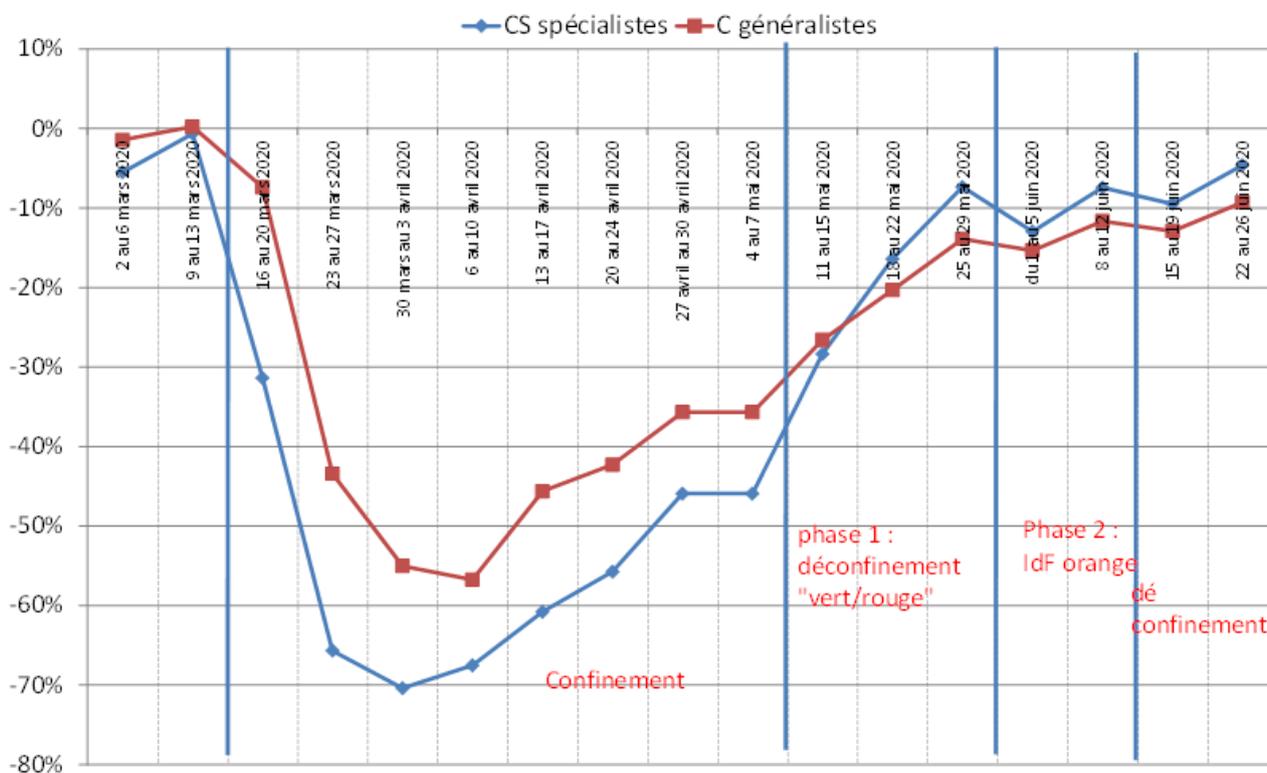
Ainsi que le montre le graphique suivant, les incitations gouvernementales à se tourner vers les médecins traitants n'ont commencé à produire des effets qu'à **partir de la semaine du 6 avril, soit avec près de trois semaines de retard**.

¹ Reprenant ainsi les propres mots du Premier ministre.

² Audition de professionnels de santé libéraux d'Île-de-France, 15 juillet 2020.

³ Audition de M. Aurélien Rousseau, directeur général de l'ARS d'Île-de-France, 15 juillet 2020.

Evolutions hebdomadaires C et CS des médecins



Source : DGOS

Ainsi, là où elle a pu s'organiser, l'intervention des professionnels libéraux a davantage bénéficié de la coordination autonome des acteurs de terrain que d'une impulsion lancée au niveau central. En effet, à l'exception notable du recours à la **téléconsultation**, **l'intervention des professionnels libéraux en amont des hospitalisations a essentiellement dépendu d'initiatives locales**, à la pérennité et à l'extension souhaitables.

a) *Un recours facilité à la téléconsultation : une solution nécessaire mais non suffisante*

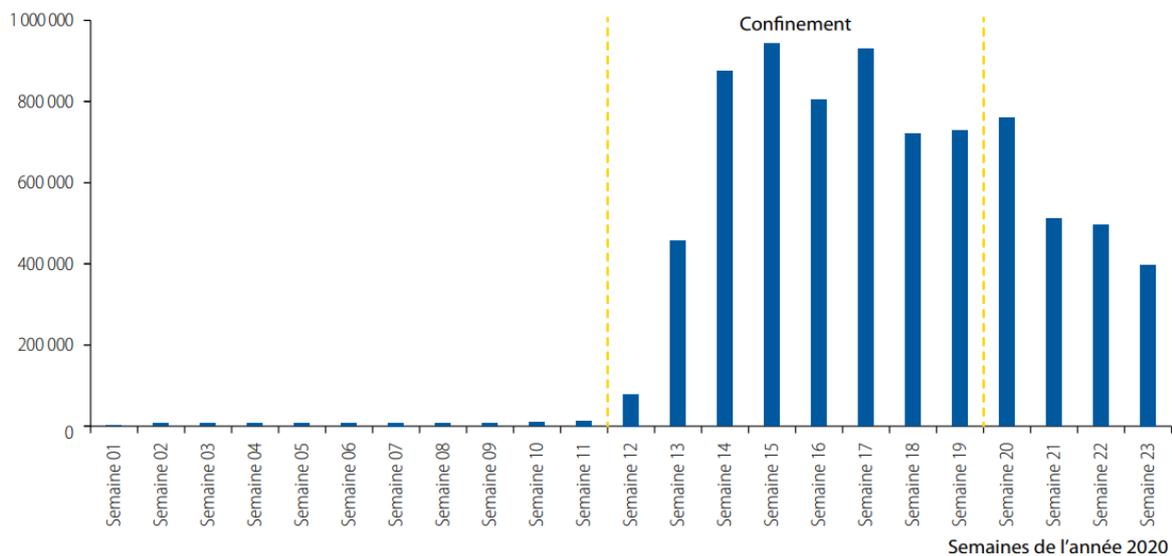
Par **décret du 9 mars 2020**¹, ont été adaptées les conditions de prise en charge des actes de télémedecine par l'assurance maladie pour les personnes atteintes ou potentiellement infectées par la covid-19. Ces dernières ont ainsi pu bénéficier d'une dérogation à la convention médicale, qui prévoyait l'obligation pour le patient d'avoir rencontré physiquement le médecin téléconsultant au moins une fois avant la téléconsultation.

¹ Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions de bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les personnes exposées au covid-19.

Les actes de téléconsultation réalisés par téléphone pour les patients présentant les symptômes de l'infection ont été **pris en charge à 100 % par l'assurance maladie**. Il en a été de même pour les actes de télésuivi réalisés par des infirmiers libéraux.

Sur l'échantillon des médecins libéraux consultés par la commission des affaires sociales du Sénat en avril 2020, **70 % déclarent avoir eu recours à la télémedecine, dont 34 % avec des difficultés**. D'après la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), la semaine du 23 mars, ce sont près de 29 000 médecins libéraux qui ont facturé au moins une téléconsultation soit environ 1 médecin sur 3 avec 480 000 téléconsultations. À fin mars, ce sont désormais plus de 920 000 téléconsultations qui ont été réalisées.

Nombre de téléconsultations en 2020



Source : Cnam

Malgré les avantages certains qu'a présentés ce recours facilité au télésoin, les rapporteurs soulignent **la persistance d'importantes réticences parmi les praticiens** qui, dans leur grande majorité, estiment irremplaçable le contact physique du patient. D'autres phénomènes liés à la couverture numérique de certains territoires ou au mode de facturation - certains sites de téléconsultation utilisés par les spécialistes ne fonctionnant qu'avec une carte de crédit, les patients habitués au tiers payant total ont pu se sentir pénalisés - ont été relevés.

b) Des coopérations entre libéraux et hospitaliers, essentiellement portées par les acteurs locaux, et trop peu répandues

De façon générale, il importe de souligner que l'organisation des professionnels libéraux lors de la « première vague » a largement dépendu de leurs **initiatives particulières**. L'un des exemples les plus marquants de ces initiatives réside dans les « **centres locaux de consultations covid** » dits également « **covidromes** ».

Généralement portées par un ou plusieurs médecins généralistes, ces structures, **souvent adossées à des établissements de santé et fonctionnant comme une forme de « sas » préalable**, ont accueilli les patients potentiellement atteints et orientés par les SAMU-centre 15 ou par leur médecin traitant, en alternative au cabinet de ville trop susceptible de contamination. Elles y ont proposé des consultations et des dépistages, ainsi qu'un premier diagnostic, qui pouvaient utilement servir au désengorgement des établissements.

Ces structures ont été montées grâce à l'appui des **collectivités territoriales** (essentiellement les communes) pour la mise à disposition d'un local, mais aussi des **ARS** pour la distribution d'équipements adaptés (ou du GHT lorsque les covidromes relevaient d'une initiative hospitalière).

Saluées par les fédérations hospitalières comme par les représentants des professionnels libéraux comme un **emblème de la coopération ville-hôpital**, leur déploiement a fortement varié selon l'implication personnelle de leurs acteurs ainsi que les facilités apportées par les ARS. Elles n'ont en revanche fait l'objet d'**aucun accompagnement du niveau central** : en effet, comme l'indique la DGOS, « *les ARS ont eu toute latitude pour organiser, selon les besoins exprimés dans les territoires, des « centres covid ambulatoires » [...] qui sont venus en complément des dispositifs existants et non en substitution* »¹.

Si les rapporteurs saluent cet effort de subsidiarité, indispensable considérant les dynamiques variables de l'épidémie selon les territoires, **ils déplorent en revanche que les ARS n'aient pas reçu de consigne uniforme quant à la mise en place des covidromes**. En effet, l'un des principaux problèmes auquel ces initiatives se sont heurtées a été leur **mode de création** et leur **modèle financier**. Comme structure de soins, leur création est restée soumise à l'autorisation de l'ARS, dont les délais de réponse ont été souvent déplorés par les professionnels. Quant aux modalités de rémunération des professionnels de santé qui s'y sont engagés, elles n'ont jamais été vraiment clarifiées : alors que certains syndicats de professionnels appelaient au versement d'une rémunération forfaitaire, le maintien d'une rémunération à l'acte par l'assurance maladie semble avoir été privilégié.

¹ Réponse de la DGOS au questionnaire des rapporteurs.

Dans quelques cas, **l'absence de consensus autour de la rémunération des professionnels intervenant en covidromes a mené à la fermeture de ces structures.** En Charente-Maritime, médecins et infirmiers ont dû stopper les interventions de quatre centres, faute d'un accord trouvé avec l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, qui proposait une rémunération de seulement 12 euros par acte pour les paramédicaux, soit bien en-deçà des taux pratiqués en cas de réquisition de personnel. La fermeture de ces centres a logiquement conduit à la réorientation des patients vers les urgences hospitalières.

A contrario, dans d'autres territoires de santé particulièrement bien intégrés, la mission de ces covidromes a pu être **partiellement ou totalement remplie par les membres des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).**

L'exemple le plus abouti de cette coopération ville-hôpital autour d'une prise en charge préalable et alternative à l'hospitalisation reste sans doute l'application **Covidom**, lancée par l'AP-HP avec le soutien de l'ARS d'Île-de-France.

Covidom : l'exemple d'une coopération réussie entre ville et hôpital en Île-de-France

L'audition conjointe de M. Martin Hirsch, directeur général de l'AP-HP, et de M. Aurélien Rousseau, directeur général de l'ARS d'Île-de-France, a permis d'éclairer la commission d'enquête sur les conditions de mise en œuvre de Covidom¹.

Dès le **1^{er} mars**, l'application Covidom a été mise en place un système commun entre l'hôpital et la ville pour pouvoir suivre des patients n'ayant pas besoin d'être hospitalisés à domicile avec leur médecin traitant en lien avec des médecins hospitaliers. Elle a ainsi pu bénéficier à près de **70 000 patients**.

Un médecin généraliste sur deux a participé à ce dispositif qui a constitué une innovation majeure, décisive durant la crise concernant l'engorgement des établissements de santé. Une enquête a été faite sur 10 000 patients suivis sur Covidom : **40 % d'entre eux répondent que, sans l'application, ils seraient allés aux urgences.** Cette initiative a reçu le soutien financier de l'ARS, afin que l'application soit gratuitement mise à la disposition des médecins et des établissements de santé franciliens.

Selon le directeur général de l'AP-HP, la réussite de l'application tient à l'implication *ex ante* des professionnels libéraux dans sa mise en œuvre. En effet, « *contrairement aux habitudes, on n'a pas d'abord défini des dispositifs, puis demandé aux médecins de ville s'ils voulaient monter à bord. Dès la décision de créer Covidom le 1^{er} mars, nous avons eu le président de l'URPS au téléphone pour savoir s'il voulait participer à la conception du dispositif* ».

¹ Audition de MM. Martin Hirsch, directeur général de l'AP-HP, et Aurélien Rousseau, directeur général de l'ARS d'Île-de-France, 15 juillet 2020.

De l'ensemble de ces initiatives, trop peu nombreuses mais globalement porteuses de résultats probants et décisifs dans la prévention de l'engorgement des structures hospitalières, les rapporteurs observent avec perplexité qu'elles ont été lancées en ordre dispersé, laissées à la pleine appréciation des ARS sans qu'aucune ligne directrice ne leur soit fournie à cet égard par les autorités ministérielles.

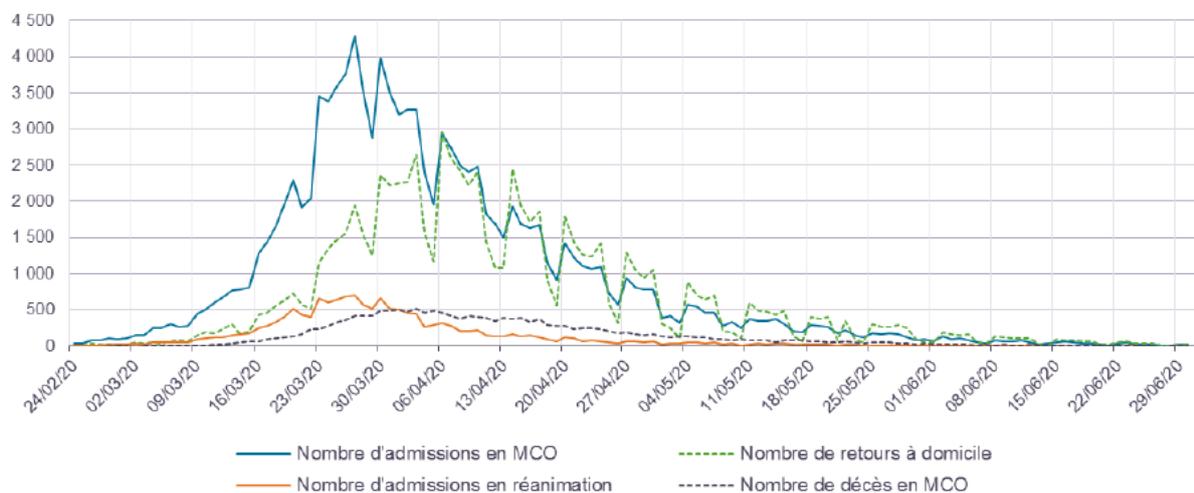
Elles n'ont globalement pu empêcher l'essentiel du flux des patients de se diriger vers les structures hospitalières.

3. Le grand redéploiement de l'offre hospitalière : la réactivité des acteurs malgré les embûches administratives

a) Une explosion du nombre d'hospitalisations

Le graphique ci-dessous, fourni par la DGOS, illustre l'accélération subite des admissions à l'hôpital des cas de covid-19 à partir de mi-mars, dont l'évolution connaît une décrue significative à partir du début du mois d'avril jusqu'à la fin du mois de mai.

Évolution des admissions des patients covid-19 (hors séances), des retours à domicile et des décès en MCO, du 24 février au 30 juin



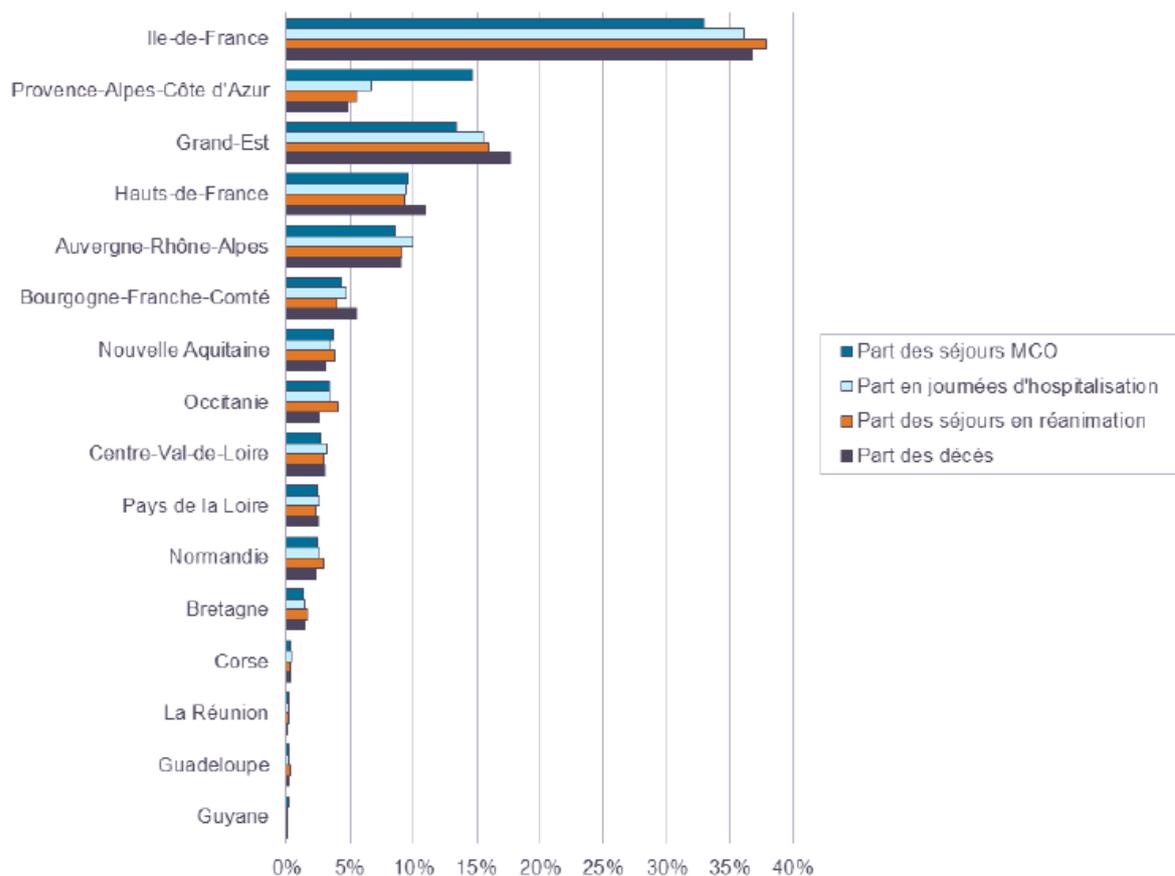
Source : DGOS, d'après les données de l'ATIH

Du 1^{er} janvier au 2 juillet 2020, près de **131 200 hospitalisations de patients atteints de covid-19** ont été enregistrées. Ainsi que l'indique la DGOS dans une note transmise aux rapporteurs, c'est entre le 25 mars et le 20 avril que l'occupation des établissements de santé par les patients covid-19 a été la plus forte, avec un niveau observé de plus de 20 000 hospitalisations quotidiennes.

Sur ces plus de 130 000 hospitalisations, plus de 105 700 ont fait l'objet d'une prise en charge spécifique pour affection de l'appareil respiratoire, sans passage en service de réanimation. Les deux tiers de ces hospitalisations ont été précédés d'un passage en service d'urgence.

Sur l'ensemble de la période, l'essentiel des hospitalisations s'est concentré sur **trois régions** : l'Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et le Grand Est.

Répartition de l'activité hospitalière des patients covid-19 entre le 1^{er} janvier et le 30 juin



Source : DGOS

b) La multiplication des places disponibles en réanimation : une réussite globale en termes de capacités mais au prix de déprogrammations

À partir du 12 mars 2020, les directions hospitalières, sous l'égide des ARS, se sont livrées à des extensions sans précédent de leurs capacités de réanimation, en mobilisant leurs unités de soins continus (USC) et de soins intensifs (USI). Ces conversions de services ont imposé d'importantes hausses de moyens matériels et humains, notamment **l'équipement de chaque lit de réanimation en respirateur** et la **présence continue d'un professionnel de santé formé en soins de réanimation**.

Avant le 12 mars, la capacité de réanimation s'élevait à 5 130 lits, dont 4 350 dans les établissements publics, 550 dans le privé lucratif et 230 dans le privé non lucratif. Les augmentations des capacités de réanimation nécessaires à l'absorption de la demande de soins au cours de la crise figurent dans le tableau suivant.

Capacités en lits de réanimation adultes tous secteurs confondus

	Avant 12/03	25/03	05/04	10/04	15/04	01/05	15/05	01/06	15/06	30/06
Capacité en lits de réanimation	5 130	7 400	9 459	10 291	10 705	10 145	10 073	9 181	8 260	6 713

Source : DGOS, FHF, Fehap et FHP

Ainsi, du déclenchement du « plan blanc » jusqu'au pic hospitalier observé autour du 15 avril, **les capacités d'accueil en réanimation ont été plus que doublées**. Comme le soulignent les représentants des médecins réanimateurs auditionnés par la commission d'enquête, ce doublement a notamment été permis par « *la déprogrammation massive [qui] a libéré des professionnels, notamment des médecins anesthésistes-réanimateurs et des infirmiers anesthésistes diplômés d'État qui, par la plasticité de leur formation, ont concentrant leurs activités sur la réanimation, apportant à celle-ci un renfort salutaire* »¹.

L'audition des sociétés savantes de réanimation chiffre à 70 le nombre supplémentaire d'internes en réanimation chaque année (contre 130 demandés), pour un **total estimé à 2 710 MIR et 2 420 MAR**. Le syndicat national des infirmiers-anesthésistes chiffre à **10 843 le nombre d'infirmiers-anesthésistes diplômés d'État (IADE)** en décembre 2019.

MIR et MAR

Derrière la mobilisation générale des professionnels de santé de réanimation, plusieurs métiers distincts ont en réalité été à l'œuvre. L'offre hospitalière de soins a essentiellement sollicité deux disciplines :

- la **médecine intensive-réanimation** (dite MIR), qui « *prend en charge les défaillances d'organes dans un contexte médical. Elle est exercée en CHU dans des services de médecine intensive-réanimation à côté des réanimations chirurgicales et dans les hôpitaux de plus petite taille* » ;
- l'**anesthésie-réanimation-médecine périopératoire** (dite MAR), qui comporte « *l'anesthésie et la prise en charge non chirurgicale des patients chirurgicaux et polytraumatisés durant leur hospitalisation* ».

¹ Audition des sociétés savantes d'anesthésie-réanimation, 14 octobre 2020.

La prise en charge des formes graves de la covid-19, en raison de leur dominante pneumopathologique, a d'abord mobilisé les MIR, dont c'est le cœur de métier. Les MAR, dont la formation spécialiste intègre de la réanimation, s'orientent pour les trois quarts d'entre eux, à l'issue de cette dernière, vers de l'anesthésie. Ce sont eux qui, en raison de la proximité de leur exercice et de la déprogrammation de leurs activités, ont naturellement fourni le plus gros contingent de renforts au cours de la première vague.

D'après le professeur Éric Maury, président de la société de réanimation de langue française (SRLF), on a pu observer qu'au sein des équipes de réanimation, la prise en charge différait selon la dominante MIR ou MAR des professionnels de soins¹.

Face à ces capacités augmentées, le chiffre des admissions en réanimation au cours de la « première vague », porté à **15 300 sur la période du 1^{er} janvier au 2 juillet**, a atteint son pic autour du 8 avril, totalisant **7 148 patients**², soit en-deçà du capacitaire global. À l'échelle nationale (uniquement), il semble donc que les besoins aient été couverts.

Par ailleurs, comme le souligne la DGOS, le circuit d'approvisionnement en **respirateurs artificiels, normalement assuré par les établissements de santé**, a été doublé par la constitution d'un **stock national**. Ainsi, aux **acquisitions particulières de 1 032 appareils**, sont venues s'ajouter à partir du 15 mars des **commandes d'État de 1 631 respirateurs de réanimation** d'une part (pour un montant de 28,5 millions d'euros), et de **8 000 respirateurs légers Osiris 3** d'autre part (pour un montant de 35 millions d'euros)³. L'acquisition de ces derniers, auprès du fabricant Air Liquide, a donné lieu à plusieurs polémiques quant à leur efficacité pour le traitement des formes les plus graves de la maladie. Le ministère de la santé avait alors rappelé, par communiqué de presse, que « *leur usage en service de réanimation, en cas d'indisponibilité de respirateurs plus lourds et en dernier recours, avait été validé par les deux sociétés savantes françaises de réanimation* ».

Ainsi, il est incontestable aux yeux des rapporteurs que le redéploiement capacitaire des unités de réanimation puisse être qualifié, à partir de la mise en œuvre du « plan blanc » *seulement*, de **réussite globale**. À ce titre, les **comparaisons internationales**, engagées notamment avec l'Allemagne et dont les conclusions ont fréquemment été défavorables à la France, doivent être réinterprétées.

¹ Audition des sociétés savantes d'anesthésie-réanimation, 14 octobre 2020.

² Ibid.

³ Réponse de la DGOS au questionnaire des rapporteurs.

Comptabilité des unités de réanimation : la comparaison France-Allemagne

D'après la DGOS, il existe en France trois catégories de soins dits « critiques » fixées par le code de santé publique :

- les **unités de « réanimation »** destinées à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ;

- les **unités de « soins intensifs » (USI)** destinées à des patients qui présentent ou qui sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë d'un organe spécifique et mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital ;

- les **unités de « surveillance continue » (USC)** destinées à la prise en charge des malades qui nécessitent, en raison de leur état ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique.

Bien souvent, dans les comparaisons internationales, les lits de réanimation et de soins intensifs sont regroupés par l'OCDE dans la catégorie « intensive care » avec une exclusion des lits surveillance continue. Ceci entraîne en général une **sous-estimation de la capacité française de prise en charge des patients dans des soins critiques**, au sens large, notamment par rapport à l'Allemagne. Ainsi, l'OCDE, dans un rapport d'avril 2020, évalue la capacité française en « intensive care » à 16,3 lits pour 100 000 habitants contre 33,9 pour l'Allemagne.

Or, ce chiffre ne tient pas compte des USC, dont les chiffres ont été communiqués aux rapporteurs par les fédérations d'établissements : 3 500 lits dans le public, 3 000 dans le privé lucratif et 590 dans le privé non lucratif. Ce total de 7 090 fournit une capacité française supplémentaire de 10,9 lits pour 100 000 habitants, portant la **capacité française totale à 27,2 lits pour 100 000 habitants, soit la troisième position de l'OCDE après l'Allemagne et l'Autriche.**

Si les rapporteurs rejoignent volontiers la DGOS dans son **appréciation globale** selon laquelle « *le système français n'a pas manqué de lits disponibles de façon globale dans le contexte de la crise de mars à mai 2020 puisqu'en permanence étaient disponibles entre 1 000 et 2 000 lits sur le territoire* »¹, ils portent un regard beaucoup plus nuancé sur la **bonne allocation de cette offre, essentiellement pilotée au moins jusqu'au pic épidémique par le niveau central, aux besoins localement exprimés**. Outre l'exemple longuement évoqué du Grand Est, victime d'une réaction bien trop tardive, plusieurs rigidités dans le déploiement de la réponse sanitaire ont par ailleurs gravement atténué son efficacité.

¹ Réponse de la DGOS au questionnaire des rapporteurs.

c) *L'enjeu des circuits d'informations : l'impossibilité de disposer de disposer de données fiables en temps réel*

Si la capacité globale des soins de réanimation a su réagir de façon satisfaisante à l'expansion des besoins (« top-down »), les rapporteurs constatent que le **suivi individuel des hospitalisations, entendu à l'échelle de l'établissement de santé, a présenté d'importantes lacunes** qui ont fortement diminué la qualité du pilotage « bottom-up » par le ministère de la santé, notamment en matière d'allocation de matériel et de personnel.

Du constat même de la DGOS, « *l'hétérogénéité des systèmes d'information au sein des établissements (principe d'autonomie pour le choix de l'éditeur)* »¹ est à l'origine de plusieurs difficultés, au rang desquelles figurent notamment la **consolidation tardive des informations sur capacitaire installé par secteur** et la quantification des déprogrammations.

Durant la crise, **trois systèmes d'informations distincts** ont été mobilisés par les établissements de santé pour assurer le suivi chiffré de l'épidémie avec, pour chacun d'entre eux, de notables difficultés.

- En premier lieu, chaque établissement se doit d'alimenter, en tout temps, un **répertoire opérationnel de ressources (ROR)** mis à la disposition des ARS, afin de leur permettre d'avoir à l'échelon régional une connaissance d'ensemble des capacités et des lits disponibles. C'est à l'aide de cet outil particulier que les besoins capacitaires devaient être agrégés pour être transmis au niveau central et pour décider notamment de l'opportunité des transferts sanitaires.

Un premier problème a été relevé par la Fehap² : la **matrice des ROR diffère selon les régions**, ce qui interdit *a priori* toute consolidation nationale pertinente et empêche leur interopérabilité. Le remplissage du ROR, non automatisé, est par ailleurs fortement consommateur de temps humain.

Plus grave semble avoir été son **caractère non contraint**, relevé par le docteur Marc Noizet, chef du service d'urgences de l'hôpital Muller de Mulhouse : selon lui, il y a eu « *une problématique d'appropriation [de cet outil] tant par les utilisateurs que par les instances régionales qui le pilotent ; de ce fait, il était inopérant et, au début de la crise, chaque établissement devait passer de multiples coups de téléphone aux autres établissements pour trouver des lits disponibles. Que de temps perdu !* »³.

¹ Réponse de la DGOS au questionnaire des rapporteurs.

² Réponse de la Fehap au questionnaire des rapporteurs.

³ Audition de praticiens hospitaliers et libéraux, 28 juillet 2020.

Il découle de ces lacunes une conclusion malheureusement sans appel : **le recours au ROR n'a pas permis la collecte d'une information en temps réel des capacités disponibles**, elle-même ne pouvant donc répondre de façon satisfaisante aux besoins exprimés. Autrement dit, **l'élan capacitaire engagé à partir du 12 mars ne s'est pas accompagné des outils nécessaires à son suivi sur le terrain.**

- En deuxième lieu, chaque établissement de santé a été contraint de renseigner, à des fins épidémiologiques, un **système d'informations spécifique relatif à la prise en charge des patients atteints de covid-19.**

Créé à la suite des attentats commis à Paris en novembre 2015 afin d'assister le plus efficacement possible les victimes, ce **système d'identification et de suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles (Sivic)** n'a pas vocation, en circonstances exceptionnelles, à se substituer aux systèmes d'informations qui régissent le suivi sanitaire de la personne en temps normal par son équipe de soins (PMSI en établissement de santé), mais à **fournir aux pouvoirs publics gestionnaires de la crise un ensemble de données susceptibles de les éclairer dans le pilotage sanitaire de l'événement.**

SIVIC

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 a créé l'**article L. 3131-9-1 du CSP**, dont la teneur prévoit qu'en cas de situation sanitaire exceptionnelle ou tout événement de nature à impliquer de nombreuses victimes, les « *informations strictement nécessaires à l'identification des victimes et à leur suivi [...] sont recueillies dans un système d'identification unique des victimes* ».

Ce système d'informations spécifique n'est déclenché qu'en cas de déploiement par le préfet, sur habilitation ministérielle, du dispositif Orsan.

Aux termes de l'article R. 3131-10-2, les données sont collectées et enregistrées par **les personnels des établissements de santé** prenant en charge les victimes. Dans sa réponse au questionnaire des rapporteurs, la Fehap a déploré que le déploiement de Sivic ne concerne **que les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)**, et non ceux assurant des soins de psychiatrie, d'hospitalisation à domicile (HAD), des soins de suite et de réadaptation (SSR) ou encore de l'accueil médico-social, relevant ainsi que « *les établissements exclus de Sivic devaient répondre aux exigences de remontées d'informations définies au niveau de l'ARS ce qui a généré de grandes disparités* »¹.

Par ailleurs, l'**accès** au système d'informations n'est ouvert qu'aux ARS ainsi qu'aux agents du ministère chargé de la santé et des ministères de l'intérieur, de la justice et des affaires étrangères nommément désignés et habilités. **Les personnels de Santé publique France, pourtant chargée d'une mission de surveillance épidémiologique, ne sont pas mentionnés.**

¹ Réponse de la Fehap au questionnaire des rapporteurs.

Par ailleurs, les extractions des données Sivic fournies aux rapporteurs par la DGOS font peser un doute important sur la qualité de l'information fournie en temps réel.

Comparaison des capacités en lits de réanimation et des hospitalisations en réanimation

Date	05/04	10/04	15/04	01/05
Capacité en lits de réanimation	9 459	10 291	10 705	10 145
Hospitalisations en réanimation d'après Sivic	6 317 (2 avril)	6 933 (9 avril)	6 321	3 951 (30 avril)

Source : DGOS

Ce **décalage important entre capacités et besoins** est d'autant plus inexplicable que la DGOS a explicitement indiqué que les hospitalisations en réanimation englobaient unités de réanimation, USI et USC. Cette assertion est néanmoins contredite par le directeur général de l'AP-HP, selon lequel « *Sivic ne permet pas de distinguer les places de réanimation et d'USC, ce qui a pu entraîner des différences d'appréciation entre les établissements* »¹. Le hiatus figurant au tableau ci-dessus, qui pourrait donc s'expliquer par l'absence de prise en compte des USC par Sivic, achève d'illustrer **l'incapacité notable des systèmes d'informations existants à fournir des données de qualité en temps réel**.

- Enfin - troisième canal d'information - les établissements de santé ont été contraints, en plus de Sivic, d'alimenter leurs **bases de données de droit commun** via le PMSI, à l'aide de nouveaux codes spécifiques à la covid-19 mis en place par la DGOS au cours du mois d'avril. Une fois ce codage défini, les établissements ont été soumis à une accélération des demandes de remontées d'activité, « *sur la base d'un format différent des remontées habituelles, générant une charge supplémentaire très lourde pour les équipes et notamment les directions de l'information médicale (DIM), avec des soucis d'exhaustivité* »².

Outre l'important surcroît de travail demandé par l'actualisation des PMSI, dont le contenu doublonnait Sivic à certains égards, la FHF a signalé aux rapporteurs « *des demandes de remontées de données nominatives via des supports non sécurisés et ne permettant pas de garantir le secret médical (envoi de fichiers Excel nominatifs par courriel)* »³, vraisemblablement de la part des ARS.

¹ Réponse de M. Martin Hirsch au questionnaire des rapporteurs.

² Réponse de la FHF au questionnaire des rapporteurs.

³ Ibid.

Ainsi, d'**importantes carences**, occultées par le succès observé à l'échelle macroscopique des redéploiements d'activités, apparaissent si l'on se penche sur l'**évaluation des besoins en temps réel** et sur l'**efficacité des circuits d'information** censés renseigner les gestionnaires de crise sur l'évolution territoriale de l'épidémie à l'hôpital. Comme l'indique la DGOS, « *la crise de la covid-19 a mis en relief le besoin d'améliorer l'intégration automatisée de données entre les établissements et le ROR pour alléger la charge de travail en établissement* ».

Les rapporteurs souhaitent en outre remarquer que ces circuits, strictement hospitaliers, n'ont que très **faiblement communiqué avec ceux ouverts aux professionnels de santé libéraux**, qui ont publié à partir du 28 mars leur propre recueil de données relatives aux infections respiratoires aiguës (IRA) *via* le **réseau Sentinelles**. Ainsi, pour la semaine du 16 au 22 mars, 41 836 nouveaux cas de patients atteints de covid-19 ont été recensés par ce canal, avec un suivi hospitalier dans environ 36 % des cas.

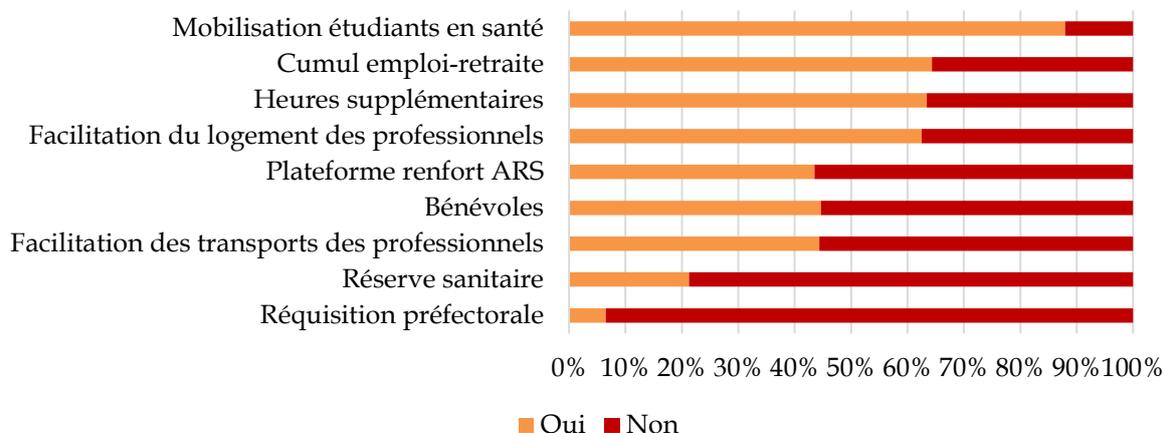
d) La difficile mobilisation des renforts

Le contexte épidémique a nécessité le déploiement de **renforts humains importants**, en particulier dans les régions les plus touchées afin d'assurer la montée en puissance des services de réanimation, de permettre le repos des personnels soignants fortement mobilisés et de pallier le fort absentéisme de personnels dans les établissements de santé.

Cinq degrés de renfort, au succès fort inégal, ont pu être identifiés. En premier lieu, le **renfort interne à l'établissement concerné**, permis par les déprogrammations d'activités. Ensuite, et très largement, les outils mobilisés par les ARS des régions les plus impactées pour organiser des **renforts intrarégionaux** à partir des viviers de volontaires disponibles, laissant le centre de crise sanitaire assurer la coordination des **renforts interrégionaux** et la **mobilisation des réservistes sanitaires** en lien avec Santé publique France. Le dernier degré de renfort, seul à être contraignant sur décision du préfet de département, est celui de la **réquisition**.

D'après une enquête menée par la FHF auprès de 200 établissements publics de santé, **les leviers internes et intrarégionaux ont été, de loin, les plus mobilisés**.

Modalités de renforts mobilisées



Source : FHF

Deux grandes difficultés ont été éprouvées à l'occasion de ces renforts :

- la première, signalée tant par les fédérations que par les professionnels, concerne « *l'adéquation des profils des professionnels inscrits avec les besoins sur le terrain* »¹. Compte tenu des besoins très spécifiques exprimés par les établissements les plus saturés (infirmiers en réanimation, médecins réanimateurs, épidémiologistes), les ressources redéployées dans le strict cadre régional n'ont pas toujours été suffisantes ou pertinentes ;

- la seconde, plus spécifiquement soulevée par les **internes hospitaliers**, et particulièrement sensible en ce que la mobilisation des étudiants en santé a constitué la première variable de renfort sanitaire, concerne le **financement du poste d'interne lorsque celui-ci change d'hôpital**.

En temps normal, ce dernier est financé, au cours d'un stage de 6 mois, et pour moitié, par l'hôpital dans lequel il est affecté sur les recettes de la tarification à l'activité (l'autre moitié étant directement financée par l'ARS). Or, d'après l'intersyndicale nationale des internes (ISNI), la DGOS n'a jamais clarifié les ambiguïtés suscitées par le changement d'affectation d'interne durant la crise, à l'occasion duquel « *son ancien hôpital continue à toucher cet argent, et le nouvel hôpital ne touche rien* »². Le syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP) dénonce ainsi des situations en Île-de-France **d'internes n'ayant pas été payés pendant les deux mois de l'épidémie**.

¹ Réponse de la Fehap au questionnaire des rapporteurs.

² Audition de syndicats d'internes hospitaliers, 15 octobre 2020.

Les rapporteurs souhaitent par ailleurs souligner que cet investissement des internes hospitaliers dans les renforts sanitaires intrarégionaux semble s'être organisé **sans bénéficiaire de la coordination des autorités sanitaires**. Le SIHP signale en effet que « *dès le 16 mars, à l'instar de nos collègues internes de la région Grand Est, [les internes d'Île-de-France ont] proposé à l'ARS de [s']organiser [eux-mêmes] pour recenser les internes volontaires pour aller aider dans les services en difficulté* »¹. En effet, le chiffre des renforts sanitaires intrarégionaux en Île-de-France retenu par la DGOS (500 transferts²) n'inclut manifestement pas l'effort fourni par les internes (600 transferts³), soulevant ainsi une lacune importante dans le pilotage de la ressource.

Concernant les **autres leviers de renfort** (transferts interrégionaux et réserve sanitaire), la coordination devait normalement en être assurée par le centre de crise sanitaire en lien avec Santé publique France. Ces renforts particuliers ont mobilisé, sur l'ensemble du territoire, un peu plus de **2 000 professionnels de santé, dont 595 ont été affectés en Île-de-France, 290 dans le Grand Est, 289 dans les Hauts-de-France et 530 en Guyane**. Les rapporteurs rappellent néanmoins que la récupération des renforts interrégionaux par le niveau central n'a été effective qu'à partir du déclenchement du « plan blanc » et qu'avant cette date, l'ARS du Grand Est y avait déjà eu amplement recours.

L'échec de la mobilisation de la réserve sanitaire

Animée par Santé publique France, la réserve sanitaire est une communauté de professionnels de santé volontaires et mobilisables, comprenant 40 000 inscrits dont 62 % d'infirmiers et d'aides-soignants et 30 % de professionnels médicaux, pharmaceutiques et scientifiques.

À partir du déclenchement du « plan blanc », il était possible aux ARS de transmettre leurs besoins à Santé publique France, qui centralisait les demandes et contactait alors la réserve sanitaire en conséquence.

Les difficultés engendrées par cette procédure se sont très rapidement révélées : le 28 mars, alors que s'annonçait le pic de l'épidémie, **seuls 630 réservistes avaient été déployés, malgré 19 000 actes de candidatures**. Plusieurs facteurs sont en cause : le sous-dimensionnement du serveur informatique de la réserve, le caractère réduit de son équipe permanente (8 personnes), la lourdeur du processus de déploiement qui exige un premier relais entre ARS et établissements, puis entre ARS et réserve sanitaire.

¹ Audition de syndicats d'internes hospitaliers, 15 octobre 2020.

² Réponse de la DGOS au questionnaire des rapporteurs.

³ Audition de syndicats d'internes hospitaliers, 15 octobre 2020.

C'est en réaction à ces lacunes que les ARS se sont rapidement dirigées vers des solutions de plateformes intrarégionales, du type « renfort covid ». Ces outils ont l'avantage de mettre directement en contact les établissements de santé entre eux et de les laisser procéder aux vérifications de compétences.

Dès 2010, la Cour des comptes dans un rapport sur l'Éprus avait estimé que les difficultés de recrutement de la réserve sanitaire devaient faire « envisager une réorientation profonde tendant à la décentralisation des recrutements ».

Ultime levier du renfort sanitaire, la **réquisition préfectorale** : en application de l'article 12-1 du décret du 23 mars 2020¹, le préfet de département peut procéder aux réquisitions de toute personne nécessaire au fonctionnement de ces établissements, notamment des professionnels de santé. Sur le fondement de cet article, les ARS peuvent ainsi proposer au préfet la **réquisition de professionnels de santé** (médecins et infirmiers) libéraux (conventionnés ou non), salariés de centres de santé ou de centres thermaux, exerçant en administration publique, retraités ou en cours de formation. **Ce recours n'a jamais été enclenché.**

Des interprétations diverses ont pu être livrées de ce choix de ne pas recourir à la réquisition. La DGOS, s'appuyant toujours sur les données globales, indique aux rapporteurs que la capacité en lits de réanimation ayant toujours été, à l'échelle nationale, supérieure aux besoins, les transferts intra ou interrégionaux fournissaient des ajustements suffisants². L'ISNI livre une analyse très différente, spécifique aux internes hospitaliers : aux termes de l'arrêté du 28 mars 2020³, « les personnes réquisitionnées sont payées et les grilles de rémunération sont supérieures au SMIC horaire »⁴, situation présentant moins d'avantages financiers que celles d'internes simplement réaffectés.

4. L'hôpital public favorisé : un reproche récurrent à relativiser

a) Une prise en charge logiquement concentrée sur le secteur public

S'il est un sujet sur lequel le consensus n'est pas acquis, c'est celui de **l'implication du secteur hospitalier privé** (lucratif et non lucratif) à la gestion de l'épidémie. Les témoignages reçus par la commission d'enquête à cet égard se sont fréquemment montrés contradictoires, conduisant les

¹ Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

² Réponse de la DGOS au questionnaire des rapporteurs.

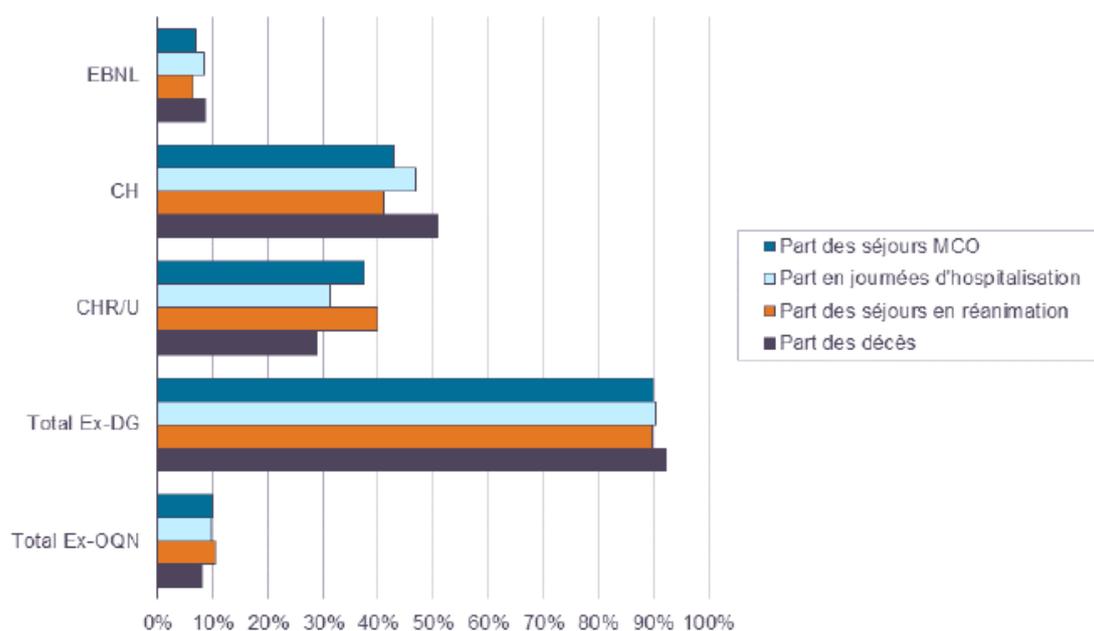
³ Arrêté du 28 mars 2020 portant diverses dispositions relatives à l'indemnisation des professionnels de santé en exercice, retraités ou en cours de formation réquisitionnés dans le cadre de l'épidémie covid-19.

⁴ Audition de syndicats d'internes hospitaliers, 15 octobre 2020.

rapporteurs à privilégier une analyse par **activité de soins**, et non par **nature juridique**.

Considérant les données consolidées sur les admissions en services de réanimation, il est incontestable que **le secteur public, qui concentre l'essentiel de l'équipement de réanimation (et plus particulièrement les équipes MIR), a très majoritairement pris sa part à la prise en charge de l'épidémie.**

Répartition des hospitalisations et décès des patients covid-19 par catégorie d'établissement (du 1^{er} janvier au 30 juin 2020)



Source : DGOS

Note de lecture : le secteur public se compose des données CH et CHR/U ; le secteur privé non lucratif se situe au chiffre EBNL (la somme du public et du privé non lucratif donnant le « total ex-DG ») ; le secteur privé lucratif correspond au « total ex-OQN ».

D'après les données transmises par la DGOS, les séjours en réanimation, sur la **période comprise entre le 15 mars et le 30 avril**, se sont répartis entre 80 à 84 % pour le secteur public, 10 à 13 % pour le privé lucratif et 6 à 7 % pour le privé non lucratif. Cette distribution, à peu près identique à celle des équipements en réanimation par secteur au moment de l'entrée dans la crise, **n'illustre donc pas de sur-participation du public et de mise à l'écart du privé délibérée au cours de cette dernière.**

L'examen plus détaillé du secteur privé, à raison de l'activité de soins, donne cependant des résultats plus mitigés. En effet, il ressort d'une audition de praticiens hospitaliers par la commission d'enquête que **les cliniques privées ont été diversement mobilisées selon leur spécialité** : alors que le docteur Albert Birynczyk, président du syndicat national des

urgentistes de l'hospitalisation privée, affirme que « *l'ensemble des établissements privés de France et de leurs personnels se sont très fortement mobilisés* » sans avoir « *le sentiment d'[avoir été] complètement mis à l'écart* », le docteur Bernard Llagonne, chirurgien orthopédique à la clinique d'Épernay, soutient que les « *cliniques et les praticiens qui y exercent ont [eu] le sentiment que les hôpitaux [publics] ont souhaité mener seuls la guerre contre la covid-19* »¹.

Selon le docteur Birynczyk, rejoint dans son analyse par la Fehap et par la FHP², **la coopération entre le public et le privé a été globalement facilitée par l'impulsion des ARS.**

Il n'en demeure pas moins qu'une impression légitime, mais discutable, de **discrimination par le statut** s'est fait jour, que les rapporteurs expliquent par deux facteurs :

- la **mobilisation privilégiée, au sein des établissements privés, de ceux dotés de services d'urgence ou de réanimation**, dont il apparaît clairement qu'elle a été équivalente à celle des établissements publics. Contre les apparences, le véritable critère de mobilisation n'a donc pas été le statut juridique de l'établissement, mais son degré de préparation à accueillir des patients atteints d'une infection respiratoire³ ;

- l'organisation des circuits d'approvisionnement en EPI des établissements de santé **autour de l'établissement-support des groupements hospitaliers de territoire (GHT)**, majoritairement composés d'établissements publics et souvent organisés autour d'un CHU. Cette désignation du GHT comme maille de la répartition des EPI entre établissements a été diversement vécue par les fédérations privées, qui font par ailleurs état de fortes disparités territoriales. Si la Fehap décrit, en Île-de-France, un circuit qui « *s'est plutôt bien déroulé* » mais, en Nouvelle-Aquitaine, une gestion « *très tardive et inégale* »⁴, la FHP dénonce en bloc l'inopportunité de cette attribution⁵ : aux yeux de son président, elle a même été « *un non-sens absolu* »⁶.

De façon générale, **l'ensemble des fédérations hospitalières, publiques comme privées, ne paraît pas avoir totalement adhéré à la mise en œuvre de ce circuit d'approvisionnement** : aux doléances exprimées par le secteur privé, s'est ajoutée la déploration d'un surcroît de responsabilité

¹ Audition de praticiens hospitaliers et libéraux, 28 juillet 2020.

² La FHP indique, dans sa réponse au questionnaire des rapporteurs, que « le retour d'expériences de la crise sanitaire prouve la nécessité de conforter les ARS dans leur rôle de régulateur équitable ».

³ Le docteur Llagonne indique bien, dans sa réponse au questionnaire adressé par les rapporteurs, que la clinique d'Épernay, bien qu'équipée en personnels et en EPI, ne disposait d'aucun respirateur jusqu'au 30 mars (en raison d'une activité exclusivement chirurgicale).

⁴ Réponse de la Fehap au questionnaire des rapporteurs.

⁵ Réponse de la FHP au questionnaire des rapporteurs.

⁶ Audition des fédérations hospitalières et médico-sociales, 3 septembre 2020.

par le secteur public¹. Il aurait sans doute été préférable, comme le suggèrent certains acteurs, que les ARS conservent en régie la compétence de l'approvisionnement, afin d'en assurer la transparence et l'équité. Pour autant, la désignation de l'établissement-support du GHT comme responsable de cette mission paraît aux rapporteurs moins imputable au tropisme publico-centré traditionnellement évoqué qu'**au choix porté sur l'acteur disposant des plus grandes capacités de stockage.**

b) L'attribution tardive des autorisations exceptionnelles, vraie responsable des transferts sanitaires contraints

Bien qu'il semble que l'épidémie ait fourni le cadre d'une coopération réelle entre public et privé (à tout le moins, une concurrence limitée), il demeure un aspect pour lequel l'inégalité s'est inexplicablement maintenue : **l'attribution tardive des autorisations exceptionnelles délivrées aux établissements privés souhaitant fournir un service de réanimation.**

En effet, à partir du déclenchement du « plan blanc » généralisé (12 mars), le réseau des établissements privés, contraint aux déprogrammations de ses activités non urgentes, a subi, pour ceux d'entre eux qui n'étaient pas dotés de services d'urgences ou de réanimation, une quasi-disparition de son activité.

Or, ce n'est que **le 23 mars 2020²** qu'est publié l'arrêté ministériel autorisant les ARS à délivrer aux établissements privés des **autorisations exceptionnelles de soins, soit plus de 10 jours après l'activation du « plan blanc ».**

Les rapporteurs attribuent ce retard dommageable à la volonté politique alors exprimée de **faire découler toute mesure dérogatoire au droit commun du régime de l'état d'urgence sanitaire**, dont le principe était adopté le même jour par le Parlement. Or, ainsi que la DGOS l'indique dans les réponses apportées au questionnaire des rapporteurs, **la base légale nécessaire à la prise d'un tel arrêté figurait déjà à l'article L. 61229-1 du CSP**, aux termes duquel, « *en cas de menace sanitaire grave constatée par le ministre chargé de la santé [...], le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser pour une durée limitée un établissement de santé à exercer une activité de soins autre que celle au titre de laquelle il a été autorisé* ».

Du 12 au 23 mars, les capacités hospitalières de nombreux établissements privés se sont donc trouvées sous-utilisées, **en raison d'un délai juridique auquel les pouvoirs se sont inutilement astreints.** Ce temps indéniablement perdu, dont les conséquences loin d'être négligeables sont

¹ Audition des fédérations hospitalières et médico-sociales, 3 septembre 2020.

² Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

imputables au ministère, a participé du sentiment éprouvé par nombre d'entre eux d'une mise à l'écart.

À compter de cette date, **213 autorisations exceptionnelles leur ont été délivrées¹, dont 94 au titre de soins de réanimation².**

Aussi, le diagnostic porté par les rapporteurs **sur la participation de l'hôpital public à la gestion de la crise** reconnaît la mise en œuvre d'une collaboration réelle entre secteurs, facilitée par les ARS, et attribue le procès en discrimination contre le privé communément intenté aux **difficultés réelles engendrées par le retard de l'arrêté ministériel permettant aux établissements privés non dotés de réanimation de rejoindre l'effort.**

Les rapporteurs estiment que c'est à la lumière de cette analyse qu'il convient de relire les différentes **opérations de transferts sanitaires**, indûment qualifiées par certains acteurs d'opérations de communication. Les 26 opérations de transfert (y compris celles précédemment évoquées organisées sous l'égide exclusive de l'ARS du Grand Est) se sont étalées **entre le 18 mars et le 5 avril³**, soit précisément durant la période au cours de laquelle les cliniques sans activité ont attendu puis mis en place leur autorisation exceptionnelle de recueillir des patients en réanimation. Outre le passage du pic épidémique à partir de cette date, la mobilisation de l'ensemble des acteurs sanitaires a indéniablement permis d'alléger la pression sur l'offre de soins interne.

c) Une discrimination réelle : le versement de la prime exceptionnelle des soignants

Pourtant, des différences réelles de traitement entre secteurs ont pu être observées à travers le **versement de primes exceptionnelles aux soignants**, censées compenser l'effort des soignants durant la première vague.

L'article 11 de la loi de finances rectificative du 25 avril 2020 prévoit la possibilité **pour les administrations publiques** de verser une prime exceptionnelle à « ceux de leurs agents particulièrement mobilisés pendant l'état d'urgence sanitaire pour faire face à l'épidémie de covid-19 afin de tenir compte d'un surcroît de travail significatif durant cette période ».

C'est en application de cet article qu'ont été pris deux décrets du 14 mai 2020⁴ et du 12 juin 2020¹, dont les dispositions précisent les modalités

¹ Réponse de la DGOS au questionnaire des rapporteurs, article 7.

² Distribuées à raison de 19 pour l'Île-de-France, 11 pour les Hauts-de-France et 11 pour le Grand Est – cette dernière région ayant la particularité d'avoir délivré nettement plus d'autorisations au secteur privé non lucratif qu'au secteur privé lucratif (ibid.).

³ À l'exclusion d'une dernière opération le 10 avril.

⁴ Décret n° 2020-570 du 14 mai 2020 relatif au versement d'une prime exceptionnelle à certains agents civils et militaires de la fonction publique de l'État et de la fonction publique territoriale soumis à des sujétions exceptionnelles pour assurer la continuité des services publics dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire déclaré pour faire face à l'épidémie de covid-19.

de versement de la prime exceptionnelle aux personnels soignants des établissements de santé et médico-sociaux de la sphère publique.

Y sont éligibles **tous les agents publics et les apprentis, en service effectif** (y compris en télétravail) dans les établissements publics de santé. Son montant est de **1 500 euros pour les personnes ayant servi dans les établissements situés dans les départements dits du « premier groupe »** (soit les 40 départements les plus touchés par la covid-19) et de **500 euros pour les autres personnels**.

Pour répondre aux inquiétudes des personnels soignants du secteur privé (lucratif et non lucratif), le ministre des solidarités et de la santé, dans un courrier à la présidente de la Fehap du 28 mai 2020, a précisé que le « *seul critère de versement de la prime [exceptionnelle des soignants] doit être celui de la participation à la gestion de la crise sanitaire* ».

En conséquence, la loi de finances rectificative du 30 juillet 2020² étend le dispositif d'exonération sociale et fiscale au titre du versement d'une prime pour les personnels des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux privés jusqu'à 1 500 euros. **Ces dispositions n'ont fait l'objet d'une traduction réglementaire qu'en novembre 2020³.**

Par ailleurs, comme le signalait la commission des finances lors de l'examen du texte, alors que les décrets du 4 mai et du 12 juin garantissent le versement d'une prime pour l'ensemble des agents publics, pareil versement dans le secteur privé restait soumis au **choix des employeurs**. Enfin, le versement ne pourra se faire que sous la réserve de l'existence d'un lien contractuel : si les salariés titulaires d'un CDD comme d'un CDI sont concernés, **les étudiants médicaux ou paramédicaux n'entrent pas dans le périmètre de la prime exceptionnelle** des établissements privés à l'exception de ceux directement rattachés à ceux de ces établissements privés ayant le statut hospitalo-universitaire.

5. Face à la seconde vague, l'absence de réponse à l'épuisement des professionnels

a) L'optimisme inquiétant des institutionnels face aux alarmes exprimées par les acteurs de terrain

À l'heure où les rapporteurs écrivent ces lignes, ils sont contraints de reconnaître une force prémonitoire au tout premier avis publié par le conseil

¹ Décret n° 2020-711 du 12 juin 2020 relatif au versement d'une prime exceptionnelle aux personnels des établissements et services publics sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, de la fonction publique territoriale et de la fonction publique de l'État dans le cadre de l'épidémie de covid-19.

² Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020, article 4.

³ Décret n° 2020-1425 du 21 novembre 2020 adaptant les modalités de versement de la prime exceptionnelle allouée à certains agents mobilisés à la suite de la prorogation de l'état d'urgence sanitaire dans le cadre de l'épidémie de covid-19.

scientifique le 12 mars 2020 : « la réussite de l'endiguement n'est pas en soi la fin de l'épidémie. Du fait d'une immunité insuffisante, il y a un risque de reprise épidémique dès lors que les mesures seront levées. **Une deuxième vague pourrait survenir durant l'épidémie hivernale de grippe quand les hôpitaux sont déjà en flux tendu** »¹.

Il n'entre pas dans le périmètre d'investigation de la commission d'enquête de se prononcer sur l'amorce de cette seconde vague, que les pouvoirs publics annoncent plus importante et plus meurtrière que la première, mais **il relève pleinement du mandat des rapporteurs d'estimer si le système de santé, dont l'activité connaît un rythme soutenu depuis la mi-juin, est suffisamment préparé à ce rebond.**

La commission d'enquête, à plusieurs reprises, a montré une certaine surprise face à l'**optimisme majoritairement exprimé** lors de ses auditions dès le mois de juillet. En effet, tant les **acteurs institutionnels** que les **chefs de service des établissements de santé** ont semblé accueillir le phénomène avec une relative sérénité. Le directeur général de l'ARS d'Île-de-France assurait ne pas avoir « *hâte d'une deuxième vague pour qu'elle confirme [sa] démonstration, mais [croyait] vraiment que nous serions mieux préparés* »². Le chef de service de médecine intensive-réanimation du CHU d'Angers, M. Alain Mercat, évoquant l'approvisionnement désormais assuré en matériel de protection individuelle et en tests, n'a pas hésité à affirmer : « *le système de santé réagirait-il différemment en cas de seconde vague ? La réponse est oui, sans le moindre doute* »³.

Des **échos plus alarmistes** sont néanmoins parvenus à l'audition d'acteurs ayant directement éprouvé, pour diverses raisons, les difficultés de la première vague : les **professionnels de santé libéraux**, les **médecins réanimateurs** et les **internes hospitaliers**.

Pour les premiers, les exhortations à une meilleure collaboration entre la ville et l'hôpital, notamment dans la phase de signalement, ne semblent pas avoir produit leurs effets. Le docteur Biltz exprimait ainsi « *ses plus grandes inquiétudes pour la rentrée, parce qu'une deuxième vague arrive à bas bruit et que nous n'avons pas tiré assez d'enseignements de la première* »⁴. Le retour d'un **phénomène de saturation des régulations médicales et des établissements de santé**, particulièrement préjudiciable au suivi des pathologies saisonnières en seconde partie d'année, **pourrait donc être à craindre en cas d'insuffisante mobilisation de la ligne de soins libérale.**

Pour les seconds, exerçant à l'hôpital, la crainte exprimée est celle d'une **considération trop faible de l'effort réalisé** et de l'**épuisement des professionnels** intervenus durant la première vague.

¹ Avis du conseil scientifique covid-19, 12 mars 2020.

² Audition de M. Aurélien Rousseau, directeur général de l'ARS d'Île-de-France, 15 juillet 2020.

³ Audition de praticiens hospitaliers et libéraux, 28 juillet 2020.

⁴ Audition de professionnels de santé libéraux d'Île-de-France, 15 juillet 2020.

b) Une force de travail insuffisamment renouvelée, imposant de nouvelles déprogrammations de soins

Le constat partagé par les médecins réanimateurs lors de leur audition le **14 octobre 2020** est univoque : **l'hôpital n'est absolument pas prêt à l'absorption d'une seconde vague en raison d'un double phénomène de suractivité et de pénuries de personnels**. En effet, « *l'évolution récente de la situation, qu'on l'appelle deuxième vague ou marée montante, présente un profil différent [de la première]. L'activité, en dehors et dans l'hôpital, est extrêmement intense, liée au rattrapage des activités chirurgicales [...].*

La plupart des CHU et CH sont en pénurie chronique de personnel soignant et médical (pénurie d'infirmières et infirmiers, pénurie en kinésithérapie, pénurie de médecins anesthésistes réanimateurs, sans doute aussi pénurie de médecins intensivistes-réanimateurs) »¹.

Ces phénomènes de **pénurie de personnel** proviennent de **l'épuisement des professionnels de santé**, surtout infirmiers et aides-soignants, **insuffisamment incités depuis la reprise d'activité à exercer à l'hôpital**. Comme le déplore M. Patrick Pelloux, président de l'association des médecins urgentistes de France, « *la mobilisation pour conserver le personnel aurait pu être plus forte. Certes, il y a eu le Ségur [de la santé] mais cela n'a pas été à la hauteur de l'espoir qui existait. Les augmentations sont considérables et toutes les organisations syndicales ont salué l'effort du contribuable pour augmenter les salaires. Le retard était tel que l'espoir était immense. Or aucun changement radical ne s'est produit »².*

La situation ayant immédiatement précédé le second confinement, effectif depuis le **30 octobre**, avait donc toutes les apparences d'un **dilemme : face aux problèmes de recrutement, imposant la donnée d'un volume de personnel constant, la déprogrammation d'activités figurait comme la seule solution à l'accueil d'un flux de patients covid-19 en augmentation**. À l'instar de la première vague, comme l'indique M. Marc Leone, chef du service d'anesthésie-réanimation des hôpitaux universitaires de Marseille, « *la seule solution, pour libérer rapidement du personnel, est la déprogrammation chirurgicale. Quoi qu'on en dise, le personnel d'anesthésie-réanimation et les médecins anesthésistes-réanimateurs sont formés pour la réanimation. Ils suivent autant de stages que les personnels des services de médecine intensive-réanimation »*.

Pour reprendre les termes de médecins-réanimateurs entendus par la commission d'enquête, « *en mars, nous manquions de masques ; aujourd'hui, nous manquons d'enthousiasme »³.*

¹ Audition des sociétés savantes d'anesthésie-réanimation et d'associations de médecins réanimateurs, 14 octobre 2020.

² Ibid.

³ Ibid.

B. UN SYSTÈME DE SANTÉ FOCALISÉ SUR UNE PATHOLOGIE AU DÉTRIMENT DES AUTRES : UNE CRISE SANITAIRE EN CACHE-T-ELLE UNE AUTRE ?

En dépit des messages portés par les acteurs institutionnels ou les fédérations hospitalières devant la commission d'enquête, qui ont salué le fait que l'hôpital avait « tenu » face à la vague épidémique, **la crise sanitaire, par son ampleur inédite, a profondément déstabilisé le système de santé et bouleversé les prises en charge des autres pathologies** aussi bien à l'hôpital qu'en ville. L'évaluation de l'impact de cette « crise dans la crise » ainsi que des pertes de chance pour les patients, à ce stade délicats à appréhender, est nécessaire avec l'inscription de l'épidémie dans la durée.

Dans ce contexte qui appelle plus que jamais un étroit dialogue avec les patients, la mise « sur la touche » des instances de la démocratie sanitaire interpelle les rapporteurs et invite à réinterroger plus largement la place des usagers dans le système de santé.

1. Des déprogrammations massives : le revers de la médaille de la gestion hospitalière de l'épidémie

a) Le choix contraint et assumé d'une priorisation sur les patients covid-19

- A compter du 10 mars, des consignes nationales, successives et graduées, de déprogrammation massive ont été adressées à l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, afin de libérer les lits et personnels utiles à la prise en charge des patients covid-19.

• Le 10 mars, il est demandé aux ARS « une **incitation**, en anticipation, à la déprogrammation dans les établissements de **certaines** activités chirurgicales afin de libérer des capacités de lits de réanimation » (MINSANTE/CORRUSS n° 2020_25).

• Le 12 mars, il est demandé à tous les établissements de « **déprogrammer sans délai toutes les interventions chirurgicales non urgentes nécessitant un recours à la réanimation post-opératoire ou à la surveillance continue**, en ayant une attention particulière aux patients suivis en cancérologie » (MINSANTE/CORRUSS n° 2020_27).

• Le 16 mars, il est demandé à tous les établissements, plus généralement, « la **déprogrammation de toute activité chirurgicale ou médicale non urgente**, et sans préjudice de perte de chance pour les patients » (MINSANTE n° 2020_29).

Cette déprogrammation a répondu à des objectifs clairement affichés : augmenter très significativement la capacité de soins critiques, prioriser l'accueil de malades de patients covid-19, prioriser l'affectation des personnels et la mise à disposition des matériels nécessaires à leur fonctionnement, contribuer à la fluidité de l'aval des soins critiques et enfin ne pas exposer les malades concernés à un risque d'exposition infectieuse¹.

• **Des données provisoires transmises le 17 novembre 2020 par la direction générale de l'offre de soins permettent de quantifier l'ampleur au niveau national de ces déprogrammations au cours du premier semestre**, même si les tendances observées sur la période ne sont pas prédictives du comportement annuel de l'activité hospitalière.

Évaluation de l'activité MCO (en nombre de séjours) des établissements de santé en 2020 par rapport à la même période en 2019 (en %)

Activités	Mars	Avril	Mai	Juin	Janv./Juin
Secteur ex-DG (public et privé non lucratif)	- 17,4	- 34,7	- 23,2	- 11,0	- 16,7
- Chirurgie	- 34	- 71	- 51	- 15	- 28,3
<i>dont chir. ambulatoire</i>	- 43	- 86	- 64	- 17	- 34,5
- Médecine	- 18	- 35	- 28	- 11	- 21,7
<i>dont médecine ambulatoire</i>	- 25	- 48	- 37	- 12	- 40,6
Secteur ex-OQN (privé lucratif et non lucratif)	- 32,8	- 62,4	- 33,4	- 4,8	- 21,9
- Chirurgie	- 40	- 79	- 47	+ 2	- 26,8
<i>dont chir. ambulatoire</i>	- 42	- 85	- 48	+ 7	- 27,1
- Médecine	- 13	- 30	- 23	- 2	- 14,6
<i>dont médecine ambulatoire</i>	- 17	- 35	- 16	+ 11	- 19,0

Source : Commission d'enquête à partir des éléments transmis par la DGOS - données de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) sur les courts séjours hospitaliers, corrigées des effets du nombre de jours ouvrés entre 2019 et 2020. Champ : MCO - Médecine-Chirurgie-Obstétrique (hors dialyse)

Comme le relève par ailleurs la fédération hospitalière de France², 2 millions de séjours n'ont pas été réalisés dans les établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique entre mi-mars et fin juin, sans rattrapage pendant l'été.

¹ *Guide méthodologique Préparation au risque épidémique covid-19 à l'attention de la médecine de ville, des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux (version du 16 mars 2020) et message MINSANTE/CORRUSS n° 2020_31 « Préparation de la réponse du système de santé en phase épidémique de covid-19 ».*

² *Dans une étude présentée le 24 novembre 2020.*

Plus spécifiquement, dans le traitement des cancers, un suivi engagé sous l'égide de l'Institut national du cancer (INCa)¹ permet d'évaluer le **nombre d'interventions chirurgicales de cancer non réalisées à environ 32 100 entre mars et juillet** (dont 23 200 entre mars et mai et 8 900 en juin et juillet 2020), soit une activité en **diminution de 20 %** sur la période (jusqu'à - 34% pour le seul mois d'avril) par rapport à 2019. Le nombre de chimiothérapies pour cancer a diminué quant à lui de - 3,2 % sur les cinq premiers mois de l'année 2020 (avec une baisse du nombre de séjours et de séances de - 8,8 % en avril et - 12,3 % en mai).

Justifiée notamment par la poursuite des dialyses, la **suspension pendant la durée du confinement des activités de transplantation rénale** a représenté une perte de chance pour, potentiellement, plus de 600 patients en attente de greffe². Plus généralement, des données de l'Agence de la biomédecine sur la situation concernant le prélèvement et la transplantation d'organes³ font état d'une diminution de 21 % du nombre de donneurs prélevés d'au moins un organe en 2020 (entre janvier et septembre) par rapport à la même période en 2019 et d'une diminution de l'ordre de 27% de l'activité de greffe d'organe (- 31% pour le rein).

Pour des urgences telles que des événements cardio-vasculaires aigus, des enquêtes en Île-de-France rapportées par l'assurance maladie révèlent de nombreux signaux selon lesquels la diminution importante de certaines urgences vitales graves⁴ sur la période du confinement s'explique par une sollicitation plus tardive voire un non-recours des patients : la létalité plus importante témoigne de cas plus graves (avec une diminution de 10 points du taux de patients arrivés vivants à l'hôpital de 22,8 à 12,8 %)⁵. La FHF, pour le secteur public, évaluait globalement la baisse du nombre de passages aux urgences à plus de 30 % sur la période mars-juin 2020.

La levée du confinement n'a pas abouti au retour rapide à un rythme normal d'activité : celui-ci n'était pas encore d'actualité lors de l'audition des fédérations hospitalières début septembre, en raison d'une part d'un contingentement par les ARS des produits anesthésiques, et d'autre part des restrictions liées aux règles sanitaires (comme l'obligation de chambre individuelle) réduisant les capacités d'accueil des établissements de santé.

¹ Cf. données consolidées transmises à la commission d'enquête par l'INCa le 19 octobre 2020. Ce suivi est assuré dans le cadre du comité national « Covid et cancer », auquel participent les services du ministère en charge de la santé, à partir d'enquêtes flash auprès des établissements de santé.

² D'après l'association Renaloo dans une contribution écrite transmise à la commission d'enquête. Comme celle-ci le relève, les patients en dialyse, souvent à défaut de masques, ont été exposés à un virus auquel ils étaient particulièrement vulnérables (avec un taux de mortalité estimé à 20-25 % au plan international).

³ Données au 16 octobre 2020 (présentation de l'Agence de la biomédecine transmise aux rapporteurs par la DGOS).

⁴ Dans une étude rendue publique le 24 novembre 2020, la FHF évalue à - 17% le nombre d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) pendant le confinement et à - 24% le nombre d'infarctus, avec une interprétation délicate car reposant sur des raisons multiples.

⁵ Cf. rapport Charges et produits de la CNAM, juillet 2020.

b) Repenser l'organisation des prises en charge face à une épidémie qui s'inscrit dans la durée

Les propos optimistes entendus par la commission d'enquête début septembre de la voix des autorités sanitaires comme des fédérations hospitalières sur la gestion, alors, d'une éventuelle « deuxième vague » se heurtent à l'épreuve des faits. Le président de la fédération de l'hospitalisation privée se voulait rassurant : « *Aujourd'hui, nous sommes organisés. (...) L'erreur, que nous ne ferons pas une deuxième fois, a été de vouloir mobiliser le peu de moyens que nous avons. S'il y a demain un cluster sur un territoire, tous les autres sont prêts, en cas de sursis ou de dépassement de capacité, à venir immédiatement en renfort, qu'il s'agisse du matériel ou des moyens humains. L'approche est totalement différente par rapport au mois de mars.* »¹

Le rebond épidémique de l'automne, plus diffus sur le territoire que le pic du printemps, conduit à tempérer cet excès d'optimisme dans les capacités de l'hôpital à gérer la situation sans dommages collatéraux.

Certes, des enseignements ont été tirés pour tâcher de parvenir à une déprogrammation plus « intelligente » selon les termes du Pr Hervé Bouaziz, président de la Société française d'anesthésie-réanimation, laissant plus de latitude aux ARS et aux établissements de santé pour en décider.

La directrice générale de l'offre de soins (DGOS) avait en effet reconnu que **la déprogrammation, engagée de manière uniforme sur l'ensemble du territoire face à une première vague épidémique dont la cinétique présentait alors trop d'incertitudes, devrait être maniée « avec beaucoup de précaution »** : « *nous devons maintenant en faire un usage plus proportionné dans l'espace et dans le temps* », en la mettant en place de manière « *beaucoup plus circonscrite au territoire concerné par l'épidémie* »².

Le 24 septembre 2020, l'AP-HP a ainsi annoncé la déprogrammation de 20 % des interventions chirurgicales, à un moment où le nombre de patients covid-19 hospitalisés est de 330, en s'attachant à préciser qu'il s'agira de décisions au cas par cas, service par service, contrairement à la déprogrammation globale décidée à la mi-mars.

Cependant, **l'inscription dans le temps de la crise sanitaire incite à améliorer l'organisation de la prise en charge des patients atteints d'autres pathologies dont les interventions ne peuvent être repoussées**, les nouvelles déprogrammations venant s'ajouter au « rattrapage » contraint des interventions déprogrammées au printemps. La mission indépendante présidée par le Pr Didier Pittet a préconisé, dans son rapport d'étape du 13 octobre, un partage des données territoriales sur les besoins prévisionnels en lits hospitaliers entre l'ensemble des établissements de santé et une meilleure définition des déterminants de la déprogrammation.

¹ Audition des fédérations hospitalières et médico-sociales, 3 septembre 2020.

² Audition de Mme Katia Julienne, 3 septembre 2020.

À l'instar de ce qu'ont appelé de leurs vœux des représentants de patients, il serait par ailleurs souhaitable d'envisager – quand cela est possible – **l'organisation de filières de prise en charge à l'échelle régionale ou inter-régionale, reposant sur des coopérations entre les secteurs public et privé, pour assurer la continuité des soins**, notamment dans des pathologies lourdes¹.

Proposition n° 5 : pour éviter les déprogrammations, structurer des filières de prise en charge à l'échelle régionale ou inter-régionale afin de garantir la continuité des soins notamment dans des pathologies lourdes

2. Un phénomène de renoncement aux soins dont il faudra évaluer l'impact de moyen terme

a) Les effets délétères du message « restez chez vous »

• Le 23 mars, en annonçant un durcissement des conditions du confinement, le Premier Ministre Édouard Philippe apporte en conférence de presse des précisions quant aux règles concernant la santé : *« Nous voulons que nos concitoyens puissent évidemment se rendre aux urgences quand ils en ont besoin. Nous voulons aussi qu'ils puissent se rendre dans les endroits où ils ont besoin de se rendre pour des soins programmés. Il est bien évident que lorsque l'on a besoin de se rendre dans un centre de dialyse et il faut pouvoir y aller, c'est sans lien avec le coronavirus. Si on interrompait les soins importants de ceux qui ont une maladie chronique, on se retrouverait avec une situation sanitaire qui à bien des égards pourrait être là aussi problématique. Mais là encore, il faut être clair : ce sont les soins urgents ou les soins qui répondent à une convocation d'un médecin ou le cas échéant aller aux urgences de l'hôpital. »*²

Les conditions de sorties pour motifs de santé sont, le même jour, plus précisément encadrées : l'attestation de sortie dérogatoire ne vise plus les « déplacements pour motif de santé »³ mais les « déplacements pour motifs de santé à l'exception des consultations et soins pouvant être assurés à distance et, sauf pour les patients atteints d'une affection de longue durée, de ceux qui peuvent être différés »⁴.

¹ Des recommandations organisationnelles allant en ce sens ont notamment été formulées pour la reprise des activités de chirurgie des cancers, afin de garantir la poursuite des reprogrammations en période estivale (Fiche ARS du 6 juillet 2020 : « Recommandations organisationnelles pour la reprise d'activité en cancérologie post-confinement »).

² Propos cités dans un article publié sur le site Libération.fr/CkeckNews le 24 mars 2020.

³ Selon la formulation retenue par le décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19.

⁴ Selon la nouvelle formulation du décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

• Cette **formulation dissuasive**, renvoyant les patients à un arbitrage sur l'urgence de leur situation, s'est cumulée à d'autres facteurs contribuant à détourner les patients des cabinets médicaux : leur appréhension à se rendre dans des cabinets vus comme des lieux potentiels de contamination en dépit de l'organisation mise en place par les professionnels de santé (téléconsultation, plages dédiées), mais également leur réticence à « déranger » des professionnels de santé mis à rude épreuve.

La commission des affaires sociales du Sénat alertait sur ce « **risque d'une seconde crise sanitaire** » mis en évidence par les résultats de sa consultation ouverte aux professionnels de santé¹. Celui-ci a été relayé par de nombreux acteurs de santé².

« La communication qui a été faite auprès des patients - dans un premier temps « Evitez les cabinets médicaux ! », ensuite, « Allez vous faire soigner ! » - n'a pas aidé à la compréhension de la situation »³.

Les « soignants de terrain » entendus par la commission d'enquête ont été unanimes à critiquer l'impact de la communication des autorités sanitaires sur les comportements des patients et les difficultés à regagner leur confiance quand ces messages ont été dans un second temps ajustés : « Il faut bien comprendre que beaucoup de gens ont eu très peur et qu'ils mettent du temps à revenir »⁴.

b) Un effondrement des consultations en ville : un enjeu de santé publique majeur

• Dans son rapport « Charges et produits » publié en juillet 2020, l'Assurance maladie constate, à l'appui de nombreuses données, « **une baisse spectaculaire du recours aux soins hors covid-19 sur l'ensemble du territoire pendant l'ensemble de la durée du confinement** », « **sans corrélation apparente avec l'activité de l'épidémie en fonction des territoires** », et relève que cet impact sanitaire indirect devrait avoir des conséquences durables.

L'activité des médecins généralistes a diminué de 30 % pendant la période du confinement, dans une moindre mesure que celles des autres spécialités médicales (baisse de 60 % de l'activité en moyenne).

Trois professions de santé, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues libéraux, ont reçu, par leurs Ordres, la consigne générale de fermer les cabinets pendant le confinement afin d'assurer la sécurité des professionnels de santé comme celle des

¹ Cf. communiqué de presse du 14 avril 2020.

² Cf. notamment le communiqué de presse commun du 22 avril 2020, dans lequel la Fehap, la Fédération hospitalière de France, la Fédération de l'hospitalisation privée, France Assos Santé, Unicancer et l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) rappellent « qu'il est essentiel de continuer à se soigner et que les autres pathologies existantes ne doivent pas être négligées ».

³ Audition de professionnels de santé libéraux d'Île-de-France, 15 juillet 2020.

⁴ Ibid.

patients, tout en assurant la continuité des soins pour les cas urgents, y compris à domicile pour les masseurs-kinésithérapeutes. Ces décisions, justifiées par le manque d'équipements de protection¹ et la volonté de ne pas contribuer à la propagation du virus, ont conduit à un effondrement de l'activité de plus de 90 % pour les chirurgiens-dentistes et de près de 80 % pour les masseurs-kinésithérapeutes pendant la durée du confinement d'après les données de l'assurance maladie.

Comme le note l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, le manque d'équipements de protection comme d'autres obstacles² n'ont pas permis de surcroît à tous les professionnels de poursuivre dans de bonnes conditions l'activité à domicile. L'arrêt de ces soins a contribué à une perte fonctionnelle pour des patients âgés³.

Si la pénurie d'équipements de protection a indéniablement entravé l'activité de tous les professionnels de santé, comme les infirmiers ou les sages-femmes qui n'ont pas cessé d'exercer, les rapporteurs estiment que les décisions de fermeture des cabinets prises par certains Ordres ont adressé, au moment où le pays se confinait, un signal préjudiciable à la bonne continuité des soins.

Ces décisions critiquables au regard de ces enjeux de santé publique ont traduit cependant l'isolement dans lequel ont été laissés les professionnels de santé libéraux au début de la crise. Le ministère de la santé n'est intervenu à aucun moment pour soutenir les positions des Ordres ou au contraire en contester la portée : interrogée à ce sujet, la DGOS a simplement indiqué qu'« *il appartient aux ordres professionnels d'émettre des recommandations déontologiques aux professionnels qu'ils représentent* »⁴.

¹ Le Dr Serge Fournier, président du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes a ainsi indiqué, devant la commission d'enquête : « je ne regrette pas d'avoir recommandé la fermeture des cabinets, et ce pour une raison essentielle : nous nous étions aperçus depuis la mi-février, dans les échanges de courriers avec M. Jérôme Salomon, que l'État ne disposait pas de matériels de protection, notamment les masques FFP2, spécifiques pour les chirurgiens-dentistes. **À partir du moment où nous avons eu cette conviction, il était hors de question de laisser mes confrères et mes consœurs chirurgiens-dentistes exercer : cela aurait été une véritable boucherie.** » (audition des ordres professionnels de santé, 2 septembre 2020).

Dans une contribution adressée à la commission d'enquête, l'ordre des pédicures-podologues a ajouté que la profession ne figurait pas le 2 mars sur la liste des professionnels prioritaires pour recevoir des équipements de protection et que, solidaires, les pédicures-podologues ont fait don aux professionnels en première ligne du peu d'EPI à leur disposition.

² Pascale Mathieu, présidente du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, a indiqué lors de son audition que « par exemple, des écoles ont refusé les enfants de kinésithérapeutes, parce que la liste des professionnels prioritaires ne précisait pas spécifiquement tous les professionnels de santé » (audition des ordres professionnels de santé, 2 septembre 2020).

³ Cf. partie II. – B. suivante sur les conséquences du confinement sur les personnes âgées. Les ordres des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues, dans des contributions écrites adressées à la commission d'enquête, ont par ailleurs indiqué que ces professionnels n'ont pas été autorisés à intervenir dans les Ehpad pendant le confinement, voire en amont dans certaines régions.

⁴ Contribution écrite adressée à la commission d'enquête.

• **De premiers éléments non exhaustifs permettent de mettre en évidence l'ampleur du phénomène de report ou de renoncement aux soins, lequel n'a pas épargné les publics les plus fragiles.**

Une enquête¹ citée par France Assos Santé révèle que 30 % des personnes interrogées souffrant d'un problème de santé chronique considèrent que l'épidémie a eu un impact important sur leur prise en charge et 51 % ont renoncé à au moins une consultation médicale en ville ou à l'hôpital. Seuls 16 % ont eu recours à la téléconsultation.

Au niveau national, les enquêtes du groupe de recherche EPI-PHARE apportent, sous l'angle de la consommation des produits de santé, des éclairages sur **l'impact de l'épidémie de covid-19 sur la prise en charge de certaines pathologies, mais aussi la prévention (vaccins) et le diagnostic** : la déléguée générale d'Unicancer a indiqué que selon les estimations des centres de lutte contre le cancer, « 30 000 malades n'auraient pas été diagnostiqués »², ce qui montre **l'ampleur du retard à rattraper.**

Un impact profond et à certains égards durable sur la prise en charge des autres pathologies : les résultats des enquêtes EPIPHARE sur les produits de santé

Des enquêtes du groupement EPIPHARE ont permis de quantifier, à travers l'analyse de l'usage des produits de santé, les conséquences de la crise sanitaire et du confinement sur la prise en charge des autres pathologies.

Son rapport en date du 30 avril 2020 après cinq semaines de confinement relève que « *l'épidémie de covid-19 a déstabilisé temporairement le système de soins pour la prise en charge des autres pathologies, malgré le recours aux téléconsultations qui ont pu pallier partiellement et amortir des difficultés pour de nombreuses situations, et la possibilité réglementaire depuis le 20 mars d'utiliser des ordonnances « périmées » pour renouveler des traitements de maladies chroniques.* »

Ses rapports successifs, dont le dernier paru fait un état de la situation au 17 septembre, mettent en exergue :

- pour le traitement des **pathologies chroniques**, un stockage de médicaments les deux premières semaines de confinement suivi par une forte baisse de moitié environ, au 17 mai, de l'instauration de traitements pour de nouveaux patients (- 39 % pour les antihypertenseurs, - 48,5 % pour les antidiabétiques et - 49 % pour les statines) ; sur une période de six mois, la **baisse de l'instauration de traitements** est encore de - 10 % pour les statines mais elle n'est plus que de - 2 % pour l'insuline et de - 4 % pour les antihypertenseurs ;

- parmi les médicaments dont la consommation a au contraire augmenté, en fin de confinement et durant la période qui a suivi, figurent des **médicaments des troubles mentaux** : les anxiolytiques (+ 1,1 million de traitements délivrés en six mois par rapport à l'attendu et + 5 % de nouveaux patients) et les hypnotiques (+ 480 000 traitements délivrés et + 3 % de nouveaux patients) ;

¹ Enquête IPSOS réalisée pour Amgen dans le cadre de Datacovid, sur un échantillon représentatif de 5 001 personnes de 18 ans ou plus.

² Audition des fédérations hospitalières et médico-sociales, 3 septembre 2020.

- une très forte diminution de la délivrance et de l'utilisation de produits nécessitant une administration par un professionnel de santé, qui ne montre pas encore, sur une période de six mois, d'effet de rattrapage : c'est notamment le cas des produits destinés aux actes diagnostiques, avec une forte diminution du recours aux préparations pour coloscopie (- 82 % après les cinq semaines de confinement), aux produits iodés pour scanner (- 66 %) et aux produits de contraste pour IRM (- 67 %). Après six mois, la baisse par rapport à 2019 reste conséquente : elle est estimée « non rattrapable » dans des actes indispensables pour diagnostiquer des cancers ou maladies graves (- 250 000 préparations pour coloscopie, - 500 000 produits iodés pour scanner, - 280 000 produits de contraste pour IRM), induisant « des retards conséquents de prise en charge » ;

- de même pour les vaccins dont l'usage a chuté de - 35 % à - 71 % sur les cinq premières semaines de confinement, conduisant, six mois après le début du confinement, à observer « un retard [qui] sera difficilement comblé en 2020 » : celui-ci est évalué mi-septembre à - 40 000 doses pour les vaccins penta/hexavalents pour nourrissons, - 150 000 doses pour les vaccins anti-HPV, - 130 000 doses pour le ROR [Rougeole-Oreillons-Rubéole] et - 620 000 doses pour les vaccins antitétaniques.

Pour les auteurs, ces diminutions témoignent de déficits de prise en charge dont le rattrapage demandera probablement plusieurs mois voire années.

Source : « Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de covid-19 », Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS, EPIPHARE - Groupement d'intérêt scientifique ANSM-Cnam ; point de situation après les 8 semaines de confinement et une semaine de post-confinement (jusqu'au 17 mai 2020) - 9 juin 2020 et point de situation jusqu'au 13 septembre 2020 - 5 octobre 2020

• Si un ensemble d'actions de communication et de mesures ont été initiées pour sensibiliser les patients, notamment ceux atteints de pathologies chroniques, à la reprise de leurs soins¹, **l'inscription de l'épidémie dans la durée et le retour lent à une activité « normale » au sein du système de santé rendent nécessaire un suivi dans le temps de l'impact du phénomène de report de soins en termes de santé publique.**

Une attention particulière devrait être portée à la **santé mentale**, particulièrement fragilisée par la crise sanitaire, ainsi qu'aux publics les plus vulnérables (populations précaires, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes atteintes d'une pathologie chronique, etc.).

Au niveau plus individuel, la proposition de la Ligue contre le cancer d'un **plan d'accompagnement** pour toute personne malade du cancer dans un tel contexte de crise sanitaire obérant l'accès « normal » aux soins, pour s'assurer de la régularité du suivi, y compris sur un plan psychologique, limiter le poids de la fracture numérique ou former

¹ Par exemple la mise en place à compter du 29 mai d'une consultation complexe post-confinement majorée à 46 euros et prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, dédiée à certains patients dits vulnérables (patients à risque face à la covid-19, patients en affection longue durée, patients en sortie d'hospitalisation) n'ayant pas été vus ou reçus en consultation depuis le 17 mars.

les professionnels de ville aux spécificités des prises en charge de certains soins gagnerait à être effectivement mise en œuvre avec les soutiens nécessaires des ARS et déclinée dans plusieurs pathologies.

Proposition n° 6 : mettre en place des plans personnalisés d'accompagnement pour les malades du cancer et dans d'autres pathologies chroniques

Proposition n° 7 : évaluer, en liaison avec les associations d'usagers, les impacts sanitaires du report ou du renoncement aux soins, en portant une attention particulière aux publics vulnérables et aux enjeux de santé mentale

Proposition n° 8 : mettre en œuvre sur cette base un plan d'actions de santé publique, notamment des campagnes de communication ciblées sur le dépistage organisé des cancers et la vaccination des nourrissons

3. Des patients « invisibles » et « sans voix » : la démocratie sanitaire confinée

a) Un fort sentiment d'isolement des patients et de leur entourage

L'audition des associations de patients¹ a révélé un **sentiment d'isolement extrême** ressenti par un grand nombre de patients face à une crise sanitaire particulièrement anxiogène pour tous et surtout pour les personnes les plus vulnérables face au virus.

Comme le relève la Ligue contre le cancer, face à une coordination ville-hôpital défailante dans certains territoires et en dépit du développement salubre mais inégal de la téléconsultation, « certaines personnes se sont senties abandonnées par le système de soins et ont eu l'impression de ne pas être prioritaires »² à un moment où leur traitement était modifié, entravé ou interrompu, laissant craindre des pertes de chance, et où des soins supports étaient suspendus (aides à domicile, kinésithérapie, psychologie, prise en charge de la douleur...). De même, France Assos Santé souligne, chez les personnes malades et en situation de handicap, ainsi que chez leurs proches aidants parfois amenés à gérer des soins curatifs ou palliatifs, « un fort sentiment d'isolement, d'abandon, d'absence de reconnaissance, parfois même de mépris et de relégation »³.

¹ Audition des associations de patients, 8 septembre 2020.

² Contribution écrite adressée à la commission d'enquête.

³ Contribution écrite adressée à la commission d'enquête.

Dans ce contexte, **le monde associatif a pallié un manque d'informations concrètes et adaptées à leurs besoins spécifiques** dont ces publics ont souffert, notamment au début de l'épidémie, sur les risques encourus et les modalités de continuité des soins.

Pour ceux atteints de pathologies rénales, l'association Renaloo a ainsi indiqué, en l'absence de recommandations officielles des autorités sanitaires ou des sociétés savantes, avoir publié dès le 12 mars – jour de l'allocution du Président de la République invitant les personnes fragiles, atteintes de pathologies chroniques, à rester chez elles – des conseils s'appuyant sur des recommandations diffusées dans d'autres pays. C'est également cette association qui, en l'absence d'autres formes de conseils, diffuse des recommandations ciblées aux patients dialysés le 10 avril, finalement relayées par le site gouvernemental « sante.fr ».

Les fluctuations autour de la définition des « publics vulnérables » susceptibles de continuer à bénéficier, à compter de septembre, du droit au chômage partiel témoignent en outre d'un dialogue entravé¹.

b) Une crise sociétale appelant une indispensable réflexion éthique

• Ces constats reflètent un déni de démocratie sanitaire que la crise sanitaire a révélé, alors même que les enjeux éthiques soulevés appelaient, plus que jamais, à entendre la voix des patients et celle de la société.

Pour le Dr Sophie Crozier, coordinatrice de la démarche éthique à l'AP-HP, la « **priorisation** » dans la réorganisation des hôpitaux n'allait pas de soi : « *L'accès aux soins pour tous les autres patients, qu'il s'agisse des hospitalisations, des consultations, des diagnostics, du suivi ou de la prise en charge du handicap, a donc été extrêmement difficile. La vie de certaines personnes mérite-t-elle plus d'être vécue ? Ainsi, le décompte quotidien des morts du covid pouvait interroger sur la priorisation et la valorisation de ces morts par rapport aux autres causes de décès. En d'autres termes, on pouvait se poser la question de savoir si la mort d'un patient covid était plus importante ou avait plus de valeur que la mort d'un autre patient.* »² De même, le Pr Emmanuel Hirsch a estimé que « *décider la priorisation des malades covid-19 au détriment d'autres malades atteints de maladies chroniques (...) relève d'un **choix qui engage collectivement et justifie une réflexion éthique : elle a été refusée*** »³.

Or, les représentants des usagers n'ont pas été associés à ces choix : sans contester sur le fond une décision qui s'inscrivait dans un contexte marqué par de fortes incertitudes, Renaloo a jugé – à juste raison –

¹ Dans une tribune du 4 octobre 2020, plus de 50 associations de patients ont appelé à réviser le décret n° 2020-1098 du 29 août 2020, sur la base des données scientifiques disponibles. Le juge des référés du Conseil d'État, dans une ordonnance du 15 octobre 2020, a suspendu ces dispositions restreignant les critères de vulnérabilité au covid-19 permettant aux salariés de bénéficier du chômage partiel, estimant que le choix des pathologies conservées comme éligibles par rapport au décret de mai dernier n'est pas cohérent ni suffisamment justifié par le Gouvernement.

² Audition sur les enjeux éthiques, 2 septembre 2020.

³ Contribution écrite adressée à la commission d'enquête.

inacceptable d'avoir appris « par la bande » le 16 mars 2020 la suspension de l'activité de transplantation rénale sur l'ensemble du territoire.

De même, comme l'a regretté le Pr Hirsch, les instances éthiques comme l'Espace de réflexion éthique de la région Île-de-France qu'il dirige n'ont été associées à la discussion ou à la décision qu'à de rares exceptions¹ : il souligne que c'est grâce à l'engagement de soignants et à leur faculté d'adaptation face à des « *prescriptions impraticables* » **imposées aux familles des personnes en fin de vie**, à l'hôpital comme en Ehpad, qu'il a été permis d'éviter, parfois, des souffrances irréparables en préservant un espace de relation entre la personne en fin de vie et ses proches.

Face à une crise qui a bousculé tous les acteurs, **les temps de lien de médiation et d'explication ont pu être sacrifiés** alors qu'ils s'avèrent d'autant plus indispensables dans de telles périodes. Le Pr Hirsch a attiré l'attention sur l'importance dans ces circonstances des fonctions de médiateur à l'hôpital ou en établissement médico-social, lorsque les équipes ne peuvent pas consacrer le temps nécessaire à la relation à la famille. Les rapporteurs notent l'intérêt de cette recommandation.

• Ce contexte a conduit plus généralement nombre de personnes entendues par la commission d'enquête à poser **l'amer constat d'une mise à l'écart des instances de la démocratie sanitaire pendant la crise.**

La **conférence nationale de santé**², réinstallée le 12 février sous la présidence du Pr Emmanuel Rush³, a rendu le 15 avril, dans le cadre d'une auto-saisine, un **avis au titre éloquent** : « *la démocratie en santé à l'épreuve de la crise sanitaire du covid-19* ». Comme elle le rappelle, l'histoire, en ce domaine, se répète : **les enseignements tirés des précédentes crises sont restés lettre morte et les recommandations formulées à la suite de la gestion de la pandémie grippale H1N1 demeurent d'actualité.** Dans l'avis rendu en décembre 2010⁴ cette instance mettait déjà en évidence « *un défaut de concertation* » avec les différentes parties prenantes, révélateur d'une « *difficulté à appréhender les aléas sanitaires de façon relativement apaisée* ».

¹ Les rapporteurs rappellent notamment que le CCNE a été saisi à deux reprises par le ministre des Solidarités et de la Santé. Un premier avis publié le 13 mars 2020 porte sur les « enjeux éthiques face à une pandémie » ; un autre publié le 30 mars porte sur le renforcement des mesures de protection dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les unités de soins de longue durée (USLD).

² Créée en 1996, la conférence nationale de santé est une instance consultative de démocratie en santé chargée de permettre la concertation sur les questions de santé et de contribuer à l'organisation de débats publics sur ces mêmes questions. Elle est composée de 96 membres titulaires et d'autant de suppléants, issus de cinq collèges : représentants des territoires et CRSA, représentants associatifs, partenaires sociaux, acteurs de la prévention, de la recherche et du numérique en santé, offreurs de services et produits de santé. Elle comprend également 57 membres avec voix consultative, dont des représentants d'institutions publiques et personnalités qualifiées.

³ Cette instance ne s'était pas réunie depuis environ un an. Elle a rendu le 2 avril 2020, sur la base également d'une auto-saisine, un premier avis relatif à la crise sanitaire de la covid-19.

⁴ Avis relatif à la concertation et au débat public adopté par l'assemblée plénière de la Conférence nationale de santé le 9 décembre 2010.

Au niveau local, France Assos Santé, représentant les associations agréées d'usagers du service de santé, a constaté de même lors de cette crise « *un affaïssement des structures permettant l'expression des droits collectifs* », avec une marginalisation des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) ou encore des conseils territoriaux de santé (CTS)¹.

Cette carence s'est aussi illustrée dans les établissements de santé ou médico-sociaux, où les usagers sont pourtant représentés, pour faire remonter par exemple les problèmes concrets sur l'organisation des soins, à l'instar des difficultés rencontrées par les patients dialysés (suppression des repas et collations, fourniture de masques...).

Comme l'a relevé le Pr Emmanuel Rusch : « *quand on veut agir pour une personne, mais qu'on le fait sans elle, on le fait toujours contre elle* ».

Les rapporteurs se rallient à cette observation et appellent à un « sursaut » en matière de démocratie sanitaire à tous les niveaux de l'organisation du système de santé : **le recul pendant cette crise de la place des patients s'est révélé préjudiciable à la bonne compréhension des décisions prises, qui les impactaient lourdement et directement, et donc à l'adhésion à ces décisions.** Il traduit, près de 20 ans après la loi du 4 mars 2002, et en dépit de progrès indéniables, le caractère encore insuffisamment ancré de la démocratie sanitaire dans le pilotage opérationnel des instances de santé.

Si ces considérations conduisent la commission d'enquête à formuler des préconisations plus structurelles en matière de gouvernance de crise (cf. quatrième partie), il apparaît indispensable aux rapporteurs d'impliquer les associations d'usagers dès le départ dans les décisions susceptibles d'impacter l'organisation des soins en période de crise, en consultant les instances *ad hoc*. Il sera également nécessaire d'associer les représentants des usagers aux exercices de retour d'expériences engagés à tous les niveaux.

Proposition n° 9 : impliquer les associations de patients ainsi que les instances de démocratie sanitaire, au niveau national comme territorial ainsi que dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, dans les décisions impactant l'organisation des soins en période de crise ainsi que dans l'élaboration des retours d'expériences sur la gestion de l'épidémie

¹ Contribution écrite de France Assos Santé adressée à la commission d'enquête. L'association, sans avoir transmis toutefois des données chiffrées à l'appui, note que « certaines [de ces instances] ont été à l'arrêt total, d'autres ont fonctionné de manière informelle ou au ralenti, et enfin certaines, mieux équipées, ont pu se mobiliser pour travailler sur des thématiques spécifiques à distance. Il en est de même dans bon nombre de structures hospitalières publiques ou privées où les portes ont également été fermées pour les représentants des usagers et où le lien, même à distance semble rare. »

II. LES CONSÉQUENCES DE NOTRE HOSPITALO-CENTRISME : UN SECTEUR MÉDICO-SOCIAL VICTIME DE SON DÉLAISSEMENT

A. UN SECTEUR DÉPOURVU DES OUTILS DE PILOTAGE RÉPANDUS À L'HÔPITAL

1. Un suivi des Ehpad resté défaillant

a) Des outils de suivi épidémiologique rudimentaires

Entré en France le 24 janvier 2020, le coronavirus ne s'est pas diffusé moins vite dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) que dans le reste de la population. Aux tout premiers jours de mars, alors que la France déplorait plus de 200 cas et plusieurs morts, plusieurs dizaines de cas possibles de covid-19 y étaient déjà signalés.

Les remontées d'informations sont dans ces circonstances, pour reprendre les termes mêmes de la DGCS, le « nerf de la guerre ». Or si les hospitalisations de la population générale ont été scrupuleusement suivies par le ministère de la santé à compter des premiers cas recensés le 24 janvier – de personnes revenant de Chine – le premier système de surveillance national de la situation en Ehpad n'a été opérationnel qu'à la fin mars, et les premières informations rendues communicables au public que le 2 avril.

Avant cette date, il n'est pas excessif de dire que les départements et les ARS ont bricolé avec leurs propres outils de suivi. Santé publique France a indiqué à la commission d'enquête qu'à partir de la mi-mars, plusieurs cas groupés de covid dans les établissements médico-sociaux avaient été détectés. Ces signalements n'ont pour autant pas fait l'objet d'un signalement sur le portail des événements indésirables (PSIG) du ministère chargé de la santé pour les cas groupés d'infections respiratoires, qui est un système non adapté, selon elle, aux signalements ni au suivi quotidien des épisodes de cas groupés de covid.

D'après Christophe Lannelongue, alors directeur général de l'ARS Grand Est, « *la période difficile, celle où l'on a été en aveugle, se situe entre le 2 et le 20 mars [...] À 15 heures, nous envoyions les données de la veille, pas toujours très fiables, car nous n'arrivions pas à faire remonter des laboratoires tous les éléments, comme le domicile ou la profession. Cela nous a beaucoup gênés. Les préfets l'ont aussi déploré. Nous n'avions parfois pas les adresses des personnes contaminées, et cela nous a empêchés de faire des enquêtes de terrain. Cela a progressé durant les quinze premiers jours de mars.* »¹

L'ARS a ainsi produit, du 20 mars au 5 avril, ses propres outils de suivi spécifique des Ehpad, lui permettant une synthèse régionale quotidienne accompagnée d'une liste d'Ehpad touchés, par département,

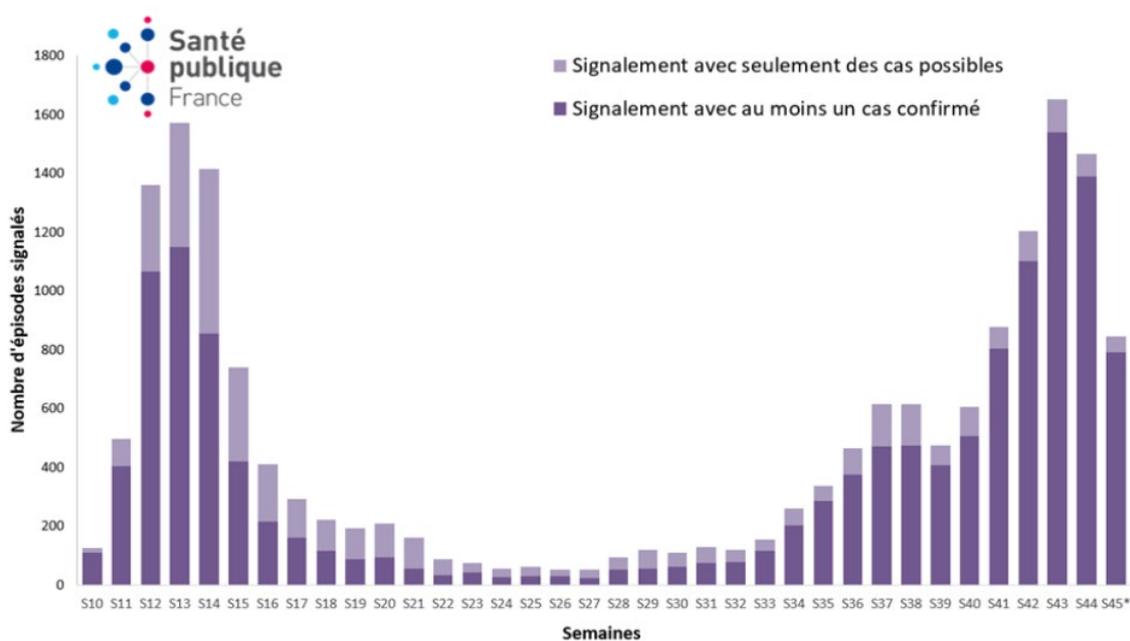
¹ Audition de représentants et d'élus de la région Grand Est, 9 juillet 2020.

permettant de faciliter le suivi de proximité – tâche qui a requis un travail important de ses équipes pour assurer la fiabilité des données saisies par les établissements.

C'est à la demande de la DGS qu'à la fin mars, Santé publique France a donc développé en urgence, en quelques jours, un **nouveau système de surveillance** des cas de covid-19 pour ces établissements. Baptisé Voozadoo (*sic*), il a été **mis à disposition des professionnels le 28 mars**. Toutes les régions l'ont utilisé, sauf l'Île-de-France, qui a continué jusqu'au 1^{er} juillet à utiliser une application spécifique mise à disposition des établissements de la région, avant de se résoudre à l'utilisation de Voozadoo.

Le système Voozadoo a sans doute amélioré la connaissance de la situation épidémique, mais constitue un outil bien fruste de pilotage de la gestion de crise. D'abord, il est déclaratif. Ensuite, n'y sont pas renseignés les cas de covid mais des fiches par établissement, elles-mêmes décrivant les phénomènes rencontrés – cas probable, cas avéré, décès... –, déclarés comme des « *signalements* », sur la base de la symptomatologie. À l'inverse du système hospitalier SI-VIC qui est, lui, un système d'information individuelle permettant de collecter des données utiles sur les personnes décédées, leur âge, sexe, métier ou encore problèmes de santé, le recensement en Ehpad ne donne aucune précision sur les individus et l'imputation des décès à leur véritable cause ne peut en conséquence être qu'imparfaite.

Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de covid-19, par date de début des signes du premier cas, entre le 1^{er} mars et le 8 novembre 2020, en France



Source : Santé publique France

Les acteurs de terrain ayant les premiers élaboré leurs outils de suivi déplorent ainsi que **la généralisation du système Voozadoo n'ait pas apporté que des améliorations**. D'après Christophe Lannelongue, « *ce n'est pas un problème uniquement de remontée de l'information statistique, mais un problème de pilotage. Notre système [précédent] recensait non seulement les cas confirmés chez les résidents et chez le personnel, mais il recensait aussi les cas suspects et l'absentéisme du personnel* »¹. Les équipes des ARS ont ainsi dû engager un travail important pour transformer l'extraction brute des données Voozadoo en un outil de suivi utilisable pour l'action.

Santé publique France, qui reconnaît que le développement de Voozadoo a généré un travail très important de ses cellules régionales et des ARS, confrontées à des « *problèmes d'exploitation des données* », assure que cette application a permis aux ARS d'assurer ses missions de surveillance, d'investigation, de gestion des épisodes de contamination de manière « *très réactive* ». **Reste qu'à la date de publication des premiers résultats de Voozadoo, le 2 avril, le nombre de morts en Ehpad se comptait déjà en milliers.**

A l'heure où la deuxième vague épidémique se répand, un système plus performant est toujours à l'étude. En attendant, le suivi de l'épidémie en Ehpad reste toujours aussi rudimentaire. Le nombre de victimes fluctue ainsi régulièrement, de quelques dizaines à la hausse comme à la baisse, depuis la fin du premier confinement – avec, par exemple, quinze morts en moins le 28 juillet et huit de plus le 31 août – en raison de nombreuses erreurs de saisie et rectifications demandées aux établissements.

Autre conséquence regrettable : **Santé publique France déclare ne pas être en mesure de fournir une simple cartographie des décès et de leur évolution dans les établissements médico-sociaux à des niveaux infra-nationaux.**

b) Des fragilités de fonctionnement pourtant connues

La crise de la covid-19 a en outre agi comme révélatrice d'un certain nombre de faiblesses structurelles des établissements français accueillant des personnes âgées, dont la liste a été une nouvelle fois, après divers travaux parlementaires², dressée à l'été dernier par la mission confiée par la DGCS à Mme Anne Burstin³ :

- une exacerbation de la fragilité chronique en ressources humaines :
« la conjonction d'une charge en soins exceptionnelle et d'une moindre

¹ Audition d'élus et de représentants de la région Grand Est, 9 juillet 2020.

² Voir le rapport de la mission d'information des députés Caroline Fiat et Monique Iborra sur les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), mars 2018, ou encore celui de nos collègues Bernard Bonne et Michelle Meunier, « Ehpad : quels remèdes ? », mars 2018.

³ Mission d'appui à la DGCS – note de synthèse, Dispositifs innovants mis en place et enseignements de la crise dans le secteur du Grand âge, 22 juillet 2020.

disponibilité d'équipes juste dimensionnées a constitué un point de rupture dans des structures à forte intensité en personnel » ;

- l'adéquation très inégale des moyens médicaux, dont témoigne par exemple la très hétérogène couverture en médecins coordonnateurs. Si environ 8 % des médecins généralistes exercent aujourd'hui la fonction de médecin coordonnateur en Ehpad, près d'un tiers des établissements en restent dépourvus¹ ;

- l'appui très inégal en infirmiers, notamment de nuit, les expérimentations récentes n'ayant pas été déployées sur tout le territoire ;

- la vulnérabilité du management, particulièrement dans les petits établissements isolés et mal insérés dans un réseau plus large de ressources sanitaires, encore trop nombreux ;

- la maîtrise encore insuffisante des enjeux spécifiques d'hygiène en situation de crise, ceux-ci ayant nécessité un appui en expertise pour les mesures barrières, la désinfection ou le circuit du linge ;

- un accès parfois problématique aux dispositifs médicaux – échographes portables, saturomètres ou tensiomètres – et aux médicaments ;

- la conception architecturale et fonctionnelle souvent mal adaptée des Ehpad, le bâti des établissements anciens étant souvent peu propice à la constitution de sous-ensembles de vie autonomes préservant de la contagion, sans parler du maintien de chambres non individuelles.

D'une manière générale, la connaissance de l'épidémie dans le secteur médico-social est encore faible. La DGCS a saisi à la mi-avril la direction interministérielle de la transformation publique (DITP) pour réaliser une enquête dans une douzaine d'Ehpad pour identifier les facteurs de fragilisation et de sécurisation des gestes barrière en contexte de tension, de peur et de stress pour les équipes, qui a dans un premier temps permis d'affiner les bonnes pratiques et les modules de formation.

D'autres recherches plus substantielles sont toujours en cours, tel le projet Rempart-Ehpad conduit à Rennes, qui cherche à identifier les facteurs structureaux, organisationnels et humains influençant la morbimortalité liée à l'épidémie dans les Ehpad bretons, et qui a inspiré le lancement de travaux équivalents – par exemple, en Bourgogne-Franche-Comté.

¹ Rapport Fiat-Iborra précité.

c) Une culture du risque insuffisante

Rendus obligatoires, après la canicule de 2003, par le décret du 7 juillet 2005¹, les plans bleus sont activés en cas de situation sanitaire exceptionnelle. La régularité des fortes chaleurs en France, la disponibilité de nombreux guides méthodologiques et l'appui des ARS pour leur élaboration ont permis à un nombre raisonnable de directions d'établissements de s'approprier ces outils.

Les Ehpad sont en revanche largement dépourvus de plans de continuité d'activité, document utile en cas de situation perturbant de manière grave l'organisation des établissements, par exemple une diminution significative du personnel du fait d'un absentéisme important. Ces documents ne font en effet l'objet d'aucune obligation légale ou réglementaire pour les établissements médico-sociaux.

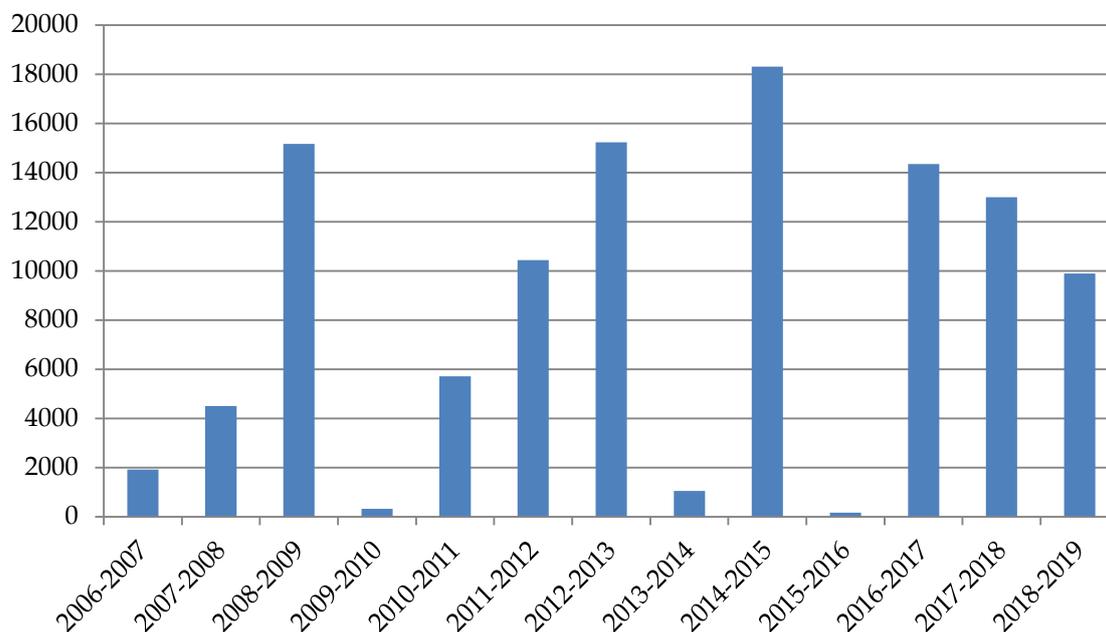
Les consignes diffusées par le ministère des solidarités et de la santé lors de la crise ont toutefois tenu compte de cette différence d'appropriation des deux outils. Le 6 mars 2020, tandis qu'était émise la demande générale de déclenchement des plans bleus, des outils d'aide à la structuration d'un plan de continuité d'activité étaient également communiqués.

La mortalité liée au covid-19 dans le secteur médico-social invite à une autre observation. **Le bilan de la première vague peut en effet être rapporté, pour donner un ordre de grandeur, à celui des épidémies de grippe saisonnière des dernières années.** Estimé chaque année par Santé publique France, le bilan de la surmortalité liée à la grippe s'échelonne entre quelques centaines et plus de 18 000 – en 2014-2015 – et fait apparaître une moyenne, sur la décennie écoulée, d'environ 10 000 décès par an. Lors de la dernière saison examinée par Santé publique France, 87 % des 9 900 victimes avaient 75 ans et plus.

Deux différences essentielles séparent toutefois la covid-19 de la grippe saisonnière, sous le rapport de leur mortalité : la grippe ne tue pas que dans les ESMS, et il existe un vaccin.

¹ Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Surmortalité liée à la grippe saisonnière



Source : Santé publique France

La couverture vaccinale antigrippale a en effet dangereusement baissé, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, entre l'épisode de grippe A (H1N1) et 2014, passant de 63,9 % en 2009-2010 à 48,5 % en 2014-2015. Elle est toutefois restée stable depuis cette date autour de 50 % ; en 2018-2019, elle est estimée à 51 %, mais à 46,8 % chez les sujets à risque de forme grave de grippe¹. **Chez les personnes de moins de 65 ans atteintes d'une affection longue durée ciblées par les recommandations de vaccination antigrippale ou souffrant d'asthme ou de bronchopneumopathie chronique obstructive, la couverture vaccinale estimée était même beaucoup plus basse, à 29,2 %.** **La couverture vaccinale reste toujours éloignée, chez les personnes à risque, de l'objectif de 75 % fixé par l'OMS et la Commission européenne.**

Pour mémoire, la vaccination contre la grippe saisonnière **avait été rendue obligatoire pour les professionnels de santé en 2006²**, mais cette obligation avait été **suspendue par décret dix mois plus tard³**.

¹ Santé publique France, d'après les données de la base DCIR de l'Assurance maladie.

² Article 62 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, codifié à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique : « Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention, de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe ».

³ Décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006.

La Cour des comptes avait d'ailleurs recommandé son rétablissement en 2018¹, tirant notamment argument des ravages causés par la grippe dans un Ehpad lyonnais à l'hiver 2016 en raison, d'après un rapport de l'IGAS², d'un défaut de vaccination des résidents et du personnel.

Proposition n° 10 : rétablir la vaccination obligatoire du personnel en établissement, et ouvrir, avec le Haut Conseil de la santé publique et les représentants d'usagers, le débat relatif à la vaccination obligatoire des résidents

Proposition n° 11 : renforcer les outils de gestion des risques en établissements médico-sociaux : rappeler que le plan bleu a bien vocation à les préparer à toute situation sanitaire exceptionnelle, non aux seules canicules ; systématiser l'élaboration des plans de continuité d'activité ; intégrer plus systématiquement les Ehpad ainsi que les autres ESMS aux exercices annuels organisés sur la gestion des risques

2. Un secteur du domicile longtemps hors radar

a) Un secteur sinistré, donc peu armé pour faire face à une crise

Les récents rapports de M. Dominique Libault³ et de Mme Myriam El Khomri⁴ ont bien décrit la fragilité du tissu des services d'aide et d'accompagnement à domicile – dont l'acronyme usuel, Saad, dit assez la misère. Qu'il soit ici permis d'enfoncer le même clou, car **la situation économique et sociale des acteurs de l'aide à domicile a constitué l'une des plus performantes contre-protections au coronavirus.**

Le secteur de l'aide à domicile est d'abord très atomisé. Comme l'indiquent certaines études, on peut considérer que près de cent structures, entreprises, associations ou services municipaux interviennent comme service d'aide à domicile dans un département donné⁵.

¹ Cour des comptes, rapport public annuel 2018, tome 1, La politique vaccinale.

² IGAS, L'épidémie de grippe à l'EHPAD Korian Berthelot de Lyon, janvier 2017.

³ « Concertation grand âge et autonomie : il est temps d'agir », mars 2019.

⁴ « Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge », octobre 2019.

⁵ Bernard Bensaid et Robert Gary-Bobo, La réglementation optimale des services à domicile aux personnes âgées, 2019 : « prenons l'exemple de la Gironde, l'annuaire en ligne sanitaire-social.com, montre qu'il y a dans ce département assez peuplé 233 services d'aide pour personnes âgées, dont certains sont seulement des succursales locales d'une plus grande organisation. Mais pour la seule ville de Bordeaux, il y a 104 services répertoriés. [...] Une agglomération plus petite, comme Aurillac, dans le Cantal, a 22 services d'aide à domicile répertoriés, dont 10 seulement semblent être des organismes indépendants. Les Alpes-Maritimes, avec une densité élevée de retraités, ont 130 services répertoriés, dont 88 à Nice. [...] En Île-de-France, il y a 996 services répertoriés (pas tous indépendants). Voilà qui donne une première idée de la concentration dans le secteur de l'aide. »

Le financement des structures est en outre déficitaire : en 2017, l'écart entre le coût de production horaire d'une prestation d'aide à domicile et le tarif horaire des services dans le cadre des prestations APA ou PCH est de 2,2 euros¹. Certains Saad sont ainsi conduits à freiner leurs coûts en limitant le niveau de professionnalisation des intervenants, ce qui a des conséquences sur la qualité des prestations, la qualité de vie au travail, et occasionne des transferts de charge sur d'autres activités.

En guise d'illustration, le secteur de l'aide à domicile reste en 2018 **l'activité professionnelle la plus sinistrogène**, avec 97,2 accidents du travail pour 1 000 salariés. Il faut dix-sept années d'ancienneté à un salarié de catégorie A, sans diplôme ni qualification, pour percevoir une rémunération supérieure au Smic.

Son attractivité est en conséquence limitée : en 2019, une nouvelle demande de prise en charge sur cinq n'a pu être prise en charge intégralement, 25 % des structures ont enregistré une baisse du nombre de dossiers pris en charge, près d'un tiers des directeurs de services médico-sociaux à domicile interrogés ont désigné le manque de personnel comme la cause directe du refus de prise en charge, et près de 80 % d'entre eux estiment que la situation se dégrade.

Pour Mme Marie-Reine Tillon, présidente de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile (UNA), il est douteux que les leçons de la première vague portant sur la fragilité du secteur aient été tirées pour faire face à la seconde vague : *« Pensez que, à la fin de l'année 2019, une demande de prise en charge sur cinq ne peut être honorée par manque de personnel. Il y a deux ans, cette proportion s'établissait à une sur dix. Le métier, il est vrai, n'a rien d'attractif financièrement et le Ségur de la santé n'a pas amélioré la situation, loin s'en faut : entre une aide-soignante en établissement et sa collègue en Ssiad, l'écart de rémunération a doublé et s'élève désormais à 200 euros. Nous commençons hélas à enregistrer des départs. [...] Si rien n'évolue, nous en serons donc au même point dans dix-sept ans »*².

C'est encore dans ce contexte qu'après la première vague, le virus poursuit sa progression au domicile des plus vulnérables.

b) Un secteur en marge de la gestion nationale de crise

Les plans d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en cas de risques exceptionnels, rendus obligatoires par la loi de 2004 postérieure à la canicule³, ont été mis en œuvre sous l'autorité du représentant de l'État dans le département. Ces plans prennent en compte, le cas échéant, la situation des personnes les plus vulnérables du fait de leur isolement. Sur leur fondement, les centres

¹ Référentiel de coût ARGOS, UNA, 2018.

² Audition de représentants de l'aide à domicile, 1^{er} septembre 2020.

³ Art. L. 116-3 du code de l'action sociale et des familles.

communaux et intercommunaux d'action sociale ont assumé l'essentiel de la gestion de crise de proximité et contactant les personnes fragiles au moyen du registre prévu à cet effet¹, et en adaptant la fréquence des appels téléphoniques en fonction du niveau de risque et de l'état de fragilité des personnes. De nombreux CCAS ou CIAS se sont en outre dotés de cellules de crise spécifiques.

C'est aux niveaux supérieurs que la prise en compte du secteur du domicile dans la gestion globale de la crise s'est révélée insuffisante, la première vague épidémique ayant été d'abord perçue comme une crise d'abord et essentiellement sanitaire.

D'après l'UNA, le secteur de l'aide à domicile n'a été rendu destinataire d'une première fiche de la DGCS que le 28 février 2020, soit une semaine après le premier message d'alerte envoyé aux fédérations du secteur médico-social, et n'a été associé à une **première réunion au ministère des solidarités et de la santé que le 3 mars**. Ce n'est que le 5 mars que l'UNA a pu avoir un premier échange avec le cabinet du ministre. La première réunion bilatérale s'est tenue le 6 mars. Alors que les fédérations médico-sociales étaient associées dès le 28 février à des audioconférences hebdomadaires, le secteur du domicile semble n'avoir fait l'objet de telles conférences à un rythme hebdomadaire qu'à partir du 13 mars.

Mme Marie-Reine Tillon résume ainsi le sentiment des professionnels de son secteur : *« nous regrettons le manque d'anticipation, malgré les alertes venues de l'étranger, notamment dans la mise en œuvre des cellules de crise qui auraient dû être activées dès les mois de janvier ou de février pour imaginer un protocole. Or, il a quasiment fallu attendre le confinement »*². *« S'il fallait ne retenir qu'une leçon de la crise, je citerai donc le manque d'anticipation et de directives nationales claires [...] Le sentiment de bricolage a été permanent »*³.

Du peu de considération du secteur du domicile, atteste également deux difficultés qui ont été particulièrement mal vécues par les professionnels. D'une part, l'accès parfois compliqué, au début de la crise, aux mécanismes de garde ou de scolarisation prioritaire de leurs enfants⁴, auxquels les salariés du domicile étaient pourtant éligibles au même titre que les professionnels de santé - les bons d'essence offerts par tel groupe pétrolier dès le mois de mars leur étaient, eux, expressément refusés.

¹ Art. L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles. L'article R. 121-3 précise les personnes visées : celles âgées de 65 ans et plus, de plus de 60 ans reconnues inaptes au travail, les personnes adultes handicapées.

² Audition de représentants de l'aide à domicile, 1^{er} septembre 2020.

³ Ibid.

⁴ Dans certains départements, l'intervention du préfet auprès de l'éducation nationale a été nécessaire.

D'autre part, le flottement relatif à la responsabilité des employeurs dans un contexte d'accès insuffisant aux équipements de protection. La fiche DGCS du 2 avril sur les conduites à tenir recommandait ainsi, pour tout cas confirmé, le seul port du masque et le respect des gestes barrières. Certains services d'inspection du travail se sont pourtant attachés à appliquer les dispositions du code du travail, et une association gérant un Saad a ainsi été condamnée, à Lille, pour non-respect des dispositions relatives à la prévention des risques biologiques interdisant en l'espèce aux salariés dépourvus de lunettes, masques FFP2, charlottes et surblouse à usage unique d'intervenir aux domicile des usagers.

De tels sentiments d'exclusion ont assurément provoqué une compréhensible frustration et ont également pu générer des discontinuités d'accompagnement. D'après la mission commandée par la DGCS à Mme Anne Burstin, c'est dans ce contexte qu'il faut comprendre le refus de « *beaucoup de Saad* » de s'impliquer dans les sorties d'hospitalisation de personnes ayant été malades. C'est également ainsi, avec la contamination des salariés eux-mêmes et les effets de l'activité partielle, que l'UNA explique un taux d'absentéisme qui a pu avoisiner les 40 % dans certaines régions.

c) Un bilan épidémique encore incomplet

La mortalité à domicile est pour l'heure encore inconnue avec précision. La déclaration de décès intervenant à domicile doit être effectuée auprès de la mairie du lieu du décès dans les vingt-quatre heures qui suivent sa constatation. Cette déclaration en mairie est établie par un certificat de décès dressé par un médecin, qui fait apparaître les « *causes de la mort* ».

Or ces informations sont encore peu fiables, comme le déplore la presse généraliste depuis le printemps dernier¹. Les officiers d'état civil chargés de renseigner le formulaire « *Cerfa 7 bis* » où le choix leur est donné de déclarer un décès au logement, en établissement hospitalier, en clinique privée, en maison de retraite, sur la voie ou dans un lieu public, ou « *autre* », déclarent souvent les décès survenus en Ehpad comme des décès à domicile, puisque les personnes y sont domiciliées.

Faute de suivi précis, le nombre de morts à domicile ne peut qu'être estimé grossièrement. L'Insee diffuse ainsi chaque semaine, exceptionnellement en raison de la crise sanitaire, le nombre de décès par jour et par département. Cela permet d'estimer la surmortalité par rapport à la mortalité attendue, par classe d'âge et par lieu de décès.

¹ Voir Mediapart, « *Suivi de l'épidémie : le cafouillage de l'Insee sur les morts à domicile* », le 19 mai 2020 ; La Croix, « *Pourquoi le nombre de morts à domicile du covid est-il toujours inconnu ?* », le 28 avril 2020, ou encore Marianne, « *Covid-19 : cinq mois après le confinement, la grande inconnue du nombre de morts en Ehpad* », le 6 octobre 2020.

Le constat que la surmortalité à domicile épouse la carte et la chronologie de la circulation du virus conduit à tenir pour crédibles les tendances ainsi mises en lumière, mais les causes de décès n'étant pas distinguées, cette statistique n'informe qu'évasivement sur les conséquences directes et indirectes du virus en dehors de l'hôpital.

D'après l'Insee, les décès ayant eu lieu à domicile et survenus entre le 1^{er} mars et le 30 avril ont augmenté de 32 % entre 2019 et 2020. Ils ont concerné autant de femmes que d'hommes, dans 20 % des cas des personnes âgées de 75 à 84 ans et dans 50 % des cas des personnes âgées de 85 ans et plus. C'est pour ces personnes les plus âgées que l'augmentation, de 38 %, a été la plus importante.

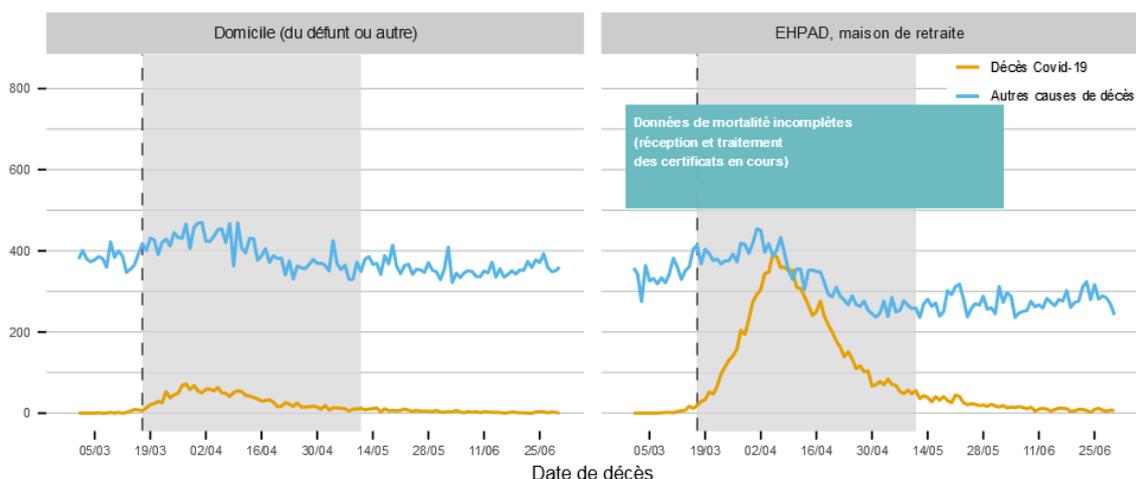
Le nombre de décès déclarés comme étant survenus à domicile, qui était de l'ordre de 440 par jour la première quinzaine de mars 2020, a augmenté fortement jusqu'au 5 avril. Il atteint 630 décès par jour durant la première quinzaine d'avril mais n'est plus que de 450 décès par jour en moyenne la deuxième quinzaine d'avril.

La hausse de la mortalité à domicile au cours de cette période a été plus rapide que celle de l'ensemble des décès dans toutes les régions, sauf dans la région Grand Est, et elle a été notablement plus vive que la hausse de l'ensemble des décès, tous lieux confondus, en Île-de-France.

Le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'Inserm manipule lui aussi des données provisoires. La plupart des informations lui sont transmises sous forme papier, tardivement, et présentent les mêmes biais déclaratifs. D'après ses dernières publications, le nombre de décès liés à la covid-19 à domicile pourrait n'être pas si élevé que le craignait certains professionnels – tels le syndicat de médecins MG France, qui avait émis en avril l'hypothèse de 9 000 morts à domicile¹. **Le 25 août, le CépiDC estimait les décès survenus à domicile imputables à la covid-19 à au moins 1 800 entre le 1^{er} mars et le 31 mai.**

¹ MG France, le 24 avril 2020.

Évolution du nombre quotidien de décès certifiés par lieu institutionnel de décès (France métropolitaine + DROM)



Source : CépiDC (Inserm)

Proposition n° 12 : améliorer les outils de surveillance épidémiologique du secteur

Il conviendra, en outre, de fiabiliser les données relatives à la mortalité à domicile et en établissement et d'accélérer leur transmission en mettant en œuvre les propositions n°s 40 et 41 du présent rapport.

B. UN APPUI AU SECTEUR TARDIF ET HÉTÉROGÈNE

1. Des solutions d'accompagnement *ad hoc* tardivement déployées

a) Des circuits de distribution d'équipements de protection limités

On ne saurait trop insister sur **l'importance qu'a revêtu le niveau d'équipement en masques de protection pour freiner la propagation de la maladie**. Par hypothèse, le coronavirus n'a pu pénétrer dans les Ehpads, qui sont des lieux clos dont les résidents sortent peu, que par l'entremise des personnes extérieures, visiteurs et, à compter du 11 mars 2020, personnel d'encadrement à titre exclusif. Par conséquent, et tous les interlocuteurs de la commission d'enquête l'ont dit : après la position géographique de l'établissement par rapport au front de progression du virus, **le niveau d'équipement en masques a été la principale variable explicative de la résistance à la maladie**.

Or jusqu'au mois de mai, les professionnels du secteur médico-social en sont restés largement dépourvus, à l'exception de ceux de certains groupes privés dont la taille critique leur avait permis de conserver des stocks suffisants ou des fournisseurs privilégiés.

Le groupe Orpea a ainsi pu réaliser une commande de masques le 3 mars, avant le décret du même jour relatif à leur réquisition par l'État, et plusieurs autres, tombées alors sous le coup de la réquisition, entre le 13 et le 18 mars.

Jusqu'au 23 mars, l'approvisionnement des services d'aide à domicile a emprunté un canal parallèle à celui des établissements et services médico-sociaux. Le protocole du 18 mars n'autorisait ces structures à s'approvisionner en masques auprès des pharmacies d'officine, et en nombre proportionnel à celui des professionnels, que pour « *les visites prioritaires* », et munis d'« *un acte administratif spécifique et en faisant état d'un numéro FINESS [...] ou à défaut, du numéro SIRET, ainsi que des noms et prénoms des professionnels utilisateurs de masques* ». Certaines officines ont en outre refusé, en méconnaissance des consignes nationales, de délivrer des masques si le service n'était pas confronté à des cas suspects ou confirmés.

Deux instructions de la DGCS du 23 mars¹ ont clarifié le cadre d'approvisionnement des établissements médico-sociaux et de services d'aide à domicile en masques chirurgicaux. D'une part, en rattachant les services à domicile aux circuits de distribution organisés autour des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ; d'autre part en précisant les modalités de cet approvisionnement.

Le matériel a ainsi été distribué, le plus souvent depuis l'établissement-plateforme du GHT, par les ARS. Le cadre national d'allocation des masques reposait selon les textes, pour les établissements médico-sociaux, sur l'hypothèse de cinq masques chirurgicaux par lit ou place et par semaine, l'ARS pouvant toutefois décider d'ajuster la répartition des quantités selon la réalité des besoins du territoire. Lorsque des cas suspects apparaissent ou sont confirmés, la dotation couvrait en priorité la protection du personnel intervenant auprès de ces personnes, dans les secteurs spécifiques constitués au sein des établissements.

Initialement exclues du dispositif, les résidences autonomie et les résidences services seniors ont été tardivement admises dans le circuit de distribution de masques, sous réserve de disposer d'un agrément avec un service d'aide et d'accompagnement à domicile.

Les gestionnaires d'établissements ont néanmoins tous déploré, jusqu'à la fin du mois d'avril, d'importantes carences dans l'équipement de leur personnel. L'organisation professionnelle Nexem, qui regroupe 10 000 établissements, estimait que les dotations en matériel de protection couvraient, au 8 avril, environ 40 % des besoins dans les champs du handicap et des personnes âgées. La situation est restée particulièrement difficile dans les foyers hébergement et vie, financés par les départements.

¹ « Informations sur l'approvisionnement en masques chirurgicaux en stade épidémique de l'épidémie de covid-19 à compter du 23 mars 2020 » respectivement pour les ESMS et les services d'aide et de soins à domicile.

Les carences ont porté non seulement sur les masques chirurgicaux, mais également sur les équipements de protection individuelle (EPI) – lunettes de protection, surblouses, charlottes, gants – indispensables aux personnes en contact avec les malades.

Cette stratégie est aussi parfois entrée en conflit avec les initiatives locales. Les 2 et 5 avril, l'État a ainsi réquisitionné pour le circuit national les 2 millions de masques commandés par la région Bourgogne-Franche-Comté et destinés aux Ehpad de son territoire, puis a fait de même le 6 avril de 80 % des 2,4 millions de masques que les collectivités territoriales de Nouvelle-Aquitaine avaient commandés pour équiper leurs établissements médico-sociaux et praticiens libéraux.

Ce n'est qu'après qu'un certain nombre de fédérations eurent alerté le ministère que les consignes furent adaptées pour doter les établissements de cinq masques chirurgicaux par lit ou place et par semaine et les structures d'aide à domicile de neuf masques par professionnel et par semaine.

b) Une politique de dépistage inefficace

Eu égard à la dangerosité du virus pour les plus âgés, **la priorité aurait dû être tôt mise sur la détection précoce et systématique du virus dans les établissements**. Les études scientifiques désormais disponibles¹ prouvent que le taux de mortalité à court terme des résidents diminue significativement lorsqu'un dépistage général a été conduit, ce qui plaide sans équivoque pour la multiplication des tests dans ces lieux propices à la propagation du virus.

On ne saurait, en la matière, arguer de l'évolution des connaissances scientifiques sur la maladie pour justifier l'absence de dépistage massif en Ehpad. Que la supériorité du dépistage sur la symptomatologie n'ait été étayée scientifiquement qu'après la première vague prouve seulement qu'il arrive à la littérature scientifique de retarder sur le bon sens. Car enfin, **l'existence de cas asymptomatiques suffisait à attester du danger qu'encouraient des personnes âgées en établissement**. Les limites de l'approche symptomatologique ne sont devenues que plus évidentes lorsque des symptômes atypiques ont été détectés chez des résidents de l'Ehpad de Mauguio, dans l'Hérault, le 22 mars².

¹ Voir notamment Bigelow BE, Tang O, Barshick B, et al. « Outcomes of Universal COVID-19 Testing Following Detection of Incident Cases in 11 Long-term Care Facilities », JAMA Intern Med. Published online July 14, 2020. On y lit notamment : « These results underscore the importance of universal testing because symptom-based approaches may miss a substantial number of cases. Unrecognized asymptomatic cases among residents could perpetuate transmission within facilities. »

² Voir Le Figaro du 22 mars, ou France Bleu le 23 mars.

Or cette exigence de dépistage massif n'est apparue dans la stratégie gouvernementale que lors de la conférence de presse du ministre des solidarités et de la santé Olivier Véran, le 21 mars : les tests y apparaissent comme réservés à des publics prioritaires, parmi lesquels les « *personnes âgées symptomatiques* ». La campagne de dépistage lancée à partir du 6 avril a entendu lever ces contraintes grâce à l'augmentation des capacités de dépistage. Dans les établissements sans cas de covid-19 connus, tout membre du personnel présentant des symptômes évocateurs devait être isolé et testé par un test RT-PCR sans délai. Si un premier cas était confirmé parmi le personnel, tous ses membres devaient bénéficier d'un test par RT-PCR avant, le cas échéant, d'être écartés temporairement du service.

Il était en outre recommandé de tester par RT-PCR le premier résident symptomatique dès l'apparition des symptômes. Dans la mesure du possible, les premiers cas parmi les résidents d'un établissement indemne étaient pris en charge en milieu hospitalier ou devaient faire l'objet d'un isolement strict en chambre individuel. L'ensemble des personnels de santé ou personnels des structures médico-sociales de l'établissement devaient bénéficier d'un test par RT-PCR. Dès le premier cas confirmé, il était recommandé de tester les trois premiers patients.

Le 20 avril, sous la pression des fédérations du secteur médico-social, a finalement été ouverte la possibilité d'étendre les tests au-delà des trois premiers patients uniquement dans les situations où les établissements pouvaient organiser des isolements spécifiques des résidents en créant des secteurs spécifiques ou afin de justifier un isolement lorsqu'il aurait été entrainer des conséquences psychologiques ou physiques difficiles.

Outre qu'elle reposait encore sur l'attente de l'apparition des premiers symptômes, cette stratégie n'a semble-t-il été transmise aux fédérations que le 22 avril après, selon la Fnadepa, une lourde insistance de l'ensemble des acteurs.

c) Les solutions d'appui externes aux établissements : décisives, mais tardives

L'instruction ministérielle du 31 mars, tenant compte des préconisations du conseil scientifique du 27 mars, fixe le cadre de déploiement de filières gériatriques externes aux Ehpad, permettant aux résidents des établissements pour personnes âgées d'être pris en charge sans avoir à passer par le Samu.

Les solutions *ad hoc* déployées pour faire face à la crise en Ehpad

L'instruction ministérielle du 31 mars 2020 prévoit ainsi :

- **une astreinte « personnes âgées » (ou « hotline »)** de territoire consacrée aux professionnels soignants des Ehpad, joignable par téléphone et par mail de huit heures à dix-neuf heures, même le week-end. Un référent gériatrique de territoire est chargé de sa coordination. Elles sont entées sur les services ou pôles de gériatrie, privilégiant ceux disposant d'un service d'accueil des urgences et d'une équipe mobile de gériatrie. Les gériatres des établissements de santé du territoire (publics, établissements privés, hôpitaux de proximité, SSR gériatriques) contribuent à cette astreinte journalière territoriale ;

- **un appui des équipes mobiles de gériatrie**, notamment extra-hospitalières, sous la coordination du référent gériatrique de territoire. Ces EMG participent à l'astreinte territoriale gériatrique. Elles peuvent en tant que de besoin se déplacer au sein de l'Ehpad, de manière subsidiaire et après coordination avec les équipes de soins palliatifs ;

- **l'hospitalisation des personnes âgées après décision collégiale et dans le cadre d'une filière organisée au niveau du territoire de proximité**. L'instruction du ministère insiste sur la collégialité des décisions, conformément au droit et aux recommandations des sociétés savantes. Est prévue l'organisation au sein des établissements de santé d'une possibilité d'admission directe non programmée sans passage aux urgences, dans le cadre d'une filière organisée au niveau du territoire de proximité. Cette organisation associe les hôpitaux de proximité, les établissements de santé privés, les services de gériatrie, les services de médecine interne et les établissements de SSR. Elle tient compte des capacités libérées par la déprogrammation des actes non urgents. Ce circuit court s'articule avec la *hotline* gériatrique et les protocoles partagés avec le Samu ;

- **la mobilisation des établissements et structures d'hospitalisation à domicile (HAD)**. La prescription de la prise en charge en HAD peut être faite par tout médecin, y compris le médecin coordonnateur de l'Ehpad, même hors convention entre l'Ehpad et la HAD, même en cas d'indisponibilité du médecin traitant, lorsque l'urgence de la situation le justifie. Sont visés les patients covid de plus de 70 ans présentant des comorbidités et des manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée, relevant d'une hospitalisation sans requérir une surveillance continue en soins intensifs. Dans ce cadre, l'HAD peut assurer la surveillance des patients, la mise en place d'une oxygénothérapie, l'administration des médicaments de la réserve hospitalière et la réalisation de soins palliatifs ;

- **l'appui en matière de prise en charge palliative**, au moyen d'une astreinte en matière de soins palliatifs, consacrée aux Ehpad en fonction des besoins du territoire, joignable par téléphone et par mail de huit heures à dix-neuf heures et le week-end. Un référent de territoire est désigné l'organise, en lien avec l'astreinte gériatrique, et recense les ressources territoriales. Elle permet l'organisation d'une décision collégiale, et mobilise l'HAD et les équipes mobiles et/ou territoriales de soins palliatifs. L'instruction ministérielle relaie les recommandations de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) ;

- l'appui à la protection des professionnels et à l'hygiène des locaux.

Sur la base des recommandations de la société française d'hygiène hospitalière et de l'avis du HCSP de mars 2020 relatives à la gestion des corps des patients décédés de la covid-19, des équipes mobiles d'hygiène (EMH) ainsi que les centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) peuvent être mobilisés en appui aux Ehpad pour la prévention et la gestion du risque infectieux. Les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière peuvent aussi intervenir pour aider le personnel des Ehpad à organiser et mettre en œuvre les mesures d'hygiène et de protection au sein des établissements, en lien avec l'astreinte de gériatrie du territoire.

Un décret du 28 mars¹ avait dans ce cadre permis la délivrance par les pharmacies à usage intérieur (PUI) de certains produits indispensables (paracétamol injectable, Rivotril), tout en encourageant les Ehpad à se rapprocher des PUI des établissements de santé pour les autres produits. Les conditions d'hospitalisation à domicile ont par ailleurs été assouplies par un arrêté du 1^{er} avril².

Cette stratégie est en réalité largement – et explicitement – inspirée des initiatives prises par l'ARS Grand Est dans le courant du mois de mars.

Un des axes majeurs de l'action de l'agence a été le renforcement du soutien médical et para-médical apporté aux établissements. L'agence a ainsi créé un système de 17 astreintes médicales gériatriques consacrées aux Ehpad, accessibles sept jours sur sept, auxquelles 600 Ehpad sur 620 ont pu avoir accès³. Le renforcement de l'appui des équipes mobiles de gériatrie s'est fait par l'appui des professionnels libéraux en soutien aux médecins coordonnateurs. Un système d'astreintes d'infirmiers libéraux de nuit, coordonnées par le réseau de soins palliatifs, a en outre été mis en place.

Cette stratégie a été efficace et saluée unanimement par les acteurs du secteur médico-social. En région Auvergne-Rhône-Alpes, près de 30 équipes mobiles d'hygiène et 42 équipes mobiles de soins palliatifs ont été déployées pendant la crise. En région Bourgogne-France-Comté, l'augmentation des capacités des équipes mobiles de gériatrie suite au déclenchement du plan blanc a permis de mobiliser 30 % d'ETP supplémentaires afin de prendre en charge les patients. Le déploiement de l'hospitalisation à domicile dans ce même territoire a permis de prendre en charge environ 25 % de tous les patients hospitalisés sur le territoire Nord Saône-et-Loire.

¹ Décret n° 2020-360 du 28 mars 2020 complétant le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

² Arrêté du 1^{er} avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

³ Réponse écrite de l'ARS au questionnaire de la commission d'enquête.

On peut cependant déplorer que de telles mesures aient été prises si tard. Le président du conseil scientifique M. Jean-François Delfraissy a ainsi confié un « regret » à la commission d'enquête : « *La confrontation entre cette vision sanitaire et la volonté de laisser les anciens vivre normalement a mis en évidence le fait que les Ehpad étaient beaucoup moins médicalisés qu'on ne le pensait, que l'organisation de la prise en charge médicale était complexe – cela avait été signalé depuis longtemps dans d'autres structures. S'il devait y avoir une reprise du virus dans quelques semaines, il ne faudrait pas répéter ce qui s'est passé et faire en sorte que tout soit prêt.* »¹

Proposition n° 13 : pérenniser les outils de prise en charge externes aux établissements déployés en seconde partie de crise

Proposition n° 14 : augmenter la couverture des Ehpad en médecins coordonnateurs et leur donner un rôle plus affirmé de chef d'orchestre des prises en charge externes

d) Un confinement sans doute peu évitable mais lourd de conséquences

Si certaines voix se sont élevées dans la presse pour dénoncer le confinement des personnes âgées², la commission d'enquête n'a guère entendu de condamnations de **cette mesure, qui est apparue à la plupart des acteurs comme pénible, mais nécessaire compte tenu de la rareté des équipements de protection et de la rapidité de propagation du virus.**

Les conséquences du confinement sont toutefois très sévères. Mme Joëlle Martinaux, présidente de l'Unccas, a ainsi évoqué devant la commission d'enquête la réalité du **syndrome du glissement** – cette altération de l'état général pouvant entraîner le décès : « *Je souhaite insister sur l'isolement aggravé des personnes les plus fragiles qu'il a fallu accompagner pour les protéger, au delà du seul virus. Certaines ont été retrouvées mortes par manque d'alimentation ou victimes d'un syndrome de glissement, pensant que leur vie allait s'arrêter* ».

Dans une étude parue au mois de juin, les Petits frères des pauvres ont pour leur part mesuré que 31 % des Français de plus de 60 ans, toutes tranches d'âge confondues, ont constaté un impact négatif du confinement sur leur santé physique, et 41 % un impact négatif sur leur moral, impact croissant même avec l'âge – les moins de 75 ans restant pour la plupart très mobiles³.

¹ Audition du conseil scientifique covid-19, 15 septembre 2020.

² Ainsi de Michèle Delaunay, ancienne ministre déléguée chargée des personnes âgées : « *L'isolement individuel en Ehpad a été une erreur* », dans Le Monde, le 30 juillet 2020.

³ Isolement des personnes âgées : les effets du confinement. L'isolement de nos aînés est une vraie distanciation sociale, juin 2020.

Le reflux de la première vague épidémique laisse aux résidents une sévère dégradation de leur état physique, mesurée plus précisément par les praticiens. La Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs a réalisé une enquête auprès de son réseau du 18 au 24 avril, qui donne une assez bonne vision des conséquences des mesures de confinement sur la mobilité des personnes âgées. Il ressort des 254 réponses de praticiens intervenant en Ehpad que :

- **D'une part, les soins de kinésithérapie ont été très largement interrompus** : 80 % des kinésithérapeutes ont cessé d'intervenir en établissement, soit qu'ils se soient vu interdire l'accès (pour 70 %), soit qu'ils aient jugé leurs actes reportables (pour 10 %). Dans au moins 60 % des Ehpad, aucun kinésithérapeute n'est intervenu pendant six semaines.

La semaine du 20 avril, semaine de réouverture des établissements aux praticiens libéraux, un sur deux ne pouvait toujours pas intervenir auprès des résidents. La moitié de ceux qui y parviennent doit utiliser ses propres moyens de protection pour respecter les règles d'hygiène. Les résidents sont restés en moyenne quatre semaines et demie sans soin de kinésithérapie ; 85 % a subi un arrêt des soins de kinésithérapie d'au moins trois semaines ; quatre résidents sur cinq ne sortent jamais de leur chambre.

- **D'autre part, le retour des soins révèle une nette aggravation de la perte d'autonomie**. Le nombre de patients devant être accompagnés pour marcher a doublé, et un quart des patients pouvant marcher seul a perdu cette capacité. La moitié des patients qui marchaient avec une canne avant le confinement marchent désormais avec un déambulateur, et le nombre de patients ayant besoin d'une aide technique maximale (déambulateur quatre patins) pour marcher a augmenté de 60 %.

Après six semaines sans kinésithérapie, le périmètre de marche a diminué de 73 %, passant de 117 à 32 mètres. Le besoin en aide humaine a été multiplié par deux. La rééducation post-chute est une urgence afin de diminuer la peur de chuter et prévenir le syndrome de désadaptation psychomotrice.

Le confinement aura cependant permis de donner un intéressant coup d'accélérateur au déploiement de la téléconsultation, en particulier en Ehpad. Ces derniers ont bénéficié d'équipement en tablettes ou smartphones, mais également en différents outils de visio-consultation sécurisés. En Auvergne-Rhône-Alpes par exemple, le nombre de téléconsultations quotidiennes est passé de 100 à 1 500 pendant la première vague épidémique, pour atteindre un total de 46 000 téléconsultations. Dans les Hauts-de-France, 66 000 téléconsultations ont eu lieu. D'après la DGCS, le nombre de téléconsultations pendant la crise place la France en troisième position, derrière les États-Unis et la Chine.

Au-delà de l'adaptation des solutions de prise en charge, de rééducation et de niveau d'équipement numérique, M. Franck Chauvin, président du Haut conseil de la santé publique, invite cependant à **s'interroger sur le modèle même de l'Ehpad** dans un contexte de risque épidémique : « *Je pense que le fait qu'une population vulnérable soit regroupée dans un même espace la rend extrêmement sensible à la diffusion d'une épidémie. De fait, les mesures consistant à fermer ces établissements, qui peuvent se concevoir en période de crise aiguë – mais n'ont hélas pas permis d'empêcher la propagation du virus –, sont inconcevables à long terme. Comme l'a dit le conseil scientifique à plusieurs reprises, il n'est pas possible de fermer les Ehpad, notamment aux familles* ».

Proposition n° 15 : inclure le temps de rééducation dans le budget soins

Proposition n° 16 : renforcer la surveillance nocturne des résidents, en accélérant le déploiement des infirmiers de nuit

2. La double tutelle du secteur : une source de confusion supplémentaire

a) Un commandement à deux têtes inefficace en période de crise

La notion de double tutelle revêt en la matière une double signification : il s'agit, d'une part, de la responsabilité distincte des ARS sur le sanitaire et des départements sur le social et, d'autre part, dans le cas des Ehpad, de la responsabilité conjointe de tarification, chaque acteur finançant une partie de l'activité des établissements : les soins pour l'ARS, et la dépendance pour les départements.

Comme l'on peut s'y attendre en période de crise, les facteurs de réussite ont été l'initiative et l'innovation : d'une part, la capacité du niveau départemental des ARS à gérer avec une certaine autonomie le partenariat territorial, à apporter des réponses ou à accepter des appuis des conseils départementaux et, d'autre part la capacité des conseils départementaux à se sentir habilités à gérer une crise sanitaire.

Dans le Grand Est, une coordination étroite des délégations territoriales ARS avec les conseils départementaux a été mise en place, qui a permis la mise en œuvre opérationnelle des actions d'accompagnement : suivi des établissements touchés et appui individuel dans le cadre d'équipes mixtes associant ARS et conseil départemental, réunions régulières avec les acteurs départementaux, etc. Chaque Ehpad du Haut-Rhin a ainsi été appelé régulièrement à partir de la mi-mars par un collaborateur de la délégation territoriale.

Mais la crise a également souligné les difficultés d'articulation là où elles préexistaient. Dans certaines régions, au démarrage de l'épidémie, ARS et conseils départementaux semblent s'être attendus mutuellement avant de trouver leur mode de coopération, ce qui a pu déstabiliser les établissements.

Les modes de coopération semblent ainsi avoir été formidablement hétérogènes. Ainsi, certains conseils départementaux d'Île-de-France se sont mobilisés pour la recherche de renforts, tandis que d'autres ont estimé ne pas avoir à s'en charger. Certains acteurs du médico-social ont ainsi trouvé les conseils départementaux « *aux abonnés absents* »¹.

Des régions ont en revanche pu compter sur les départements pour distribuer les masques aux établissements et services médico-sociaux, en particulier aux Saad, certains départements allant jusqu'à mettre à disposition leur flotte de camions.

Comme l'indique le rapport de la mission confiée par la DGCS à Mme Anne Burstin², la crise a aussi exacerbé des difficultés de fonctionnement antérieures, remis en cause les prérogatives respectives du siège et des délégations départementales des ARS et témoigné d'une conciliation incertaine entre des logiques populationnelles de santé publique et des approches plus institutionnelles ou gestionnaires, axées sur les périmètres de responsabilités des différentes autorités.

Le suivi du secteur du domicile illustre cette ambivalence. Si seuls les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) relèvent pleinement de la compétence des ARS, tous n'ont pas été par elles sollicités pour des remontées d'informations. Ce fut le cas dans le Grand Est ou en Bretagne, mais la proactivité des agences à l'égard de ces services ne semble pas avoir été la règle. Certaines ont, à l'inverse, offert à tous les services intervenant à domicile, y compris les services polyvalents (Spasad) qui dépendent également des départements, et les Saad, qui en dépendent exclusivement, le soutien d'un contact identifié et d'une aide - à l'approvisionnement en masques, par exemple.

D'une manière générale, la connaissance qu'ont les ARS de leur tissu d'intervenants à domicile est très disparate, et certaines unions locales de l'UNA ont attesté auprès de la commission d'enquête de l'absence totale de contact avec leur agence régionale.

¹ La Fnadepa, dans le questionnaire écrit transmis à la commission d'enquête.

² Mission d'appui à la DGCS en vue d'une anticipation des enjeux de moyen terme et d'une capitalisation sur les innovations et enseignements de la crise dans les politiques et organisations sociales et médico-sociales, remis le 31 juillet 2020.

Pour citer à nouveau Mme Marie-Reine Tillon, « *les prises en charge ont varié selon les territoires, créant des inégalités. Les différences constatées sont également le fait des ARS, dont certaines ignoraient même comment fonctionnaient nos services alors que les SSIAD relèvent de leur compétence : certains directeurs se sont mobilisés, organisant des cellules de crise hebdomadaires ou bihebdomadaires avec les fédérations, tandis que d'autres attendaient des directives nationales* ».

Mme Joëlle Martinaux, présidente de l'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (Unccas), le confirme : « *Certains départements et ARS ont agi trop tard, alors que les informations étaient alarmantes, et de manière insuffisamment coordonnée. Chacun envoyait ses directives et ses demandes de récapitulation aux services et aux établissements : le cloisonnement était trop important. Dans les territoires où les contacts entre les acteurs sont insuffisants, lacune que nous déplorons depuis longtemps* ».

La question prend une tonalité particulière pour le cas des Ehpad, sur qui repose simultanément la double tutelle de l'ARS et du département. Selon Mme Nadège Lefebvre, présidente du conseil départemental de l'Oise, « *la double tutelle exercée par le département et l'ARS sur les Ehpad est complexe – le sujet avait déjà été identifié auparavant. Les directeurs des Ehpad devaient en permanence jongler avec les interlocuteurs selon la nature de leurs besoins, mais parfois aussi pour obtenir des masques* ».

D'après le rapport de Mme Anne Burstin, les ARS ont généralement pris la main sur le pilotage de la crise en Ehpad mais, dans certains territoires comme la ville de Paris ou le Pas-de-Calais, les équipes départementales, dotées de fortes compétences de médecins de santé publique, se sont fortement impliquées. La question de la transparence des données de morbidité et de mortalité a été un point de friction important, notamment en Bourgogne-France-Comté, où l'ARS n'a pas spontanément informé les conseils départementaux des situations des différentes structures par crainte de l'usage médiatique qui en serait fait. Ailleurs, comme en Occitanie, la transparence des informations aurait contribué à l'apaisement des relations entre les acteurs de la gestion de crise.

La double tutelle du secteur a en outre rendu plus difficile le pilotage des renforts en personnel. Atomicité des acteurs et double système de financement rendent même tout bonnement impossible, de l'aveu de Santé publique France, le compte exact des renforts mobilisés par les établissements, les conseils départementaux, ou les délégations territoriales des ARS. D'après Santé publique France et la DGCS, « *un minimum de 2 231 professionnels* » ont été déployés en renfort dans le secteur médico-social.

b) Vers une tutelle unique ?

Le rapport de Mme Anne Burstin sur la gestion de la crise dans le secteur médico-social plaide, dans une éventuelle reprise épidémique, **pour une approche populationnelle de santé publique plutôt qu'une logique plus institutionnelle de champs de compétences** susceptible de garantir d'emblée une réponse destinée à l'ensemble des populations et des salariés, quels que soient les types de structures d'accueil.

Pour autant qu'on puisse en tirer des conséquences opérationnelles claires à ce stade, une telle approche semble exiger une coordination précoce entre ARS, conseils départementaux et préfets, tous intégrés précocement dans les lieux d'élaboration de la stratégie de crise pour leur permettre d'en tirer les conséquences dans leur champ propre. Mme Nadège Lefebvre abonde dans ce sens : *« en ce qui concerne la cotutelle, les départements ont le sentiment d'être réduits au rôle de financeurs. Il faudrait mettre en place un travail beaucoup plus en commun avec les ARS. Certaines décisions mériteraient d'être prises ensemble. Nous sommes en lien quotidien avec les Ehpad. Nous pourrions mieux partager les informations qui les concernent, car chaque établissement a sa spécificité ; on ne doit pas appliquer les mêmes mesures partout ».*

Une autre approche pourrait consister à clarifier les responsabilités. Première hypothèse : au profit de l'ARS, en partant du constat que les établissements ayant le mieux résisté au virus semblent être les mieux reliés aux autres établissements et au secteur sanitaire. Le secteur médico-social compte encore beaucoup d'établissements mono-gestionnaires, qui ne peuvent pas survivre à une crise de cette ampleur sans le soutien de leur environnement. Aux ARS de les accompagner pour mieux s'insérer dans leur tissu local. Une telle solution semble avoir la préférence d'une majorité de gestionnaires d'établissements du secteur médico-social.

Seconde hypothèse : unifier leur tutelle au profit du département. Une telle solution a la préférence d'un certain nombre d'élus locaux, tel le président du conseil régional du Grand Est, M. Jean Rottner : *« sur les sujets médico-sociaux et sociaux, faisons confiance aux départements ! Il faut qu'il y ait un patron responsable. Les présidents de conseil départemental sont des personnes responsables. Ils sont en capacité d'anticiper, d'accompagner, de prendre des décisions adéquates, de décompter [...] Il faut une responsabilité départementale, avec une délégation territoriale de l'ARS, en lien avec le préfet du département, pour une gestion de proximité du médico-social, du social et de la psychiatrie ».*

Mme Joëlle Martinaux abonde dans ce sens : *« il est apparu que les CCAS devaient être des acteurs incontournables des commissions départementales. De fait, il nous semble que l'échelle départementale, et sa déclinaison dans les communes et les intercommunalités avec les CCAS et les CIAS, reste la plus pertinente »¹.*

¹ Audition de représentants de l'aide à domicile, 1^{er} septembre 2020.

Une telle solution semble de nature à rendre plus efficaces certains aspects au moins de la réaction en situation de crise. Ainsi en va-t-il sans doute de la **gestion des renforts humains**. Les ARS des régions les plus touchées par l'épidémie ont mobilisé des renforts intra-régionaux à partir des viviers de volontaires disponibles au sein de leur région, depuis la plateforme Symbiose, ou les plateformes de type MedGo ou Renforts covid alors que la réserve sanitaire nationale, elle, se révélait inadaptée à la situation. Les données centralisées au niveau national par la réserve sanitaire montrent que seuls 62 Ehpad ont reçu des renforts par ce biais¹.

S'il n'appartient pas à la commission d'enquête de trancher la question de la gouvernance idéale du secteur médico-social, qui a déjà fait l'objet de travaux sénatoriaux récents² et qui doit faire l'objet au début de l'année 2021 de la réforme du grand âge et de l'autonomie promise depuis maintenant deux ans, il lui semble cependant manifeste que, dans ce secteur, une tutelle unique vaudrait mieux que deux.

C. L'EMBOLE DU SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE A ACCULÉ LES SOIGNANTS À UNE PRIORISATION DES PATIENTS PRÉJUDICIALE AUX PLUS VULNÉRABLES

1. Les plus vulnérables ont sans doute pâti les premiers de la limitation des capacités de prise en charge

Les données statistiques relatives à la prise en charge hospitalière des malades de la covid-19 pendant la première vague épidémique constituent une **masse d'informations à la fois précieuse et difficile à exploiter, compte tenu du caractère exceptionnel des phénomènes** qu'elles retracent.

En première analyse, et pour s'en tenir aux indicateurs les plus sommaires, **la part des plus de 75 ans pris en charge en MCO entre janvier et mai est analogue à celle enregistrée ces deux dernières années**, soit environ 19 %. En nombre, les patients de plus de 75 ans sont en 2020 moins nombreux qu'en 2019 et qu'en 2018, mais c'est aussi le cas des patients de tous âges, et ce nombre diminue dans des proportions qui sont aussi celles de l'ensemble de la population : de 19 % par rapport à l'an dernier, contre 22 % pour l'ensemble des patients.

¹ Le nombre de réservistes déployés en Ehpad, toutes professions confondues – médecins, infirmiers, hygiénistes, techniciens... – s'est ainsi élevé à 39 en Île-de-France, 31 dans le Grand Est, 99 en Centre-Val de Loire, 76 en Occitanie, 15 en Rhône-Alpes, 51 dans les Hauts-de-France, 16 en Bourgogne-Franche-Comté.

² Rapport de la mission d'information « Quel rôle, quelle place, quelles compétences des départements dans les régions fusionnées, aujourd'hui et demain ? », 15 septembre 2020 ; Pour le plein exercice des libertés locales : 50 propositions du Sénat pour une nouvelle génération de la décentralisation, 2 juillet 2020.

De plus, d'après les données publiées au fil de la crise par Santé publique France dans ses bulletins hebdomadaires, la part des plus de 75 ans admis en hospitalisation a crû régulièrement au fur et à mesure de la progression du virus.

**Nombre de patients (covid et non covid)
pris en charge en MCO entre janvier et mai**

	Avec patients de plus de 75 ans	Total	Part des plus de 75 ans
2018	1 108 175	6 003 862	18,5 %
2019	1 122 918	6 105 598	18,4 %
2020	907 571	4 745 072	19,1 %

Source : PMSI-MCO ATIH 2018, 2019 et 2020 (base incomplète), traitements DGOS, requête au 28 août 2020

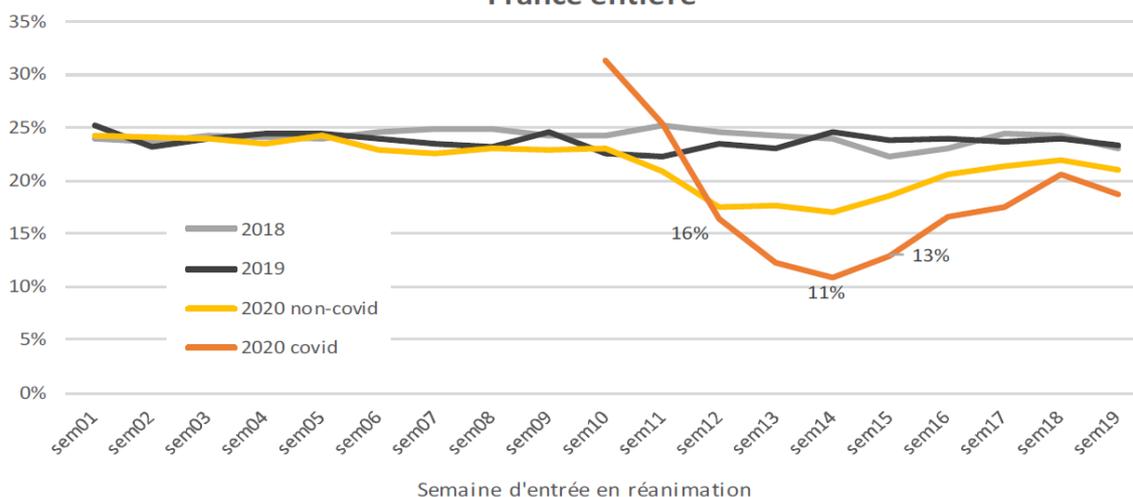
Méthode : séjours comptabilisés en mois de sortie ; exclusion des séjours avec un GHM en erreur ou un numéro de patient incorrect et des séances (CMD 28). Pour les patients ayant effectué plusieurs séjours au cours de la période étudiée et dont l'âge a changé, l'âge le plus jeune a été retenu

Les données d'admission dans les services réanimatoires, c'est-à-dire les services de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue, font apparaître d'autres tendances.

Les informations disponibles puisent à une triple source. Elles sont d'abord issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui permet de décrire de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé et repose sur l'enregistrement de données normalisées dans un recueil standard. Leur deuxième origine est le circuit des remontées accélérées et simplifiées du PMSI, dit *Fast Track PMSI*, mis en place dans le cadre de la crise sanitaire, et élargi à l'ensemble des patients. Troisième source : le système d'information SIVIC, créé pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles, accessible aux établissements de santé pour renseigner l'identité des patients et leur prise en charge.

Du PMSI, il ressort que la part des plus de 75 ans chez les patients non covid admis en soins intensifs ou en surveillance continue est assez stable en 2020. Pour les patients covid, cette part diminue jusqu'à atteindre un point bas à 26 % la semaine du 30 mars, avant de remonter pour suivre une évolution fluctuante. La courbe des plus de 75 ans affiche la même évolution s'agissant des patients admis en surveillance continue.

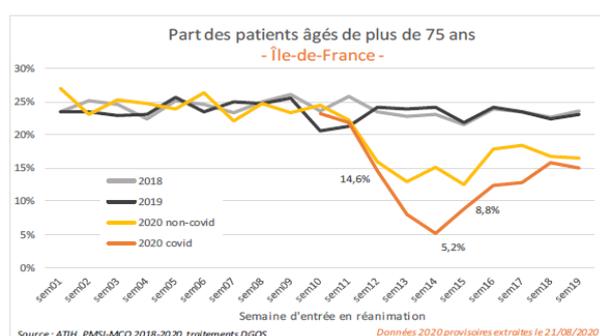
Part des patients âgés de plus de 75 ans - France entière -



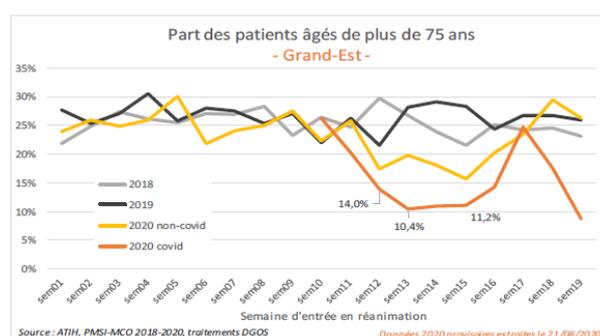
Source : ATIH, PMSI-MCO 2018-2020, traitements DGOS

Données 2020 provisoires extraites le 21/08/2020

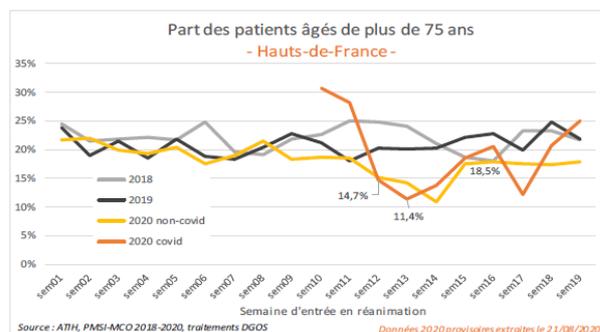
S'agissant des admissions en réanimation, la part des plus de 75 ans s'était stabilisée autour de 25 % à la même période les deux années passées. **En 2020, cette part a été pour les patients covid d'emblée plus élevée au démarrage de l'épidémie, de l'ordre de 30 %, avant de chuter pour atteindre 11 % la semaine du 30 mars et de remonter à nouveau, mais sans retrouver les niveaux de 2018 et 2019.** Elle semble en outre accuser une baisse plus marquée, cette même semaine, dans les régions les plus touchées par l'épidémie.



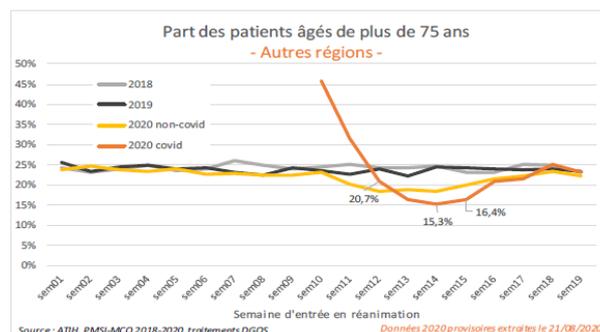
Source : ATIH, PMSI-MCO 2018-2020, traitements DGOS



Source : ATIH, PMSI-MCO 2018-2020, traitements DGOS



Source : ATIH, PMSI-MCO 2018-2020, traitements DGOS

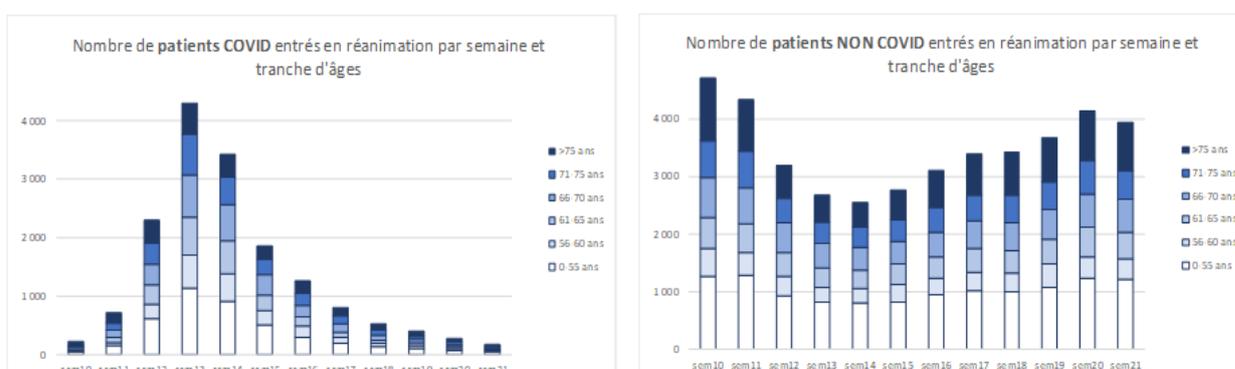


Source : ATIH, PMSI-MCO 2018-2020, traitements DGOS

Source : ATIH, PMSI-MCO 2018-2020, traitement DGOS

Selon la DGOS, l'analyse doit être nuancée par le constat que, si la part des plus de 75 ans en réanimation a diminué au début de l'épidémie, leur nombre n'a cessé de croître jusqu'à atteindre un maximum lorsque leur part atteignait son minimum, à la fin du mois de mars. Autrement dit : l'ampleur de la vague a accru simultanément le flux d'entrées en réanimation des personnes âgées et des autres tranches d'âge, mais dans des proportions supérieures pour ces dernières.

Chez les patients non covid, en revanche, le nombre et la part des plus âgés ont accusé une nette baisse fin mars, alors même que ces valeurs augmentaient chez les plus âgés atteints de la covid-19, ce qui peut conduire à l'interprétation que les plus âgés atteints de la covid-19 n'ont pas été discriminés à l'entrée en réanimation.



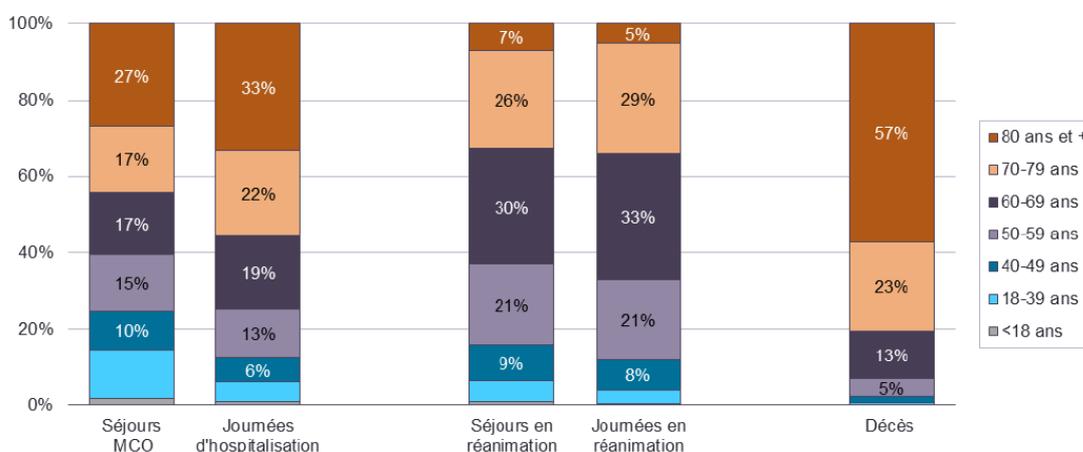
Source : ATIH PMSI-MCO 2020, traitements DGOS, requêtes au 2 septembre 2020

Champ : France métropolitaine + DROM, hors prestations inter-établissements, séjours en erreur et informations de chaînage incorrectes pour le décompte de patients ; séjours valorisés en 2020 (base incomplète)

Les données du dispositif *Fast Track* sont hélas moins dynamiques et reposent sur des tranches d'âge légèrement différentes. Elles concernent l'activité hospitalière relative aux seuls patients covid et reposent sur les données d'activité de courts séjours hospitaliers dans les établissements de MCO. Elles font apparaître que 27 % des patients covid avaient plus de 80 ans, et 44 % plus de 70 ans. Les patients covid de 80 ans et plus représentent 33 % des journées d'hospitalisation des patients covid.

Cette part est de 55 % pour les patients âgés de 70 ans et plus. En réanimation, 33 % des patients covid étaient âgés de 70 ans et plus. La part des hospitalisations des patients covid âgés de 80 ans et plus est plus faible en service de réanimation que dans l'ensemble des services hospitaliers de MCO, où ils ont effectué des séjours plus longs que les autres patients covid.

Figure 4 : Répartition des hospitalisations et des décès MCO des patients COVID-19 par classe d'âge - période du 1er janvier au 30 juin 2020



Source : ATIH

Les données SI-VIC révèlent enfin que les patients covid âgés de plus de 75 ans admis en réanimation représentent en moyenne 17,5 % du total des patients covid ainsi admis à l'hôpital entre le 2 mars et le 31 mai 2020. Cette part fluctue cependant assez significativement, entre 13 % et 30 %, d'une semaine à l'autre. **Un creux significatif peut ainsi être observé au plus fort de la première vague épidémique, à la fin du mois de mars, qui ne s'observe pas pour les autres tranches d'âge.**

Répartition par âge des patients admis en hospitalisation réanimatoire entre mars et mai 2020

% lignes	N°semaine	Dates	0-55 ans	56-60 ans	61-65 ans	66-70 ans	71-75 ans	>75ans
mars-20	Semaine 10	02/03-08/03	24%	12%	7%	14%	16%	28%
	Semaine 11	09/03-15/03	22%	10%	12%	17%	12%	27%
	Semaine 12	16/03-22/03	27%	11%	14%	15%	17%	17%
	Semaine 13	23/03-29/03	27%	13%	14%	17%	16%	13%
Mars-Avril 20	Semaine 14	30/03-05/04	28%	12%	16%	17%	13%	13%
	Semaine 15	06/04-12/04	26%	12%	13%	17%	14%	18%
avr-20	Semaine 16	13/04-19/04	25%	12%	11%	13%	17%	22%
	Semaine 17	20/04-26/04	26%	9%	12%	13%	12%	26%
	Semaine 18	27/04-03/05	28%	10%	11%	13%	13%	24%
mai-20	Semaine 19	04/05-10/05	28%	8%	11%	10%	15%	27%
	Semaine 20	11/05-17/05	27%	9%	11%	10%	13%	29%
	Semaine 21	18/05-24/05	24%	9%	8%	15%	13%	30%
	Semaine 22	25/05-31/05	29%	9%	7%	17%	14%	25%

Source : SI-VIC, panel construction DGOS au 10 août 2020

Ces constats semblent établir que les plus âgés n'ont certes pas été exclus de l'admission à l'hôpital, mais qu'au plus fort de la crise, leur admission en service réanimatoire a été moins évidente qu'en temps normal. Une corrélation semble lier le taux d'occupation des capacités réanimatoires et la probabilité pour les personnes âgées d'y être admises.

Pour la DGOS toutefois, « la comparaison des données d'entrées à l'hôpital pour les plus de 75 ans entre 2020 et les années précédentes, sans autre forme de précaution, n'est pas possible en l'état » pour trois séries de raisons.

Des raisons méthodologiques d'abord : certaines données restent provisoires, et sont dépendantes de la qualité et de l'exhaustivité du codage dans les établissements. Le rythme de leur transmission varie d'une source à l'autre. Tous les établissements ne déclarent pas en même temps leur activité dans le PMSI ; ils n'ont pas tous participé au dispositif *Fast Track*. Enfin, on constate des décalages dans SI-VIC entre les dates de survenue et celles d'enregistrement.

Des raisons statistiques ensuite. **Les comparaisons sont rendues difficiles par la variation des ordres de grandeur** : d'une part, le nombre de patients était ainsi beaucoup plus important cette année, 2 700 ainsi en Île-de-France, contre 1 200 l'an dernier. D'autre part, les déprogrammations d'activités chirurgicales non urgentes ont imprimé une marque profonde sur le profil des patients pris en charge.

Une dernière raison conduit la DGOS à conclure à l'impossibilité de conclure : *« les facteurs sur lesquels repose le choix d'une hospitalisation en réanimation sont fixés par des règles élaborées par les sociétés savantes et sont aussi nourris par la connaissance des pathologies qui peut évoluer, par exemple au cours d'une épidémie. Le choix d'hospitalisation en réanimation procède toujours d'une analyse par les médecins qui suivent le patient et doivent évaluer les bénéfices et risques pour le malade »*.

La commission d'enquête n'entend pas proposer d'interprétation définitive de ces données mais il lui semble que les arguments de la DGOS ne sauraient clore la discussion. **Le problème se déplace plutôt du constat que la part des plus âgés admis en service réanimatoire diminue lorsque le taux d'occupation des services progresse, à la question de savoir si des personnes âgées ont subi une perte de chances d'être pris en charge** – en raison, par exemple, de la crainte que les services soient surchargés de patients aux chances de survie plus faibles. En d'autres termes, sur les **conditions de l'allocation, par notre système de soins, de ressources alors en voie de raréfaction**.

2. La priorisation des patients : position du problème

Le tri des patients est certes une pratique quotidienne du corps médical si l'on prend l'expression dans son sens le plus général, celui qui l'équipare à l'idée de catégorisation : édicter un traitement, retenir une indication opératoire, décider d'intuber, d'hospitaliser ou de réanimer sont, pour tel patient appelant une prise en charge, autant de voies ouvertes à la décision médicale. Sous ce rapport, fait l'objet d'un tri tout patient dont l'affection donne lieu à un choix thérapeutique. Encore ce choix doit-il respecter deux critères fondamentaux.

Dans la tradition hippocratique, que n'a pas encore détruite la confiance excessive dans l'exploitation des masses de données statistiques à des fins diagnostiques, **la décision médicale doit être individualisée**, c'est-à-dire prise après considération de la singularité de la personne malade : la volonté du patient - dont le droit précise les modalités de recueil¹ -, son état antérieur et la gravité de la pathologie forment le triptyque fondamental sur lequel repose le choix du médecin².

La décision médicale doit en outre être collégiale lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et que la décision à prendre est susceptible d'entraîner son décès. Aux termes de la loi de 2005, la décision est prise par le médecin en charge du patient après concertation avec l'équipe de soins, sur l'avis motivé d'au moins un médecin appelé en qualité de consultant, dans le respect des directives anticipées et, en leur absence, après avoir recueilli auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient³.

Le législateur a cependant aussi entendu faire obstacle à toute « obstination déraisonnable », c'est-à-dire à tout acte n'ayant d'autre effet « que le seul maintien artificiel de la vie »⁴. C'est le médecin qui, après avoir respecté les critères de la procédure collégiale, prend la décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives ou de sédation profonde et continue jusqu'au décès, et qui choisit de respecter ou non les directives anticipées, qui ne sont pas impératives en cas d'urgence ou si le médecin les juge manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Les soins de support, c'est-à-dire de prise en charge de la douleur et d'accompagnement de fin de vie, doivent en toute hypothèse être garantis.

¹ Voir notamment l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue pour l'essentiel des lois n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

² Voir Cécile Manaouil, « Réflexions sur le tri des patients en période de crise sanitaire », sur Dalloz actualité, le 30 avril 2020.

³ Art. L. 1111-4, L. 1110-5-1 et R. 4127-37-2 du code de la santé publique.

⁴ Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Aussi le conseil national de l'ordre des médecins ne faisait-il rien d'autre que de rappeler le droit en indiquant dans son avis du 6 avril que la priorisation entre les patients *« ne saurait être retenue qu'en l'absence avérée de toute autre possibilité et s'il est constaté qu'aucune autre alternative ne se présente au terme d'une appréciation collégiale tracée dans le dossier, fondée sur l'état du patient, prenant en compte notamment ses comorbidités. L'âge du patient, sa situation sociale, son origine, une maladie mentale, un handicap ou tout autre facteur discriminant ne peuvent être l'élément à retenir »*.

Et le conseil national d'ajouter : *« Tous les patients atteints du covid-19, dont ceux résidant en Ehpad et autres établissements d'accueil de personnes vulnérables, doivent bénéficier du même accès aux soins et de la même qualité de prise en charge que les autres patients. S'ils présentent des formes sévères ou graves, leur prise en charge dans les établissements de santé adaptés doit être assurée même dans un contexte marqué par la limitation des ressources [...] Nous l'affirmons, aucune contrainte politique, administrative, organisationnelle, ne peut imposer à un médecin des critères de prise en charge prédéterminés par d'autres acteurs. »*¹

Le hic est sans doute qu'en période de crise, les conditions de réalisation du tri ordinaire, c'est-à-dire respectueux de la singularité des patients, sont plus difficiles à réunir. D'abord, objectivement, en raison de la saturation des capacités de prise en charge.

Ensuite, en raison des effets psychologiques délétères que provoquent ces obstacles à l'exercice normal de la médecine et l'évolution de leurs conditions d'information. Les médecins reçoivent en effet de nombreuses consignes successives enrichies chacune des nouvelles connaissances recueillies sur la maladie, parfois contradictoires, voire des injonctions paradoxales², qui toutes peuvent entraîner un sentiment d'impuissance chez ceux qui sont les plus directement chargés de gérer la pénurie.

On peut enfin faire l'hypothèse que le manque de temps nécessaire pour prendre la bonne décision, et de manière collégiale, accroît **l'importance, mais pas nécessairement l'efficacité, des recommandations de bonnes pratiques. Celles-ci, par hypothèse, ne sauraient faire autre chose que schématiser la prise de décision** en rangeant l'infinité des solutions possibles sous des catégories trop peu nombreuses, sans forcément dépasser les antinomies précitées.

¹ Conseil national de l'ordre des médecins, « Décisions médicales dans un contexte de crise sanitaire et d'exception », le 6 avril 2020.

² Ainsi de ce message d'alerte rapide sanitaire du 23 mars 2020 concernant les produits sanguins labiles, rappelant aux médecins de respecter les recommandations professionnelles émises par la Haute Autorité de santé (HAS), tout en leur demandant « de restreindre les indications des transfusions de produits sanguins labiles », exemple donné par Cécile Manaouil, art. précité.

Par exemple, si la littérature scientifique confirme que l'âge ne saurait à lui seul emporter la décision relative à l'admission en réanimation¹, d'autant qu'un tel critère créerait d'inexplicables effets de seuil, les guides pratiques édictés par les sociétés savantes au début de la crise² n'ont pu éviter d'entretenir quelque ambiguïté : d'une part, en indiquant que le critère de l'âge était « à prendre particulièrement en compte pour les patients covid », alors qu'il n'est qu'un élément parmi d'autres de l'état d'un patient – d'ailleurs, comme l'a dit le Pr Claude Jeandel à la commission d'enquête, « dès lors qu'elles ne présentent pas de trouble cognitif, il n'y a pas de différence entre une personne de 90 ans et quelqu'un de 50 ans »³.

D'autre part, **en se référant à des grilles d'analyse privilégiant par hypothèse l'efficacité opérationnelle à la finesse** : il en va sans doute ainsi de l'« échelle de la fragilité clinique » de Kenneth Rockwood, de l'université Dalhousie. Cette grille, qui classe les individus en neuf catégories de fragilité, est certes utilisée internationalement et prédit parfois mieux que l'âge ou les comorbidités l'évolution de l'état du patient, mais elle a été d'abord conçue comme outil de synthèse d'une évaluation gériatrique avant d'être utilisée comme outil de triage, et nécessite une certaine pratique pour être bien utilisée⁴.

Il est ainsi douteux que les recommandations puissent suffire à neutraliser entièrement les biais affectant la prise de décision imputables à une situation de crise.

3. La priorisation des patients : témoignages de terrain

Qu'en disent, d'ailleurs, les professionnels du système de santé eux-mêmes ? **La réponse est rendue difficile par le constat que le phénomène épidémique du printemps dernier a présenté aux observateurs, même de premier rang, une multiplicité de points de vue.**

Pour les responsables administratifs, les capacités d'accueil à l'hôpital n'ayant pas été dépassées, la question de la priorisation des patients ne s'est pas posée. Aurélien Rousseau, directeur général de l'ARS

¹ M. Borel, B. Veber, F. Robillard, J.-P. Rigaud, B. Dureuil et C. Hervé, « L'admission du sujet âgé en réanimation : l'âge influence-t-il l'accès aux soins ? », *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation (AFAR)*, 2008, vol. 27, n° 6, p. 472-480, cité par Cécile Manaouil.

² SFAP, « Outils et ressources soins palliatifs et covid-19 », le 10 février 2020 ; SFAP, « Enjeux éthiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques en contexte de pandémie covid-19 », le 16 mars 2020 ; SFAR, « Décision d'admission des patients en unités de réanimation et unités de soins critiques dans un contexte d'épidémie à covid-19 », le 19 mars 2020 ; RPMO, « Aspects éthiques et stratégiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques en contexte de pandémie covid-19 », le 24 mars 2020 ; SRLF-SFAR-SFMU-GFRUP-SPILF, *Recommandations d'experts portant sur la prise en charge en réanimation des patients en période d'épidémie à SARS-CoV-2 avec la mise en œuvre avec la mission COREB nationale*, le 7 avril 2020.

³ Audition du Pr Claude Jeandel, 8 septembre 2020.

⁴ Comme le rappelle, par exemple, le site du NHS britannique.

d'Île-de-France, a ainsi déclaré devant la commission d'enquête que « *les critères d'hospitalisation n'ont pas changé, mais nous avons réfléchi au scénario à appliquer, si le nombre de personnes envoyées en réanimation passait de 3 000 à 5 000. Dans ces cas-là, effectivement, on aurait dû privilégier les personnes avec le plus de chances de sortir de réanimation. Heureusement, nous n'avons pas eu à appliquer ces critères que les sociétés savantes avaient commencé à définir, au cas où la vague nous aurait submergés. Les digues ont tenu bon* »¹.

Christophe Lannelongue, ancien directeur général de l'ARS Grand Est, abonde dans ce sens : « *à aucun moment pendant la crise il n'y a eu saturation des capacités d'accueil ; l'hôpital, non seulement pour ce qui concerne la médecine, mais même en réanimation [...] l'effort massif de créations de place et la mise en œuvre de transferts ont permis de dégager les capacités d'accueil nécessaire* »².

Les praticiens semblent plus partagés. Le conseil national de l'ordre des médecins, par la voix de son vice-président Jean-Marcel Mourgues, confirme l'analyse des directeurs d'ARS : « *fort heureusement, même si on a tangenté les capacités maximales de réanimation, celles-ci n'ont pas tout à fait été atteintes [...] Le Conseil national s'est exprimé tout à fait clairement par communiqué de presse pour condamner tout éventuel tri. Fort heureusement – et il n'y a aucune ambiguïté là-dessus – cela a été évité [...] Je peux vous garantir que la situation où des personnes âgées notamment vivant en Ehpad n'auraient pas eu les soins auxquels ils avaient naturellement droit a pu être évitée et j'en remercie très sincèrement l'ensemble des soignants* »³.

Parmi les professionnels libéraux d'Île-de-France interrogés par la commission d'enquête à l'occasion de la table ronde du 15 juillet, le médecin généraliste Pascal Blitz et l'infirmier Thomas Le Ba, disent n'avoir « *pas eu de difficulté à faire hospitaliser des patients âgés* »⁴.

D'autres disent avoir subi les conséquences de l'embolie hospitalière et attestent des biais affectant la décision examinés précédemment. C'est ainsi le cas de Yohann Saynac, médecin généraliste à Pantin : « *j'ai connu une semaine très difficile, pendant laquelle il n'y avait quasiment plus de places d'hospitalisation. Il a fallu garder à domicile des patients très « limites », alors que l'on souhaitait les hospitaliser. Pendant cette période, qui a été assez courte, nous nous sommes posé de nombreuses questions, par exemple celle des soins palliatifs. Face à des situations où des patients âgés « non réanimatoires » devaient décéder à domicile, comment les accompagner concrètement ? Ce sont des situations qu'il va falloir organiser pour la suite.* »

¹ Audition de M. Aurélien Rousseau, directeur général de l'ARS d'Île-de-France, 15 juillet 2020.

² Réponse au questionnaire de la commission d'enquête.

³ Audition des ordres professionnels de santé, 2 septembre 2020.

⁴ Audition de professionnels de santé libéraux d'Île-de-France, 15 juillet 2020.

Un tel diagnostic est confirmé par M. Christophe Prudhomme, porte-parole de l'association des médecins urgentistes de France : « *dans un premier temps, nous avons dû freiner la prise en charge des patients en Ehpad parce que nous n'avions pas assez de lits de réanimation. Ce retard à la prise en charge est grevé d'une surmortalité* »¹.

Le directeur des urgences du centre hospitalier de Melun, le Dr François Dolveck, insiste, lui, moins sur les capacités de prise en charge que sur l'évolution de l'estimation des bénéfices attendus de la réanimation pour les patients âgés : « *L'organisation a été mise en place au vu des connaissances médicales qui existaient à un moment donné. Or nous avons tous pu constater que ces connaissances avaient évolué au fur et à mesure du temps. C'est vrai, on nous a tous expliqué au début de la crise que la mortalité était quasiment de 100 % pour les patients âgés atteints de la covid. Je ne ferai pas de commentaires sur cet aspect-là. Nous avons donc appliqué, collectivement, ce qu'on nous disait. [...] Au vu de nos connaissances de la maladie, nous avons tous fait collectivement, avec l'immense bienveillance dont nous pouvions faire preuve, un tri d'accès en réanimation* »².

Avec le recul, ce scénario n'apparaît plus improbable aux acteurs de terrain ayant observé de plus loin la situation du Grand Est, tel Bertrand Guidet, chef du service de réanimation de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, s'exprimant dans la presse à l'automne : « *la première semaine d'avril, en Île-de-France, quand c'était l'enfer, on a probablement appliqué cette approche utilitariste mais à la marge. La question s'est posée de façon moins aiguë que dans le Grand Est, où les médecins ont dû laisser des malades ventilés aux urgences, et faire de la réanimation "dégradée"* »³.

Des témoignages des gestionnaires d'établissements de l'est de la France font, comme en miroir, le même constat de refus de prise en charge, comme l'a indiqué Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale du Synerpa : « *nous avons des remontées d'adhérents dans le Grand Est et en Bourgogne-Franche-Comté en début de crise relatifs à des refus de déplacement en Ehpad pour assurer un transfert de résident* »⁴. Les équipes soignantes des établissements se sont ainsi vu opposer des refus de transfert par le Samu, sans justifications particulières, alors même que l'état de santé des résidents nécessitait un transfert vers un lieu de soin adapté. Au magazine Marianne, le Dr Pascal Meyvaert, médecin généraliste et médecin coordonnateur en Ehpad, a même indiqué : « *le dernier samedi de mars, on m'a refusé une patiente de 52 ans, sans comorbidité, qui avait beaucoup de mal à respirer* »⁵.

¹ Audition des représentants des sapeurs-pompiers et des urgentistes, 16 juillet 2020.

² Ibid.

³ Dans Le Monde, le 7 novembre 2020.

⁴ Audition de représentants de gestionnaires d'Ehpad, 2 septembre 2020.

⁵ Marianne, le 15 mai 2020.

Il est même avéré que, dans les régions plus précocement exposées au virus, des consignes de régulation fondées sur la fragilité ont été diffusées. Le Dr Pascal Meyvaert, qui a vécu la première vague de près dans le Bas-Rhin, a réitéré devant la commission d'enquête les propos qu'il avait tenus dans la presse spécialisée en mars¹ : « *en Alsace, le 13 mars, le service d'accueil des urgences, arrivant à saturation, nous a signalé qu'il devrait faire des choix en fonction du niveau de dépendance : seraient ainsi refusées les personnes en GIR 1, GIR 2 et, éventuellement, GIR 3* ». « *Au bout d'un moment, on avait tellement l'habitude qu'on nous refuse des patients qu'on pensait à peine à appeler le Samu* », a encore confié le Dr Pascal Meyvaert².

La quantification du phénomène s'est toutefois révélée impossible à la commission d'enquête. Les représentants de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers, interrogés à plusieurs reprises sur les preuves qu'ils détenaient que, comme l'avancait la première version de son rapport sur la gestion de la crise³, des « *requérants non-covid en situation d'urgence vitale n'ont jamais eu de réponse du 15 à leurs appels et sont morts dans l'indifférence générale* », se sont vus contraints de nuancer leur analyse⁴.

4. Donner à l'hôpital les moyens de remplir ses missions et clarifier les règles à appliquer en période de crise

Dans les conditions d'exercice de la médecine qui ont été celles des mois de mars et avril, c'est-à-dire à l'approche de la saturation des services réanimatoires, il aurait en réalité été surprenant que tous les professionnels de santé, débordés et non encore épaulés par les solutions de prise en charge externes aux Ehpad déployés à partir du 31 mars seulement, aient pu revêtir toutes leurs décisions de la collégialité, de la transparence et de la considération pour la singularité de chaque patient qu'ils s'attachent à respecter en temps ordinaires.

Il apparaît à la commission d'enquête qu'un tel constat appelle deux séries de conclusions, que dessinait déjà clairement le Conseil national consultatif d'éthique dans son avis du 13 mars 2020 : « ***des moyens pérennes supplémentaires sont désormais une absolue nécessité, plus particulièrement pour faire face à la crise sanitaire en cours [...]*** Pour les formes graves, il faut envisager l'éventualité que certains moyens techniques et humains deviennent limitant si la crise épidémique s'accroît de façon majeure. Les ressources telles que les lits de réanimation et leur équipement lourd sont déjà des ressources rares qui risquent de s'avérer insuffisantes si le nombre de formes graves est élevé. Ainsi, lorsque des biens de santé ne peuvent être mis à la disposition de tous du fait de leur rareté, l'équité qui réclame une conduite ajustée aux besoins du sujet se trouve

¹ Le Journal du médecin coordonnateur, mars-avril 2020, pp. 15-17.

² Marianne, le 15 mai 2020.

³ Crise du coronavirus : diagnostic et propositions des sapeurs-pompiers de France, version du 1^{er} juillet 2020.

⁴ Audition des représentants des sapeurs-pompiers et des urgentistes, 16 juillet 2020.

*concurrencée par la justice au sens social qui exige l'établissement des priorités, parfois dans de mauvaises conditions et avec des critères toujours contestables : la nécessité d'un "tri" des patients pose alors un questionnement éthique majeur de justice distributive, en l'occurrence pouvant se traduire par un traitement différencié des patients infectés par la covid-19 et ceux porteurs d'autres pathologies. **Ces choix devront toujours être expliqués et respecter les principes de dignité de la personne et d'équité.** Il conviendra aussi d'être vigilant à la continuité de la prise en charge des autres patients. »*

Première catégorie de conclusions : des moyens pérennes supplémentaires sont désormais une absolue nécessité. Le meilleur moyen d'éviter de faire de la « réanimation dégradée », c'est-à-dire de plier le profil des personnes prises en charges aux capacités opérationnelles consiste à accroître ces capacités, et donc à donner à notre système de soins les moyens d'accueillir tous ceux qui devraient pouvoir l'être dans les conditions prévues par le droit, et donc de rompre avec la logique consistant à gérer les ressources sanitaires au plus juste.

C'est à cette condition que peut être évitée la transformation des Ehpad, lorsque survient une crise aiguë, en services de soins palliatifs. À cet égard, la commission d'enquête relève que la décision d'autoriser la délivrance d'anxiolytiques en Ehpad en vue d'apaiser la fin de vie a été une conséquence directe de la saturation progressive des services réanimatoires, et prise à la demande des médecins confrontés à la difficulté, pour cette raison, de faire prendre en charge leurs patients - ainsi par exemple du Dr Pascal Meyvaert, le même qui s'alarmait de la situation dans le Bas-Rhin¹.

Donner à nos hôpitaux les moyens de faire face à de telles situations s'impose d'autant plus que certains travaux récents montrent, à partir de l'exemple allemand où les services hospitaliers, notamment réanimatoires, sont restés loin de la saturation, qu'**avec des ressources non restreintes, un nombre notable de patients âgés et de patients avec des comorbidités peut survivre aux formes sévères de covid-19**².

¹ Voir le Journal du médecin coordonnateur, mars-avril 2020. Le 16 mars, le Dr Pascal Meyvaert indique : « La situation est tellement grave dans la région Grand Est que le SAU du CHU de Strasbourg nous a dit que les personnes en GIR 1, 2 et peut-être 3 ne seraient plus admis aux urgences. J'ai alerté les autorités afin que nous soyons dotés en bouteilles d'oxygène ou au minimum en extracteurs et en anxiolytiques comme le Midazolam, pour permettre un accompagnement vers la mort dans des conditions décentes, mais rien n'y fait ».

² Ch. Karagiannidis, C. Mostert, C. Hentschker et al., « Case characteristics, resource use, and outcomes of 10 021 patients with covid-19 admitted to 920 German hospitals : an observational study », The Lancet Respiratory Medicine, mis en ligne le 28 juillet 2020. L'étude porte sur 10 021 patients de 72 ans d'âge médian, hospitalisés dans 920 hôpitaux allemands et ayant donc eu accès à un parcours de soin complet.

Cette préconisation emporte également des conséquences organisationnelles – sans doute suffisamment analysées par une littérature maintenant abondante – qu'évoquait notamment Christophe Lannelongue : « *les difficultés qui ont été rapportées et qu'on ne peut contester dans leur véracité semble plus à relier aux difficultés d'obtenir une intervention soignante au profit des résidents et à partir de cette intervention de créer les conditions d'un dialogue efficace entre la ville et l'hôpital* »¹.

Seconde catégorie de conclusions : il est indispensable de mieux expliquer les choix médicaux et de veiller au respect des principes de dignité et d'équité.

La prise en charge d'un patient en situation de crise étant le résultat non pas d'une, mais d'une succession de décisions prises dans la même myopie contrainte, **le risque de perte de chances se répercute par diffraction**, et conduit à doubler l'analyse des capacités de prise en charge par une analyse de sociologie des organisations : « *il existe une chaîne d'interdépendance entre toutes sortes d'acteurs qui filtrent la population contaminée, de la maison au lit de réanimation, pour ainsi dire : les directions d'Ehpad, quand elles ont pu le faire, les médecins généralistes, le Samu et parfois les sapeurs-pompiers sélectionnent, sur la base de critères médicaux bien précis, ceux qui doivent aller aux urgences ; les urgences choisissent ceux qui doivent être hospitalisés ; les infectiologues (ou spécialistes d'organes) dans ce que l'on a appelé les "services covid", décident, en lien avec les réanimateurs, qui doit aller en réanimation ; et les réanimateurs choisissent ceux qui doivent avoir une assistance respiratoire non invasive, et ceux qui doivent être sédatisés (curarisés) et intubés. Autrement dit, l'existence de plusieurs opérations de régulation et de sélection des patients rend réductrice la simple analyse par le nombre de lits* »².

La commission d'enquête partage l'intuition selon laquelle la perte de chances des patients dépend encore de la nature des relations entre professionnels du système de soins, elles-mêmes affectées des surcharges, désorientations ou incertitudes cognitives que provoque peu évitablement une crise sanitaire.

Par exemple, si les protocoles des sociétés savantes précités rappellent tous le cadre juridique applicable, ils en présentent nécessairement une vision stylisée dont on ne peut exclure qu'elle ait conduit à des simplifications. La note du SFAR du 19 mars 2020 indique ainsi, « *à propos des patients hospitalisés en USLD et en Ehpad* », que « *les régulateurs du Samu doivent avoir un accès facile aux éventuelles directives anticipées et aux notes écrites dans le dossier médical. Ainsi, un médecin d'astreinte doit pouvoir être contacté H24 pour participer le cas échéant à la décision collégiale de non-admission en réanimation* ». Peut-être le conseil départemental de l'ordre des médecins du Vaucluse faisait-il une interprétation trop littérale de ce type de

¹ Réponse au questionnaire de la commission d'enquête.

² Henri Bergeron, Olivier Borraz, Patrick Castel et François Dedieu, Covid-19 : une crise organisationnelle, Paris, Presses de Sciences Po, 2020.

recommandations en indiquant par email aux médecins du département que *« malheureusement, au vu des dernières recommandations, les patients des maisons de retraite et Ehpad présentant des comorbidités et en détresse respiratoire ne seront bientôt plus admissibles à l'Hôpital. Il devra être envisagé pour eux des soins de confort. Nous avons conscience que ces choix éthiques à venir seront douloureux mais inévitables »*¹.

L'ancien président du comité consultatif national d'éthique Didier Sicard estime qu'« *il est même vraisemblable que des décisions d'injections à visée de sédation terminale, midazolam ou rivotril, aient pu être administrées en urgence devant des situations d'étouffement source d'angoisse si légitime pour les personnes et les soignants* »². Et à considérer en effet le nombre de recours portés devant la justice par les familles de victimes du coronavirus pris en charge dans le secteur médico-social³, on ne saurait écarter l'hypothèse que la transparence des décisions et l'information des familles n'ait pas été partout irréprochable.

À cet égard, l'exemple suédois mérite l'attention : non pas, certes, dans la gestion de la crise elle-même, mais à tout le moins dans la **transparence faite a posteriori sur les conditions dans lesquelles les résidents d'établissements pour personnes âgées ont été suivis et accompagnés** jusque dans leur fin de vie : une enquête réalisée par l'inspection des services médicaux et sociaux à partir des dossiers médicaux de 847 personnes hébergées dans 98 établissements a ainsi mis en lumière, à la fin novembre, les faits et les carences de prise en charge du secteur médico-social⁴.

Le Dr Sophie Crozier, membre du Comité consultatif national d'éthique, invite même à reconnaître le phénomène de tri pour mieux se préparer intellectuellement à affronter d'autres situations de ce type : *« dire qu'il n'y a pas eu de priorisation et qu'on a pu prendre tout le monde en charge est faux ! Oui, il faut une priorisation, il faut que cela soit pensé dans le cadre d'une justice distributive de type utilitariste. En France, on ne veut pas penser la priorisation. La logique actuelle, qu'on appelle la loterie naturelle, c'est "premier arrivé, premier servi", ce qui est extrêmement discutable d'un point de vue éthique. »*⁵

¹ Email du 20 mars 2020 communiqué à la commission d'enquête.

² Dans *Éthique du grand âge et de la dépendance*, Paris, PUF, novembre 2020 ; nous soulignons.

³ Recueillis par des associations telles que le « Collectif 9471 » ou Coronavictimes. Le documentaire « *Que se passe-t-il dans les Ehpad ?* » diffusé sur France 3 le 18 novembre 2020 dans le magazine « *Pièces à conviction* » avance le chiffre d'une soixantaine de plaintes déposées par environ deux cents familles.

⁴ Voir « *Covid-19 : les régions suédoises épinglees pour leur gestion de la pandémie dans les Ehpad* », dans *Le Monde* du 26 novembre 2020.

⁵ Audition sur les enjeux éthiques, 2 septembre 2020.

Il n'appartient pas à la commission d'enquête de proposer des solutions à un problème qui relève autant de l'art médical que de la philosophie morale, mais qu'il lui soit permis d'encourager l'appropriation par les professionnels de santé des bonnes pratiques et les exigences essentielles de communication aux familles des décisions prises concernant leurs proches.

III. RECHERCHE CLINIQUE ET STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE : DES EFFORTS EXCEPTIONNELS FRAGILISÉS PAR UN MANQUE DE COORDINATION

A. UN EFFORT DE RECHERCHE EXCEPTIONNEL POUR TROUVER UN TRAITEMENT CONTRE LA COVID-19

1. Des procédures adaptées à l'urgence sanitaire

La recherche clinique impliquant la personne humaine est encadrée par la loi du 5 mars 2012 dite « Jardé¹ » qui en définit trois catégories² :

- les **recherches interventionnelles (catégorie 1)**, qui comportent une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle ;

- les **recherches interventionnelles qui ne comportent que des risques et des contraintes minimales (catégorie 2)** : elles portent sur des interventions ou des actes peu invasifs et sont listées par un arrêté du ministre chargé de la santé³ ;

- les **recherches non interventionnelles (catégorie 3)** : elles ne comportent aucun risque et tous les actes pratiqués et les produits utilisés le sont de manière habituelle. Elles comprennent les recherches « observationnelles », qui sont des études portant notamment sur l'observance des traitements, la tolérance à un médicament après sa mise sur le marché ou encore les pratiques d'un centre de soins comparées à celles d'un autre.

Tout projet de recherche impliquant la personne humaine ne peut être mis en œuvre qu'après l'avis favorable d'un **comité de protection des personnes** (CPP) et, s'agissant des recherches interventionnelles de catégorie 1, l'autorisation de l'**agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé** (ANSM)⁴.

¹ Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine.

² Art. L. 1121-1 du code de la santé publique.

³ Arrêté du 12 avril 2018 fixant la liste des recherches mentionnées au 2° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique.

⁴ Art. L. 1121-4 du code de la santé publique.

Une procédure accélérée dite « fast track » a été mise en place par la direction générale de la santé, l'ANSM et les CPP afin d'accélérer les autorisations des travaux de recherche visant à mieux connaître le virus et à lutter contre la maladie. Les CPP ont ainsi pu être saisis dans un délai de quarante-huit heures environ. En effet, alors que la désignation d'un CPP pour autoriser un projet de recherche fait habituellement l'objet d'un tirage au sort¹, cette procédure a été suspendue pendant la crise sanitaire pour les travaux portant sur la covid-19. Aux termes de l'article 17 de l'ordonnance portant diverses mesures prises pour faire face à l'épidémie de covid-19², le ministre de la santé désigne un CPP disponible pour instruire la demande d'autorisation afin de réduire les délais d'attente.

Au prix d'une mobilisation exceptionnelle, **le délai d'examen des projets de recherche par les CPP s'est considérablement réduit** pour s'établir à une dizaine de jours pour les 48 projets de recherche impliquant la personne humaine (RIPH) soumis avant le 30 avril, contre plus d'un mois habituellement. Quant à l'ANSM, elle a également réduit ses délais d'instruction des essais cliniques, comme l'a indiqué son directeur général, M. Dominique Martin, devant la commission d'enquête³ : *« concernant les essais cliniques, bien que le délai réglementaire soit de 60 jours, l'ANSM s'astreint à un délai de 45 jours, se plaçant ainsi parmi les agences les plus performantes d'Europe. Ce délai est tombé à une vingtaine de jours en moyenne durant la crise, et même onze jours au cours des mois d'avril et mai. »*

2. Des financements exceptionnels qui ont permis d'engager de nombreux travaux de recherche

D'importants moyens financiers ont été rapidement alloués aux projets de recherche destinés à améliorer la connaissance scientifique sur le SARS-CoV-2, notamment en vue de trouver un traitement contre la covid-19. Le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation a mis en place le 19 mars un **fonds d'urgence** dédié à la recherche sur la covid-19 doté de 50 millions d'euros. Ce fonds était destiné à financer des actions de recherche à court terme pendant la crise sanitaire.

En outre, **deux appels à projets** ont été organisés sous l'égide du ministère des solidarités et de la santé, sous le nom de « guichets MSS covid ». Ils ont été séquencés en deux vagues, la première ayant permis de financer 11 projets de recherche (dont l'étude *Discovery*) pour un montant de 9 millions d'euros, et la seconde 43 projets pour un montant de 22 millions d'euros.

¹ Art. L. 1123-6 du code de la santé publique.

² Ordonnance n° 2020-460 du 22 avril 2020 portant diverses mesures prises pour faire face à l'épidémie de covid-19.

³ Audition de l'ANSM et de l'ANR, 22 octobre 2020.

En matière de **recherche fondamentale**, l'agence nationale de la recherche (ANR) a soutenu financièrement des actions de recherche dès le mois de février 2020 dont le pilotage a été assuré par le ministère chargé de la recherche, en association avec le consortium REACTing¹, dans le cadre de deux appels à projets : l'appel « Flash Covid-19 », lancé en mars 2020 et destiné à apporter une réponse immédiate à l'épidémie, puis l'appel « Recherche-Action covid-19 » qui s'est étalé d'avril à octobre 2020, destiné à des travaux plus divers sur l'épidémie. Les projets de recherche sélectionnés se rattachent à cinq catégories :

- études épidémiologiques et recherche translationnelles (35 projets) ;
- physiopathogénie de la maladie (70 projets) ;
- mesures de prévention et de contrôle contre l'infection (26 projets) ;
- éthique et sciences humaines et sociales (38 projets) ;
- enjeux globaux de la pandémie (uniquement dans la cadre de l'appel « recherche action » - 5 projets)².

Lors de son audition par la commission d'enquête, M. Dominique Dunon-Bluteau, responsable du département scientifique Biologie-Santé de l'ANR a détaillé les moyens alloués à ces deux appels à projets³ : « **le budget total alloué aux deux appels phares de l'ANR a été de 25,54 millions d'euros, grâce au concours de nombreux cofinanceurs.** L'ANR a, pour le moment, contribué à ce budget à hauteur de 3 millions d'euros, le MESRI⁴ a apporté 13 millions d'euros, la Fondation pour la recherche médicale 4,7 millions d'euros, la Fondation de France 3 millions d'euros et les régions d'Occitanie, des Hauts-de-France, du Grand Est, d'Auvergne-Rhône-Alpes et des Pays de la Loire un montant global de 1,8 million d'euros. L'appel "Recherche-Action" nécessitera un budget supplémentaire de 2 millions d'euros à fin 2020, déjà provisionnés par le MESRI et l'ANR, et sans doute 4 millions de plus début 2021 ».

Un grand nombre de travaux de recherche ont ainsi été engagés en France : **au 10 juillet, on dénombrait 308 projets autorisés au titre des recherches de catégories 2 et 3 et 68 projets au titre de la recherche de catégorie 1.** Pour ces derniers, 2 702 patients participaient aux essais cliniques en cours⁵. Au 12 octobre, l'ANSM avait autorisé 89 essais cliniques (RIPH 1) depuis le début de la crise⁶. Selon le Pr Yazdan Yazdanpanah, auditionné par la commission d'enquête⁷, « les indicateurs montrent **que la France est au cinquième rang mondial** en matière de publications scientifiques sur le covid ».

¹ REsearch and ACTion targeting emerging infectious diseases.

² Chiffres communiqués par l'ANR le 19 octobre 2020.

³ Audition de l'ANSM et de l'ANR, 22 octobre 2020.

⁴ Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

⁵ Réponses du ministère de la santé aux questionnaires des rapporteurs.

⁶ Réponses de l'ANSM aux questionnaires des rapporteurs.

⁷ Audition du Pr Yazdan Yazdanpanah, 15 septembre 2020.

Ces travaux s'inscrivent dans une dynamique de recherche considérable au niveau mondial, puisqu'au 20 juillet, 1 480 essais cliniques ont été répertoriés dans le monde sur la plateforme *Clinical Trials*¹, dont 417 en Europe, 384 aux États-Unis, et 95 en Chine.

3. L'essentiel des travaux s'est concentré sur quelques traitements repositionnés, sans preuve d'efficacité à ce stade

a) Les principales molécules testées

Pour répondre à l'urgence sanitaire, les travaux de recherche se sont concentrés, pendant les premiers mois de l'épidémie, sur **l'évaluation de l'efficacité de traitements déjà existants** pour lutter contre la covid-19, ces traitements étant déjà connus pour leur effets et disponibles sur le marché.

Dans ce contexte, l'OMS a initié au mois de mars un essai clinique international dénommé *Solidarity*, destiné à évaluer l'efficacité de plusieurs médicaments contre la covid-19. Les experts de l'OMS ont sélectionné les médicaments à tester sur la base de leur **disponibilité** et sur **la probabilité de leur efficacité** du fait de la connaissance dont disposait la communauté scientifique sur le virus, notamment sur la base des effets *in vitro* et *in vivo* produits par ces molécules sur les coronavirus et des résultats de premières études scientifiques.

Médicaments ou association de médicaments sélectionnés par l'OMS pour l'essai *Solidarity*

Nom	Type	Utilisation
remdésivir	antirétroviral	Effets sur les coronavirus MERS et SRAS ; utilisé contre le virus Ebola
association lopinavir/ritonavir	antirétroviraux	Association habituellement administrée dans le cadre des infections à VIH
association lopinavir/ritonavir/ interféron β -1a	antirétroviraux/ immunomodulateur	L'interféron est utilisé pour traiter la sclérose en plaque ; agit contre l'inflammation
hydroxychloroquine	antipaludéen	Traitement antipaludéen également indiqué en rhumatologie

Source : Commission d'enquête, d'après les données transmises par le ministère des solidarités et de la santé

¹ clinicaltrials.gov

D'autres médicaments déjà sur le marché ont fait l'objet de nombreux travaux en raison de leur potentiel effet contre la covid-19. C'est notamment le cas de la **dexaméthasone**, corticostéroïde utilisé pour ses effets anti-inflammatoires et immunosuppresseurs, qui a été sélectionné pour constituer un bras de l'essai clinique *Recovery*¹ au Royaume-Uni. L'antibiotique **azithromycine** a également été promu, notamment sur la base du protocole recommandé par le Pr Didier Raoult, directeur de l'IHU Méditerranée Infection, et qui consiste à l'administration d'hydroxychloroquine associée à de l'azithromycine².

L'opportunité d'une transfusion de **plasma sanguin** de patients guéris du covid-19 a également fait l'objet de nombreux travaux dans le monde, dont l'essai clinique *Coviplasm*³, promu par l'AP-HP et dont l'investigateur est le Pr Karine Lacombe. Il repose sur le principe d'administration d'anticorps de patients guéris à des patients malades.

b) Deux essais d'ampleur en France : Discovery et Corimuno-19

• Parmi les principaux travaux de recherche conduits en France figure l'**essai Discovery** qui est une étude randomisée, multicentrique et adaptative initiée en février 2020 et destinée à tester l'efficacité et la sécurité de différents traitements auprès de patients adultes hospitalisés pour une infection au SARS-CoV-2. **Cette étude constitue un protocole-fille de l'essai Solidarity, promu par l'OMS.** La procédure de lancement de l'étude s'est effectuée très rapidement, en moins d'un mois, afin d'adapter le protocole de l'OMS et recueillir l'autorisation de l'ANSM, obtenue en trois jours, et l'aval d'un CPP, obtenu en sept jours. Promue par l'Inserm, elle est financée par le consortium REACTing⁴, par le ministère des solidarités et de la santé⁵ et par la région Île-de-France⁶. L'essai comportait initialement cinq bras visant à tester des molécules « repositionnées », déjà utilisées pour le traitement d'autres pathologies :

- bras 1 : traitement standard (*standard of care*) ;
- bras 2 : remdesivir ;
- bras 3 : lopinavir/ritonavir ;
- bras 4 : lopinavir/ritonavir + interféron β -1a ;
- bras 5 : hydroxychloroquine.

¹ <https://www.recoverytrial.net/>

² <https://www.mediterranee-infection.com/epidemie-a-coronavirus-covid-19/>

³ <https://www.aphp.fr/contenu/covid-19-demarrage-de-lessai-clinique-coviplasm-visant-tester-lefficacite-de-la-transfusio-0>

⁴ Obtention d'un fonds d'amorçage de 200 000 euros après passage devant le conseil scientifique REACTing-Covid-19.

⁵ Obtention le 25 mars 2020 d'un financement par le programme hospitalier de recherche clinique à hauteur de 4 599 162 euros.

⁶ Pour un montant de 495 000 euros.

L'étude *Discovery* a commencé à inclure des patients le 22 mars avec un infléchissement dans le recrutement à partir de la fin du mois d'avril. Lors de son audition par la commission des affaires sociales le 6 mai 2020, le professeur Florence Ader, infectiologue aux Hospices civils de Lyon et investigatrice principale de l'essai, avait indiqué que « les méthodologistes de l'OMS et de l'essai *Discovery* estiment, pour conclure sur des médicaments repositionnés et dont on peut anticiper que l'efficacité sera partielle, qu'il faudra au moins 600 patients par bras, soit un total de 3 000 patients. L'ambition est de s'étendre avec les autres pays européens afin, sous l'égide de l'OMS, d'inclure les 3 000 patients et de passer, ensuite, à d'autres essais pour nous inscrire dans une dynamique sur plusieurs années qui nous permette de proposer des solutions. » Or, au 21 juillet 2020, l'essai avait inclus 788 patients dont 779 en France¹ et 7 au Luxembourg. À cette date, seuls les bras 1 (traitement standard) et 2 (remdesivir) étaient encore en activité. En effet, l'OMS a annoncé l'arrêt de la branche testant l'hydroxychloroquine de l'essai *Solidarity* le 17 juin et de celles comportant l'administration de lopinavir/ritonavir le 4 juillet, pour absence d'efficacité.

- L'AP-HP a initié à la fin de mois de mars l'étude *Corimuno-19*, avec le soutien de REACTing, dont l'objectif est de trouver un traitement efficace pour **prévenir l'emballement du système immunitaire** des patients développant une forme grave de la maladie. Alors que l'essai *Discovery* se concentre principalement sur des traitements antiviraux, l'étude *Corimuno-19* se consacre davantage à l'évaluation des immunomodulateurs. Cette étude consiste à effectuer des essais randomisés, contrôlés, flexibles et se basant sur un faible nombre de patients avec la possibilité d'augmenter les échantillons de patients en fonction des résultats obtenus. Les essais menés dans le cadre de *Corimuno-19* ont ciblé des patients hospitalisés sous oxygène (groupe 1) et des patients en réanimation (groupe 2) et ont porté, entre les mois de mars et mai, sur l'évaluation de trois molécules dirigées contre des cytokines ou leur récepteur cellulaire : sarilumab, tocilizumab et anakinra.

Les résultats de ces essais, qui ont permis d'inclure environ 700 patients répartis dans 30 centres cliniques, sont en cours de traitement en vue d'une publication. L'AP-HP a fait part le 20 octobre de résultats définitifs concernant le bras de l'essai évaluant l'efficacité du tocilizumab : les promoteurs indiquent que ce traitement limite l'aggravation et la nécessité de transfert en réanimation des patients atteints de pneumonie modérée à sévère du fait d'une infection par le SARS-CoV-2².

¹ Selon les réponses aux questionnaires des rapporteurs transmises par le ministère des solidarités et de la santé.

² Hermine O, Mariette X, Tharaux P, et al. « Effect of Tocilizumab vs Usual Care in Adults Hospitalized With COVID-19 and Moderate or Severe Pneumonia: A Randomized Clinical Trial », *JAMA Intern Med.*, Published online October 20, 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.6820.

En outre, deux autres essais sont en cours dans le cadre de *Corimuno-19* : l'un visant à évaluer la transfusion du plasma de convalescent par rapport au traitement standard (*Coriplasm*) et l'autre évaluant l'association de tocilizumab et de dexaméthasone par rapport à l'administration de dexaméthasone seule.

c) Aucun des traitements testés n'a encore prouvé son efficacité pour lutter spécifiquement contre la covid-19

Malgré le nombre important d'études menées depuis le début de la pandémie, **aucun traitement efficace n'a été trouvé à ce stade pour guérir la covid-19**, même si la prise en charge hospitalière des formes graves s'est progressivement améliorée. Les travaux de recherche menés à travers le monde n'ont permis, pour le moment, que d'écarter certains traitements dont la communauté scientifique considérait qu'ils pouvaient avoir un éventuel effet positif.

Ce constat se fonde sur **les avis du Haut Conseil de la santé publique** (HCSP) qui a procédé depuis le début de la crise à une analyse critique régulière de la littérature scientifique disponible et des différentes recommandations émises aux niveaux national et international pour formuler des **recommandations thérapeutiques**. Pour émettre ces recommandations, le HCSP a mis en place un groupe de travail multidisciplinaire « grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes » composé d'une trentaine de personnalités qualifiées. Ce groupe de travail a sollicité de nombreuses sociétés savantes et s'est appuyé sur travail de méthodologistes.

Le Haut Conseil a émis des recommandations thérapeutiques dès le mois de mars. **Dans son avis du 5 mars, il recommandait ainsi la mise en place en urgence d'essais cliniques académiques afin d'évaluer l'intérêt, l'efficacité et la tolérance de divers traitements, en précisant qu'il n'existait en effet aucun traitement validé à ce jour.** Depuis lors, le HCSP a rappelé dans plusieurs de ses avis et courriers qu'il n'y avait pas de données suffisantes pour recommander un traitement spécifique contre la covid-19. Il indique ainsi dans son rapport du 23 juillet¹ que « *compte tenu du fait que les données actuelles disponibles issues de la littérature n'apportent pas la preuve d'un bénéfice sur l'évolution du covid-19 des traitements à effet antiviral supposé, des immunomodulateurs, du plasma de convalescents, le HCSP ne recommande pas leur usage en dehors des essais cliniques.* »

¹ HCSP, Rapport relatif à l'actualisation de la prise en charge des patients atteints de covid-19, 23 juillet 2020.

Dans les réponses écrites apportées aux questions des rapporteurs le 22 septembre 2020, le HCSP résume ainsi ses conclusions concernant les traitements : « *aucune étude, quelle que soit son niveau de preuve n'a apporté de données probantes d'un traitement pouvant être sûr et efficace pour lutter spécifiquement contre le covid-19. Il n'y a pas de données suffisantes pour recommander l'utilisation d'un traitement ou d'une combinaison de traitements, tant pour les traitements antiviraux que pour l'immunothérapie chez les patients atteints de covid-19 que ce soit pour les formes légères, modérées, graves ou critiques.* »

Par ailleurs, **les traitements identifiés par l'OMS, dans le cadre de l'essai *Solidarity*, comme ayant un probable effet sur la maladie n'ont pas montré leur efficacité.** En effet, dans un communiqué publié le 15 octobre 2020, l'OMS a fait part des résultats de l'étude *Solidarity*, accessibles sous la forme d'une prépublication¹ mise en ligne sur la plateforme *medRxiv*. L'OMS conclut que « *les résultats préliminaires de l'essai clinique [...] indiquent que les schémas thérapeutiques à base de remdesivir, d'hydroxychloroquine, de lopinavir/ritonavir et d'interféron semblent avoir peu ou pas d'effet sur la mortalité à 28 jours ou sur l'évolution de la maladie chez les patients hospitalisés.* » L'organisation envisage dès lors d'évaluer de nouvelles options thérapeutiques, notamment d'autres médicaments antiviraux, immunomodulateurs et anticorps monoclonaux anti SARS-CoV-2.

4. La recherche d'un vaccin : une mobilisation internationale d'une ampleur inédite

Si le développement d'un vaccin est un processus lourd prenant d'ordinaire plusieurs années et souvent basé sur des travaux de recherche fondamentale préalables, la situation épidémique a conduit au déploiement d'efforts considérables à travers le monde pour rechercher un vaccin contre la covid-19.

Le développement d'un vaccin est jalonné de plusieurs phases destinées à évaluer son efficacité et sa sécurité. Un candidat vaccin doit d'abord faire l'objet **d'études pré-cliniques** pour évaluer son effet en laboratoire et sur l'animal. Il est ensuite évalué par des essais cliniques en trois phases. La **phase 1** consiste à injecter le candidat vaccin chez un petit nombre de patients pour évaluer la réaction produite chez l'homme, son innocuité et son immunogénicité, c'est-à-dire la réponse immunitaire qu'il permet de générer. La **phase 2**, effectuée sur un échantillon plus large, permet d'approfondir les éléments préalablement évalués et de calibrer le schéma vaccinal (dosage et calendrier d'injection). La **phase 3** est un essai réalisé à plus large échelle, incluant plusieurs centaines voire milliers de patients afin d'évaluer la balance efficacité/sécurité dans la population, avant son éventuelle mise sur le marché. En temps ordinaire, l'ensemble de ces étapes peut prendre une dizaine d'années, sans garantie de résultats.

¹ DOI : <https://doi.org/10.1101/2020.10.15.20209817>

Au 10 juillet 2020, on dénombrait 199 candidats vaccins en cours de développement à travers le monde. Parmi ces candidats, certains utilisent des technologies établies, à base de virus atténué ou inactivé, de protéines du virus ou de vecteurs viraux. D'autres s'appuient sur des technologies plus innovantes à base d'ADN ou d'ARN qui n'ont jamais conduits à ce stade à des résultats efficaces¹.

À la fin du mois d'octobre, une dizaine de candidats vaccins se trouvaient en phase 3 de développement clinique. Ils sont répertoriés dans le tableau ci-après.

Liste des candidats vaccins en phase 3 de développement

Promoteur	Nom	Type de vaccin	Schéma vaccinal
Sinovac	CoronaVac	Inactivé	2 doses à J0, J14
Wuhan Institute of Biological Products/Sinopharm	Pas de nom	Inactivé	2 doses à J0, J21
Beijing Institute of Biological Products/Sinopharm	BBIBP-CorV	Inactivé	2 doses à J0, J21
University of Oxford/AstraZeneca	ChAdOx1-S	Vecteur viral non répliatif	1 dose
CanSino Biological Inc./Beijing Institute of Biotechnology	Ad5-nCoV	Vecteur viral non répliatif	1 dose
Gamaleya Research Institute	Gam-COVID-Vac	Vecteur viral non répliatif	2 doses à J0, J21
Janssen pharmaceutical Companies	Ad26COVS1	Vecteur viral non répliatif	2 doses à J0, J56
Novavax	NVX-CoV2373	Vaccin sous-unitaire à protéine recombinante	2 doses à J0, J21
Moderna/NIAID	mRNA-1273	ARN	2 doses à J0, J28
BioNTech/Fosun Pharma/Pfizer	BNT162b2	ARN	2 doses à J0, J28

Source : ANSM, réponses aux questionnaires des rapporteurs

En France, une trentaine d'équipes de recherche est engagée dans la recherche d'un vaccin et deux essais vaccinaux sont actuellement en cours : le premier est un essai randomisé et contrôlé évaluant l'efficacité du vaccin BCG et conduit auprès de professionnels de santé (1 200 participants). Le second consiste à évaluer le candidat vaccin de l'institut Pasteur, vaccin à vecteur viral répliatif. L'essai conduit est actuellement de phases 1 et 2, sur un échantillon de 90 participants en 3 cohortes, en France et en Belgique.

¹ D'après les réponses du ministère de la santé aux questionnaires des rapporteurs le 10 juillet.

Il vise à évaluer l'immunogénicité et la tolérance d'un vaccin dérivé du virus atténué de la rougeole¹.

Face à l'urgence de trouver un vaccin efficace et en prévision d'une forte demande mondiale en cas de résultats positifs, **les industriels ont engagé un processus inédit de production avant même que ne s'achève l'évaluation clinique**. Ce processus s'effectue avec l'aide des États à travers des pré-commandes de plusieurs millions de doses, comme l'a expliqué le professeur Jean-François Delfraissy devant la commission d'enquête² : *« s'agissant des vaccins, vous avez tous compris que nous sommes dans un modèle de construction vaccinal très différent du modèle habituel : de grands groupes pharmaceutiques, s'appuyant sur les recherches de start-up ou de grandes universités comme Oxford, ont décidé d'expérimenter un certain nombre de candidats vaccins, en suivant les phases 1, 2 et 3 habituelles, et de mettre en place, dans le même temps, les outils industriels permettant une production de vaccin à haut niveau. C'est du jamais vu. D'habitude, les industriels attendent les premiers résultats de leurs produits, vaccins ou médicaments, avant de s'engager dans un processus industriel. Ils prennent donc deux risques, mais demandent aux pays de les « financer » en passant commande de millions de doses, ce qui leur permet d'investir dans l'outil industriel. On a donc un nouveau modèle où l'élaboration d'un vaccin et l'outil industriel se construisent en même temps. »*

À cette fin, **le Gouvernement français a constitué au mois de mai un comité scientifique consacré aux vaccins**, sous la responsabilité de la virologue Marie-Paule Kieny, qui en a détaillé la composition et les missions devant la commission d'enquête³ : *« il est composé de onze spécialistes et experts pluridisciplinaires – immunologie, vaccinologie, éthique, recherche en milieu industriel, etc. Ainsi, trois de ces experts ont eu des fonctions élevées en recherche et développement dans l'industrie – aucun n'a actuellement de conflit d'intérêts. Ce comité a trois fonctions principales : assurer une veille scientifique, émettre des recommandations et conseiller le groupe de travail placé auprès du Premier ministre sur les négociations relatives aux réservations, pré-achats ou achats de vaccins. »*

Au début du mois de juin, un consortium a été créé au niveau européen entre la France, les Pays-Bas, l'Italie et l'Allemagne, élargi ensuite à l'Espagne, la Pologne et la Suède. Ce consortium a conclu avec le laboratoire AstraZeneca un contrat d'intention de commandes de 300 millions de doses afin d'en disposer pour tout le territoire européen. En outre, la Commission européenne a été chargée d'organiser des comités d'experts dont la mission est de prospecter auprès des laboratoires en phase avancée de développement afin de se procurer, au niveau européen, un vaccin sûr et efficace dans les meilleurs délais⁴.

¹ D'après les réponses de l'ANSM aux questionnaires des rapporteurs.

² Audition du conseil scientifique covid-19, 15 septembre 2020.

³ Audition du Pr Yazdan Yazdanpanah, 15 septembre 2020.

⁴ Audition de M. Olivier Véran, ministre de la santé, 24 septembre 2020.

À fin novembre, la Commission européenne avait ainsi signé six accords de précommande de doses de vaccin auprès des entreprises pharmaceutiques AstraZeneca, Sanofi-GSK, Janssen Pharmaceutica NV, BioNTech-Pfizer, CureVac et Moderna¹.

Lors des auditions conduites par la commission d'enquête, les scientifiques entendus ont fait part de **nombreuses incertitudes sur la date à laquelle un vaccin pourrait être mis sur le marché et sur son efficacité**, qui pourrait n'être que partielle dans un premier temps. Le professeur Delfraissy² estimait ainsi que *« dans un premier temps, on peut avoir un vaccin dont l'efficacité soit partielle. Ce premier candidat vaccin pourra être amélioré par la suite, puisque l'on progresse en marchant. J'ai voulu indiquer que l'on n'aurait pas forcément, dans ce premier trimestre de 2021, le vaccin idéal que nous attendons tous, qui permettrait d'éviter la transmission dans toutes les classes d'âge avec une efficacité de 99 %. On aura d'abord quelque chose d'incomplet. »* Le professeur Bruno Lina recommandait en outre d'être prudent sur de potentiels résultats de la recherche vaccinale en indiquant à cet égard que *« faire des effets d'annonce sur la vaccination alors que nous sommes encore en phase d'évaluation, c'est extrêmement risqué et irresponsable. Je ne peux pas vous promettre un vaccin disponible à court terme : il faudra attendre plusieurs mois voire plusieurs années pour avoir un vaccin utilisable. »*³

De premiers résultats sur l'efficacité de certains candidats vaccins ont néanmoins été rendus publics plus rapidement qu'attendu. Le 16 novembre, l'entreprise Moderna a fait part des résultats de l'essai de phase 3 pour son candidat vaccin, en précisant que son efficacité s'élevait à 94,5 %⁴. Les entreprises Pfizer et BioNTech ont indiqué le 18 novembre que leur candidat vaccin était efficace à 95 % contre la covid-19 dès 28 jours après l'administration de la première dose⁵. Le 23 novembre, les résultats communiqués par AstraZeneca font part d'une efficacité moyenne de 70 % de leur candidat vaccin⁶. Ces résultats permettent donc d'envisager le début de campagnes de vaccination dès la fin de l'année 2020.

Malgré des résultats positifs obtenus très rapidement, il semble nécessaire, face aux incertitudes qui persistent sur le déploiement des vaccins et leur efficacité à long terme, de poursuivre en parallèle la recherche sur les traitements, alors que l'épidémie a connu un rebond en Europe à l'automne 2020, et sur laquelle des efforts de coordination sont à engager.

¹ Commission européenne, communiqué de presse du 25 novembre 2020.

² Audition du conseil scientifique covid-19, 15 septembre 2020.

³ Audition sur la politique de dépistage, 10 septembre 2020.

⁴<https://investors.modernatx.com/news-releases/news-release-details/modernas-covid-19-vaccine-candidate-meets-its-primary-efficacy>

⁵<https://www.pfizer.fr/lutte-contre-la-covid-19%20-%A0-le-point-sur-les-dernieres-avancees-pour-notre-candidat-vaccin-bnt162b2-1>

⁶<https://www.astrazeneca.com/content/astraz/media-centre/press-releases/2020/azd1222h1r.html>

B. UN MANQUE DE COORDINATION DES TRAVAUX DE RECHERCHE AUX CONSÉQUENCES NÉFASTES

1. Malgré les tentatives de coordination, une dispersion des travaux de recherche

a) Les initiatives pour coordonner les actions de recherche

Face au besoin de trouver une réponse thérapeutique rapide et à la mobilisation de moyens exceptionnels pour la recherche, **une coordination des moyens et de travaux devait être assurée** afin de maximiser les chances d'obtenir des résultats rapides et robustes.

C'est avec cette intention que l'OMS a initié l'essai *Solidarity*, comme l'a expliqué son directeur général lors d'une conférence de presse sur l'épidémie le 18 mars dernier¹ : « *De multiples petits essais utilisant des méthodologies différentes pourraient ne pas nous apporter les preuves claires et solides dont nous avons besoin pour savoir quels sont les traitements qui contribuent à sauver des vies. L'OMS et ses partenaires organisent donc dans de nombreux pays une étude dans laquelle certains de ces traitements non testés sont comparés les uns aux autres. Cette vaste étude internationale est conçue pour produire les données fiables dont nous avons besoin, afin de nous montrer quels sont les traitements les plus efficaces. Nous avons appelé cette étude l'essai SOLIDARITY, l'essai clinique "de la solidarité". L'essai SOLIDARITY prévoit des procédures simplifiées pour permettre aux hôpitaux même surchargés de participer.* » Ce sont ainsi 500 hôpitaux qui ont participé à cet essai, répartis dans plus de 30 pays comme l'a rappelé l'OMS dans son communiqué du 15 octobre 2020.

En France, le président de la République a installé le 24 mars 2020 le **Comité analyse recherche et expertise (CARE)**, composé de douze médecins et chercheurs sous la présidence du Pr Françoise Barré-Sinoussi, virologue et prix Nobel de médecine. Ce comité a pour objectif :

- d'éclairer les pouvoirs publics dans des délais très courts sur les suites à donner aux propositions d'approche innovantes scientifiques, technologiques et thérapeutiques formulées par la communauté scientifique française et étrangère pour répondre à la crise sanitaire du covid-19 et vérifier que les conditions de déploiement et de portage sont réunies ;

- solliciter la communauté scientifique pour faire des propositions sur des thématiques identifiées par les ministères chargés de la santé ou de la recherche.

Le travail **d'identification des priorités de recherche** effectué par le CARE a été réalisé en lien avec les institutions de recherche et s'est traduit par la production de dix-huit notes sur divers sujets dont la stratégie

¹ <https://www.who.int/fr/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---18-march-2020>

vaccinale, l'organisation des acteurs de la recherche pour affronter une crise ou les enseignements tirés de la crise sanitaire pour les enjeux de souveraineté nationale. Dans son travail **d'analyse des propositions scientifiques**, le CARE a reçu 563 propositions de projets scientifiques et informations sur des travaux et initiatives locales. Sur proposition du CARE, le ministère chargé de la recherche a ainsi apporté un soutien financier à vingt et un projets de recherche pour un montant de 4,7 millions d'euros¹. Comme l'a indiqué le Pr Françoise Barré-Sinoussi lors de son audition par la commission des affaires sociales le 7 mai, le CARE a également permis **d'orienter des promoteurs de projets** vers les instances d'appels à projets qui ont été mises en place et de recommander des modalités de coordination entre projets similaires. Le CARE a suspendu ses travaux le 3 juillet 2020.

En outre, le **consortium REACTing** (REsearch and ACTion targeting emerging infectious diseases), rattaché à l'Inserm, a joué un rôle certain dans la coordination de la recherche en France. Ce consortium a été créé en 2013 par l'Inserm et ses partenaires d'Aviesan² face à la multiplication des épidémies à travers le monde. Il rassemble des laboratoires et des équipes de recherche dans plusieurs disciplines afin de **préparer et coordonner la recherche pour faire face aux crises sanitaires liées aux maladies infectieuses émergentes**³.

À partir du mois de janvier 2020, les actions de REACTing dans le cadre de l'épidémie de covid-19 se sont déployées en quatre axes :

- effectuer une veille de la littérature scientifique sur l'épidémie afin d'informer la communauté scientifique, les professionnels de santé et les responsables publics sur les dernières connaissances scientifiques ;
- contribuer à l'harmonisation du recueil de données et des pratiques de la recherche ;
- accompagner le déploiement des travaux de recherche par le financement de projets ;
- coordonner et fédérer les acteurs de la recherche française.

En constituant un conseil scientifique consacré à la covid-19 dès le mois de janvier, **REACTing a joué un rôle dans le lancement rapide des projets de recherche en France**, en sélectionnant les projets éligibles aux fonds d'amorçage destinés à financer en urgence les premiers travaux de recherche sur la covid-19 à partir du mois de février. Après cette étape d'impulsion des travaux de recherche, les financeurs de la recherche en France ont pu prendre le relai, notamment l'ANR et le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC).

¹ D'après les réponses du Pr Yazdanpanah aux questionnaires des rapporteurs.

² Alliance pour les sciences de la vie et de la santé.

³ <https://reacting.inserm.fr/>

Ces instances ne sont toutefois pas parvenues à assurer une coordination satisfaisante des travaux de recherche en France depuis le début de l'épidémie. En effet, **aucun acteur institutionnel ne dispose d'un pouvoir de régulation des travaux de recherche en période de crise**. L'installation du CARE, qui avait un rôle d'information et de conseil, n'a pas permis de résoudre cette difficulté. En outre, les actions menées par REACTing, qui fédère les principaux instituts de recherche en France, n'ont pas empêché une multiplication des études qui a dispersé les moyens et l'inclusion des patients.

b) Des études multiples dispersant les financements et les patients inclus

Malgré les appels à projets et les tentatives de coordonner l'effort de recherche en France, l'ampleur de l'épidémie a conduit au développement, en ordre dispersé, d'un grand nombre de travaux de recherche. En effet, **certains laboratoires et hôpitaux ont financé sur leurs fonds propres des études** qui n'avaient pas été retenues par les appels à projets, contribuant ainsi au morcellement des travaux de recherche. C'est ce dont a fait part le Pr Dominique Costagliola devant la commission d'enquête¹ : *« chaque hôpital peut être promoteur d'une étude et personne n'a le pouvoir de lui dire non, même s'il n'a pas de financement dédié. Donc personne n'a régulé le développement des travaux de recherche. J'ai participé à l'évaluation des projets dans le cadre de l'appel à projets Flash Covid-19. Dans le comité que je présidais, nous avions quatre projets qui voulaient tester la même molécule et personne n'avait le pouvoir de les coordonner. »* Le Pr Florence Ader, auditionnée par la commission des affaires sociales le 6 mai, a ainsi qualifié cette situation **« d'épidémie de recherche »**.

Faute de coordination suffisante, **de nombreuses études se sont concentrées sur l'évaluation des mêmes molécules et ces travaux concurrents ont donc eu de plus grandes difficultés à inclure des patients**. C'est ce qu'a regretté le Pr Florence Ader devant la commission des affaires sociales : *« je trouve peu judicieux d'avoir initié 30 ou 40 études qui ne concerneront qu'une dizaine de patients chacune plutôt que de s'être accordé sur un nombre limité d'études mais avec un plus grand échantillon de patients. La robustesse des résultats produits n'est pas suffisante, alors même que ces études ont obtenu des financements. J'irais même jusqu'à dire que le principe d'une étude à large public s'imposait. »*

Constatant les difficultés d'inclusion de patients dans les essais cliniques, les ministres chargés de la santé et de la recherche ont demandé à la fin du mois de mai au Professeur Patrick Rossignol de formuler des propositions visant à améliorer à court terme l'organisation des essais thérapeutiques et à optimiser les inclusions de patients². La lettre de mission des ministres, adressée le 25 mai au Pr Rossignol, indique notamment que

¹ Audition du Pr Dominique Costagliola, 15 septembre 2020.

² Le rapport du Pr Rossignol relatif aux essais cliniques en contexte épidémique, remis le 7 juin 2020 au Gouvernement, a été communiqué par le ministre de la santé à la commission d'enquête le 20 novembre 2020.

« malgré un flux de patients entrants encore significatif, le nombre des inclusions a significativement baissé ces derniers jours. » Le rapport du Pr Rossignol, remis aux ministres le 7 juin 2020, constate que **la somme des inclusions nécessaires à la réalisation des 98 essais de catégorie 1 (RIPH 1) alors autorisés serait de 34 243 si ces études devaient aller à leur terme.** Le rapport explique ainsi que « *quel que soit le scénario de poursuite de l'épidémie, ces objectifs de recrutement apparaissent irréalistes et certainement contre-productifs étant donnée la compétition inter-études dont certaines sont, de surcroît possiblement, redondantes, et certaines désuètes scientifiquement.* »

Les difficultés d'inclusion ne s'expliquent pas que par une forme de concurrence entre les différents essais et études conduits. En effet, **la communication sur les effets positifs de certains traitements, malgré l'absence de données scientifiques incontestables, a parfois perturbé ou freiné l'inclusion de patients,** convaincus de l'efficacité d'un traitement. Ainsi, les services du ministère de la santé ont indiqué aux rapporteurs que des patients ont refusé de participer à un essai quand d'autres ont exigé d'être inclus dans un essai ou un bras d'essai testant un traitement précis, en particulier l'hydroxychloroquine.

Les difficultés d'inclusion des patients ont même concerné les essais de grande ampleur, en particulier l'essai *Discovery*. Bien que soulignant que l'essai avait pu recruter rapidement des patients dès le début de l'épidémie, les services du ministère de la santé ont fait part de **difficultés pour la montée en charge de l'essai** en raison, d'une part, de la baisse bienvenue du nombre de patients atteints par la covid-19. Le professeur Ader avait d'ailleurs indiqué lors de son audition par la commission des affaires sociales le 6 mai que « *le confinement a fonctionné, ce dont nous pouvons nous réjouir, si bien que la moindre affluence des malades dans les hôpitaux qui en résulte explique que nous incluons désormais peu de patients en France à l'heure actuelle* ». D'autre part, ils ont fait état de **l'impossibilité d'inclure de nombreux patients qui avaient déjà bénéficié d'un traitement par hydroxychloroquine** avant leur admission à l'hôpital. Enfin, la lente montée en charge de l'essai a été liée aux **difficultés réglementaires d'inclure des patients d'autres pays européens** comme le voulait le projet *Discovery* à son lancement. C'est ce qu'a expliqué le professeur Yazdan Yazdanpanah devant la commission d'enquête¹ : « *depuis le mois de mai, plusieurs pays nous ont rejoints et il est vrai que les choses ont pris du temps. Le premier pays était le Luxembourg, le deuxième la Belgique, le troisième l'Autriche et le quatrième le Portugal. [...] Pour l'instant, nous avons 916 participants hors de France. Mais nous participons à la dynamique de Solidarity.* »

¹ Audition du Pr Yazdan Yazdanpanah, 15 septembre 2020.

Le HCSP a ainsi regretté cette absence de coordination dans son rapport du 23 juillet 2020 relatif à l'actualisation de la prise en charge des patients atteints de covid-19 : « *le HCSP regrette l'absence de coordination des essais entrepris au niveau national ; en effet, en l'absence d'axe directeur et de questions prioritaires clairement posées, il existe de multiples essais concurrentiels n'ayant pu chacun atteindre l'effectif cible pour permettre une conclusion* ».

2. Les conséquences néfastes de la dispersion : affaiblissement des travaux de recherche et revirements sur la stratégie thérapeutique

a) Concurrence, contradictions et illisibilité de la recherche

La multiplication des travaux de recherche au niveau national et international a conduit à **une concurrence entre les différents travaux** qui a nourri **une course à la publication de résultats, parfois contradictoires**. Ces contradictions ont largement été mises en lumière par les médias, dans un contexte où la recherche d'un traitement est très attendue par la population, avec parfois la mise sur le même plan d'études à la robustesse très variable.

Face à l'inflation de la production de littérature scientifique, **les auteurs et les revues scientifiques ont été incités à communiquer rapidement des résultats au risque de faire état de conclusions hâtives**. Cette course à la publication a pu conduire à la communication de résultats contradictoires et peu robustes scientifiquement, comme témoigne la publication de l'étude sur l'hydroxychloroquine parue dans la revue *The Lancet* le 22 mai 2020.

L'étude publiée dans la revue *The Lancet* le 22 mai 2020 par Mehra et autres sur l'administration d'hydroxychloroquine

L'étude publiée par *The Lancet* est une étude observationnelle théoriquement basée sur des données d'hospitalisation de plus de 96 000 patients pris en charge dans 671 hôpitaux et répartis sur six continents. **Elle concluait à une surmortalité des patients atteints de covid-19 traités par hydroxychloroquine seule ou associée à de l'azythromycine.**

Des doutes ont été formulés par de nombreux chercheurs et cliniciens suite à la parution de cet article quant aux données sources et à l'analyse effectuée par l'étude. Le 30 mai, la revue *The Lancet* a fait part d'erreurs dans l'analyse des données recueillies, tout en estimant que les conclusions de l'étude n'étaient pas remises en cause. ***The Lancet* a ensuite retiré cet article le 4 juin, à la demande de trois de ses auteurs au motif qu'ils n'avaient pas été en mesure de vérifier de manière indépendante la validité des données et des analyses de l'étude** car l'entreprise de données de santé impliquée dans l'étude aurait refusé de leur transmettre les données complètes.

Lors de son audition par la commission d'enquête, le professeur Dominique Costagliola¹ a fait état des **lacunes de cette étude dont la publication a été motivée par une concurrence dans le secteur de la recherche** pendant la crise : *« Il faut être conscient que l'un des objectifs des revues de recherche scientifique est de produire des publications. S'agissant de l'affaire du Lancet, il y a eu de vraies lacunes d'analyse et je ne comprends pas comment les erreurs de l'étude ne sont pas apparues au moment du reviewing. Les taux de mortalité de pays très différents ont été comparés, avec l'application de traitements standards différents. Ils n'étaient pas compétents, ni sur le plan méthodologique, ni sur le plan clinique. Donner la moyenne des doses administrées n'avait en outre pas de sens. Cet article est donc paru parce qu'on voulait faire de la "news", les revues y sont sensibles. »*

Source : Réponses aux questionnaires des rapporteurs et comptes rendus des auditions

La communication rapide de premiers résultats par les investigateurs de l'essai Corimuno-19 a également fait l'objet de critiques. Après l'analyse de résultats intermédiaires qui suggéraient une potentielle efficacité du tocilizumab sur les patients inclus dans l'essai, l'AP-HP a tenu à communiquer ces informations le 27 avril 2020. Le comité de surveillance de l'essai a alors démissionné, faisant part de son désaccord sur cette communication. L'AP-HP a ensuite décidé de nommer un nouveau comité de surveillance au début du mois de mai. Ce désaccord a été explicité par le professeur Dominique Costagliola², qui était membre du premier comité de surveillance : *« sur la communication de l'étude Corimuno-19, conduite par l'AP-HP, le comité indépendant n'a sans doute pas bien agi. Le rôle du comité indépendant doit être d'éviter que l'investigateur de la recherche ne s'emballe, notamment avec de premiers résultats. Or, en l'espèce, ils ont continué à dire qu'ils avaient bien fait, donc j'ai démissionné. »*

En outre, **afin de faire part de résultats dans des délais contraints, de nombreux chercheurs ont eu recours à des prépublications.** Les services du ministère de la santé ont fait état, à la mi-juillet, de plus de 70 000 articles scientifiques disponibles sur la covid-19, témoignant d'une mobilisation exceptionnelle de la communauté scientifique. Dans ce corpus, plus de 9 500 articles ont été publiés sur des serveurs de prépublication. Habituellement cantonnées à la communauté scientifique, l'écho de ces publications a été bien plus large dans le contexte pandémique, certaines étant largement diffusées sur les réseaux sociaux. En outre, si les plateformes reconnues de prépublications ont des filtres assurant un certain niveau de qualité aux documents publiés, certaines études ont été mises en ligne sur des plateformes de partage libre de contenu, sans aucune garantie sur leur fiabilité.

¹ Audition du Pr Dominique Costagliola, 15 septembre 2020.

² Ibid.

Dès lors **de nombreuses études ont été rendues publiques alors qu'elles présentaient des niveaux de qualité et de robustesse scientifique très variables**. En effet, nombre de travaux ont été menés sur la base d'observations des effets d'un traitement, sans groupe de contrôle et sur de petits échantillons de patients, quand d'autres essais cliniques étaient effectués de façon randomisée, contrôlée et multicentrique. Or **les résultats de ces études, parfois contradictoires, ont souvent été mis sur le même plan, en particulier dans les médias, sans que les prises de parole des scientifiques ne contribuent à apaiser ces contradictions, bien au contraire**. Il ressort pourtant des éléments rassemblés par vos rapporteurs que la quasi-totalité des scientifiques s'accorde sur le fait que si aucun type d'étude n'est *a priori* exempt de potentiels biais méthodologiques risquant d'affaiblir la robustesse de ses résultats, le recours à un groupe de contrôle, le tirage au sort des patients ou encore l'ampleur de l'échantillon de patients sont autant d'éléments contribuant à la solidité d'une étude.

Au total, **une cacophonie scientifique s'est installée, rendant la recherche scientifique relativement illisible**. C'est ce dont a fait part le HCSP dans ses réponses apportées aux questions des rapporteurs : *« les résultats contradictoires sont en effet très perturbants et brouillent le discours scientifique et contribuent au climat de défiance. La taille réduite d'un effectif réduit la probabilité qu'un résultat significatif reflète un effet réel, et augmente le risque de résultat surestimé et non reproductible. Le principe derrière la taille de l'échantillon s'appelle la puissance de l'étude. »*

Une analyse critique et une hiérarchisation des études thérapeutiques a pourtant été effectuée par le HCSP dans le cadre de l'élaboration de ses recommandations, avec l'aide de méthodologistes. Ainsi, l'analyse critique effectuée au mois de juillet par le HCSP a permis, parmi plusieurs milliers de publications disponibles, d'identifier 402 documents uniques. Au sein de ce corpus, 360 publications ont été rejetées en raison de leur nature (éditoriaux, opinions, pronostics, simulations, doublons, *etc.*) ou pour défaut méthodologique (petite taille, schéma non comparatif ou inadapté). Le HCSP a ainsi concentré son analyse sur 42 études considérées comme fiables¹. Malheureusement, **les recommandations du HCSP, fondées sur cette analyse approfondie, n'ont pas été assez mises en avant** face à la prolifération de la parole scientifique. Dans ce contexte, le HCSP a même fait le choix de ne pas communiquer auprès du grand public sur ses travaux, pour des raisons expliquées par le Pr Franck Chauvin, président du HCSP, lors de son audition par la commission d'enquête² : *« Il nous a en effet fallu réagir à des propos scientifiques d'individus isolés, alors que ce n'est pas du tout la mission d'un organisme sanitaire indépendant. Dans ce contexte-là, la communication nous semblait plus délétère que bénéfique et nous nous sommes donc astreints à la discrétion. »*

¹ Réponses du HCSP au questionnaire des rapporteurs.

² Audition d'experts en santé publique, 16 septembre 2020.

b) Les revirements des autorités sanitaires sur la stratégie thérapeutique

Dans ce contexte où aucun traitement n'était disponible face à une maladie émergente et face à la cacophonie scientifique, les autorités sanitaires ont élaboré une stratégie thérapeutique hésitante et marquée par des revirements pendant les premiers mois de la crise.

C'est sur la base de premières données indiquant de potentiels effets favorables de l'association lopinavir/ritonavir et de l'hydroxychloroquine que le Gouvernement a autorisé leur administration à titre compassionnel chez des patients hospitalisés, par le décret du 25 mars 2020¹. Concernant les antirétroviraux lopinavir/ritonavir, le HCSP avait indiqué dans son avis du 23 mars relatif aux recommandations thérapeutiques que ce traitement pouvait avoir un effet favorable lorsqu'il était administré dans un délai limité². Plusieurs études sont parues sur l'opportunité d'administrer de l'hydroxychloroquine et c'est sur cette base que l'IHU Méditerranée Infection a fait le choix dès le mois de mars d'administrer ce traitement aux patients malades³. Le professeur Didier Raoult, directeur de cet IHU, a expliqué devant la commission d'enquête les effets observés de ce traitement, associé à l'azithromycine⁴ : *« nous avons proposé tout de suite des essais thérapeutiques d'hydroxychloroquine, imitant ce qui avait été fait en Chine, et selon des posologies dont nous sommes familiers. Cet essai thérapeutique a toujours été à un seul bras, et, à l'époque, il a été validé par le CPP. Nous y avons ajouté de l'azythromycine - cela fait partie de la pratique clinique -, dont on savait par ailleurs que c'était un antiviral pour les virus ARN, et nous avons eu la surprise de voir que la charge virale diminuait à une vitesse spectaculaire. Nous avons tout de suite prévenu le ministère. »* Le HCSP avait également indiqué dans son avis du 23 mars 2020 que l'hydroxychloroquine pouvait être prescrite pour les formes graves sur des patients hospitalisés après décision collégiale des médecins.

Toutefois, les données de pharmacovigilance rassemblées par l'ANSM, en lien avec le réseau national des centres de pharmacovigilance, ont conduit à considérer que la balance bénéfice/risque était défavorable pour l'administration de ces traitements en dehors des essais cliniques⁵. En outre, le HCSP dans son avis du 24 mai 2020 a considéré que les données disponibles ne permettaient pas d'apporter la preuve d'un bénéfice de l'hydroxychloroquine et qu'il existait des risques de toxicité cardiaque, particulièrement en association avec l'azithromycine.

¹ Décret n° 2020-314 du 25 mars 2020 complétant le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

² <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=785>

³ <https://www.mediterranee-infection.com/epidemie-a-coronavirus-covid-19/>

⁴ Audition du Pr Didier Raoult, 15 septembre 2020.

⁵ Réponses de l'ANSM au questionnaire des rapporteurs.

Le Gouvernement a donc abrogé le 26 mai le décret autorisant l'administration de ces traitements¹.

**Modifications des dispositions réglementaires
sur les prescriptions d'hydroxychloroquine et de lopinavir/ritonavir**

• **Article 1^{er} du décret n° 2020-314 du 25 mars 2020 complétant le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire**

« Par dérogation à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique, l'hydroxychloroquine et l'association lopinavir/ritonavir peuvent être prescrits, dispensés et administrés sous la responsabilité d'un médecin aux patients atteints par le covid-19, dans les établissements de santé qui les prennent en charge, ainsi que, pour la poursuite de leur traitement si leur état le permet et sur autorisation du prescripteur initial, à domicile [...]. La spécialité pharmaceutique PLAQUENIL© et les préparations à base d'hydroxychloroquine ne peuvent être dispensées par les pharmacies d'officine que dans le cadre d'une prescription initiale émanant exclusivement de spécialistes en rhumatologie, médecine interne, dermatologie, néphrologie, neurologie ou pédiatrie ou dans le cadre d'un renouvellement de prescription émanant de tout médecin. »

• **Décret n° 2020-337 du 26 mars 2020 complétant le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire**

Ce décret vient compléter les dispositions précitées pour préciser que les prescriptions d'hydroxychloroquine et de lopinavir/ritonavir « interviennent, après décision collégiale, dans le respect des recommandations du Haut Conseil de la santé publique et, en particulier, de l'indication pour les patients atteints de pneumonie oxygéno-reqérante ou d'une défaillance d'organe. »

• Ces dispositions sont abrogées par le **décret n° 2020-630 du 26 mai 2020 modifiant le décret n° 2020-548 du 11 mai 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.**

• **L'arrêté du 26 mai 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire** reprend toutefois les dispositions relatives aux restrictions de dispensation d'hydroxychloroquine.

¹ Communiqué de presse du ministère des solidarités et de la santé du 27 mai 2020 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/200527-_cp_hydroxychloroquine.pdf

Des contradictions sont également apparues sur l'opportunité d'administrer aux patients la spécialité remdesivir. Le 3 juillet, l'agence européenne des médicaments (EMA) a émis un avis favorable à une autorisation de mise sur le marché (AMM) conditionnelle en Europe, sur la base d'études montrant une réduction significative du délai médian de résolution de la maladie chez les patients traités par remdesivir¹. Il a été considéré que dans un contexte pandémique, la réduction du délai de résolution de la maladie pouvait présenter un bénéfice pertinent². Le 15 juillet, l'ANSM a octroyé pour ce médicament une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte. Suite à ces autorisations, l'entreprise Gilead, qui produit ce médicament, a sollicité la commission de transparence de la Haute Autorité de santé (HAS) pour son remboursement. Après que la commission a transmis son projet d'avis au laboratoire Gilead, ce dernier a décidé de retirer sa demande de remboursement du remdesivir. Comme l'indique la HAS dans son communiqué du 17 septembre dernier³ : « à l'issue de son évaluation, la HAS considère que l'accès au remboursement n'est justifié que dans une population plus restreinte que celle de l'AMM [...] Le service médical rendu est jugé faible compte tenu des données actuelles préliminaires qui montrent une réduction globale de 4 jours du délai de rétablissement clinique du patient (11 jours au lieu de 15) par rapport au placebo, et en complément des soins de support, ce qui est de pertinence clinique discutable. » Par ailleurs, alors que l'essai *Solidarity* a conclu le 15 octobre dernier que le remdesivir ne semblait pas avoir d'efficacité contre la covid-19, la *Food and Drug Administration*, l'agence américaine du médicament, a accordé, le 22 octobre, une autorisation permanente au remdesivir pour les malades hospitalisés⁴.

Bien que **ces revirements apparaissent inévitables** à mesure que les données scientifiques évoluent sur le virus, ils ont **contribué à brouiller la stratégie thérapeutique** auprès des professionnels de santé et de la population. À cela s'ajoutent **les vives critiques émises par de nombreux médecins sur les restrictions apportées par le Gouvernement à la liberté de prescription**, afin de réguler l'administration de ces traitements, en particulier l'hydroxychloroquine, au regard des potentiels effets secondaires et pour prévenir tout risque de rupture d'approvisionnements pour les patients habituellement traités par ces médicaments.

¹ Santé Publique France a stocké 31 009 flacons de Veklury® (remdesivir) qui lui ont été alloués par la Commission européenne et en a distribué 15 120 aux établissements de santé, suite à une demande du ministère de la santé émise le 14 octobre.

² Réponses de l'ANSM au questionnaire des rapporteurs.

³ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201940/fr/evaluation-des-traitements-de-la-covid-19-la-has-publie-son-evaluation-du-remdesivir

⁴ <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-treatment-covid-19>

Saisi à plusieurs reprises sur la légalité de ces restrictions, **le Conseil d'État a considéré que le Gouvernement était fondé à prendre de telles mesures** au regard des données scientifiques disponibles et des prérogatives dont dispose le Gouvernement, en particulier le ministre chargé de la santé en période d'état d'urgence sanitaire¹.

c) L'administration de traitements non autorisés en dehors des protocoles de recherche

Alors que s'opéraient ces revirements sur les recommandations thérapeutiques, liés aux évolutions et aux contradictions des travaux de recherche, les professionnels de santé se trouvaient face à des patients dont il fallait assurer la prise en charge. Au-delà de la seule prescription de paracétamol pour atténuer certains symptômes de la maladie, plusieurs professionnels de santé ont plaidé pour **l'administration de traitements dès lors qu'ils pouvaient présenter un potentiel effet bénéfique, et ce en dehors des protocoles de recherche**, au motif qu'il fallait avant tout traiter les patients et qu'on ne pouvait les laisser sans solution.

Or, **l'administration de médicaments en dehors de leur autorisation de mise sur le marché (AMM) n'est possible que dans des cas précis**. Elle l'est, tout d'abord, dans le cadre de travaux de recherche soumis à autorisation d'un CPP et, pour les essais cliniques, de l'ANSM. Les protocoles de recherche permettent ainsi d'offrir aux patients inclus des garanties éthiques et de sécurité. Elle l'est également lorsque l'ANSM délivre une autorisation temporaire d'utilisation ou une recommandation temporaire d'utilisation pour un médicament ou lorsque des dispositions réglementaires le permettent. Elle l'est enfin de façon restreinte et encadrée par la **loi lorsqu'il n'existe pas d'alternative médicamenteuse appropriée** et sous réserve que le prescripteur juge **indispensable, au regard des données acquises de la science**, de recourir à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient².

Le docteur Jean-Marcel Mourgues, vice-président du Conseil national de l'ordre des médecins, a **rappelé l'intérêt de ce cadre légal pour la sécurité des patients**, lors de son audition par la commission d'enquête³ : *« la liberté de prescription doit être assortie d'un cadre qui est généralement celui de thérapeutiques validées ne mettant pas en danger la vie d'autrui, tout en sachant que les patients, que l'on appelle communément les usagers de la santé, confient en quelque sorte au médecin le choix éclairé d'une thérapeutique, les patients n'ayant bien évidemment pas la connaissance pour faire le tri entre telle ou telle thérapeutique. C'est inscrit dans le code de santé publique et n'est nullement nouveau. En revanche, ce qui est nouveau, c'est la situation inédite de cette pandémie brutale, pour laquelle nous n'avons pas de thérapeutique éprouvée.*

¹ Voir notamment : Conseil d'État, 22 avril 2020, 439951, inédit au recueil Lebon et Conseil d'État, 10 juillet 2020, 441549, inédit au recueil Lebon.

² Art. L. 5121-12-1 du code de la santé publique.

³ Audition des ordres professionnels de santé, 2 septembre 2020.

Pour autant, cela n'est pas suffisant pour que les médecins s'affranchissent des garanties de sécurité qu'ils doivent apporter aux patients. »

C'est dans le cadre des possibilités offertes par la loi pour administrer un traitement hors AMM en l'absence d'alternative thérapeutique que l'IHU Méditerranée Infection a développé son protocole de traitement à base d'hydroxychloroquine associée à de l'azithromycine. À la suite de la prépublication le 27 mars sur le site de l'IHU d'une étude observationnelle relative à l'administration de l'association hydroxychloroquine et azithromycine sur des patients atteints de covid-19, l'ANSM a sollicité l'IHU afin d'obtenir des éclaircissements sur la nature de ces travaux, qui n'avaient pas fait l'objet de l'autorisation d'un CPP. La direction de l'IHU a indiqué à l'ANSM que cette étude était observationnelle et présentait un caractère rétrospectif. Elle compilait des données issues du traitement de patients par hydroxychloroquine et azithromycine qui avaient été avertis du caractère « hors AMM » de ce traitement. Elle indique que le comité d'éthique de l'IHU avait émis un avis favorable et que, compte tenu de la nature rétrospective de cette étude, celle-ci ne nécessitait pas d'autorisation d'un CPP, n'entrant pas dans le champ de la loi « Jardé ». L'ANSM a toutefois tenu à informer le procureur de la République de Marseille et le Conseil national de l'ordre des médecins de ces échanges¹.

Par ailleurs, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a publié le 22 avril un communiqué pour alerter sur le fait que plusieurs médecins faisaient état dans les médias de « protocoles de traitements » contre la covid-19 sans que ceux-ci ne se rattachent à des protocoles de recherche². Les conseils départementaux de l'ordre ont ainsi sollicité les médecins concernés afin de recueillir leurs explications. Le Conseil national a rappelé à cette occasion la nécessité d'appliquer strictement la législation encadrant la recherche clinique et l'administration de traitements hors AMM, qualifiant ces agissements de « dérives ». Par la suite, le Conseil national de l'ordre des médecins et le Conseil national de l'ordre des pharmaciens ont publié, le 7 septembre 2020, une fiche mémo à destination des professionnels de santé sur la prescription et la délivrance de médicaments hors AMM³.

¹ Ces informations ainsi que les courriers entre l'ANSM et l'IHU de Marseille ont été communiqués aux rapporteurs par l'ANSM.

² <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/protocoles-recherche-clinique-prescriptions-amm>

³ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/fiche_memo_prescription_et_delivrance_hors_amm.pdf

Comme l'a rappelé le docteur Jean-Marcel Mourgues, vice-président du CNOM, devant la commission d'enquête¹ : *« quantité de confrères ne comprennent pas non plus que la liberté de prescription puisse s'assortir des règles qui, jusqu'à présent, ont garanti la sécurité des patients. La brutalité de cette pandémie nous a plongés dans une situation inédite : force est de constater que, sur le plan thérapeutique, nous avons été désarmés. Cela introduit des réflexions fondamentales qui doivent être davantage approfondies. Il n'est absolument pas dans notre intention de fracturer tant la communauté française que celle des médecins ; il s'agit bien plus d'édicter des principes garantissant la sécurité à laquelle nos patients ont le droit le plus absolu. »*

Ces constats sont corroborés par les données sur l'usage des médicaments en ville pendant l'épidémie, agrégées par le GIS EPIPHARE². Dans son point de situation du 9 juin 2020³, il a fait part d'**un hausse des prescriptions d'hydroxychloroquine pendant les premières semaines de confinement** : *« le nombre de personnes avec délivrance sur ordonnance de chloroquine ou d'hydroxychloroquine a fortement augmenté, particulièrement en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur : à partir de la fin février pour la chloroquine, avec un pic le 27 février atteignant 450 personnes ; cela faisait suite à la médiatisation le même jour sur YouTube par le professeur Didier Raoult de ce traitement potentiel de la covid-19. Les délivrances d'hydroxychloroquine ont été plus tardives et plus massives que celles de chloroquine. Ainsi un pic de délivrance sur ordonnance a été atteint le 18 mars avec près de 5 000 personnes avec délivrance d'hydroxychloroquine le même jour pour le seul régime général. Ce pic concernait surtout des personnes déjà traitées par hydroxychloroquine pour des pathologies de type lupus ou polyarthrite rhumatoïde (stockage par peur de manquer après les annonces médiatiques d'un potentiel effet de l'hydroxychloroquine mais aussi des traitements débutés en lien avec la covid-19). Nous estimons à environ 41 000 le nombre de personnes supplémentaires ayant acquis sur ordonnance un traitement d'hydroxychloroquine (ou plus rarement de chloroquine) sur les semaines 12 à 19 par rapport à l'attendu. Dès la fin mars et jusqu'à mi-avril les initiations de traitements sur prescription de chloroquine et d'hydroxychloroquine ont été réduites. »*

¹ Audition des ordres professionnels de santé, 2 septembre 2020.

² Groupement d'intérêt scientifique EPIPHARE constitué fin 2018 par l'ANSM et la CNAM.

³ EPIPHARE, Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19, point de situation après les 8 semaines de confinement et une semaine de post-confinement (jusqu'au 17 mai 2020), juin 2020.

**Consommation de chloroquine (CQ) et d'hydroxychloroquine (HCQ)
durant les semaines de mars à mai 2020 :
comparaison entre le nombre d'utilisateurs observés et attendus**

	CQ/HCQ	Association CQ/HCQ et Azithromycine
S10 2 - 8 mars	+ 21,1 %	+ 21,3 %
S11 9 - 15 mars	+ 9,5 %	+ 32,3 %
S12 16 - 22 mars	+ 61,9 %	+ 564,9 %
S13 23 - 29 mars	+ 145,1 %	+ 7 334,8 %
S14 30 mai - 5 avril	+ 52,9 %	+ 1 735,6 %
S15 6 - 12 avril	+ 8,8 %	+ 437,1 %
S16 13 - 19 avril	+ 15,0 %	+ 212,2 %
S17 20 - 26 avril	+ 8,3 %	+ 173,9 %
S18 27 avril - 30 mai	+ 8,3 %	+ 173,9 %
S19 4 - 10 mai	- 3,3 %	+ 118,7 %
S20 11 - 17 mai	- 24,4 %	+ 85,0 %

Source : GIS EPIPHARE, juin 2020

Dès lors, il apparaît nécessaire **d'assurer une meilleure régulation des prescriptions hors AMM lors d'une épidémie pour laquelle aucun traitement n'est disponible** afin de protéger aussi bien les patients, en leur offrant des garanties de sécurité sur les traitements, que les soignants qui font face dans ce contexte à une pression de la société pour apporter une réponse thérapeutique aux malades. Sans remettre en cause la liberté de prescrire, déjà encadrée par la loi, il pourrait être utile de renforcer la traçabilité des prescriptions hors AMM en période de crise sanitaire, en particulier dans la médecine de ville, afin d'améliorer la surveillance d'éventuels effets indésirables.

Proposition n° 17 : en période de crise sanitaire, mettre en place une remontée d'informations sur les prescriptions hors AMM par l'intermédiaire des systèmes d'information utilisés par les prescripteurs de ville

3. Assurer une meilleure coordination des travaux de recherche

Les difficultés constatées en France en matière de recherche sont en partie liées aux fragilités structurelles du secteur, du fait de la diminution des moyens accordés à la recherche depuis plusieurs années et du morcellement des structures chargées de la recherche médicale. Néanmoins, **une meilleure coordination aurait pu être assurée** pour concentrer ces moyens dans le cadre de projets de recherche plus largement partagés par les différents acteurs français.

À cet égard, le Royaume-Uni a déployé un effort de recherche de façon bien mieux coordonnée, comme en témoigne la conduite de **l'essai *Recovery***, promu par l'université d'Oxford à partir du mois d'avril. Il s'agit d'un essai randomisé, multicentrique et adaptatif défini comme l'un des trois essais de priorité nationale par le *National Health Service*. Il a été constitué en six bras de traitement :

- groupe de contrôle traité par le standard de soins ;
- standard de soins + lopinavir/ritonavir ;
- standard de soins + hydroxychloroquine ;
- standard de soins + azithromycine ;
- standard de soins + dexaméthasone.

Deux autres traitements ont par la suite été ajoutés dans cet essai : l'utilisation du plasma de patients convalescents et le tocilizumab.

Le 25 juin, **les promoteurs de cet essai ont annoncé avoir recruté plus de 11 800 patients au Royaume-Uni dans 176 centres**. Cette différence d'effectif par rapport à l'essai *Discovery* s'explique tout d'abord par le fait que cet **essai a été défini par les autorités britanniques comme un essai de haute priorité nationale**, lui ayant permis d'inclure des patients dans de nombreux centres. Le gouvernement britannique a informé tous les médecins du lancement de l'étude afin d'en faire un essai d'ampleur.

En outre, les procédures de contractualisation et d'inclusion des patients ont été simplifiées pour faciliter le déploiement de l'essai. Par exemple, *Recovery* ne recueille pas des données détaillées sur les effets secondaires, et ne collecte pas de données biologiques ou virologiques. Le déploiement de l'essai a également été facilité par le fait que la période d'admission de patients dans les hôpitaux a été plus étendue au Royaume-Uni qu'en France¹.

¹ Réponses du ministère de la santé et des professeurs Yazdanpanah et Costagliola aux questionnaires des rapporteurs.

L'essai a mis fin à trois bras suite aux recommandations de son comité indépendant de surveillance :

- hydroxychloroquine le 5 juin, pour futilité¹ ;

- lopinavir/ritonavir le 29 juin, pour futilité ;

- dexaméthasone le 16 juin, **pour efficacité**, montrant une baisse de la mortalité à 28 jours significative².

Une démarche similaire aurait pu être conduite en France, en désignant un nombre limité d'essais comme priorités nationales et en diffusant cette information auprès des professionnels de santé, notamment des CHU, afin qu'ils participent de façon coordonnée à l'effort de recherche. Il apparaît nécessaire à l'avenir que les ministères chargés de la santé et de la recherche assurent la **définition de travaux prioritaires**, en liens avec les acteurs de la recherche et **concentrent les financements** exceptionnels mobilisés en cas de crise sur les acteurs participant à ces travaux prioritaires.

Proposition n° 18 : en période de crise, flécher les financements exceptionnels alloués à la recherche sur de grands essais prioritaires et multicentriques afin de mieux coordonner les travaux de recherche sur le territoire

En outre, **la réponse de la recherche à une épidémie doit être préparée en amont des crises sanitaires**, dans le cadre d'une surveillance des maladies émergentes et infectieuses par les laboratoires de recherche médicale. Les différentes structures assurant ces travaux de surveillance et de recherche au long cours gagneraient à échanger davantage et à mieux se structurer, notamment pour pouvoir agir de façon coordonnée lors de la survenue d'une épidémie. C'est l'objectif du consortium REACTing, créé en 2013, mais qui n'a que partiellement assuré cette mission depuis le début de la crise. Afin de renforcer ses moyens et sa capacité de coordination, une réflexion pourrait être engagée pour rapprocher ce consortium de l'agence nationale de la recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), agence autonome de l'Inserm, créée en 1988, et dont la mission est de fédérer, coordonner, animer et financer toute la recherche publique sur le sida et les hépatites virales B et C en France³.

¹ Résultats publiés le 8 octobre, DOI : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2022926>

² Résultats préliminaires publiés le 17 juillet, DOI : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2021436>

³ www.anrs.fr

Proposition n° 19 : rapprocher le consortium REACTing de l'ANRS pour renforcer les moyens et le pilotage de la recherche en maladies émergentes et infectieuses

Ce rapprochement permettrait de créer une structure dédiée à la recherche en maladies infectieuses, comme le recommande le Pr Yazdan Yazdanpanah, responsable de REACTing. Il adapterait ainsi les structures de recherche aux évolutions des maladies émergentes à risque épidémique à travers le monde.

TROISIÈME PARTIE : LA STRATÉGIE « TESTER - TRACER - ISOLER » À L'ÉPREUVE DES FAITS

I. TESTER PLUS, TESTER MIEUX : UNE POLITIQUE EN QUÊTE D'EFFICACITÉ

Si lors de la gestion des premiers foyers localisés de circulation du virus la stratégie « tester-tracer-isoler » visant à casser les chaînes de contamination a été mise en place avec une certaine efficacité, la **parcimonie des tests disponibles au moment du pic épidémique** a été, avec le problème criant de la pénurie de masques - quoique dans une moindre mesure -, au cœur des débats du printemps et n'a pas rendu possible, comme dans la plupart des pays, la poursuite de cette stratégie.

Dans un second temps, **la forte montée en puissance de la capacité diagnostique s'est heurtée à la question de son organisation** : au-delà des objectifs ambitieux affichés - et atteints - en termes de nombre de tests réalisés, c'est l'efficacité d'une politique peinant à identifier sa cible et ses priorités et à s'inscrire dans une prise en charge globale qui concentre les interrogations et, à la veille de la « deuxième vague », remet en question la capacité à la freiner.

A. LE TEMPS DE LA PARCIMONIE : ENTRE MANQUE D'ANTICIPATION, CONTRAINTES TECHNIQUES ET PESANTEURS ORGANISATIONNELLES, UNE MONTÉE EN CHARGE LENTE DES CAPACITÉS À TESTER

1. Un déploiement hésitant et laborieux : le « retard à l'allumage » de la politique de tests dans un contexte de fortes tensions sur les approvisionnements

a) La conception précoce d'une technique de détection des cas initialement destinée aux seuls laboratoires hospitaliers

- Quelques jours après le partage par les autorités chinoises - le 11 janvier 2020 - de la séquence complète du génome du SARS-CoV-2, le centre national de référence (CNR) des virus des infections respiratoires (dont la grippe) de l'institut Pasteur, à l'instar d'autres équipes internationales (comme celles de l'hôpital La Charité à Berlin), met en place mi-janvier une technique de détection du virus par RT-PCR (*cf.* encadré).

La technique de détection du SARS-CoV-2 par RT-PCR

La réaction de RT-PCR (*reverse transcriptase-polymerase chain reaction*), est un test nucléotidique ou **test moléculaire qui permet de détecter la présence dans un prélèvement biologique de l'ARN du virus.**

Ce test a été le premier disponible pour diagnostiquer le SARS-CoV-2 car il peut être rapidement développé sur la base de la séquence du virus.

Il comporte une **première étape d'extraction de l'ARN du virus** qui est ensuite transformé en ADN par une enzyme transcriptase réverse (RT). Cette enzyme prend l'ARN comme modèle pour synthétiser une séquence d'ADN dit complémentaire (ADNc). L'ADNc du virus, si celui-ci est présent dans le prélèvement, est **ensuite fortement amplifié par une réaction de polymérase en chaîne (PCR)** quantitative.

Cette réaction a lieu en trois phases : une dénaturation de l'ADNc par chauffage pour séparer les deux brins qui le composent, une hybridation des amorces aux extrémités de la séquence recherchée, puis une élongation grâce à l'action d'une enzyme ADN polymérase. Les **amorces** sont des séquences d'ADN simple brin spécifiques du virus. Ce sont elles qui garantissent la spécificité de la réaction d'amplification. Seuls les brins d'ADNc fixant ces amorces sont amplifiés.

La durée d'un cycle de PCR est de l'ordre d'une minute. Il est répété pour obtenir une multiplication de la séquence d'ADN cible. C'est cette phase d'amplification qui confère au test RT-PCR une très haute sensibilité.

Le test doit être réalisé en laboratoire et nécessite un matériel sophistiqué. En fonction de son automatisation, il prend entre trois et six heures (déballage et étiquetage des échantillons, inactivation du virus, extraction de l'ARN, RT-PCR, validation...). Un résultat n'est donc souvent disponible qu'en 24 heures.

Sa fiabilité dépend de nombreux facteurs, en premier la qualité du prélèvement. Celui-ci doit être réalisé assez profondément dans les cavités nasales du patient à l'aide d'un grand coton-tige ou écouvillon (prélèvement nasopharyngé). Il a cependant été observé que le virus pouvait être indétectable dans les voies respiratoires supérieures, mais présent dans les poumons. En conséquence, on estime que la fiabilité du test RT-PCR, malgré sa très haute spécificité ($\approx 100\%$) et sensibilité, n'est que de 60-80 % pour identifier un individu infecté. Cette fiabilité décroît avec le temps car le virus est éliminé par la réponse immunitaire. Elle n'est plus que de 40-50 % entre 15 et 39 jours post infection. Ce pourcentage est similaire à celui des tests de détection par RT-PCR du virus *influenza*.

Source : D'après « Covid-19 : comment fonctionnent les tests et quelles sont leurs utilités ? », Eric Muraille, biologiste et immunologiste, The Conversation, 22 avril 2020

Le 24 janvier 2020, les prélèvements effectués sur les trois premiers cas français de patients suspectés (deux à Paris, un à Bordeaux) conduisent à confirmer l'efficacité du processus d'analyse. Comme l'a relevé Agnès Buzyn, cette expertise a alors valu à la France un « *satisfecit de l'Europe* », le centre européen de prévention et de contrôle des maladies¹ saluant alors la marque d'« *un haut degré de préparation pour prévenir et contrôler de possibles infections au coronavirus* »².

- À partir de ces échantillons biologiques, **le séquençage complet du virus est établi puis partagé par l'institut Pasteur les 29-30 janvier vers les 38 laboratoires de niveau 3 (P3)** des établissements de santé de référence pour la prise en charge des patients covid-19³.

Concrètement, **le nombre de laboratoires hospitaliers disposant de la technique diagnostique passe de 6 à 20 entre le 31 janvier et le 21 février**, à un moment où les plus grandes opérations de diagnostic concernent les français rapatriés de Wuhan (tests réalisés par l'IHU de Marseille) et le *cluster* des Contamines-Montjoie (cas contacts testés à Lyon).

Le niveau d'exigence en termes de sécurité biologique des laboratoires, adapté aux virus hautement pathogènes et appliqué par analogie avec le diagnostic des SARS-CoV ou MERS-CoV, est abaissé après l'avis favorable de la Société française de microbiologie du 14 février sollicité par le centre de crise sanitaire. Cela permet d'**élargir progressivement la pratique diagnostique aux 70 établissements de santé sièges de SAMU**⁴.

¹ ECDC : European Centre for Disease Prevention and Control.

² Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

³ La diffusion de la technique par le CNR s'entend de la fabrication et du contrôle des réactifs spécifiques et de l'accompagnement de sa mise en œuvre opérationnelle (transmission de protocoles), tout en s'assurant de la fiabilité du test.

⁴ Un courrier du directeur général de la santé à la responsable du CNR des virus respiratoires en date du 25 février 2020 demande officiellement au CNR de procéder au déploiement de la technique dans les établissements dits de 2^e niveau et de procéder à cette fin aux commandes nécessaires auprès des fournisseurs.

• Comme l'a relevé le Pr Bruno Lina¹, virologue, **ce schéma de déploiement** est celui suivi en 2009 face à la pandémie de grippe A (H1N1) : **il correspond au cadre fixé par le plan pandémie grippale de 2011** - dont les rapporteurs notent cependant qu'il n'a pas été enclenché par ailleurs - **lequel ne mentionne à aucun endroit un déploiement de la détection des cas au-delà des laboratoires hospitaliers**, pas plus qu'il n'évoque un déploiement des tests en population générale ; seuls sont testés les cas graves nécessitant une prise en charge hospitalière afin d'avoir une confirmation diagnostique². L'ancienne ministre en charge de la santé Agnès Buzyn a indiqué que la réalisation d'un dépistage à grande échelle n'a jamais été évoquée, ni au niveau national ni avec ses homologues internationaux - dont l'OMS - jusqu'à son départ du ministère le 15 février.

La place de la détection des cas dans le plan pandémie grippale de 2011

<i>Alerte initiale</i>	Organisation des laboratoires pour la détection de cas ↳ Laboratoires hospitaliers spécialisés en virologie moléculaire appliquée aux virus <i>influenzae</i> et de niveau de sécurité 3 coordonnés par les CNR
<i>Stade 1 Freiner l'introduction du virus</i>	Organisation des laboratoires pour la détection de cas ↳ Tous laboratoires d'analyses de diagnostic virologique des établissements de santé
<i>Stade 2 Freiner la propagation du virus</i>	Utilisation des tests virologiques de confirmation
<i>Stade 3 Atténuer les effets de la vague épidémique</i>	Utilisation des tests virologiques de confirmation

Pour le Pr Lina, il n'y avait pas pour ce nouveau coronavirus, au moins jusqu'au 20 février 2020, de nécessité de développement des tests en dehors du cadre hospitalier puisque tous les cas importés étaient hospitalisés. Pour rappel, « au 21 février, 12 cas ont été confirmés sur le territoire national [et] il n'y a pas de chaîne de transmission active en France » comme le note un message DGS-Urgent aux professionnels de santé.

¹ Contribution écrite adressée à la commission d'enquête.

² D'après des indications de la DGS, ces éléments sont corroborés par les recommandations de diagnostic de la grippe et autres virus respiratoires. Il n'est pas recommandé de confirmer biologiquement tout syndrome grippal. La grande majorité des tests PCR grippe/autres virus respiratoires saisonniers (VRS) sont réalisés à l'hôpital pour des pneumonies virales et d'autres formes sévères d'infections respiratoires aiguës. D'après les données issues du réseau RENAL qui comprend une quarantaine de laboratoires de CHU, de 100 000 à 160 000 prélèvements sont réalisés chaque année lors d'une saison hivernale (d'octobre à avril).

D'après les données de Santé publique France, le nombre de tests pratiqués quotidiennement dans les laboratoires hospitaliers augmente lentement jusqu'à mi-mars : le « cap » de 500 tests par jour est dépassé le 29 février (pour une capacité alors estimée par la DGOS¹ entre 2 000 et 2 500 tests par jour) et plus de 1 600 tests par jour sont recensés du 6 au 9 mars² ; la capacité, estimée par la DGOS à 5 000 tests par jour à la mi-mars, est atteinte effectivement la semaine 11 précédant le confinement (du 9 au 15 mars).

b) Un élargissement plus tardif et contraint aux laboratoires privés

« La question des dépistages à large échelle s'est posée au mois de mars, mais pas avant » a indiqué Agnès Buzyn devant la commission d'enquête.

Le calendrier - qui apparaît, rétrospectivement, plutôt tardif - de mobilisation du réseau des laboratoires de ville - qui réalise 70 % des examens courants et sans lequel une diffusion des tests à plus grande échelle ne pouvait être envisagée - confirme cette analyse : par analogie avec la grippe (cf. ci-dessus), la diffusion des tests de diagnostic en dehors du cadre hospitalier n'a pas été envisagée ou anticipée avant mars.

Pour le Dr François Blanchecotte, président du syndicat des biologistes médicaux³, les laboratoires privés d'analyse médicale sont impliqués à partir de **l'inscription des tests RT-PCR à la nomenclature des actes de biologie médicale par l'arrêté du 7 mars 2020⁴** ouvrant la voie à leur prise en charge par l'assurance maladie.

Des groupes de laboratoires privés interrogés par les rapporteurs⁵ ont ajouté cependant n'avoir été **destinataires, alors, d'aucune instruction des autorités sanitaires afin de se préparer à tester massivement**, en étant tenus à l'écart de toute décision, en dépit de leurs sollicitations, du fait d'une stratégie délibérément ciblée sur les hôpitaux. La direction du groupe Synlab ajoute que **cette situation contrastait nettement avec celle que rencontraient ses collègues allemands en mars**.

¹ Contribution écrite de la DGOS à la commission d'enquête.

² Cf. Point épidémiologique covid-19 – situation au 10 mars 2020.

³ Audition sur la politique de dépistage, 10 septembre 2020.

⁴ Arrêté du 7 mars 2020 portant modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (inscription de la détection du génome du SARS-CoV-2 par RT PCR). Cet arrêté est pris sur la base de l'avis du 6 mars de la Haute Autorité de santé (HAS) fixant des critères de prise en charge (disposer d'un marquage CE ou avoir été validé par le CNR, s'inscrire dans les indications définies par les autorités sanitaires, comporter au moins deux cibles pour accroître la performance du test).

⁵ Contributions écrites de Biogroup, Synlab et CerbaHealthCare à la commission d'enquête.

Le 18 mars, une instruction ministérielle invite en effet timidement les ARS à « faciliter le déploiement de ce dispositif en ville » : « il est maintenant nécessaire de fluidifier l'organisation instaurée à l'hôpital pour le dépistage par RT-PCR du SARS-CoV-2 par la possibilité de recourir aux LBM privés pour effectuer le diagnostic sur des prélèvements effectués dans les établissements de santé et la mise en place d'un circuit de dépistage ambulatoire »¹.

Dès lors, la participation effective du secteur libéral au diagnostic des cas s'est heurtée à plusieurs freins qui se sont avérés d'autant plus contraignants qu'une mobilisation massive des capacités analytiques n'avait pas été anticipée et n'était pas, non plus, explicitement affichée.

- Elle est intervenue, d'abord, dans un contexte affectant les capacités des laboratoires. À l'instar des autres acteurs de la médecine de ville, les personnels – initialement oubliés du circuit de distribution aux professionnels de santé des masques en officine² – ont manqué d'équipement de protection du fait des difficultés d'approvisionnement. Les représentants du secteur ont également mis en avant des conditions contraintes notamment en mars et avril, en raison de l'absentéisme d'une partie des personnels dans la période du confinement (problèmes de garde d'enfant...) ou de la mise en chômage partiel d'une partie des équipes (10 à 20 % selon les groupes privés interrogés), dans un contexte de forte diminution de l'activité « courante ».

- L'un des principaux obstacles – qui n'est pas propre d'ailleurs aux laboratoires privés – tient aux spécificités de la technique de détection par RT-PCR et à l'équipement que sa mise en œuvre requiert.

Comme l'a rappelé le Pr Bruno Lina, la technique développée par le CNR dans le contexte d'un agent émergent est une technique dite « maison » : or, la plupart des laboratoires privés comme des laboratoires hospitaliers de « deuxième ligne » disposent - contrairement aux plus grands laboratoires hospitaliers ou académiques - d'équipements à systèmes « fermés » non adaptés pour une utilisation de tests « ouverts » ou « maison », comme les y incite d'ailleurs la procédure d'accréditation par le Cofrac³. Cette situation a rendu les laboratoires dépendants de kits commerciaux développés - le plus souvent en Asie - par le fabricant de l'automate, disponibles progressivement à compter de fin février - début mars. Ce sont ajoutés les délais d'une à deux semaines nécessaires pour valider les techniques avant de lancer ce type d'analyses.

¹ MINSANTE/CORRUSS n°2020_37 : Diffusion lignes directrices médecine de ville, téléconsultation et RT-PCR en ville.

² Les biologistes médicaux sont explicitement ajoutés à la liste des professionnels de santé concernés par la distribution des masques via les officines dans le message DGS-Urgent du 18 mars 2020. Le message DGS-Urgent du 2 mars sur le même sujet ainsi que le communiqué de presse du ministre des solidarités et de la santé en date du 16 mars 2020 visaient quant à eux les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Le fait de ne pas être visés explicitement a conduit à priver de facto certains biologistes de la distribution, en cas de lecture restrictive.

³ Comité français d'accréditation.

A fortiori, les automates présents dans beaucoup de laboratoires n'étaient pas dimensionnés pour des débits élevés et des cadences inédites.

La semaine du 24 mars, au stade 3 épidémique, 65 laboratoires publics hospitaliers et deux grands groupes de laboratoires privés sont effectivement impliqués dans la réalisation des tests d'après la DGS.

Pour le Dr Blanchecotte, **le sous-équipement des laboratoires français est la conséquence d'un sous-investissement chronique en biologie moléculaire** : le faible nombre d'actes inscrits à la nomenclature n'incite pas les laboratoires à investir dans une technologie coûteuse qui nécessite l'intervention d'une main d'œuvre hautement qualifiée. De fait la profession centralise ces faibles volumes sur un nombre réduit de plateformes : 117 plateaux techniques de laboratoires privés sur 900 environ sont ainsi accrédités en biologie moléculaire et plus ou moins bien équipés¹.

Proposition n° 20 : promouvoir l'équipement des laboratoires publics et privés en biologie moléculaire en accélérant la modernisation de la nomenclature des actes de biologie médicale

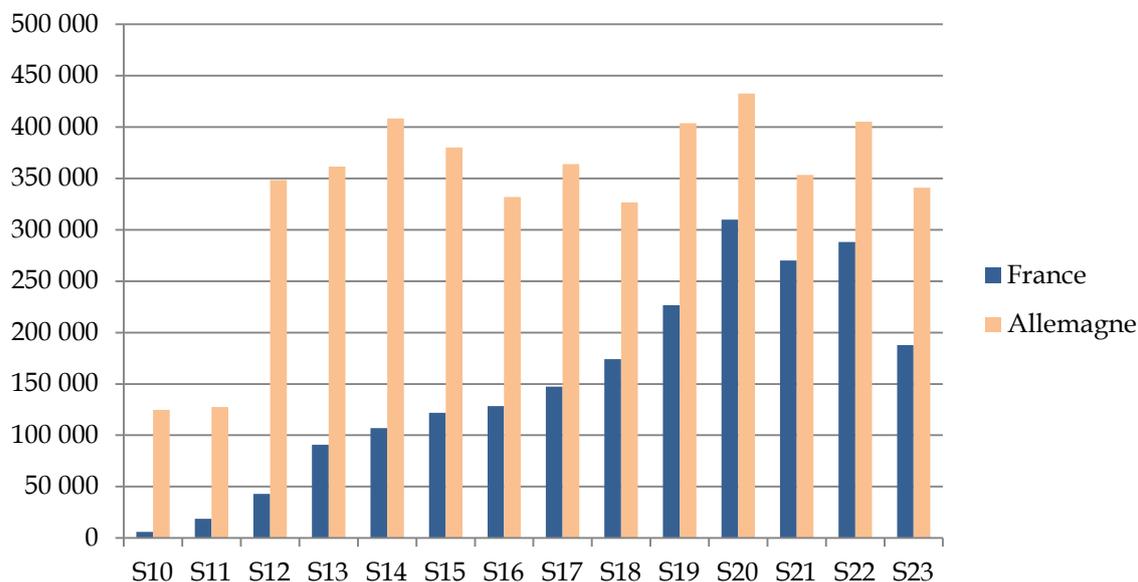
Avec la question de l'anticipation, cette situation explique, pour partie, la **faible capacité de biologie moléculaire à grande échelle dont disposait la France au début de l'année 2020 comparativement à un pays comme l'Allemagne où la montée en charge des capacités de test a été plus rapide**². Au meilleur équipement des laboratoires allemands en biologie moléculaire, avec notamment la présence d'automates à système « ouvert » capables d'accueillir des sondes de différentes origines³, il convient probablement, pour d'autres experts, de mettre en avant un continuum en recherche et développement qui est aussi la clé de la réussite du modèle de tests à large échelle mis en place en Corée du Sud.

¹ Audition sur la politique de dépistage, 10 septembre 2020.

² Au 21 juin 2020, les laboratoires allemands (entre 90 et 183 laboratoires impliqués) ont pratiqué 5 412 655 tests PCR (d'après les données transmises par la délégation aux affaires européennes et internationales des ministères sociaux) soit plus du double qu'en France sur la même période (2 599 476 tests PCR d'après les données redressées de la Drees).

³ C'est l'un des facteurs principaux expliquant la différence de cadence entre la France et l'Allemagne relevés par plusieurs acteurs interrogés par la commission d'enquête alors que le test a été conçu en même temps dans les deux pays, de même que l'explication principale relevée par la mission indépendante présidée par le Pr Didier Pittet dans son rapport d'étape du 13 octobre 2020. Le Pr Froguel a indiqué que l'Allemagne compte par exemple 8 laboratoires P4 civil en génie moléculaire contre un seul en France (Lyon). L'Allemagne n'avait pas de capacité de production autonome de kits de tests PCR sur son territoire d'après l'association de l'industrie du diagnostic.

Comparaison du nombre de tests RT-PCR réalisés en France et en Allemagne entre mars et juin 2020



Source : Commission d'enquête, à partir des données de l'institut Robert Koch pour l'Allemagne et des données de la Drees pour la France

• De surcroît, l'activation des capacités analytiques des laboratoires au fil de l'eau est intervenue dans un contexte de forte demande mondiale et donc de vive tension sur les approvisionnements sur le marché international (amorces et sondes, kits d'amplification et réactifs, écouvillons, matériels divers...), ayant conduit des fabricants à imposer un contingentement par pays¹. Tous les acteurs ont été confrontés à ces pénuries, avec une visibilité sur le stock disponible pour répondre à la demande de 2 à 5 jours, selon le Pr Lina, durant tout le mois d'avril et une partie de mai.

Ces tensions ont impacté défavorablement la montée en charge des laboratoires de ville dans la pratique des tests d'autant plus que **les réactifs autorisés** (validés par le CNR) et pris en charge par l'assurance maladie **l'ont été « au compte-goutte »**, d'abord limités à six début mars, comme l'a regretté le président du syndicat des biologistes. Certains groupes ont anticipé des commandes mais la plupart ont jugé utile d'attendre pour éviter de se retrouver avec des tests non agréés.

Si la DGS a indiqué que l'État était intervenu auprès de fabricants pour sécuriser des volumes destinés à la France ou fournir directement des laboratoires, les groupes privés interrogés ont indiqué ne pas avoir bénéficié de telles interventions. L'un d'eux explique que **la France n'était pas en position de force face aux fournisseurs avec de faibles volumes en mars et avril** quand des pays avaient alors une stratégie plus ambitieuse ;

¹ Contribution écrite de l'ARS d'Île-de-France à la commission d'enquête.

par ailleurs, l'État n'avait pas, apparemment, la capacité de payer des sommes substantielles pour « verrouiller » des stocks.

c) Entre navigation à vue et cloisonnements, une mobilisation des ressources disponibles insuffisamment réactive

• **Le fait que les acteurs de la biologie médicale se soient avérés mal identifiés par les autorités sanitaires, de même que les cloisonnements public-privé ont indéniablement retardé la mise en place d'une organisation territoriale efficiente.**

Si l'oubli des biologistes médicaux dans les procédures d'allocation des équipements de protection a illustré, pour les représentants de la profession, une **mauvaise connaissance par les ARS du réseau territorial des laboratoires privés et de leur fonctionnement**¹, cette situation n'a facilité ni l'identification des capacités de prélèvement à un échelon territorial fin ni l'évaluation des capacités d'analyse à un échelon territorial plus large, qui auraient permis la structuration de filières, la répartition optimale des ressources et la mutualisation des capacités d'analyse.

Le rapport d'étape de la mission Pittet souligne ainsi le frein qu'a constitué le « *défaut de connaissance par l'administration des processus et des leviers à mobiliser pour accélérer le déploiement des tests ainsi [que] la difficulté à identifier les bons interlocuteurs* ».

Les informations recueillies par les rapporteurs montrent qu'au niveau local, un inventaire des capacités n'a été réalisé que tardivement, par exemple vers le 20 avril en région Centre-Val de Loire, ou parfois sur la base d'hypothèses incompatibles avec les dispositions du code du travail applicables aux personnels des laboratoires privés².

La tenue de réunions séparées par les ARS entre les acteurs publics et privés a entretenu les cloisonnements et **l'absence de vision claire et partagée sur les capacités effectives de test et les besoins**, les personnels compétents, les délais d'analyse ou encore l'état des stocks.

¹ Cette méconnaissance s'est par exemple traduite dans des attitudes initialement restrictives de « certaines » ARS pointées par des syndicats de biologistes, estimant à tort, début mars, que les laboratoires devaient disposer d'un agrément spécifique pour réaliser les tests RT-PCR ou établissant des listes limitées de laboratoires auxquels les fournisseurs devaient se référer : si cette situation a été rapidement corrigée, des laboratoires équipés ont été écartés, contribuant à expliquer un retard dans la mise à disposition des tests sur certains territoires.

² Contribution écrite du syndicat des biologistes médicaux à la commission d'enquête.

La Drees¹ a mis en place à compter du 16 avril une plateforme nationale² permettant de fluidifier les remontées d'informations et de renseigner les tensions sur les approvisionnements, sans toutefois que cette avancée ne se traduise par des impacts concrets. Cet outil a marqué cependant l'engagement d'un dialogue entre les acteurs et les autorités.

Au niveau national, cette atomisation du secteur s'est traduite par l'absence de recensement exhaustif du nombre de tests réalisés par les laboratoires privés³ avant la mise en œuvre - saluée par les acteurs - de SIDEPE (système d'information de dépistage) à compter du 13 mai (et dont les données sont exhaustives à compter du 7 juin), permettant une indispensable mise en réseau des laboratoires.

• Ce contexte n'a pas facilité l'association d'autres acteurs tels que les laboratoires vétérinaires et de recherche qui représentaient une puissance d'analyse complémentaire face à une sollicitation inédite des laboratoires de biologie médicale.

Les laboratoires vétérinaires départementaux ont fait connaître le 30 mars par un communiqué de presse⁴ qu'ils étaient prêts à mettre à disposition une capacité analytique de 20 000 tests PCR par jour, opérationnelle dans un délai d'une à deux semaines sous réserve de l'accès aux réactifs. Le recours à ces laboratoires a été soutenu par l'Académie vétérinaire de France, l'Académie de médecine et l'Académie de pharmacie, tout comme de nombreux présidents de conseils départementaux.

À la mi-mars, des propositions de partenariat ont pour certaines été rejetées, soit par les ARS (par exemple en Nouvelle-Aquitaine pour des partenariats envisagés entre laboratoires privés et vétérinaires) soit par les acteurs hospitaliers, comme l'a évoqué le Pr Philippe Froguel, responsable d'un laboratoire de recherche en génomique à Lille, lors de son audition⁵.

La publication, quoique tardive, du décret du 5 avril 2020⁶ complété par un arrêté de la même date⁷ mérite d'être saluée : ces textes ont permis, à titre exceptionnel, de déroger à l'autorisation exclusive des laboratoires de

¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère des solidarités et de la santé.

² <https://laboratoires.fabrique.social.gouv.fr/>

³ En effet, jusqu'à cette date, les données recensées par Santé publique France dans le cadre de la surveillance virologique s'appuyaient sur les données non exhaustives transmises par le « réseau 3 labo » (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) pour le secteur privé et par les laboratoires hospitaliers.

⁴ Communiqué de l'ADILVA, Association française des directeurs et cadres des laboratoires vétérinaires publics d'analyses.

⁵ Audition sur la politique de dépistage, 10 septembre 2020.

⁶ Décret n° 2020-400 du 5 avril 2020 complétant le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

⁷ Arrêté du 5 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

biologie médicale à traiter des échantillons de provenance humaine, sous la responsabilité d'un laboratoire de biologie médicale et dans le cadre d'une convention passée avec lui.

D'après les données de la DGS, fin juin 2020, ont conventionné :

- **44 laboratoires départementaux d'analyses (LDA) vétérinaires, pour un total de 87 conventions passées** avec des laboratoires de biologie médicale hospitaliers ou privés, certains LDA ayant conventionné avec plusieurs laboratoires ;

- **8 laboratoires accrédités** suivant la norme ISO/CEI 17025 (police scientifique par exemple), pour un total de 10 conventions passées ;

- **12 laboratoires de recherche.**

Au 8 mai 2020, le potentiel d'analyse des laboratoires vétérinaires n'était activé qu'à hauteur de 10 % dans une quinzaine de laboratoires réalisant des tests RT-PCR. En dépit d'une nette montée en puissance, ces laboratoires indiquent encore majoritairement, au cours du mois de septembre marqué par l'explosion de la demande de tests, **ne pas être sollicités à leur capacité hebdomadaire maximale** réévaluée à 109 000 RT-PCR : celle-ci est « activée » entre **54 et 78 %** selon les semaines¹.

Comme l'ont relevé certains acteurs, cette « sous-traitance » de la phase analytique a été complexe à organiser et n'allait pas de soi en l'absence de systèmes de transmission de données sécurisées.

Si des collaborations se sont avérées fructueuses, le poids des corporatismes et l'absence d'impulsion des ARS pour les dépasser n'ont pas permis d'optimiser les ressources présentes à l'échelle des territoires en structurant des organisations plus efficaces.

2. Avec des capacités dépassées lors du pic épidémique, une doctrine de détection des cas restrictive

a) « Testez, testez, testez » : *une évidence a posteriori qui s'est imposée relativement tard*

• Pour endiguer l'épidémie, les Prs Dominique Costagliola et Yasdan Yasdanpanah ont estimé que **« la meilleure stratégie est claire : c'est tester, tester, tester et associer le résultat des tests à une prise en charge adaptée en termes médical et épidémiologique. »**²

¹ D'après les données communiquées par l'ADILVA (association française des directeurs et cadres des laboratoires vétérinaires publics d'analyse) – Résultats de l'enquête sur l'état des lieux des tests RT-PCR du SARS-CoV-2 dans le réseau des laboratoires départementaux pour la semaine 41.

² Contribution écrite transmise à la commission d'enquête.

Ce constat rejoint la **recommandation sous forme d'injonction** (« *testez, testez, testez* ») formulée par le directeur général de l'OMS le 16 mars 2020, après avoir invité l'ensemble des pays à augmenter leurs capacités en matière de dépistage dans une précédente allocution du 5 mars :

« Comme je ne cesse de le dire, tous les pays doivent adopter une approche globale. Mais pour prévenir les infections et sauver des vies, le moyen le plus efficace est de briser les chaînes de transmission. Et pour cela, il faut dépister et isoler. Vous ne pouvez pas combattre un incendie les yeux bandés. Et nous ne pouvons pas arrêter cette pandémie si nous ne savons pas qui est infecté par le virus.

Nous avons un message simple pour tous les pays : testez, testez, testez. Testez tous les cas suspects. Si le résultat du test est positif, isolez-les et trouvez avec qui ils ont été en contact étroit jusqu'à deux jours avant l'apparition de leurs symptômes, et testez également ces personnes. »

• **Rétrospectivement, ce message clé s'impose comme une évidence.**

Pour autant, l'appel de l'OMS, qui fait suite à des instructions purement techniques aux laboratoires, pouvait avoir plusieurs niveaux de lecture : comme l'analyse Mme Agnès Buzyn, il ne dit pas précisément si c'est une stratégie de dépistage à large échelle ou juste une capacité de détection précoce qui est visée, à une date où beaucoup de pays n'ont pas encore accès à la RT-PCR pour identifier les cas¹.

En outre, l'analogie avec la grippe n'a pas conduit les autorités à anticiper dès les premières alertes une mobilisation intensive des capacités d'analyse. **Des experts en santé publique ont rappelé, à l'instar du Pr Emmanuel Rush, président de la société française de santé publique, que le discours sur des tests à large échelle n'avait pas fait immédiatement consensus au sein de la communauté scientifique en santé publique.**

Le Pr Antoine Flahault, médecin de santé publique, a reconnu de même ne pas avoir été initialement *« convaincu par le discours d'un Christian Drosten ou d'un Didier Raoult sur la nécessité des tests. [...] À l'époque, je considérais que les tests ne guérissaient pas les gens et que l'on avait surtout besoin de traitements et de mesures de prévention. Pour moi, les tests ne faisaient pas partie des mesures prioritaires à prendre. (...) De fait, on ne réalise pas de tests pour la grippe saisonnière : on se contente de surveiller ce que les généralistes constatent dans leur pratique. (...) À tort, je n'ai pas perçu l'utilité et l'importance du cercle vertueux qu'enclenchent les tests, de leur capacité à enrayer les chaînes de transmission. »*²

¹ Contribution écrite transmise à la commission d'enquête.

² Audition d'experts en santé publique, 16 septembre 2020.

b) Une priorisation des tests fondée sur la pénurie qui n'a pas permis de poursuivre la stratégie visant à casser les chaînes de contamination

• Dans ces circonstances, le **conseil scientifique**, en préambule de son avis du 23 mars, est conduit à **admettre l'impossibilité matérielle de poursuivre la stratégie de détection des malades et de leurs cas contacts** : « *Le confinement est actuellement la seule stratégie réellement opérationnelle, l'alternative d'une politique de dépistage à grande échelle et d'isolement des personnes détectées n'étant pas pour l'instant réalisable à l'échelle nationale.* »

Son président l'a rappelé devant la commission d'enquête : « *Début mars, le conseil scientifique a constaté que la France avait une capacité de 3 000 tests par semaine, alors que les Allemands en effectuaient 60 000. Le conseil scientifique était convaincu que la stratégie des tests était la bonne, mais nous n'avions pas suffisamment de tests pour la mettre en œuvre.* »¹

• **La doctrine de priorisation des tests de diagnostic** en phase épidémique (cf. encadré), ciblée sur les cas graves hospitalisés par analogie avec le plan pandémie grippale, s'est avérée **stricte dans sa définition**, en écartant explicitement les formes peu symptomatiques ou les cas contacts, **et encore plus stricte dans sa mise en œuvre effective**.

La définition des publics prioritaires pour les tests RT-PCR (18 mars 2020)

Sur la base de **recommandations du HCSP**², saisi par la direction générale de la santé sur des indications prioritaires du diagnostic par RT-PCR, les consignes diffusées sous la forme d'une fiche ARS en date du 18 mars 2020³ organisent la priorisation des tests diagnostiques en phase épidémique.

Sont identifiés comme **indications prioritaires** :

- les critères liés à la gravité induisant une hospitalisation, notamment les patients présentant une symptomatologie respiratoire hospitalisés en réanimation et ceux avec des symptômes évocateurs de covid-19 hospitalisés pour une pneumopathie avec signes de gravité ;

- les professionnels de santé avec des symptômes évocateurs ;

- les critères liés à la comorbidité : personnes à risque de formes graves (selon les critères définis par le HCSP dans un avis du 14 mars) présentant des symptômes évocateurs et femmes enceintes symptomatiques ;

- les critères liés à une situation : exploration d'un foyer de cas possibles (en particulier en collectivités de personnes âgées) dans la limite de 3 tests par unité.

Ne sont plus des indications de diagnostic les formes paucisymptomatiques ; il en est de même des cas contacts qui ne sont même plus évoqués dans cette fiche.

¹ Audition du conseil scientifique covid-19, 15 septembre 2020.

² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hcsp_sars-cov2-priorisationtestsdiagnostiques-2020-03-11.pdf

³ Fiche ARS, Recommandations aux professionnels de santé en charge des prélèvements de dépistage par RT-PCR, 18 mars 2020.

Pour la DGS, cette politique est néanmoins en conformité avec les recommandations européennes et internationales dans un contexte de tensions sur les capacités diagnostiques en phase épidémique¹. Elle en donne *de facto* une lecture minimaliste.

Le 18 mars, la commission européenne, sur l'avis scientifique de l'ECDC, diffuse des recommandations pour la stratégie de test² : si celles-ci établissent en effet un classement par ordre décroissant des publics prioritaires à tester « pour assurer un usage optimal de la ressource et alléger la pression sur les laboratoires », elles soulignent toutefois l'importance des tests dans la gestion de l'épidémie, y compris pour détecter les cas asymptomatiques susceptibles de diffuser le virus à défaut d'être isolés.

La « stratégie covid-19 » de l'OMS mise à jour au 14 avril³ indique de même que « durant les périodes de transmission locale soutenue, les capacités de diagnostic peuvent s'avérer insuffisantes et il peut être nécessaire de tester en priorité les populations vulnérables risquant de développer une forme grave de la maladie, les personnels de santé et les travailleurs essentiels présentant des symptômes, ainsi que les premières personnes présentant des symptômes dans des environnements fermés [...] afin d'identifier rapidement les flambées épidémiques et d'instaurer des mesures efficaces d'isolement de tous les cas confirmés et présumés. » Elle fixe cependant comme cible nécessaire le fait de détecter « les cas présumés [...] rapidement après l'apparition des symptômes, par une recherche active des cas, par un auto-signallement, par un dépistage aux points d'entrée et d'autres approches ».

La stratégie de tests en Allemagne

Comme indiqué plus haut, l'Allemagne a atteint plus rapidement que la France ou d'autres pays européens comme l'Espagne ou le Royaume-Uni (alors respectivement à environ 15 000 et 12 000 tests par jour début avril) une capacité à tester plus importante.

Dans le même temps, la stratégie définie par l'institut Robert Koch a évolué de la manière suivante.

- Depuis fin janvier, la doctrine est de **tester toute personne présentant des symptômes ET ayant eu un contact avec une personne infectée OU revenant d'une région à forte circulation du virus** (après avis médical). Deux tests de guérison sont effectués exclusivement sur les patients hospitalisés (à intervalle de 24 h). Depuis le 30 mars, le test des personnes asymptomatiques « n'est généralement pas recommandé en raison de la signification peu claire d'un test négatif et pour économiser la capacité à tester ».

¹ Réponses écrites adressées à la commission d'enquête.

² https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/covid19_-_eu_recommendations_on_testing_strategies_v2.pdf

³ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332019/WER9519-185-208-eng-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Parallèlement, le recours aux tests sérologiques est organisé à compter du 9 avril pour évaluer l'ampleur de l'immunité de la population (étude en 3 phases sur les donneurs de sang, des *clusters* et des échantillons représentatifs).

- À compter de mi-avril, un dépistage massif mais ciblé

Un document de synthèse du ministère fédéral de la santé paru le 17 avril détaille la stratégie d'amélioration en matière de tests pour continuer à tester les plus largement possible et optimiser les processus. Des interfaces numériques permettent d'accéder aux résultats des laboratoires. **Les personnes symptomatiques, leurs contacts asymptomatiques et tout cas suspect médicalement justifié** doivent être testés. Une attention particulière doit être portée aux hôpitaux, maisons de soins, foyers pour personnes âgées ou handicapées et autres établissements accueillant des personnes vulnérables (test des patients et résidents avant chaque (ré)admission, répété à intervalles réguliers) et à leurs personnels. Un objectif est également fixé de tester en quelques jours la population totale dans des régions où l'incidence est élevée ou de réaliser des tests sentinelles réguliers sur des groupes représentatifs sélectionnés au hasard.

- Une stratégie progressivement renforcée

Une deuxième loi sur la protection de la population adoptée le 14 mai par le Bundestag permet au ministère fédéral de la santé d'obliger par décret les caisses d'assurance maladie publique à payer en principe les tests, afin d'accompagner leur réalisation à plus grande échelle. Ce sujet fait toutefois débat entre l'assurance maladie publique et les caisses privées. Parallèlement, il est recommandé d'augmenter les tests dans l'environnement des personnes particulièrement menacées (par exemple dans les maisons de retraite).

Une ordonnance du 8 juin permet le dépistage systématique dans certaines structures et sous certaines conditions (toutes les personnes présentes dans les maisons de retraite, écoles et garderies ou encore des structures comme les prisons si un cas positif est détecté ; dans les établissements de soins même sans cas avéré).

Deux ordonnances des 1^{er} et 8 août rendent obligatoire le dépistage des résidents allemands revenant de voyages dans les dernières 72 heures et des voyageurs revenant de zones à risques dans les dernières 72 heures.

- Une stratégie révisée mi-octobre. Pour éviter une surcharge des centres de tests, la stratégie est ciblée sur des publics prioritaires : les personnes symptomatiques (sur avis médical), les cas contact des personnes positives (considérés comme tels par un médecin ou les autorités sanitaires), le personnel, les patients ou résidents et visiteurs d'un établissement de santé, médico-social, scolaire ou judiciaire dans lequel un cas positif a été détecté dans les 10 derniers jours (ou même en absence de cas confirmé dans les établissements de santé et médico-sociaux), les personnes revenant d'une zone à risque et celles résidant dans une zone à forte incidence.

Source : Délégation aux affaires européennes et internationales des ministères sociaux

c) Une situation qui a fragilisé les publics les plus vulnérables

• **La priorisation du diagnostic n'est ainsi qu'un pis-aller, conséquence et corollaire de la parcimonie des tests disponibles.**

Cette situation a soulevé des incompréhensions chez les patients et leur entourage qui ont eu le sentiment, lors du pic épidémique du printemps, d'avoir été privés de quelque chose. Elle a **particulièrement exposé les soignants pour lesquels l'accès aux tests a été, dans les faits, limité**. Le président de l'intersyndicale nationale des internes a rappelé qu'au début de la crise, **seuls 53 % des internes en médecine mobilisés face à l'épidémie qui présentaient des symptômes ont pu avoir accès à un test** ; de surcroît, en cas de résultat positif, plus d'un sur deux a été contraint de continuer à travailler, mettant ainsi en danger sa sécurité comme celle des patients¹.

• **Cette politique a manqué, enfin, la cible des publics vulnérables.**

Le Pr Bruno Lina a expliqué² que la limitation des tests aux trois premiers patients dans les structures d'hébergement collectif comme les Ehpad reposait sur une logique analogue à l'épidémie grippale, alors que la situation face au coronavirus était différente : à défaut de pouvoir mettre en place une prophylaxie capable de maîtriser l'épidémie, un bilan exhaustif des personnes infectées par le SARS-CoV-2 s'avérait nécessaire.

Des campagnes de tests massives se sont déployées « au fil de l'eau » dans les Ehpad sur la base d'initiatives locales souvent impulsées par les conseils départementaux³.

Il a fallu attendre la **circulaire du 9 avril 2020** des ministres des solidarités et de la santé et de l'intérieur pour acter un élargissement de la doctrine d'emploi des tests en direction de publics prioritaires, dont les soignants et les personnels et résidents d'établissements médico-sociaux.

Comme l'a relevé toutefois la Fehap, *« le protocole de dépistage massif, prévu à compter du 14 avril, semble avoir été mis en œuvre de façon efficace, sans toutefois que les pouvoirs publics organisent véritablement la démarche sur les territoires »*.

¹ Audition de syndicats d'internes hospitaliers, 15 octobre 2020.

² Contribution écrite du Pr Lina adressée à la commission d'enquête.

³ Cf. supra les développements sur l'impact de la crise dans le secteur médico-social.

B. FACE À L' « OUVERTURE DES VANNES », UNE STRATÉGIE FUYANTE

1. Un saut quantitatif significatif : une politique de tests victime de son succès

a) *Un effort d'investissement conséquent, une montée en charge portée essentiellement par le secteur privé*

- La cellule interministérielle de tests mise en place à compter du 30 mars puis la *task force* déconfinement placée sous la responsabilité de M. Jean Castex, avec l'appui au cours des mois d'avril et de mai du cabinet Bain & Cie¹, ont accompagné un **saut quantitatif dans les capacités à tester en anticipation de la levée du confinement**. Il s'agissait de satisfaire aux « prérequis » identifiés par le conseil scientifique dans son avis du 20 avril en matière d'identification rapide des cas².

L'objectif d'une capacité de réalisation de 500 000 tests par semaine, issu d'une première évaluation de Santé publique France établie le 17 avril, a été revu à la hausse le 28 avril par le Premier ministre annonçant une cible de 700 000 tests³ à partir du 11 mai.

- **Cet effort s'est notamment appuyé sur les laboratoires privés**, pour identifier avec les douze grands groupes des estimations précises sur les capacités à réaliser des tests RT-PCR. Ces acteurs sont réunis le 14 avril pour leur demander d'être les premiers acteurs de cette montée en charge (pour une cible alors fixée à 70 % du volume assurée par le secteur privé).

Les grands groupes interrogés par les rapporteurs ont indiqué avoir **massivement investi** dans des automates et équipements périphériques⁴, notamment à compter d'avril, en assumant, une **prise de risque** à défaut de sécurisation sur les volumes ou de garantie financière de l'État. De nombreux recrutements, en plus du recours aux heures supplémentaires, ont permis d'augmenter les amplitudes horaires, de faire fonctionner des *drive* ou barnums et d'augmenter les cadences.

¹ D'après les indications de la DGS, ce cabinet est intervenu pro bono.

² Cet avis décline ce prérequis en plusieurs volets parmi lesquels :

- une capacité diagnostique des nouveaux cas reposant sur des tests RT-PCR fiables et accessibles sur l'ensemble du territoire, après une prescription médicale ;

- des lieux dédiés de diagnostic rapide des cas suspects, avec transmission rapide des résultats des tests aux individus, à leurs médecins et aux systèmes de surveillance pour le suivi de l'épidémie.

³ Dans une note en date du 22 avril à l'attention de M. Jean Castex, responsable de la mission interministérielle « déconfinement », transmise à la commission d'enquête, la directrice générale de Santé Publique France revoit l'évaluation hebdomadaire des besoins, entre 500 000 (estimation basse) et 700 000 (estimation haute). Cette évaluation était fondée sur des hypothèses de nombre de personnes malades (entre 3 et 4 000 par jour selon les estimations), de nombre de personnes présentant des symptômes évocateurs et du nombre de cas contacts (alors évalués à 20).

⁴ L'un d'eux indique avoir acquis 75 automates supplémentaires, un autre près de 100 automates et extracteurs pour plusieurs dizaines de millions d'euros.

- **D'autres actions ont mobilisé les filières industrielles françaises**, pour remédier aux difficultés d'approvisionnement constatées sur certains consommables, comme les écouvillons.

- **En outre, des commandes d'État lancées à compter de fin mars par la DGS pour plus de 10 millions d'euros ont répondu à l'objectif d'augmenter les capacités des laboratoires principalement hospitaliers.**

Deux premiers marchés ont été passés avec le fabricant chinois MGI, les 25 mars et 1^{er} avril, pour la commande, au total, de **20 automates**¹, incluant des kits d'extraction, écouvillons et consommables (pour un montant total de près de **9,3 millions d'euros TTC**). Une commande complémentaire à destination des hôpitaux ultra-marins, portant sur **10 automates** GeneXpert, un automate LightCycler et un poste de sécurité microbiologique PSM2 a été passée par l'État le 7 mai (pour un montant de plus de **830 000 euros TTC**).

Ces automates ont été répartis, d'après la DGS et la DGOS, après consultation des ARS, pour assurer un maillage territorial et en les plaçant prioritairement dans des CHU adossés à des laboratoires de recherche pour avoir l'expertise et les moyens humains nécessaires à leur fonctionnement. Deux d'entre eux ont finalement été mis à disposition de laboratoires privés, pour réaliser exclusivement des tests RT-PCR du SARS-CoV-2 d'après Cerballiance. Il ne s'agit pas toutefois d'un prêt d'après la DGOS.

¹ 20 machines ont été commandées et payées (90 324 € HT et 91 050 € HT par automate selon les bons de commande) auxquelles le fabricant a ajouté, à titre de geste commercial, une 21^e machine.

Répartition des commandes d'État d'automates PCR

Sites	Date de livraison	Sites	Date de livraison
Hospices Civils de Lyon	30/03/2020	CHU de Tours	21/04/2020
CHU de Montpellier	30/03/2020	CHU de Bordeaux	24/04/2020
CHU de Lille	01/04/2020	Laboratoire de biologie médicale « Médilys »	24/04/2020
Hôpitaux universitaires de Strasbourg	01/04/2020	Marseille AP-HM	29/04/2020
CHU de Dijon	06/04/2020	CHU de Clermont-Ferrand	30/04/2020
Paris AP-HP (2 automates)	07/04/2020	CHR d'Orléans	05/05/2020
CHU de Rennes	07/04/2020	CHU d'Amiens	25/05/2020
Laboratoire « Cerballiance Côte d'Azur »	07/04/2020	Guadeloupe (3 automates : Pointe-à-Pitre, Saint Martin, Marie-Galante)	du 11/05/2020 au 15/05/2020
CHU de Poitiers	15/04/2020	Martinique (2 automates)	
CHU de Rouen	15/04/2020	Guyane (3 automates : Saint-Laurent-du-Maroni, Saint-Georges, Kourou ; 2 équipements autres Cayenne)	
CHU de Nancy	17/04/2020	Mayotte	
CHU de Toulouse	17/04/2020	Saint-Pierre-et-Miquelon	
CHU de Nantes	21/04/2020		

Source : DGS et DGOS

S'ils ont répondu à une finalité légitime, ces investissements de l'État et surtout la manière dont ils ont été exploités soulèvent quelques interrogations.

Le Pr Philippe Froguel a estimé que ces automates avaient été « *mal distribués et souvent mal utilisés* »¹, commandés « *de manière chaotique sans s'assurer des compétences et motivations des CHU pour les mettre en place* »².

Le directeur général de l'AP-HP, destinataire de deux automates MGI, a souligné de même plusieurs points faibles. Il a notamment **regretté que cet investissement ne se soit pas inscrit dans une véritable « stratégie coordonnée »** entre la DGOS et les ARS : « *après la phase d'acquisition, il n'y a pas eu de pilotage national des plateformes acquises qui aurait permis d'optimiser leur fonctionnement notamment par mutualisation des capacités de tests entre les différentes régions* »³.

¹ Audition sur la politique de dépistage, 10 septembre 2020.

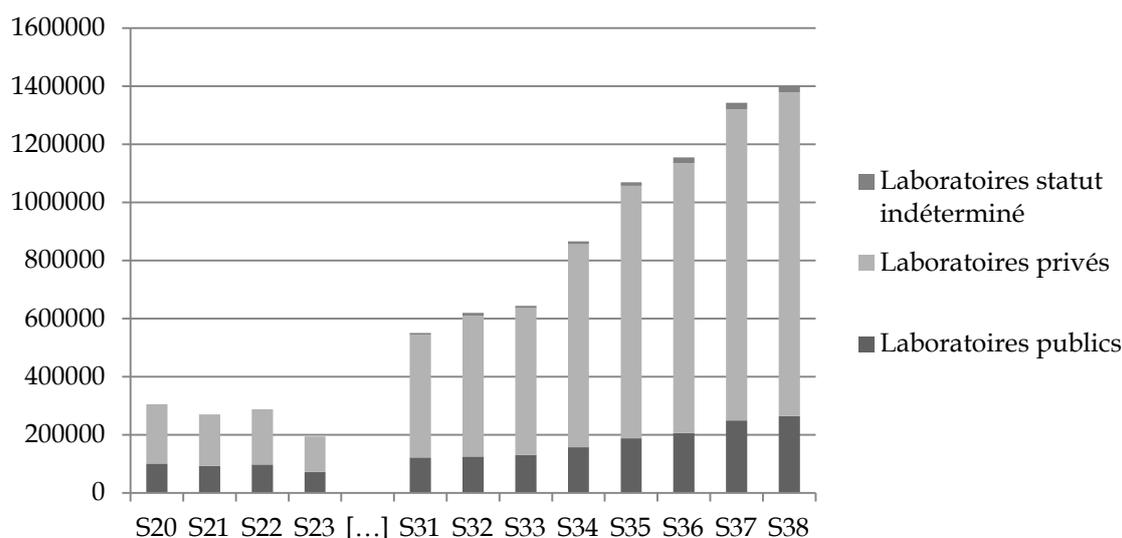
² Contribution écrite adressée à la commission d'enquête.

³ Contribution écrite adressée à la commission d'enquête.

La DGS n'a pas donné d'indication, en réponse aux sollicitations des rapporteurs, sur les dates effectives de mise en fonctionnement des équipements, qui dépendent de chaque établissement receveur. Seul Cerballiance a indiqué que l'automate reçu avait pu fonctionner à compter du 27 mai (soit près d'un mois et demi après la livraison). Concernant les cadences, les données transmises par la DGOS sur les 18 laboratoires publics receveurs, portant sur la seule période juillet-septembre, montrent une montée en puissance effective à compter de la dernière semaine d'août, en passant de 15 000 tests hebdomadaires réalisés dans 13 sites sur 18 début juillet à près de 130 000 mi-septembre dans les 18 sites alors opérationnels.

Concrètement, les laboratoires privés assument en septembre, passé le cap du million de tests PCR, près de 80 % des examens diagnostiques (78 % la semaine du 12 septembre 2020), ce qui relativise la place du secteur hospitalier dans la politique de test.

Évolution du nombre de tests RT-PCR réalisés par catégorie de laboratoires entre le 11 mai et le 20 septembre 2020



Source : Commission d'enquête, à partir de données de la Drees

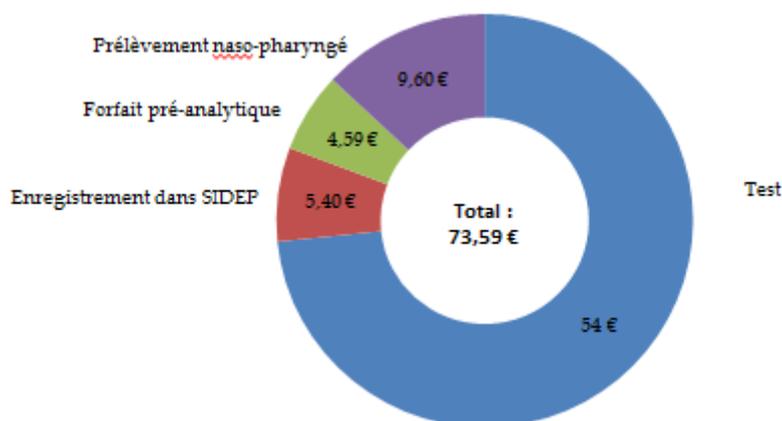
b) Une « libéralisation » de l'accès aux tests sans stratégie claire : un immense gâchis ?

- L'accès aux tests en cas de symptôme évocateur ou d'identification comme cas contact a été porté par deux principales mesures :

- la **prise en charge à 100 %** des tests RT-PCR par l'assurance maladie, décidée dans la perspective de la levée du confinement¹ ;

¹ Décret n° 2020-520 du 5 mai 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus.

Décomposition du coût unitaire d'un test RT-PCR (remboursement de l'assurance maladie aux laboratoires)



Source : Commission d'enquête d'après les données de la Cnam

- la levée de l'obligation de prescription médicale pour leur prise en charge¹, destinée à faciliter l'accès aux tests PCR à un moment où, comme l'a rappelé la directrice déléguée à la gestion et l'organisation des soins de la caisse nationale de l'assurance maladie, « le nombre de tests réalisés plafonnait »². Cette mesure a également répondu à la préoccupation de ne pas saturer le système de soins primaires.

Parallèlement, à compter seulement de l'été alors que ces assouplissements avaient été sollicités dès le printemps, plusieurs textes ont étendu les catégories de personnels autorisés à pratiquer des prélèvements naso-pharyngés³ et ceux pouvant participer à la phase analytique⁴.

¹ Arrêté du 24 juillet 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé.

² Audition des acteurs chargés du traçage numérique des cas contacts, 22 septembre 2020.

³ L'arrêté du 10 juillet 2020 a autorisé les techniciens de laboratoire médical ainsi que sous certaines conditions des étudiants en médecine et en soins infirmiers. L'arrêté du 24 juillet 2020 a complété cette liste en autorisant les infirmiers diplômés d'État ainsi que, sous certaines conditions, des étudiants en odontologie, en maïeutique et en pharmacie, des aides-soignants, sapeurs-pompiers, marins-pompiers et secouristes des associations agréées de sécurité civile titulaires d'une formation adéquate aux premiers secours. Un autre arrêté du 16 octobre étend encore l'autorisation aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, préparateurs en pharmacie, manipulateurs d'électroradiologie médicale, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et secouristes.

⁴ L'arrêté du 10 août 2020 a rendu cette participation possible à des personnes possédant un diplôme dans le domaine de la biologie moléculaire ou justifiant d'une expérience professionnelle d'au moins un an dans ce domaine ainsi qu'à des personnes possédant un diplôme (du BTS au Master) dans une spécialité énumérée (biologie, chimie, ...), encadrées par un technicien de laboratoire médical.

En outre, suivant une stratégie d'« aller vers », des campagnes de dépistage ciblées ont pu être organisées à compter de juin par des ARS et l'assurance maladie dans des lieux identifiés comme à risque¹ ou pour détecter d'éventuels *clusters* dormants², sans que des éléments de bilan soient cependant transmis aux rapporteurs.

• **Ces différentes mesures ont accompagné, après une phase de relative atonie** (le nombre de tests hebdomadaires réalisés oscille entre 200 000 et 300 000 dans les semaines suivant le déconfinement et jusqu'à fin juin)³, **une forte augmentation de la demande de tests** : le « cap » des 500 000 tests est dépassé la semaine du 3 août, celui des 800 000 la semaine du 24 août et plus d'un million de tests sont réalisés celle du 7 septembre ; cette « vague » de demandes est portée par celles associées aux voyages internationaux et à la reprise d'activité professionnelle, dans une période de congés d'été des personnels des laboratoires – autorisés alors que l'activité était jusqu'alors faible – et de congés dans les laboratoires publics.

L'affichage d'un nombre de tests toujours plus élevé, supérieur aux objectifs fixés avec les acteurs du secteur, a occulté l'embolisation des laboratoires et la dérive constatée dans certaines régions dans les délais d'accès au test et de rendu du résultat.

Les longues files d'attente devant les laboratoires dans certaines villes dans lesquelles se mêlent patients symptomatiques, cas contacts identifiés par les autorités ou supposés, personnes cherchant à se rassurer ou d'autres ayant besoin d'un test pour voyager, ont été l'image marquante pour le grand public de ces dysfonctionnements. Comme le résume le Pr Philippe Froguel, « 1 million de tests faits dans l'anarchie la plus totale sont inefficaces et coûtent cher à la collectivité »⁴.

Le conseil scientifique alertait, dès son avis du 27 juillet, sur le fait que la recrudescence des cas s'accompagnait d'une « *difficulté émergente pour l'accès au « testing », non pas par un défaut de capacité de tests, mais du fait de difficultés d'organisation, d'un manque d'attractivité et d'un nombre de centres de prélèvements insuffisant, entraînant parfois des délais incompatibles avec une prise en charge adaptée et rapide* ».

¹ Cf. MINSANTE 118 du 8 juin 2020 relatif à l'organisation de campagnes de dépistage préventif dans les lieux identifiés comme à risque de clusters (notamment établissements de santé, Ehpad ou établissements d'hébergement de personnes handicapées, centres d'hébergement d'urgence foyers de travailleurs migrants, résidences universitaires, foyers d'aide sociale à l'enfance, établissements pénitentiaires, lieux d'hébergement de travailleurs saisonniers, milieux professionnels confinés...)

² En juillet, le ministère en charge de la santé et la CNAM ont notamment envoyé 1,3 million de « bons » de dépistage aux habitants de 32 communes de la région Île-de-France de plus de 10 000 habitants (sélectionnées sur un critère épidémiologique, un critère d'accès au dépistage et des critères liés à la situation économique et sociale) pour réaliser des tests virologique et sérologique.

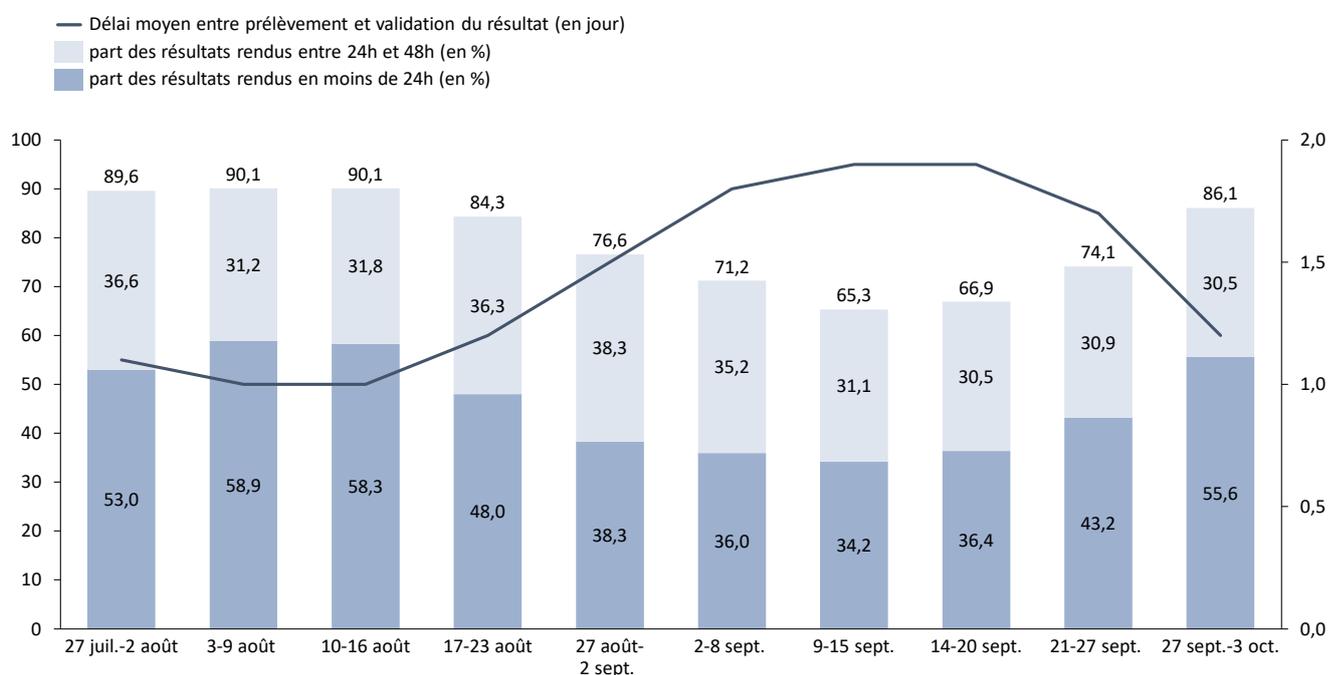
³ Pour la DGS, cela tient à un nombre de cas contacts inférieur à l'hypothèse retenue dans les estimations de Santé publique France (2 à 3 contre 20), dans un contexte par ailleurs de ralentissement de la circulation du virus

⁴ Contribution écrite adressée à la commission d'enquête.

Ce n'est que le 11 septembre que le Gouvernement a annoncé un accès prioritaire aux tests et à leurs résultats – dans le délai de 24 heures recommandé par l'OMS – pour les personnes symptomatiques, les cas contacts et les personnels soignants.

Les données de SI-DEP traitées par la Drees¹ mettent en évidence une **hausse du délai moyen entre le prélèvement et la validation du résultat de mi-août à mi-septembre, oscillant entre 1 et 1,9 jour.**

Évolution des délais entre le prélèvement en laboratoire et la validation du résultat du test RT-PCR



Source : Commission d'enquête à partir des données de la Drees (notes hebdomadaires sur les résultats des tests RT-PCR et ELISA par jour à partir des données SI-DEP et de la plate-forme Drees)

La durée moyenne cache toutefois des nuances entre laboratoires publics et privés² ainsi que **d'importantes disparités territoriales** : pour les prélèvements réalisés du 9 au 15 septembre, le délai moyen (1,9 jour) s'étirait ainsi de 0,7 jour en Guyane à 2,8 jours en Île-de-France, pour atteindre 3,6 jours dans trois départements³. Elle est par ailleurs plus élevée (de 0,3 jour la semaine citée) lorsque le test est positif.

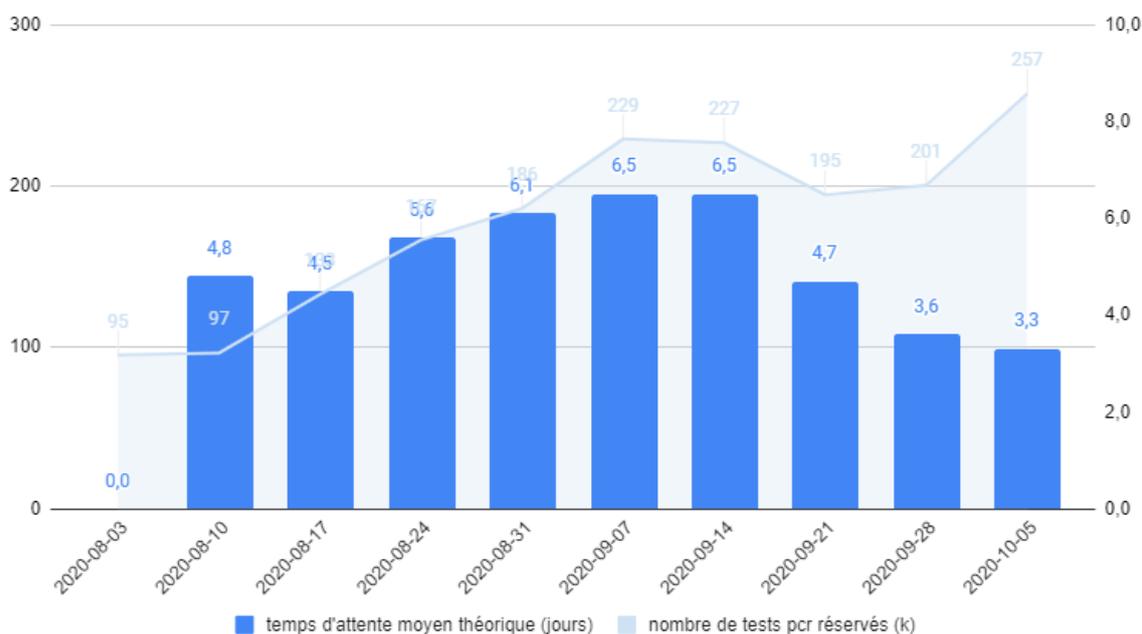
¹ Notes hebdomadaires de la Drees communiquées à la commission d'enquête sur les résultats des tests RT-PCR et ELISA par jour à partir des données SI-DEP et de la plateforme Drees.

² Selon les semaines, de 30 à 50 % des laboratoires publics fournissent des résultats en moins de 12 heures, contre 10 à 20 % des laboratoires privés.

³ En l'occurrence les Alpes-de-Haute-Provence (04), le Tarn (81) et l'Essonne (91).

En amont, les données transmises aux rapporteurs par Doctolib sur un échantillon d'environ 1 000 sites de prélèvement inscrits sur la plateforme¹ montrent un allongement parallèle, entre août et septembre, **des délais d'accès au prélèvement**², avec également d'importantes variations territoriales.

Délai d'attente moyen pour un prélèvement auprès des laboratoires inscrits sur la plateforme Doctolib sur la période août-octobre 2020



Source : Doctolib

Si une amélioration dans les délais se dessine progressivement, grâce au déploiement de tests antigéniques rapides à compter d'octobre, il apparaît néanmoins regrettable que l'ouverture des « vannes » engagée par l'État dans l'accès aux tests ne se soit pas accompagnée des outils permettant de s'assurer de la qualité du service rendu et, par voie de conséquence, de l'utilité opérationnelle des tests dans la lutte contre la transmission du virus.

Les graphes présentés ci-dessus illustrent l'échec de la stratégie d'endiguement de l'épidémie. Pour les rapporteurs, cette situation met plus généralement en évidence une **carence du pilotage stratégique de la politique de tests** : les hésitations dont elle a été l'objet, l'absence de « voix » scientifique claire pour en porter la doctrine comme les dysfonctionnements pratiques auxquels elle s'est heurtée n'ont pas facilité l'appropriation des enjeux par la population.

¹ Le nombre de sites inclus oscille entre 781 la semaine du 3 août et 1157 la semaine du 5 octobre.

² Ce délai est calculé selon la méthode dite du « days to third next available appointment » c'est-à-dire la durée moyenne entre le jour de la recherche et le troisième rendez-vous disponible.

2. Repenser une stratégie à la peine

a) *Optimiser l'organisation des moyens disponibles à l'échelle territoriale*

« *Nous sommes aujourd'hui à la croisée des chemins avec une puissance analytique considérable qui doit être organisée* » : tel est le constat établi le 10 septembre par le Pr Bruno Lina devant la commission d'enquête, partagé par le président du syndicat des biologistes médicaux qui a lancé ce jour-là un appel pour « *revenir à l'essentiel* ».

Ces propos illustrent en creux la carence de stratégie opérationnelle des autorités sanitaires en matière de recours aux tests.

Au-delà des objectifs quantitatifs promus, comment l'accès aux tests prend-il sens, associé au traçage et à l'isolement des cas, pour casser les chaînes de contamination suivant la doctrine martelée par le Gouvernement à la veille de la levée du confinement ?

La mission indépendante diligentée par l'exécutif, présidée par le Pr Didier Pittet, a pointé les limites du dispositif actuel dans son rapport d'étape du 13 octobre en appelant à « *assumer clairement que les tests ont vocation à casser les chaînes de contamination* ». Comme le note ce rapport, « *l'annonce d'ajustements successifs sur les priorités d'accès et les modalités de leur mise en œuvre [...] ne permettent plus au grand public d'en comprendre les enjeux* ». Sa proposition visant à mettre en place rapidement une *task force* met en lumière les lacunes du pilotage de cette politique, dans laquelle seule la direction générale de la santé semble avoir été à la manœuvre.

Dans les faits, la logique de diagnostic, à finalité médicale, c'est-à-dire la détection des cas symptomatiques supposés et de leur cas contacts, s'est superposée à une logique de dépistage, à finalité de santé publique, dont les objectifs n'ont cependant jamais été définis et dont les filières d'accès n'ont pas été organisées.

En témoignent les sollicitations en ordre dispersé reçues en septembre par les laboratoires privés, matériellement ingérables, pour tester ici le personnel médico-social d'un département, là les étudiants d'une université¹.

En dehors d'un effort de pédagogie dans la communication grand public qui a indéniablement fait défaut, il paraîtrait souhaitable de pouvoir **mobiliser une puissance d'organisation de l'accès aux tests au niveau des territoires, avec des filières adaptées aux finalités recherchées.**

Le principe de plateformes territoriales à haut débit, évoqué par le Pr Froguel lors de son audition, permettrait, dans le cadre exceptionnel d'une pandémie, de mutualiser les capacités d'analyse des différents acteurs, notamment pour organiser le dépistage à une échelle populationnelle.

¹ Audition sur la politique de dépistage, 10 septembre 2020.

À la mi-octobre, plusieurs initiatives sont en cours de déploiement en ce sens, notamment dans l'agglomération lilloise, dans le cadre du partenariat entre l'institut Pasteur de Lille et un groupe privé.

Les ARS devraient jouer un rôle d'impulsion ou facilitateur, alors que les initiatives qui ont pu être conduites tôt en ce sens (par exemple celle organisée par l'IHU de Marseille au printemps, avec le renfort des marins-pompier) ont d'après leurs promoteurs rarement bénéficié de ce soutien.

Proposition n° 21 : se mettre en capacité d'activer, en phase épidémique, des plateformes territoriales de tests associant l'ensemble des acteurs (laboratoires de biologie publics et privés, laboratoires de recherche ou vétérinaires), en mutualisant les capacités d'analyse à l'échelon régional

b) Unifier le processus d'évaluation des tests pour accélérer l'introduction des innovations

- Les tests virologiques comme sérologiques sont des **dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*** dont l'accès au marché européen, selon un principe de libre circulation, est subordonné à un **marquage CE relevant de la responsabilité du fabricant** en fonction de l'évaluation de leur conformité à des exigences essentielles de sécurité et de performances¹.

- Les tests commercialisés ont fait l'objet d'une **évaluation par le CNR de leurs performances**, au regard, s'agissant des tests RT-PCR, de sa technique de référence, afin d'éclairer les biologistes des secteurs public et privé dans le choix des réactifs qu'ils commandent directement auprès des fournisseurs, sur la base de critères de validation des résultats définis par l'ANSM et la HAS.

Face à une demande sans précédent, le rendu des résultats d'évaluation a pu s'étirer sur deux à trois semaines.

L'attente a été particulièrement longue pour les tests sérologiques, dont l'évaluation par le CNR s'est fondée sur un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé dans le cadre d'une auto-saisine et mis en ligne le 16 avril 2020² tandis que l'inscription de ces tests à la nomenclature des actes de biologie médicale et leur prise en charge ont été actées le 27 mai³.

¹ Les conditions d'accès au marché de ces dispositifs sont régies par la directive 98/79/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 octobre 1998. À compter du 26 mai 2022, ces dispositions seront remplacées par celles du Règlement (UE) 2017/746.

² Celui-ci fixe des valeurs seuils minimales pour la spécificité clinique (98 %) et la sensibilité clinique (90 % ou 95 % selon l'usage).

³ Décret n° 2020-637 du 27 mai 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus et arrêté publié à la même date.

L'évaluation a permis de limiter au maximum les risques de faux-positifs ou de faux-négatifs et d'éviter le recours à des kits de tests de qualité médiocre, à l'instar de l'Espagne où une première campagne de diagnostic a été lancée avec des dispositifs n'assurant le diagnostic que de 30% des cas.

Si la plupart des acteurs s'accordent sur la **nécessité d'une évaluation** à laquelle le marquage CE ne répond pas¹ et pour laquelle le CNR dispose d'une expertise, il apparaît également opportun face à un épisode pandémique d'**aller plus vite dans la procédure de validation des dispositifs - notamment innovants - pour accélérer leur utilisation**. Certains grands groupes privés de laboratoires ont ainsi indiqué aux rapporteurs avoir procédé en interne à des évaluations par des experts sans attendre celles du CNR afin d'orienter leurs commandes et limiter le risque de pénuries.

L'encadré page suivante retrace les différentes décisions relatives au déploiement des différents types de tests, virologiques et sérologiques.

Les Prs Dominique Costagliola et Yazdan Yazdanpanah ont estimé que **l'expertise d'évaluation des tests, face à un nouveau pathogène, aurait gagné à être mutualisée à l'échelle européenne** voire internationale pour accélérer le processus, ce qui aurait supposé la conception en amont d'éléments de coordination à l'échelle européenne².

Comme l'ont suggéré le Haut Conseil de la santé publique et le Pr Bruno Lina³, **une structure ou plateforme dédiée pourrait permettre, face à un évènement pandémique, d'augmenter la réactivité et la capacité analytique en matière d'évaluation**.

En outre, le dispositif d'autorisation préalable des patients pour l'accès aux échantillons biologiques a constitué, de leur avis, un frein aux capacités d'étude des kits : une dérogation à la loi Jardé⁴ visant, dans de telles circonstances, à faciliter la constitution d'une « biobanque » centralisée contribuerait à ce même objectif.

Proposition n° 22 : mutualiser l'expertise en matière d'évaluation des tests pour augmenter la réactivité et la capacité analytique en temps de crise et concevoir en amont des éléments de coordination de l'évaluation à l'échelle européenne

Proposition n° 23 : faciliter la constitution d'une banque d'échantillons biologiques pour permettre d'évaluer plus rapidement les kits de tests

¹ Les conditions de prise en charge des tests fixées par voie réglementaire ont d'ailleurs prévu la possibilité de substituer la validation par le CNR au marquage CE quand celui-ci n'était pas encore disponible.

² Contribution écrite adressée à la commission d'enquête.

³ Contributions écrites adressées à la commission d'enquête.

⁴ Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine.

Les différents types de tests virologiques et sérologiques et leur calendrier d'introduction

Principaux avis et décisions publiés en 2020	
Types de tests	<p>Arrêté du 7 mars d'inscription à la nomenclature Décret du 5 mai de prise en charge à 100%</p> <p>Arrêté du 24 juillet de prise en charge sans prescription médicale Arrêtés des 10 juillet, 24 juillet, 10 août et 16 octobre étendant les professionnels autorisés à pratiquer les prélèvements ou analyses</p> <p>Arrêté du 15 septembre autorisant ces tests pour des campagnes de dépistage collectives Avis de la HAS du 24 septembre favorable à l'inscription à la nomenclature pour des patients symptomatiques jusqu'à 7 jours après apparition des symptômes, sous condition de sensibilité (>80%) et de spécificité (>99%) cliniques</p> <p>Avis de la HAS du 8 octobre favorable à l'utilisation jusqu'à 4 jours après apparition des symptômes (si négatif, confirmation par test PCR chez patients à risque de forme grave) ou pour réaliser des actions de dépistage à large échelle au sein de populations ciblées</p> <p>Arrêtés du 16 octobre inscrivant ces tests à la nomenclature et les autorisant également dans des situations de dépistage individuel sur personnes asymptomatiques, hors cas contact, et sur personnes symptomatiques dans certaines conditions</p> <p>Avis de la HAS du 7 août favorable, en l'absence de données suffisantes, à l'engagement d'un « forfait innovation »</p> <p>Avis de la HAS du 18 septembre favorable à la prise en charge d'un test RT-PCR à partir d'un prélèvement salivaire sur patients symptomatiques, lorsque le prélèvement nasopharyngé est impossible ou difficile</p> <p>Avis de la HAS du 24 septembre favorable à la prise en charge, pour les patients asymptomatiques quand le prélèvement nasopharyngé est impossible ou difficile ; pas d'intérêt chez les patients symptomatiques compte tenu du prélèvement salivaire</p> <p>Avis de la HAS du 15 octobre précisant les usages possibles des différents tests</p>
<p>Tests virologiques → Détecter la présence d'une infection au virus</p>	<p>Test moléculaire de détection du génome du virus par amplification (RT-PCR) sur prélèvement nasopharyngé <i>résultat en 24h en général – nécessite une analyse sur équipement technique particulier</i> <i>Technique de référence selon la HAS</i></p> <p>Test rapide antigénique sur prélèvement nasopharyngé <i>résultat en moins de 30 minutes – pas besoin d'équipement technique particulier</i></p> <p>Test RT-PCR ou antigénique sur prélèvement salivaire</p> <p>Test RT-PCR sur prélèvement oropharyngé</p> <p>Test multiplex détectant les génomes des virus responsables d'infections respiratoires hivernales (dont la grippe) et du Sars-Cov-2 ou test duplex influenza A et B/Sars-CoV-2</p> <p>Test ELISA à partir d'une prise de sang <i>réalisé en laboratoire</i></p>
<p>Tests sérologiques → Savoir si une personne a produit des anticorps en réponse à une infection antérieure par le virus</p>	<p>Cahier des charges de la HAS établi le 16 avril définissant les modalités d'évaluation des performances des tests sérologiques et fixant des valeurs seuils minimales (98 % pour la spécificité clinique et 90 % ou 95 % selon l'usage du test pour la sensibilité clinique)</p> <p>Avis de la HAS du 1^{er} mai sur la place des tests sérologiques Arrêté du 28 mai sur la prise en charge à 100% avec une ordonnance médicale</p> <p>Avis de la HAS du 14 mai sur la place des tests sérologiques rapides dans la stratégie de prise en charge de la Covid-19 précisant les conditions de recours à ces tests et recommandant en cas de résultat positif une confirmation par un test ELISA</p> <p>Arrêté du 10 juillet autorisant leur utilisation par les médecins (ou sous leur responsabilité par un autre professionnel de santé) et les pharmaciens d'officine</p> <p>Avis de la HAS du 14 mai considérant leur utilisation prématurée en l'absence notamment de données sur leurs performances en conditions réelles d'utilisation Arrêté du 10 juillet interdisant leur pratique</p>
	<p>Autotests <i>susceptibles d'être réalisés à domicile</i></p>

II. « TRACER ET ISOLER » : UNE DÉMARCHE DE SANTÉ PUBLIQUE EN ÉCHEC

À moins de quinze jours de la levée du premier confinement, et alors que le nombre de patients atteints de covid-19 nécessitant des soins hospitaliers connaissait une diminution progressive depuis le début de la deuxième quinzaine d'avril, les efforts des pouvoirs publics se sont dirigés vers un unique objectif : **éviter un rebond du nombre des hospitalisations, qui précipiterait la saturation de ressources hospitalières très fragilisées.**

Cet objectif passait, selon l'avis du 20 avril 2020 du conseil scientifique covid-19¹, par un « *programme extrêmement ambitieux de contrôle de l'épidémie [qui] doit permettre d'identifier très rapidement et de façon aussi exhaustive que possible les cas probables sur le territoire national afin de les tester et de les isoler s'ils sont positifs* ».

Outre la politique de dépistage, qui vient d'être évoquée, les points saillants reposent sur les deux derniers piliers du triptyque énoncé par M. Édouard Philippe, alors Premier ministre, au cours de sa déclaration devant l'Assemblée nationale du 27 avril :

- **l'identification exhaustive des cas probables et de leurs contacts** (« tracer »). Cette étape, pour être exhaustive, doit distinguer les cas contacts *connus* du cas probable ou positif, qu'il est possible de retracer par un échange avec ce dernier, et les cas contacts *inconnus ou fortuitement croisés*, que seul un traçage de plus grande échelle permet d'identifier ;

- **la mise en œuvre de leur isolement par une infrastructure étoffée dédiée à leur suivi** (« isoler »).

A. LA DÉTECTION DES CLUSTERS PAR LE TRAÇAGE : UNE INTENTION BIEN ENGAGÉE MAIS UNE MISE EN ŒUVRE TROP LIMITÉE

1. Le traçage des contacts connus : une grande idée pour casser les chaînes de contamination

a) *La détection des contacts : une nécessité de définir un cadre dérogatoire à la transmission des données de santé*

La **détection des cas positifs et des cas contacts** passe par la déclaration volontaire auprès d'un référent sanitaire (médecin généraliste, laboratoire d'analyse médicale, système numérisé d'aide au diagnostic) de tout cas suspect et, en cas de diagnostic positif, par l'identification la plus précoce possible de ses contacts.

¹ Avis n° 6 du conseil scientifique covid-19 du 20 avril 2020, Sortie progressive de confinement – prérequis et mesures phares .

La compilation des cas répertoriés et de leurs contacts nécessite par ailleurs la mobilisation de personnels dédiés, désignés par le conseil scientifique comme des « **plateformes professionnalisées territoriales** », qui ont été dans un premier temps baptisées « brigades sanitaires » par le Premier ministre. Le regroupement et le traitement de données de santé spécifiques par ces équipes dédiées soulève alors d'importants « enjeux de protection de l'identité des personnes et de confidentialité des données les concernant ».

Au cours de son audition le 30 avril 2020 par la commission des affaires sociales du Sénat, M. Jean-François Delfraissy, président du conseil scientifique, avait alors évalué ces besoins **entre 15 et 20 000 personnes**, et avait rappelé que la Corée du Sud, dont il est admis que la stratégie d'endiguement de l'épidémie doit beaucoup au suivi sanitaire des cas contacts, y avait consacré plus de 18 500 personnes.

Ces objectifs se heurtaient à plusieurs **obstacles juridiques**, relatifs au suivi épidémiologique des cas contacts et à la collecte des données de santé, qui ont été **levés par la loi du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire**¹.

L'accès et le partage des données de santé à caractère personnel par les professionnels qui en sont les destinataires habituels sont, en temps normal, étroitement encadrés par l'**article L. 1110-4 du code de santé publique (CSP)**, qui prévoit notamment le droit de chaque personne prise en charge par un professionnel de santé de voir **appliquer le secret aux informations qui la concernent, a fortiori celles relatives à sa santé**.

Aussi, la loi du 11 mai 2020 prévoit-elle de procéder au **partage de données relatives aux personnes atteintes par ce virus et aux personnes ayant été en contact avec elles**, dans un cadre dérogatoire à l'article L. 1110-4 du CSP défini par :

- la **levée du secret médical** sur les informations considérées et la possibilité ouverte au médecin de les communiquer à des tiers non professionnels de santé ;
- cette communication pouvant se faire **sans recueil du consentement préalable du patient** ;
- enfin, la **suspension du droit que détient la personne de s'opposer à tout moment** à l'échange et au partage de ses données de santé.

¹ Loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, article 11.

b) Le plan de « traçage » initial : l'ambition inaboutie de « plateformes spécialisées »

Pour la mise en œuvre pratique de la recherche des cas contacts, le Premier ministre avait, dès sa déclaration devant l'Assemblée nationale du 27 avril, annoncé la nécessité de recourir à des **effectifs divers et étoffés** : « pour tracer les contacts, pour remonter jusqu'à ceux qui ont croisé le chemin d'un malade, il faudra faire appel à des **effectifs supplémentaires** pour renforcer les équipes de médecins. J'évoquais l'appui des personnes de l'assurance maladie ; on pourra sans doute, dans ces brigades, **accueillir du personnel des CCAS, des mairies, des départements, ou du personnel mis à disposition par des associations comme la Croix-Rouge**. Encore une fois, c'est aux équipes locales qu'il reviendra de constituer ces brigades, mais il est certain qu'elles ne seront pas uniquement composées de médecins ».

En conséquence, la direction générale de la Cnam, avant la promulgation de la loi prorogeant l'état d'urgence sanitaire a fait parvenir le 30 avril à l'ensemble des médecins de ville un courrier descriptif d'un **plan de repérage distinguant trois niveaux** :

- au premier niveau, le **médecin généraliste** se voit investi, comme c'est déjà le cas, de la prise en charge de ses patients atteints de la covid-19. S'y ajoute désormais une **mission de recherche active des cas contacts**. L'identification et le dépistage des membres du foyer lui incombent ; il doit s'efforcer par ailleurs d'identifier les cas contacts extérieurs au foyer, dont le traçage peut être délégué à une plateforme spécialisée ;

- le transfert des informations fournies par le médecin généraliste à la **plateforme spécialisée**, qui constitue le deuxième niveau, est conditionné au constat d'un cas positif. La plateforme, dont la composition exacte n'est alors pas précisée mais dont on envisage qu'elle comprendra des agents des caisses d'assurance maladie et des personnels médicaux extérieurs, est chargée de **finaliser la recherche des cas contacts au cas où des informations seraient incomplètes**. Elle a aussi pour mission de **prendre contact dans les 24 heures avec chacune des personnes contacts**, afin de les inviter à rester confinées à leur domicile, de réaliser un test dans un certain délai au regard de la date du contact avec le patient malade, de leur délivrer directement un arrêt de travail si cela est nécessaire et d'évaluer les éventuels besoins d'accompagnement social de ces personnes au cours de leur période d'isolement ;

- un troisième niveau de « traçage » peut être assuré par les **ARS** pour la **gestion des chaînes de contamination complexes** (patients résidents en foyer, en établissement médico-social, etc.) **susceptibles de déboucher sur des clusters**.

Positionnées au cœur des nouvelles opérations de traçage, les « **plateformes spécialisées** » **n'ont pas à ce jour fait l'objet de traduction législative ou réglementaire**. En effet, lors de l'examen par le Parlement de la loi du 11 mai 2020, le choix a été fait d'ouvrir à plusieurs types de professionnels un accès étendu aux informations bénéficiant du cadre dérogatoire précédemment décrit, **sans pour autant positionner ces acteurs dans une structure distincte**.

Ces professionnels, limitativement énumérées, sont globalement issus, outre les personnels de Santé publique France, des organismes d'assurance maladie et des ARS :

- des **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** ;
- des **établissements de santé, sociaux et médico-sociaux** ;
- des **structures sanitaires de proximité**, regroupant centres de santé et maisons de santé ;
- des **services de santé au travail** ;
- des **pharmaciens** ;
- des **médecins** prenant en charge les personnes concernées (infectées ou susceptibles de l'être) ;
- enfin, des **laboratoires autorisés à réaliser les examens de biologie médicale de dépistage**.

Cette énumération, contrairement à ce que préconisait l'avis du 20 avril 2020 du conseil scientifique covid-19 qui appelait à un recrutement large de ces plateformes, a donc **limité les opérateurs du traçage à des professionnels de santé, par ailleurs non réunis dans des plateformes dédiées**.

c) Les outils du traçage : les fichiers SI-DEP et Contact-Covid

Le dispositif de traçage des cas contacts s'appuie actuellement sur **deux systèmes d'informations distincts** :

- d'une part, un **premier traitement SI-DEP** (système d'information national de dépistage populationnel), qui vient en appui des opérations d'identification, de dépistage et de suivi des personnes infectées. Mis en œuvre sous la responsabilité du ministère de la santé, essentiellement alimenté par les laboratoires de test, il permet le suivi des opérations de dépistage et la diffusion des résultats des tests aux intéressés ;

- d'autre part, un **second traitement Contact-Covid** utilisé par les opérateurs chargés d'identifier les cas contacts puis de leur proposer des mesures de dépistage, et, le cas échéant, de mise à l'isolement prophylactique. Il s'agit concrètement d'un téléservice accessible par le portail « Amelipro » (habituellement utilisé par les professionnels de santé) et mis en œuvre sous la responsabilité de la Cnam. Il permet notamment à ses utilisateurs de **créer une fiche de suivi** pour chacun des patients testés positifs à la covid-19, et aux plateformes téléphoniques de l'assurance

maladie d'appeler les personnes à risque pour évaluer leur degré d'exposition. Ainsi, il recense l'identité des cas contacts indiqués par le malade et des informations relatives au risque d'exposition encouru par ce dernier (lien avec le « patient zéro », fréquence et durée des contacts).

Compte tenu de la sensibilité des données traitées par ces nouveaux outils, plusieurs garanties ont été apportées, notamment :

- la création d'un **comité de contrôle et de liaison**, chargé par la loi du 11 mai 2020 d'évaluer l'apport réel des outils numériques à l'action des équipes sanitaires de terrain et de vérifier au respect des garanties entourant le secret médical et la protection des données personnelles ;

- un **avis public de la commission nationale de l'informatique et des libertés**, rendu le 11 septembre 2020.

Aux termes de ce dernier, **les deux fichiers présentent un niveau global de conformité satisfaisant**, avec toutefois la détection de plusieurs cas d'adresse de données de santé par les CPAM à des ARS sans recours à une messagerie sécurisée. Interrogée sur ce point particulier par les rapporteurs, la Cnam a affirmé qu'en cas de signalement d'un *cluster* potentiel à l'ARS, le signalement se faisait effectivement « *par messagerie simple mais ne comportait aucune donnée nominative ni aucune donnée de santé, puisqu'est utilisé un numéro de fiche* »¹.

2. Un bilan très mitigé, du fait d'une mise à l'écart du médecin traitant et d'une application en partie contraire à l'intention du législateur

a) Une architecture du traçage assez éloignée de l'épure initiale

À l'issue de la mise en place des systèmes d'information et des opérateurs du traçage, l'architecture d'ensemble est assez différente de l'épure initialement décrite. Contrairement aux intentions exprimées par le Premier ministre, l'organisation du traçage a moins dépendu de la définition d'un circuit dédié que des **autorisations d'accès aux systèmes d'informations nouvellement créés**.

Ainsi, le décret du 12 mai 2020² prévoit que les professionnels travaillant au sein des laboratoires de biologie médicale qui procèdent à des examens de dépistage de la covid-19 alimentent la base de données SI-DEP, dont le contenu peut être ensuite envoyé aux médecins traitants, aux ARS et à Santé publique France. Il réserve ensuite l'alimentation de Contact-Covid aux agents des caisses d'assurance maladie d'une part, et aux professionnels de santé d'autre part.

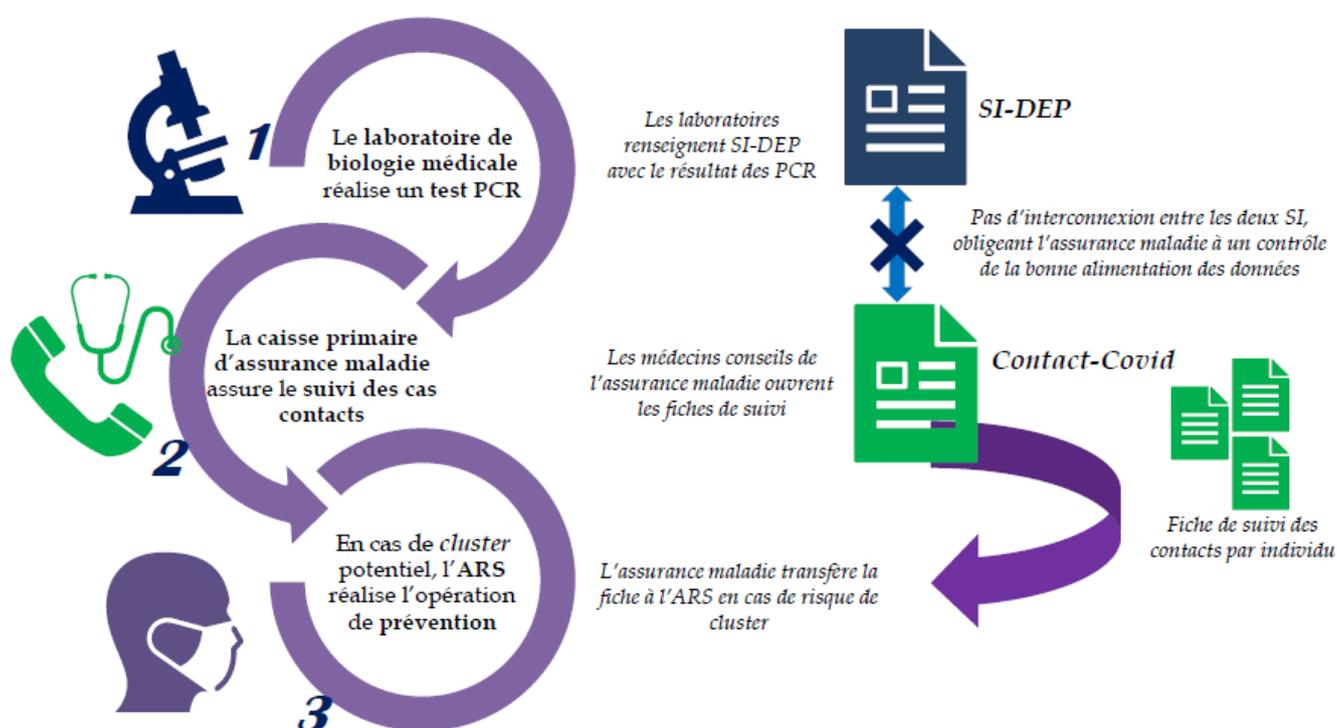
¹ Audition des acteurs chargés du traçage numérique des cas contacts, 22 septembre 2020.

² Décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions.

L'effectivité de l'alimentation des fichiers se trouve néanmoins entravée par un **défaut d'interconnexion de ces deux outils**, lourd de conséquences. En plus de contraindre l'assurance maladie à « *vérifier chaque jour que les gens déclarés positifs dans SI-DEP figurent bien dans Contact-Covid* »¹, l'absence d'accès direct des professionnels de santé à SI-DEP limite fortement leur incitation à ouvrir des fiches de suivi dans Contact-Covid, notamment lorsqu'ils sont dans l'ignorance du statut positif ou négatif d'un patient qu'ils suivent.

Ceci conduit l'assurance maladie, dans les faits, à assurer l'essentiel des opérations de traçage, comme l'illustre le schéma ci-dessous.

Schéma des opérations de traçage des cas positifs et des cas contacts



Source : Commission d'enquête

Elle a, pour ce faire, procédé depuis le 13 mai au recrutement de près de 10 000 personnes, mobilisées 7 jours sur 7, susceptibles de gérer près de 40 000 appels par jour. **Le 15 octobre 2020, la Cnam annonçait avoir enregistré en cumulé 666 301 personnes positives et 1 905 970 personnes contacts**².

¹ Audition des acteurs chargés du traçage numérique des cas contacts, 22 septembre 2020.

² Réponse de la CNAM au questionnaire des rapporteurs.

Les rapporteurs notent que ces chiffres sont notablement inférieurs à ceux produits par Santé publique France qui, au 14 octobre, totalisait 779 063 cas confirmés¹.

b) L'assurance maladie opérateur unique du traçage : une dérive discutable

Malgré ces résultats, qui témoignent d'un effort indéniable en faveur des opérations de traçage, le constat global reste celui d'un **échec**, fondé sur le fait que « *parmi les personnes qui ont été trouvées positives dans la deuxième semaine de septembre, 4 sur 5 n'avaient pas été identifiées comme cas contacts* »². La Cnam elle-même a dû reconnaître « *qu'il existait des chaînes de transmission qu'elle ne savait pas retracer [et qu'elle] n'était pas en capacité de tracer 100 % des personnes contacts nominativement* ». Plusieurs témoignages, dont certains ont été relayés devant la commission d'enquête³, se sont faits l'écho d'**opérations de traçage lacunaires, parfois simplement non déclenchées**.

Plusieurs causes à ces carences peuvent être évoquées, au premier rang desquelles figure **l'absence du médecin traitant de la démarche de traçage**.

En effet, **la désignation *in concreto* de l'assurance maladie comme opérateur unique du traçage a donné lieu à quelques interrogations**. Comme l'a souligné le professeur Jean-François Delfraissy, un autre schéma avait été suggéré par le conseil scientifique covid-19, « *donnant une place plus importante au médecin généraliste et à ce qui existe dans d'autres pays – en Corée, en Allemagne – et que nous avons appelé des brigades. Or le système français de repérage s'est bâti sur l'existant de la Cnam. [...] Notre modèle est donc plutôt administratif, avec une très bonne volonté. Le conseil scientifique avait proposé de s'appuyer plus sur le milieu associatif, sur les assistantes sociales, sur les médecins généralistes, etc.* »⁴.

Cette participation active du médecin traitant ou du médecin généraliste aux opérations de traçage, initialement prévue par le Premier ministre dans l'architecture du dispositif (au point qu'une rémunération forfaitaire de 2 à 4 euros par cas contacté recherché avait été discutée), a progressivement été évacuée au profit d'une **compétence exclusive de la Cnam**.

¹ Santé publique France, point épidémiologique hebdomadaire du 15 octobre 2020.

² Audition des acteurs chargés du traçage numérique des cas contacts, 22 septembre 2020. Cette affirmation de votre rapporteur Bernard Jomier a été confirmée par le bilan épidémiologique de Santé publique France du 15 octobre 2020, aux termes duquel « 27,1 % des nouveaux cas identifiés étaient précédemment connus comme personnes contacts à risque d'un autre cas ».

³ M. David Assouline, au cours de l'audition de M. Jean-François Delfraissy (15 septembre 2020), a ainsi évoqué un événement à l'issue duquel « une personne "covid+" a prévenu les autres participants dès le lendemain des résultats de son test positif. Ceux-ci sont à leur tour allés se faire tester. Or, tous ceux qui se sont révélés "covid+" n'ont jamais reçu le moindre appel pour recueillir leurs contacts ».

⁴ Audition du conseil scientifique covid-19, 15 septembre 2020.

En effet, bien que le site internet de l'assurance maladie reconnaisse au médecin « la possibilité, s'il le souhaite, d'assurer l'identification des personnes contact au-delà de celles partageant le même domicile » et que la Cnam ait affirmé ne pas être « *la seule à utiliser l'outil Contact-Covid* »¹, la fédération des médecins de France relève dans un communiqué de presse du 3 septembre 2020² un verrouillage avec pour conséquence fâcheuse de **n'ouvrir l'accès à Contact-Covid qu'aux médecins conseils des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)**, et non aux médecins traitants.

En effet, l'affirmation du ministre des solidarités et de la santé devant la commission d'enquête, selon laquelle « *les médecins ont accès à « Contact-Covid » et peuvent y rentrer des données* », pour la seule raison qu'ils ont « *totalemment accès à AmeliPro* »³, paraît inexacte. En l'état actuel du système d'informations, **l'accès à la fiche individuelle d'un cas positif n'est ouvert qu'à la personne l'ayant créée**. Or, dans la plupart des cas, la création d'une fiche dans « Contact-Covid » est le fait d'un technicien médecin conseil de l'assurance maladie, après constat d'un test positif renseigné dans SI-DEP par le laboratoire.

Ainsi, **l'implication des médecins traitants dans les opérations de traçage, telle que prévue par la loi du 11 mai 2020, se trouve tout bonnement frappée d'ineffectivité**. Comme l'indique pudiquement M. Daniel Benamouzig, membre du conseil scientifique covid-19, « *aujourd'hui, l'ensemble n'est pas consolidé et [...] à mon sens, cela illustre la difficulté de mettre en œuvre des logiques de santé publique confiées à d'autres acteurs de santé, dont la santé publique n'est pas la vocation première – je pense notamment aux caisses primaires d'assurance maladie* »⁴.

Cette disparition progressive du rôle du médecin dans le traçage a été par ailleurs aggravée par l'inflexion de la politique de dépistage et la **levée de l'obligation de prescription** par le décret du 5 mai 2020 précité, qui a eu pour conséquence de fortement augmenter le nombre de tests virologiques pratiqués sans prescription médicale préalable.

Comme le relève la Cnam, cette levée de l'obligation de prescription « *a eu des conséquences sur le tracing, car les médecins n'étaient pas forcément prévenus que leurs patients étaient positifs et ne pouvaient donc pas leur donner les consignes sur le recours au masque ou la mise à l'isolement, ni engager le tracing* »⁵. Le résultat du test est donc renseigné par le laboratoire dans SI-DEP, sans que ce dernier n'ait nécessairement recueilli auprès du patient le nom de son médecin traitant, **qui ne peut de ce fait être destinataire de l'information**.

¹ Audition des acteurs chargés du traçage numérique des cas contacts, 22 septembre 2020.

² « Les ratés de Contact-Covid », 3 septembre 2020, disponible au lien suivant : <https://www.fmfpro.org/les-rates-de-contactcovid.html>.

³ Audition de M. Olivier Véran, ministre de la santé, 24 septembre 2020.

⁴ Audition du conseil scientifique covid-19, 15 septembre 2020.

⁵ Audition des acteurs chargés du traçage numérique des cas contacts, 22 septembre 2020.

Ce défaut d'implication a été dénoncé en creux par la Cnam même, dont les personnels ont dû en quelques semaines assurer une mission nouvelle, étrangère à ses fonctions premières. Elle a souligné devant la commission d'enquête que son rôle se limitait à la sollicitation des cas contacts et **non au suivi de leur situation** une fois le signalement effectué, renvoyant cette dernière mission à l'ARS¹.

c) Un traçage trop restrictif, malgré la volonté explicite du législateur d'élargir le dépistage aux éléments probants de diagnostic clinique

Lors de l'examen de la loi prorogeant l'état d'urgence sanitaire, la commission des affaires sociales du Sénat avait par ailleurs insisté sur les **risques d'insuffisance présentés par les solutions de dépistage fondées sur les seuls tests virologiques**. En effet, la fiabilité du test peut être remise en cause selon le stade de propagation du virus, l'absence de ce dernier dans les prélèvements naso-pharyngés ne préjugant pas de son absence au niveau pulmonaire, même chez des patients peu ou pas symptomatiques (ce qui peut engendrer des « faux-négatifs »). Les scanners pulmonaires donnent pour leur part, en cas de doute, un indice de l'infection plus fiable.

La **proportion de ces faux-négatifs au dépistage virologique** a été évaluée par certains professionnels autour de **30 %**, ce qui est considérable. **Un autre écueil de ce recours exclusif au dépistage virologique réside dans ses délais** : déroulé sur plusieurs jours (consultation, prescription d'un test, prélèvement, analyse, rendu de l'analyse au médecin avant d'inclure le patient et d'envisager de remonter vers les contacts pour les dépister et éventuellement les isoler), ce processus expose le traçage au risque de retards dans une prise en charge dont l'efficacité dépend principalement de sa précocité.

Fort de ces constats, le Sénat avait donc élargi les cas d'identification des personnes infectées à la « *transmission d'éléments probants de diagnostic clinique* » (visant notamment la perte du goût et de l'odorat), auxquels la communauté médicale reconnaît **une valeur probatoire plus certaine et plus rapide qu'un dépistage virologique de biologie médicale**. Comme le rappelait notre collègue Véronique Guillotin, par ailleurs engagée dans le Grand Est au cours de la phase épidémique, « *dans certains services, ces signes ont été plus utiles que le test PCR lui-même, avec ses 30 % de faux négatifs* ».

¹ Audition des acteurs chargés du traçage numérique des cas contacts, 22 septembre 2020.

Pour autant, en contradiction manifeste avec la volonté du législateur, le décret d'application¹ de l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 a **limité l'alimentation du fichier SI-DEP** aux « *informations relatives au résultat des analyses biologiques : identification et coordonnées du laboratoire, type d'analyse réalisée, date et heure de la validation de l'analyse, résultat de l'analyse, compte rendu d'analyse* », ce qu'a par ailleurs confirmé la Cnam dans la réponse apportée au questionnaire des rapporteurs.

En choisissant de restreindre le déclenchement du traçage des contacts au seul critère du dépistage par test virologique, **le ministère de la santé a considérablement limité la portée du dispositif, en se privant du signalement des symptômes cliniques**. L'efficacité même du traçage dépendant étroitement de l'exhaustivité de sa cible, elle ne pouvait que se trouver affectée par une telle restriction.

d) Une circulation de l'information pas toujours pertinente

Outre l'absence de structuration des « plateformes spécialisées » annoncées par le Premier ministre, l'efficacité des opérations de traçage a été fortement compromise par une **absence de communication** entre les organismes chargés de la recherche des contacts et de la détection des *clusters* d'une part, et ceux habilités à prendre les mesures pour les limiter d'autre part.

Concrètement, plusieurs acteurs ont regretté devant la commission d'enquête que **les préfetures et les collectivités territoriales**, responsables du maintien de l'ordre public et habilitées à limiter les rassemblements, **ne soient pas informées des clusters lorsque ces derniers sont repérés par les agents de l'assurance maladie ou par l'ARS**.

Ainsi, lors de son audition, M. Gérard Darmanin, ministre de l'intérieur, confirmait que « *les préfets, [s'ils] disposaient d'un texte prévoyant l'hébergement des cas contacts, [n'en connaissaient] pas la traçabilité, qui ne relève que de l'assurance maladie* »². De même, Mme Anne Hidalgo indiquait que « *aujourd'hui, maire de Paris, [elle n'arrivait] pas à obtenir l'information sur l'emplacement des clusters parisiens. Ce sont des données confidentielles !* »³.

Interrogée sur ce point, la Cnam a effectivement rappelé que « *sur la transmission aux collectivités territoriales des informations concernant les clusters, les textes nous interdisent de passer ce type d'informations* »⁴. Les rapporteurs ne peuvent que **déplorer ce défaut de transmission, qui dépourvoit les opérations de traçage de l'effectivité qu'elles requièrent sur le terrain**.

¹ Décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, article 8.

² Audition de M. Gérard Darmanin, ministre de l'intérieur, 17 septembre 2020.

³ Audition de Mme Anne Hidalgo, maire de Paris, 29 juillet 2020.

⁴ Audition des acteurs chargés du traçage numérique des cas contacts, 22 septembre 2020.

3. Le cas du traçage à l'arrivée des passagers dans les aéroports : une stratégie tardive, parcellaire et perfectible

Le 14 septembre 2020, une délégation de la commission d'enquête s'est rendue à l'aéroport Roissy-Charles de Gaulle afin d'étudier le dispositif de tests à l'arrivée mis en place depuis le 1^{er} août 2020.

La délégation a constaté la qualité générale du dispositif mis en place. Parmi les motifs de satisfaction, elle a notamment observé la distinction nette et l'étanchéité entre les parcours pour les passagers venant d'un pays sur liste « rouge » d'une part, et ceux venant d'un pays sur liste « écarlate »¹ d'autre part. L'accueil des passagers et les conditions de test ont également semblé de bonne qualité aux membres de la délégation. Ce dispositif, mis en œuvre tardivement, semble néanmoins perfectible.

a) Un dispositif mis en œuvre tardivement

En premier lieu, il a paru étonnant aux rapporteurs qu'un tel dispositif soit déployé si tardivement. Pour mémoire, le premier dispositif d'accueil médicalisé des passagers en provenance de pays à risque est mis en œuvre le 26 janvier 2020 à l'aéroport Roissy-Charles de Gaulle. Dès le 5 février 2020, le recueil systématique des fiches de traçabilité (voir ci-dessous) sur les vols directs en provenance des pays à risque est mis en œuvre. Le 1^{er} mars 2020, le dispositif d'accueil médicalisé est levé à la suite d'un arbitrage en conseil de défense².

D'une part, il semble aux rapporteurs qu'une stratégie de dépistage systématisée, comme celle mise en œuvre à partir du 1^{er} août, aurait gagné à être mise en place dès le mois de février et cette phase ascendante de la crise.

¹ Le décret n° 2020-860 du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé (dans sa version modifiée par les décrets n°s 2020-911 et 2020-1035 du 27 juillet 2020 et du 13 août 2020) prévoyait ainsi qu'à compter du 1^{er} août 2020, deux cas de figure pouvaient être distingués : les passagers en provenance de l'un des pays listés par l'annexe 2 bis du décret (liste écarlate) « présentent à l'embarquement le résultat d'un examen biologique de dépistage virologique réalisé moins de 72 heures avant le vol ne concluant pas à une contamination par le covid-19 » ; ceux en provenance des pays listés par l'annexe 2 ter du même décret (liste rouge) « qui ne peuvent présenter le résultat d'un examen biologique de dépistage virologique réalisé moins de 72 heures avant le vol ne concluant pas à une contamination par le covid-19 sont dirigées à leur arrivée à l'aéroport vers un poste de contrôle sanitaire permettant la réalisation d'un tel examen ».

² La levée de cet accueil répond au passage, décidé lors du conseil de défense du 29 février 2020, de la phase 1 à la phase 2 de lutte contre l'épidémie : dans cette deuxième phase, l'enjeu n'est plus d'empêcher le virus d'entrer sur le territoire mais de limiter sa circulation au sein de la population.

D'autre part, la mise en œuvre de ce dispositif de tests aurait pu mieux accompagner la reprise du trafic et la réouverture des liaisons aériennes : alors qu'un accueil médicalisé est institué au début du mois de juillet pour les vols en provenance de Guyane ou d'Algérie et qu'un dispositif de dépistage volontaire est mis en place au 12 juillet dans les aéroports parisiens, le dispositif de dépistage systématique n'est finalement mis en œuvre qu'à partir du 1^{er} août.

La mise en œuvre si tardive de ce dispositif semble d'autant plus dommageable qu'elle avait visiblement été envisagée dès le 18 avril 2020 : le groupe Aéroports de Paris (ADP) a ainsi indiqué à la commission d'enquête avoir envoyé à cette date des propositions « *pour permettre un redémarrage de l'activité économique du transport aérien tout en réduisant au maximum les risques sanitaires* », parmi lesquelles « *la mise en place d'un accompagnement sanitaire (...) avec en particulier un dispositif de tests rapides pour la levée de doutes et des dispositifs de mise en quarantaine* »¹. Dans ces conditions, il semble difficilement compréhensible que, comme l'ont exprimé plusieurs agents de la police aux frontières lors de la visite de la délégation, la mise en œuvre du dispositif ait été vécue comme rapide et insuffisamment anticipée.

b) Un dispositif perfectible sur ses moyens de traçage

Tel qu'il a été observé par la délégation de la commission d'enquête, le dispositif déployé à l'aéroport Roissy-Charles de Gaulle constituait la déclinaison, dans le contexte d'une aéro-gare, de la stratégie « *tester – tracer – isoler* ». Outre les limites inhérentes à la stratégie française d'isolement des cas à risque², le dispositif déployé dans les aéroports a semblé globalement satisfaisant dans son volet relatif aux tests³. Les marges d'amélioration apparaissent donc sur le deuxième pilier de la stratégie, celui du **traçage par les fiches de traçabilité**.

En effet, le système des fiches de traçabilité distribuées aux passagers et permettant aux autorités sanitaires de tracer et isoler les cas positifs ou cas « *contact* » ne donne pas pleine satisfaction. Son fonctionnement est le suivant⁴ : la compagnie aérienne fait remplir aux passagers d'un vol une fiche comportant diverses données personnelles permettant d'entrer en contact avec eux au besoin ; ces fiches sont remises dans une enveloppe scellée au gestionnaire de l'aéroport, qui les stocke

¹ Réponse au questionnaire de la commission d'enquête.

² Développées dans une partie ultérieure du rapport, ces difficultés ont essentiellement trait au caractère largement volontaire de la mise en quarantaine, qui ne faisait pas l'objet d'un réel contrôle.

³ Au moment de l'écriture du rapport, la seule réelle amélioration en la matière consisterait à déployer largement dans les aéro-gares les tests antigéniques, dont la rapidité du résultat ouvrirait d'autres possibilités : réalisation des tests au départ, meilleur isolement des personnes en attendant le résultat du test, etc. Les services concernés ont indiqué s'y préparer, en attendant une autorisation nationale de déploiement de ces tests.

⁴ Ce fonctionnement est prévu par l'article R. 3115-67 du code de la santé publique et l'arrêté du 9 juillet 2014 pris pour son application.

de manière sécurisée pour une durée de 4 semaines ; à leur demande, les services de l'ARS peuvent avoir accès aux fiches ; l'ensemble du dispositif est mis en œuvre sous l'autorité du préfet. Ce **dispositif n'est pas inutile** et a effectivement donné lieu à des transmissions d'information¹. Il pose néanmoins plusieurs difficultés.

Premièrement, les données fournies ne sont pas pleinement fiables : manuscrites, elles sont parfois difficilement lisibles et ne font l'objet d'aucun contrôle par le personnel navigant qui les recueille. Pour cette raison, les services de l'ARS ont indiqué être amenés à « solliciter directement les compagnies aériennes lorsque les fiches de traçabilité ne permettent pas d'obtenir l'ensemble des données nécessaires au contact-tracing »², conduisant à un dédoublement inutile des procédures.

Deuxièmement, **le système des fiches de traçabilité fait porter le coût de collecte et de conservation des données aux compagnies aériennes et exploitants d'aéroports**, dont ce n'est pas le métier. Cette mission n'est en conséquence pas exercée aussi bien qu'elle le devrait et le contrôle exercé sur ces acteurs semble relativement lâche. L'ARS a ainsi constaté que certaines compagnies aériennes ne remettaient pas les fiches de traçabilité, les compagnies concernées faisant l'objet d'un rappel à l'ordre de la part de la direction générale de l'aviation civile (DGAC)³. Un système d'information *ad hoc*, géré par l'État et directement renseigné par les passagers offrirait à cet égard une meilleure efficacité.

Enfin, même lorsqu'elles sont fiables et dûment remises par les compagnies aériennes, ces données n'ont « *pas nécessairement de valeur ajoutée par rapport au Passenger Name Record (PNR)* » selon les services de l'ARS questionnés par la commission d'enquête. Interrogé sur le sujet lors de son audition par la commission d'enquête, le ministre de l'intérieur Gérald Darmanin a indiqué que « le dispositif législatif ne prévoit pas qu'elles soient utilisées à des fins autres que sécuritaires », renvoyant à la possibilité d'une modification de la législation nationale ou européenne en la matière.

¹ Au 11 septembre 2020, l'ARS d'Île-de-France avait procédé à 105 demandes d'information à ce titre.

² Réponse au questionnaire de la commission d'enquête.

³ Deux rappels à l'ordre semblent avoir été effectués par la DGAC, d'après les réponses fournies au questionnaire de la commission d'enquête. Le 7 septembre 2020, la DGAC a rappelé à l'ordre les compagnies Turkish Airlines, Easyjet, Air Malta, KLM, Air China, Asiana, Air Arabia Maroc, Air Mauritius, Eva Airways, Fly One, Iran Air, Sri Lankan Airlines. Une seconde liste de compagnies a été transmise à la DGAC le 21 septembre 2020 pour rappel des obligations – sans qu'il soit précisé si le rappel en question a été effectué ou non. Elle comportait les compagnies suivantes : British Airways, Easyjet, Egyptair, Ethiopian, Air Serbia, Alitalia, Air Arabia, Royal Air Maroc, Nouvelair, Belavia.

S'il semble aux rapporteurs que des possibilités de dérogation en la matière auraient pu permettre un usage des données comprises dans le PNR, eu égard aux objectifs importants de santé publique poursuivis par une telle dérogation¹, le PNR n'est en tout état de cause pas exhaustif². La mise en place d'un système informatique *ad hoc* remplaçant les fiches de traçabilité semble donc souhaitable.

B. L'ÉCHEC DU TRAÇAGE À GRANDE ÉCHELLE : LES ESPOIRS DÉÇUS DE « STOPCOVID »

Le traçage strictement « médical » engagé par les professionnels de santé et les agents de l'assurance maladie restreint la recherche de cas contacts aux **seules personnes connues du cas positif**. La transmission interhumaine du virus pouvant advenir à l'occasion d'une interaction d'une courte durée, les chaînes de contamination peuvent aussi impliquer des **contacts non connus**. C'est afin de faciliter leur recherche et leur identification que le Gouvernement s'est penché, parallèlement aux solutions de traçage « médical », sur le développement d'une **application destinée à organiser le traçage « à grande échelle » : « StopCovid »**.

¹ Le ministre de l'intérieur a fait valoir, sans y faire explicitement référence, le principe de finalité qui régit le recueil et le traitement de données personnelles sous le régime juridique institué par le règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, plus communément appelé le règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD). L'article 5 de ce règlement fixe les grands principes de protection des données personnelles et prévoit notamment que les données personnelles doivent être « collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement d'une manière incompatible avec ces finalités ». S'il est donc en principe interdit de traiter ultérieurement des données à d'autres fins que celles pour lesquelles elles ont été collectées, des dérogations à ce principe sont prévues : les traitements à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques ne sont pas incompatibles avec les finalités initiales. En cas de nouvelle finalité incompatible avec les finalités initiales, il convient de recueillir à nouveau le consentement des personnes dont les données sont collectées, ou bien de doter le traitement d'une nouvelle base légale. L'une ou l'autre de ces pistes aurait pu être envisagée, étant entendu qu'elle aurait en tout état de cause constitué « une mesure nécessaire et proportionnée dans une société démocratique pour garantir, en particulier, d'importants objectifs d'intérêt public général » au sens du considérant n° 50 du RGPD. Ce considérant voit son contenu réaffirmé par l'article 23 du RGPD, qui prévoit en particulier la possibilité de limiter la portée des principes figurant à l'article 5 afin de garantir des objectifs importants d'intérêt public général, notamment dans le domaine de la santé publique, « lorsqu'une telle limitation respecte l'essence des libertés et droits fondamentaux et qu'elle constitue une mesure nécessaire et proportionnée dans une société démocratique ». Il résulte de ce qui précède qu'il aurait été possible de déroger aux différents principes encadrant les traitements de données personnelles, et notamment au principe de finalité, pour des objectifs importants de santé publique, en ce qui concerne le PNR.

² À titre d'exemple, l'adresse de séjour ou un numéro de téléphone sur lequel la personne indique être particulièrement joignable ne sont pas renseignés au sein du PNR.

1. Les interrogations préalables à la mise en œuvre de l'application : l'attachement à la « souveraineté numérique »

a) Les principes directeurs de l'application, harmonisés à l'échelon européen : installation volontaire et technologie de traçage peu intrusive

L'opportunité du recours à une application de traçage à large échelle a fait son apparition à la lumière de **plusieurs expériences de pays d'Asie du Sud-Est**, qui ont été pionniers en la matière. Deux modèles de traçage se sont progressivement imposés : *l'application dédiée* et le *composant rattaché à une application préexistante*, avec comme critère principal de cette alternative **le libre choix laissé à l'utilisateur d'intégrer l'opération**.

Dans l'hypothèse d'une application dédiée, la **liberté de téléchargement** ainsi que le **degré de protection des données** permettent de proposer un outil respectueux du consentement de l'utilisateur. Le choix d'un composant intégré à une application préexistante, souvent déjà téléchargée à grande échelle mais pour d'autres objets, dispense du consentement de l'utilisateur et permet le transfert incident des données visées.

Au cas où le choix se porterait sur une application dédiée, une nouvelle alternative se pose au développeur, qui doit opter, en fonction du degré d'accès aux données de l'utilisateur, pour une **technologie de captation et d'extraction des données pertinentes**. L'objectif de traçage de l'utilisateur permet au développeur d'envisager deux voies technologiques principales : le recours au **Bluetooth**, que l'on peut définir comme un moyen peu intrusif de simplifier les connexions entre appareils électroniques situés à proximité sans liaison filaire, et la **géolocalisation**, qui peut localiser le propriétaire d'un appareil en temps réel avec des risques d'intrusion plus élevés.

Les cas de traçage à large échelle en Asie du Sud-Est

- **Le modèle de l'application dédiée avec recours au Bluetooth**

« **TraceTogether** » à **Singapour** : en laissant l'application ouverte et en activant le Bluetooth, le programme stocke pendant 21 jours les données des personnes avec lesquelles le porteur a été à moins de 2 mètres durant au moins 30 minutes. En cas de test du porteur positif, les personnes contacts sont contactées pour passer un test ; le porteur doit préalablement autoriser le personnel du ministère de la santé à accéder à l'application pour identifier les individus qui ont été enregistrés. L'application ne permet normalement pas au ministère d'accéder aux données sans le consentement de l'utilisateur et le numéro de l'utilisateur n'apparaît pas au moment de la transmission d'une notification aux personnes croisées (mais un identifiant attribué de manière aléatoire).

- **Le modèle de l'application dédiée avec recours à la géolocalisation**

« **Corona Baeskin** » en Corée du Sud : cette application alerte un utilisateur s'il se trouve à moins de 100 mètres d'un endroit préalablement visité par une personne contaminée. Elle signale aussi la nationalité, le genre et l'âge des personnes testées positives et la date à laquelle elles l'ont été. Le système de détection a recours à la triangulation par les opérateurs téléphoniques. Le cadre juridique sud-coréen de la protection des données personnelles, proche de celui du RGPD, ne semble pas avoir été retenu pour le développement de cette application, qui ne requiert pas le consentement de l'utilisateur pour l'utilisation des données concernées.

- **Le modèle du composant intégré à une application préexistante**

Programmes « **Alipay** » en Chine : ces programmes, intégrés à l'application populaire préexistante Alipay, sont dits « codes de santé » et attribuent une couleur (vert, orange, rouge) à l'utilisateur selon ses voyages, les personnes croisées et un formulaire rempli en ligne. Un code jaune peut induire de se mettre 7 jours en quarantaine, un code rouge 14 jours.

Initialement repoussé par peur d'une acceptabilité limitée, le projet d'une **application dédiée au traçage numérique des Français** a fait l'objet d'une première mission d'investigation menée par Mme Laura Létourneau, déléguée ministérielle du numérique en santé, et M. Aymeril Hoang, membre du conseil scientifique covid-19 en qualité d'expert des questions numériques. Le produit de ce travail, remis au Premier ministre entre le 20 et le 24 mars 2020, a achevé d'engager le Gouvernement dans le développement d'une application, sur le modèle singapourien.

Parallèlement, le comité européen à la protection des données (CEPD) publie, le 21 avril, un ensemble de lignes directrices relatives à l'utilisation des données de géolocalisation et d'outils de suivi des contacts, en considération des dispositions du règlement général de protection des données (RGPD). Ces dernières contiennent une liste de recommandations techniques, qui dessine une « *vision européenne harmonisée [...] : utilisation basée sur le volontariat des personnes, recours à la technologie Bluetooth, utilisation de données à caractère personnel pseudonymisées...* »¹.

D'abord lancé dans une discrétion relative par le Gouvernement, le **projet « StopCovid »** a pour objectif, sur le modèle de « TraceTogether », de prévenir les personnes qui ont été en contact avec une personne testée positive, afin qu'elles se fassent tester elles-mêmes et, si besoin, qu'elles soient prises en charge très tôt ou qu'elles se confinent. Le principe régissant l'information du cas contact est le suivant : **lorsque deux personnes se croisent pendant une certaine durée et à une distance rapprochée,**

¹ CNIL, délibération n° 2020-087 du 10 septembre 2020 portant avis public sur les conditions de mise en œuvre des systèmes d'informations développés aux fins de lutter contre la propagation de l'épidémie de covid-19 (mai à août 2020).

le téléphone portable de l'un enregistrerait les références de l'autre dans son historique. Dans l'hypothèse d'un résultat positif, les cas contacts, préalablement enregistrés, seraient ainsi prévenus de manière automatique. L'application informerait enfin simplement l'utilisateur qu'il a été dans les jours précédents en contact avec quelqu'un d'identifié positif.

Conformément au mot d'ordre initial européen, l'application repose sur **deux grands principes** :

- elle obéit au principe d'une **installation volontaire**. Le traçage ne serait enclenché que pour les utilisateurs ayant téléchargé et allumé l'application au moment de l'interaction. Sa diffusion parmi la population nécessite donc que cette dernière y soit activement incitée par les pouvoirs publics ;

- étant l'une des technologies « *les moins invasives en raison de son rayon de transmission relativement faible* »¹, le Bluetooth a par ailleurs été retenu pour permettre la reconnaissance et l'échange de données entre deux téléphones distincts.

Ce choix premier, malgré un consensus élargi des acteurs sollicités avant que le projet ne soit débattu au Parlement, a d'emblée suscité quelques critiques, questionnant l'utilité d'un recours au RGPD et à la protection des données dans un contexte où l'efficacité de l'application dépend précisément de l'exhaustivité des données qu'elle collecte. Ainsi de M. Thierry Klein, fondateur et PDG de l'éditeur Speechi, qui prétend que seule une application fondée sur le modèle coréen (comprenant le recours à la géolocalisation), avec installation obligatoire, présenterait un intérêt réel².

b) La spécificité française d'une application « centralisée »

Au-delà de l'accord général qui semble prévaloir à l'échelle européenne sur le déploiement des applications de traçage, « *c'est dans les détails techniques que cette unité vacille* »³.

En effet, si les principes qui régissent l'application ne font pas débat, ce sont les **modalités d'hébergement des données de contacts collectées** par cette dernière qui ont longuement divisé les développeurs. Ainsi que le révélait en creux l'intervention du 27 mai 2020 devant le Sénat de M. Cédric O, secrétaire d'État au numérique, le sujet de l'hébergement des données « *sur votre téléphone ou sur un serveur de la direction générale de la santé* » n'était pas encore tranché.

S'est alors dessinée une opposition entre **hébergement « centralisé »** des données sur un serveur tiers contrôlé par l'État et **hébergement « décentralisé »** des données sur le téléphone de l'utilisateur.

¹ « "StopCovid" : pourquoi le Bluetooth est la solution la moins intrusive pour retracer nos déplacements », Frandroid, 8 avril 2020.

² « Le RGPD, contrainte absurde », Le Monde, 25 avril 2020.

³ « Sur les traces de l'application "StopCovid" », Le Monde, 29 avril 2020.

Cette alternative technique s'est rapidement doublée d'un enjeu stratégique d'importance lorsque, le 10 avril, Apple et Google ont annoncé un partenariat sans précédent afin de permettre l'insertion, à l'aide d'une « brique logicielle » (ou « interface de programmation d'application » - API), de l'application de suivi des contacts dans tous les téléphones dont elles assurent l'exploitation. Cette solution logicielle, résolument inscrite du côté de l'hébergement *décentralisé*, s'est alors imposée aux États comme une condition *sine qua non* à l'installation et à l'utilisation correcte de l'application de traçage sur un téléphone Apple ou Android.

Or cette annonce est intervenue en contradiction directe avec le protocole français, en cours d'élaboration par l'institut national de recherche en sciences et technologies du numérique (Inria), à qui le Gouvernement avait confié le 8 avril la mission de mise en place d'un grand consortium d'acteurs publics et privés pour le développement de « StopCovid ». Le 18 avril, l'Inria publie les premiers détails du **protocole « Robert », bâti sur un modèle d'hébergement centralisé avec remontée des données collectées au sein d'un serveur tiers.**

S'est alors engagée, entre le Gouvernement français d'une part, et Apple et Google d'autre part, une phase de négociation visant à rendre le protocole Robert compatible avec l'activation de « StopCovid » sur un téléphone Apple ou Android. Alors que la plupart des pays européens, initialement attachés à l'idée d'un hébergement centralisé, se rangent progressivement derrière la solution logicielle proposée par les deux firmes, **la France a maintenu son attachement à l'hébergement centralisé.** Elle invoque pour cela deux raisons principales :

- la **sécurité** : le choix d'un hébergement décentralisé des données de contacts au sein des téléphones présente le risque d'une « *transmission des données relatives aux personnes s'étant déclarées positives à l'ensemble des applications* » du téléphone, caractérisant ainsi « *des failles effectives de sécurité et de respect de la vie privée* »¹ ;

- la **souveraineté** ou, pour reprendre les termes du PDG de l'Inria, M. Bruno Sportisse, « *la maîtrise pleine et entière du système par l'autorité de santé* »² : opter pour la solution proposée par Apple et Google revenait à leur abandonner la maîtrise de l'architecture de l'application et n'aurait pas permis à la direction générale de la santé (exploitant de l'application) de recueillir les données essentielles de son choix.

¹ Réponse de M. Cédric O au questionnaire des rapporteurs.

² Audition des acteurs chargés du traçage numérique des cas contacts, 22 septembre 2020.

Le maintien de cette position – qui consacre une spécificité française au sein de l’Union européenne – ne semble pas avoir été décidé sans provoquer plusieurs remous parmi les acteurs chargés du déploiement de l’application. Ainsi que le révèle un article de presse du 30 avril 2020¹, la direction interministérielle du numérique (Dinum) se serait rapidement prononcée en faveur de la solution logicielle proposée par Apple et Google, privilégiant l’objectif de compatibilité de l’application avec les systèmes d’exploitation des téléphones, contre l’avis de l’Inria. L’arbitrage de M. O a finalement été rendu en faveur de ce dernier, en raison de son intransigeance « *sur la question de la souveraineté numérique* », conduisant à la quasi-éviction de la Dinum, pourtant bras naturel de l’État en matière informatique, des suites du projet.

La livraison de l’application, avec hébergement centralisé des données, a débuté le 2 juin 2020.

2. Un bilan sans concession, obligeant le Gouvernement à une réorientation totale de sa stratégie

a) Des incompatibilités dès le lancement avec le cadre général de protection des données

Bien que les contrôles réalisés par la CNIL aient permis de constater que le fonctionnement de l’application respectait pour l’essentiel les dispositions applicables relatives à la protection des données à caractère personnel, **plusieurs manquements ont été constatés, qui ont motivé une mise en demeure du ministère de la santé par la CNIL le 15 juillet².**

Le premier – et principal – d’entre eux est matérialisé par le fait que, « *lorsqu’un utilisateur se déclare avoir été diagnostiqué ou dépisté positif au virus, l’ensemble de son historique de contacts est remonté au serveur central géré pour le compte du ministère des solidarités et de la santé, sans processus de pré-filtrage préalable des données, reposant sur des critères de distance et de durée du contact avec un autre utilisateur* ». Ce manquement, d’une particulière gravité, invalide totalement le postulat selon lequel un hébergement centralisé, promu par le Gouvernement, présenterait des garanties de sécurité supérieures à un hébergement décentralisé.

¹ « *Recours au Gafam, centralisation : les choix techniques sur “StopCovid” ont attisé les tensions au sein de l’État* », Acteurs publics, 30 avril 2020.

² CNIL, décision n° MED-2020-015 du 15 juillet 2020 mettant en demeure le ministère des solidarités et de la santé.

Interrogé sur cette question, le secrétaire d'État au numérique a fait savoir que « *la mise en place du filtre au niveau de l'application avait été prévue dans la conception de l'application [...] mais vu l'urgence opérationnelle au regard de la situation de crise sanitaire, elle a été intégrée dans un second temps, le 26 juin, car elle nécessitait de réaliser des calibrages qui n'étaient pas disponibles lors du lancement du 2 juin* »¹.

Aux yeux des rapporteurs, **cette période de 24 jours couvrant l'intervalle a présenté pour les utilisateurs de l'application une atteinte indéniable à la protection de leur vie privée**, et ce malgré l'assurance apportée que la « *sécurité du serveur central [est] garantie par une stratégie impliquant plusieurs barrières de sécurité* »².

Les autres manquements relevés par la CNIL, pour importants qu'ils soient, sont davantage identifiés par les rapporteurs comme des manquements formels aux dispositions du RGPD et ne revêtent pas la même gravité.

b) Deux principaux défauts pratiques : le fonctionnement à l'arrière-plan et l'interconnexion du « StopCovid » et des données de SI-DEP

Le choix du Gouvernement de recourir au protocole Robert développé par l'Inria et de ne pas recourir à l'API développée par Apple et Google a eu une conséquence pratique de tout premier plan sur l'efficacité de l'application. Comme l'ont relevé plusieurs utilisateurs, une application de traçage téléchargée sur un appareil Apple ou Google doit fonctionner « en tâche de fond » pour être efficace et enregistrer les différents contacts ; or l'absence de recours à l'API des deux firmes américaines empêche ce maintien de l'application à l'arrière-plan du téléphone et nécessite de la part de l'utilisateur qu'elle soit régulièrement réactualisée.

Outre ce premier reproche, qui nuit franchement à son efficacité, il apparaît que l'application « StopCovid » a pâti d'un **défaut d'ergonomie dans l'étape cruciale du renseignement par l'utilisateur de son statut de cas positif**. Sans cette étape, ne peuvent en effet être déclenchés les envois de notification aux personnes contacts. Or les données relatives aux résultats des tests virologiques sont, comme précédemment indiqué, contenues dans la base de données SI-DEP alimentée par les laboratoires de biologie médicale.

Or la mise en œuvre de ces deux systèmes d'information étant fondée sur une « *stricte séparation, il n'y a pas d'échanges de données entre les deux systèmes, qui n'ont aucune connexion permettant de lier des données personnelles* »³.

¹ Réponse de M. Cédric O au questionnaire des rapporteurs.

² Réponse de M. Bruno Sportisse au questionnaire des rapporteurs.

³ Ibid.

Aussi, la déclaration de positivité suit-elle le **cheminement suivant, qui peut se révéler fastidieux** :

- lorsqu'une personne reçoit un test positif, elle reçoit également un QR Code, complètement anonymisé ;

- ce QR Code doit ensuite être utilisé par la personne pour déclarer sa positivité dans « StopCovid » (et d'ainsi éviter les déclarations de positivité non fondée).

Il est apparu, aux termes même du PDG de l'Inria, que « *la question de l'ergonomie de la transmission du QR Code à la personne était identifiée comme un sujet d'amélioration* »¹.

c) Un niveau de téléchargement particulièrement faible, attestant de l'échec de l'application

Au 5 octobre 2020, l'application « StopCovid » a été installée **2 640 805 fois depuis son lancement**. Elle a été désinstallée 966 000 fois par les utilisateurs d'Android et 172 600 fois par les utilisateurs d'iPhone, soit un total de **1 138 600 désinstallations**. En quatre mois de fonctionnement, elle a permis d'**avertir 472 utilisateurs d'un risque de contact** avec une personne contaminée, **7 969 personnes testées positives** s'étant déclarées dans l'application.

Le secrétaire d'État au numérique, qui a longtemps refusé de voir un échec dans ces **chiffres particulièrement faibles**², a admis, en réponse aux rapporteurs, que « *le faible nombre d'utilisateurs de l'application ne permettait pas à ce stade de bénéficier de sa pleine utilité compte tenu de la faible probabilité de croiser un autre utilisateur actif de l'application* »³.

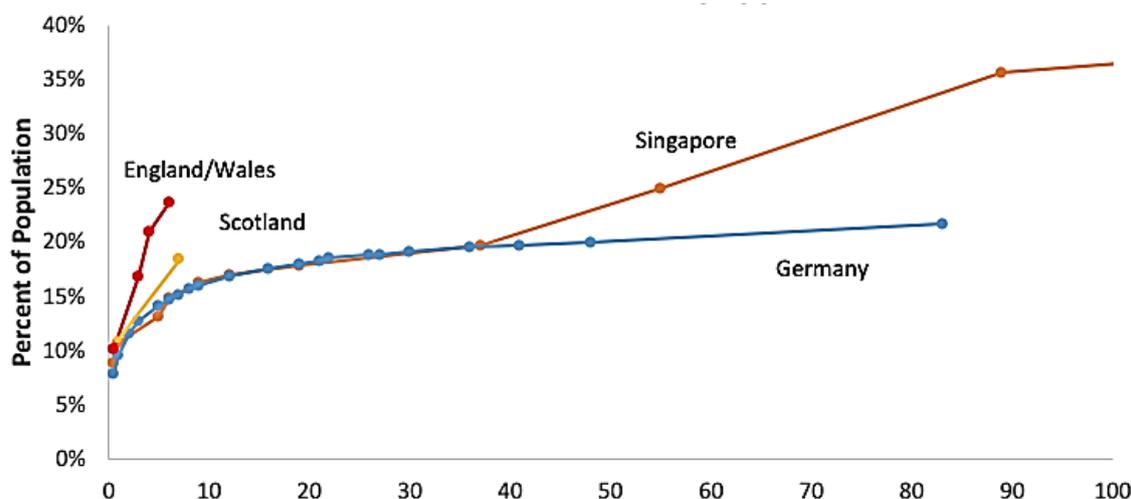
De la même façon que la France s'est distinguée, parmi ses partenaires européens ayant fait le choix d'une application de traçage, en privilégiant l'hébergement centralisé des données au nom de la souveraineté numérique, elle se distingue également par son **faible taux de téléchargement**, comme le montrent les exemples du graphique ci-dessous.

¹ Réponse de M. Bruno Sportisse au questionnaire des rapporteurs.

² M. Jean Castex, Premier ministre, ayant lui-même reconnu le 25 septembre 2020 ne pas avoir téléchargé l'application, les rapporteurs s'estiment dispensés de tout commentaire sur son succès et son utilité.

³ Réponse de M. Cédric O au questionnaire des rapporteurs.

Évolution du taux de téléchargement de l'application de suivi des contacts (pourcentage de la population / nombre de jours depuis le lancement)



Source : Christophe Fraser, Oxford University, Nuffield Department of Medicine, Big Data Institute

D'après le secrétaire d'État au numérique, « 15 ou 16 millions de Britanniques ont [téléchargé] une application sur leur téléphone, ainsi que 18 millions d'Allemands [contre] un peu moins de 2,7 millions de Français »¹. Il est à ce jour impossible de corréliser ces différences au choix du mode d'hébergement des données, même s'il est tentant d'avancer que **le recours à l'API développée par Apple et Google a sans aucun doute accru l'incitation au téléchargement pour les utilisateurs.**

Néanmoins, comme le secrétaire d'État le rappelle à juste titre, le choix de la solution décentralisée par les Allemands et les Britanniques, s'il a facilité la diffusion de l'application, les rend « incapables d'annoncer un nombre de notifications reçues, pour une raison simple : l'ensemble de l'architecture est entre les mains d'Apple et de Google, et les homologues anglais ou allemands de la CNIL ne sont pas capables d'aller vérifier ce qui se passe à Palo Alto, dans les serveurs d'Apple et de Google ». **Le suivi du traçage échappe donc en totalité aux autorités sanitaires de ces États :** « ils ne savent rien de ce qui se passe, ni même si cela fonctionne »².

L'arbitrage - délicat - qui doit déterminer l'efficacité réelle d'une application de traçage de grande échelle semble donc être résumé par cette alternative :

- soit l'État opte pour un **contrôle étroit des autorités sanitaires sur le suivi du traçage** mais doit alors **produire une solution logicielle parallèle à celle des géants numériques**, s'exposant à un téléchargement moins diffus ;

¹ Audition de M. Cédric O, 8 octobre 2020.

² Ibid.

- soit il consent à **laisser ces géants assurer l'opérabilité de l'application** afin d'assurer le succès du téléchargement au risque de **perdre la mainmise sur le suivi**.

Une nouvelle fois, les rapporteurs, pleinement conscients des difficultés à porter un jugement sur une crise sanitaire dont l'essentiel des réponses ont été conçues dans l'urgence, ne se risqueront pas à trancher entre ces deux options, mais feront néanmoins leur cette observation de notre collègue Angèle Prévaille au cours de l'audition de M. O : « *l'objectif est-il de connaître le nombre de notifications ou que chacun reçoive sa notification et puisse agir en conséquence ?* ».

C. UN PILIER DE LA STRATÉGIE RÉDUIT À L'INVOCATION : UNE STRATÉGIE D'ISOLEMENT NON ASSUMÉE

1. L'isolement prophylactique : une mesure d'urgence sanitaire à la base légale incertaine, mais aux effets démontrés

Comme les rapporteurs l'ont rappelé plus haut, la maîtrise des deux premiers cas de *clusters* connus en France – les Contamines-Montjoie (le 7 février 2020) et la base aérienne de Creil (le 25 février) – semble n'être due, outre la précocité du signalement, qu'à **l'isolement prophylactique strict qui a été imposé aux personnes atteintes et à leurs cas contacts**. Dans le premier cas, l'isolement s'est déduit de l'hospitalisation des personnes concernées ; dans le second, des mesures de confinement décidées par le commandement de la base et le service de santé des armées (SSA)¹.

Aucune de ces deux occurrences, relativement circonscrites, d'isolement prophylactique ne s'est alors appuyée sur une base légale spécifique, en raison du dénuement de l'arsenal juridique en la matière. En effet, le principe qui guide l'administration du soin étant celui du **consentement libre et éclairé du patient**, le professionnel de santé ne peut contraindre le patient à se prêter à une mesure d'isolement, quand bien même cette dernière est indispensable à ce que la maladie, hautement contagieuse, ne soit pas transmise à l'entourage.

En raison de leur caractère sensible, les **mesures de restriction de la liberté d'aller et venir pour un motif d'ordre public sanitaire** étaient, avant la promulgation de la loi du 23 mars 2020² instaurant l'état d'urgence sanitaire, limitativement énoncées par la loi. Il s'agit de :

- **l'hospitalisation d'office sans consentement du malade**, lorsque ce dernier est atteint de **troubles psychiatriques** susceptibles de mettre en danger sa vie ou celle d'un membre de son entourage, qui, au-delà d'un délai

¹ Audition du colonel Bruno Cunat, ancien commandant de la base aérienne 110 de Creil, 9 septembre 2020.

² Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.

de 12 jours, ne peut être prolongée que sur autorisation du juge des libertés et de la détention (JLD) ;

- la **mesure d'isolement dont dispose le préfet en application de l'article L. 3115-10 du code de la santé publique (CSP)**, dans le cadre de la lutte contre la propagation internationale des maladies, mais qui demeure pour l'heure inapplicable faute du décret en Conseil d'État requis ;

- enfin, la **mesure d'urgence énoncée par le ministre de la santé**. Ce dernier peut, en vertu de l'**article L. 3131-1 du CSP**, prendre toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu **en cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie**. Ces mesures peuvent se traduire par une habilitation du préfet par le ministre à prendre « toutes les mesures d'application » de l'arrêté ministériel, « y compris des mesures individuelles ».

Les deux premiers types de mesures se prêtant mal, pour des raisons diverses, au soutien de la mesure d'isolement prophylactique, le troisième régime semblait juridiquement plus adapté mais posent d'importants problèmes liés **d'une part, à l'habilitation dont les autorités sont potentiellement investies, et, d'autre part, à la dimension de cette dernière**. Les quelques exemples d'enclenchement de l'article L. 3131-1 du CSP ont été rarement suivis d'effectivité : les habilitations ministérielles attribuent au préfet la faculté de confiner une personne pour motif sanitaire, sans que ce dernier juge opportun de s'en saisir, considérant généralement qu'elle constitue une voie de fait puisque limitant la liberté d'aller et venir du patient.

Peu avant que l'épidémie fasse son apparition, la commission des affaires sociales du Sénat avait fait part de sa circonspection à l'occasion de l'examen d'une proposition de loi relative à la sécurité sanitaire¹ qui, sur l'isolement prophylactique d'une personne atteinte d'une maladie hautement contagieuse, suggérait un nouveau régime juridique faisant cette fois du préfet le seul acteur décisionnel. Elle avait alors rappelé que **l'action des autorités de l'État en matière d'isolement prophylactique se trouvait moins entravée par un défaut de base légale que par l'absence - éminemment politique - de volonté d'y recourir**.

Il semble que la **codification de l'état d'urgence sanitaire** par la loi du 23 mars 2020, comprenant l'autorisation pour le Premier ministre et le ministre de la santé de prendre, respectivement, des mesures générales et individuelles d'isolement prophylactique à des fins de santé publique, n'ait pas vraiment permis de contourner cet écueil.

¹ Proposition de loi n° 180 relative à la sécurité sanitaire (2019-2020), transmise à l'Assemblée nationale le 6 février 2020.

2. Du confinement à l'isolement : la difficulté politique de prolonger les restrictions contraires à la liberté d'aller et de venir

En effet, le troisième pilier de la stratégie « *tester, tracer, isoler* » fut sans conteste celui pour lequel l'effort du Gouvernement fut le plus limité. Contrairement aux deux premiers éléments, qui ont nécessité le déploiement de matériels et d'infrastructures ainsi que la mobilisation de personnels, l'appel à **l'isolement des personnes atteintes du virus ou cas contacts** ne pouvait *in fine* prendre que deux voies : la **contrainte** ou la **simple incitation**.

Dès sa déclaration du 28 avril devant l'Assemblée nationale, le Premier ministre dessinait les contours d'une **politique d'isolement ambitieuse, mais résolument détournée de la contrainte** : « *l'isolement doit être expliqué, consenti et accompagné. Notre politique repose, à cet égard, sur la responsabilité individuelle et sur la conscience que chacun doit avoir de ses devoirs à l'égard des autres. Nous prévoyons des dispositifs de contrôle, au cas où ils seraient nécessaires, mais notre objectif est de nous reposer largement sur le civisme de chacun* ».

En conséquence, l'article L. 3131-15 du code de la santé publique (CSP), sur le fondement duquel le confinement a été décrété et qui prévoit la compétence du Premier ministre pour la définition de toute mesure consécutive à la déclaration de l'état d'urgence sanitaire, lui permet de :

- restreindre ou interdire la circulation des personnes et des véhicules ;
- interdire aux personnes, sous certaines réserves, de sortir de leur domicile ;
- ordonner des mesures ayant pour objet la **mise en quarantaine**¹ des personnes susceptibles d'être affectées par le virus ;
- ordonner des mesures de **placement et maintien en isolement**, à domicile ou dans tout autre lieu d'hébergement adapté, des personnes affectées.

Les différentes lois de prorogation de l'état d'urgence sanitaire ont circonscrit **ces mesures de mise en quarantaine et de placement et de maintien à l'isolement**, en leur apportant surtout des précisions de nature géographique. En effet, en dehors des périodes de confinement, ne peuvent faire l'objet de mesures de mise en quarantaine ou d'isolement contraint que les personnes qui, après avoir séjourné dans une zone de circulation de l'infection, *dans un premier cas général, arriveraient sur le territoire hexagonal* et, *dans un second cas particulier, arriveraient en Corse ou dans une collectivité ultramarine (potentiellement depuis le territoire hexagonal)*. En plus de la **condition d'extranéité**, s'est donc ajoutée une **condition de discontinuité territoriale**.

¹ Le Règlement sanitaire international de 2005 définit la mise en quarantaine comme la « restriction des activités et/ou la mise à l'écart des personnes suspectes qui ne sont pas malades ».

Pour tout autre cas de personne infectée ou de personne contact, en dehors des périodes de restriction générale des déplacements, **l'isolement et la mise en quarantaine ne relèvent que de la volonté de chacun.**

Ainsi que l'a relevé le Conseil d'État dans son avis relatif au premier projet de loi prorogeant l'état d'urgence, « *avec la levée progressive de la mesure d'interdiction générale faite aux personnes de sortir de leur domicile, la lutte contre l'épidémie reposera principalement sur la responsabilisation citoyenne avec la recommandation faite aux personnes malades de s'isoler* »¹.

Consciente de la nécessité de privilégier, à des fins d'adhésion, l'incitation à la contrainte dans le suivi sanitaire des patients atteints ou susceptibles d'être atteints de la covid-19 et dont l'état ne requiert pas d'hospitalisation, la commission d'enquête ne s'en est pas moins très tôt montrée sensible aux avertissements formulés par de nombreux professionnels sur le **risque d'un rebond des hospitalisations dans le cas où la levée du confinement ne s'accompagne pas d'un changement réel des comportements sanitaires.**

Au cours de l'examen par le Parlement de la loi du 23 mars 2020, le président de la commission d'enquête, alors rapporteur pour avis, avait rappelé que la réussite de la levée du confinement restait conditionnée, entre autres, au **respect scrupuleux par les personnes atteintes et par les personnes contacts d'un isolement prophylactique**, à domicile ou à l'hôtel selon le risque de reconstitution de *clusters*. Le débat qui s'était alors déroulé en séance² avait opposé **deux visions de l'isolement** : l'une portée par le rapporteur de la commission des lois, selon lequel « *un régime de contrainte [susciterait] de nombreuses stratégies d'évitement et de contournement de la part de personnes qui voudront dissimuler le fait qu'elles sont porteuses du virus* », et l'autre soutenue par le rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales, pour lequel « *la levée du confinement [était] conditionnée, entre autres choses, au respect scrupuleux et potentiellement contraignant, par les personnes atteintes et les personnes contacts, d'un isolement prophylactique* ».

Le premier choix, « *celui de la confiance* », fut celui qui l'emporta. Force est de constater aujourd'hui que **restreindre l'isolement prophylactique à une simple recommandation médicale, dénuée de tout effet contraignant, n'a absolument pas prémuni le pays contre le surgissement d'une « seconde vague », légitimement redoutée et que notre système hospitalier aura les plus grandes difficultés à absorber.**

¹ Avis sur un projet de loi d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, n° 399873, 18 mars 2020.

² *Compte rendu intégral des débats du 4 mai 2020.*

3. L'hébergement hôtelier facultatif pour les phases d'isolement : une solution insuffisamment mobilisée

Plusieurs initiatives régionales ont été menées afin de favoriser le désengorgement des services hospitaliers et de solliciter l'accompagnement des **établissements hôteliers** pour les personnes déclarées positives, faiblement symptomatiques mais nécessitant de s'isoler. **L'objectif de ces stratégies est la limitation de formation de « clusters familiaux » autour des cas peu graves ou des cas contacts.**

Ces stratégies s'inspirent, directement ou indirectement, des pratiques observées en Chine - plus particulièrement dans le foyer épidémique de Wuhan - où la prise en charge des patients atteints de covid-19 s'est articulée autour de **trois types de structures** selon le degré de gravité : hôpitaux désignés pour les cas graves, hôpitaux de campagne pour les cas légers, hôtels pour les cas contacts asymptomatiques ou peu symptomatiques.

L'un des exemples les plus aboutis en est fourni par le **dispositif « Covisan »**, lancée par l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP).

Le dispositif « Covisan » : pour un bon isolement prophylactique du patient covid-19

L'objectif de cette initiative, lancée le 15 avril 2020 par l'AP-HP et pilotée par quatre hôpitaux franciliens (La Pitié Salpêtrière, Avicenne, Bichat-Claude Bernard, Louis-Mourier), est d'organiser l'isolement prophylactique d'un patient atteint de covid-19, dont la forme ne requiert pas d'hospitalisation.

Une fois le signalement de la maladie effectué dans un service d'urgences, soit par un médecin généraliste partenaire, et si le degré des symptômes le permet, le patient est dirigé vers un binôme composé d'un personnel paramédical et d'un travailleur social afin d'anticiper les conditions de son isolement. Une visite à domicile lui est ensuite proposée afin de sensibiliser son entourage aux paramètres de l'isolement, de lui délivrer des équipements de protection individuelle et de procéder à son dépistage virologique.

Si les conditions d'un isolement prophylactique efficace ne sont pas réunies, il peut être proposé au patient d'être logé dans une chambre d'hôtel, dont le financement sera assuré par l'AP-HP.

Trois hôtels, du groupe Accor, à proximité des quatre hôpitaux du projet Covisan sont mobilisés pour accueillir les personnes infectées, qui y sont invitées dans un premier temps sur la base du volontariat. Pour assurer les tests de dépistage, les équipes d'intervention seront constituées d'infirmiers et d'internes. La Croix-Rouge sera également mobilisée par ce dispositif qui ne coûtera rien aux volontaires, mais entre 30 et 50 euros à l'AP-HP, soit le « prix coûtant » d'une chambre.

Au bout de trois semaines de montée en charge du dispositif, l'hôpital La Pitié-Salpêtrière, principal pilote du dispositif, a indiqué que **239 patients y étaient suivis au titre de Covisan.**

Bien qu'il ait partiellement anticipé les besoins liés à la levée du confinement, plusieurs acteurs du dispositif Covisan ont fait part de limites importantes, révélatrices d'un défaut de coordination avec les dispositifs déployés par ailleurs :

- le suivi proposé par Covisan se limite au patient diagnostiqué et aux membres de son foyer. Les équipes chargées de l'accompagnement de son isolement prophylactique **ne sont pas outillées pour obtenir les coordonnées de toutes les personnes ayant été en contact avec lui** ;

- ces équipes sont insuffisamment étoffées et nécessiteraient le concours de personnels non professionnels de santé qui pourraient endosser le rôle de retraçage des cas contacts mais qui se verraient alors opposer le secret médical.

Par ailleurs, la région d'Île-de-France, par la voix de sa présidente, a déploré devant la commission d'enquête que sa proposition de participer à « Covisan », par la réservation de près de 7 000 chambres d'hôtel, n'ait pas été retenue par l'État¹, réservant le pilotage à la seule ARS.

À l'heure actuelle, malgré l'intention louable qui anime les initiatives locales en faveur de l'hébergement hôtelier ou de formes non contraintes d'isolement, les rapporteurs sont contraints de constater qu'elles ont été **très peu épaulées par l'État, qui semble avoir privilégié les deux premiers piliers de la stratégie.**

¹ Audition de Mme Valérie Pécresse, présidente de la région Île-de-France, 15 juillet 2020.

QUATRIÈME PARTIE : REMÉDIER AUX INSUFFISANCES D'UNE GOUVERNANCE DÉPASSÉE PAR LA CRISE

I. UNE GOUVERNANCE NATIONALE COMPLEXE ET PEU LISIBLE, CONTRAINTE À SE RÉINVENTER POUR RÉPONDRE À LA CRISE

A. ASSEOIR LA LÉGITIMITÉ SCIENTIFIQUE DES DÉCISIONS : UN ENJEU DÉTERMINANT POUR EMPORTER L'ADHÉSION DE LA POPULATION

1. Un système d'agences sanitaires concurrencé par des structures d'expertise scientifique *ad hoc*

a) Les agences sanitaires : une source d'expertise non négligeable, inégalement et insuffisamment mobilisée

Le système français d'agences sanitaires comprend une grande variété d'opérateurs chargés de produire une expertise scientifique et de conseiller les pouvoirs publics dans les champs de la veille et de la sécurité sanitaire. M. Didier Houssin, ancien directeur général de la santé, a ainsi rappelé que, dans ces domaines, « *la politique publique s'appuie avant tout, sur un plan scientifique, sur l'organisme d'expertise en évaluation du risque Santé publique France et sur l'organisme d'expertise en gestion du risque qu'est le Haut Conseil de la santé publique* »¹.

Les principales agences et instances du champ sanitaire susceptibles d'être mobilisées dans la gestion des risques sanitaires

- L'**agence nationale de santé publique (ANSP)**¹, plus communément désignée par l'appellation « **Santé publique France** », est chargée, dans le cadre d'une approche populationnelle, d'assurer, notamment par la **centralisation du recueil de données épidémiologiques**, la **veille sur les risques sanitaires** menaçant les populations, de **préparer la réponse** aux menaces, alertes et crises sanitaires et de **lancer l'alerte sanitaire**.

- La **Haute Autorité de santé (HAS)**² est chargée, dans le cadre d'une **approche médicale**, de **conseiller les professionnels de santé** sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces, notamment en définissant des protocoles de prise en charge des patients pour une pathologie déterminée, accompagnés, le cas échéant, de listes des produits de santé à utiliser préférentiellement.

¹ Audition d'anciens directeurs généraux de la santé, 17 septembre 2020.

• L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)³ est chargée, dans le cadre d'une **approche de sécurité sanitaire**, d'évaluer les **bénéfices et les risques** liés à l'utilisation de produits de santé, dont les médicaments et les dispositifs médicaux, et d'**autoriser les protocoles de recherche clinique interventionnelle**, c'est-à-dire impliquant l'expérimentation de traitements ou de protocoles thérapeutiques comportant une intervention sur la personne s'écartant des protocoles de prise en charge standards.

• Le **Haut Conseil de la santé publique (HCSP)**⁴ est chargé, dans le cadre d'une **approche d'aide des pouvoirs publics à la décision**, « de fournir aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires et la Haute Autorité de santé, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ».

• L'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)⁵ est principalement chargée de contribuer à assurer la sécurité sanitaire humaine dans les domaines de l'environnement, du travail et de l'alimentation.

¹ Missions définies à l'article L. 1413-1 du code de la santé publique.

² Missions définies à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

³ Missions définies à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique.

⁴ Missions définies à l'article L. 1411-4 du code de la santé publique.

⁵ Missions définies à l'article L. 1313-1 du code de la santé publique.

Source : Commission d'enquête

Face à la crise sanitaire liée à la covid-19, ces différentes agences et instances¹ sanitaires ont été inégalement mobilisées par le Gouvernement pour lui apporter une expertise scientifique susceptible d'éclairer et de fonder ses décisions. Ces agences ont pourtant l'habitude de produire une **expertise scientifique indépendante et pluraliste** sur différents enjeux sanitaires. Plusieurs d'entre elles ont en effet institué, en interne, des conseils scientifiques ou des commissions, comités ou groupes de travail spécialisés, à titre temporaire ou permanent, et disposent donc à ce titre d'importants relais auprès des sociétés savantes et des milieux scientifiques et universitaires.

En outre, la mobilisation coordonnée de l'expertise de ces différentes agences, compte tenu de la **complémentarité de leurs champs de compétences respectifs**, aurait permis de faire naître une **expertise transversale capable de couvrir l'ensemble des enjeux qui s'attachent à la gestion de la crise sanitaire** : évaluation de la connaissance scientifique et des nouvelles données sur le coronavirus et les pathologies associées (HCSP, HAS), évaluation de la sécurité et de la pertinence des stratégies diagnostiques et thérapeutiques (HCSP, HAS, ANSM) ou encore gestion des risques et de l'exposition en milieu de travail (ANSES, Santé publique France, HAS) et élaboration de protocoles de prévention des risques

¹ À proprement parler, le HCSP ne constitue pas une agence sanitaire, assurant des missions opérationnelles de régulation du système de santé, mais une instance d'expertise scientifique.

dans différents secteurs d'activité¹ (HCSP, Santé publique France, ANSéS). Ce n'est toutefois pas la démarche qui a été retenue par le Gouvernement.

Outre ses missions dans la constitution et la distribution des stocks stratégiques nationaux de produits de santé et d'équipements de protection individuelle, Santé publique France est essentiellement intervenue dans la **production d'indicateurs de veille sanitaire**. L'expertise interne du HCSP a été, elle, plus fortement mobilisée² pour la production d'un grand nombre d'avis qui ne se sont pas limités à la **stratégie thérapeutique** à privilégier face au nouveau coronavirus, mais ont également concerné bien d'autres aspects de la gestion de la crise³. La HAS et l'ANSM, pourtant compétentes dans la définition de protocoles de prise en charge et l'évaluation de la sécurité de produits de santé, sont pour leur part restées en retrait de l'élaboration des recommandations thérapeutiques à destination des professionnels de santé⁴.

Hormis des avis au début du mois de mars 2020 relatifs à la prise en charge de certains actes professionnels en lien avec la covid-19, la HAS est intervenue relativement tardivement, essentiellement à partir du mois d'avril 2020, pour produire des recommandations ponctuelles relatives aux conditions de prise en charge des patients pendant l'épidémie⁵. À partir de la fin du confinement, l'expertise de la HAS a été mobilisée plus fortement sur la stratégie de dépistage⁶ et la définition des *scenarii* possibles d'une future stratégie vaccinale. La publication de sa première note de veille des études cliniques parues pour certains médicaments utilisés dans le traitement de la covid-19 n'intervient que le 20 mai 2020.

L'ANSM, pour sa part, s'est concentrée sur la surveillance de la disponibilité des médicaments en période de tensions accrues d'approvisionnement, sur les dispositifs d'accès dérogatoire aux médicaments expérimentaux dans le traitement de la covid-19 et la surveillance des effets indésirables de ces traitements, ainsi que sur l'autorisation des protocoles de recherche clinique en lien avec la prise en charge de la covid-19.

¹ Établissements scolaires, universitaires, commerces, restaurants...

² Notamment au niveau de son groupe de travail pluridisciplinaire « Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes » réactivé à l'occasion de la crise sanitaire.

³ Recommandations sanitaires à l'égard des voyageurs, sécurité transfusionnelle, critères cliniques de sortie d'isolement, priorisation des tests virologiques, priorisation dans l'utilisation des masques au début de l'épidémie et doctrine en matière de port du masque par le grand public pour la suite de l'épidémie, mesures sanitaires dans les établissements accueillant de jeunes enfants...

⁴ Il est à noter que le groupe de travail du HCSP sur les infections respiratoires émergentes comprend une experte issue de l'ANSM et une experte issue de Santé publique France.

⁵ Notamment sur l'extension du délai de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse ou encore la continuité des soins des patients atteints de maladies chroniques.

⁶ Notamment s'agissant de la fiabilité et de la pertinence des tests sérologiques, des tests oropharyngés et des tests antigéniques.

À tout le moins, la réponse à la crise aurait justifié une **intensification du travail collaboratif entre les agences sanitaires** afin de capitaliser sur leur expertise et de maximiser la pertinence et la réactivité de leur interventions respectives. À ce titre, une priorisation de leurs actions dans la gestion de l'épidémie aurait pu utilement être définie au sein du **comité d'animation du système d'agences (CASA)**. La commission d'enquête regrette ainsi qu'**aucun CASA n'ait été réuni par le ministère de la santé depuis le début de l'épidémie sur la répartition des responsabilités entre agences face à une catastrophe sanitaire**. Selon des éléments transmis par la direction générale de la santé, seuls deux CASA ont été réunis en 2020 : le premier, en date du 16 janvier 2020, a été consacré aux arboviroses, et le second, en date du 23 septembre 2020, a porté sur les retours d'expérience (« Retex ») des agences sur la crise sanitaire.

De l'avis de Mme Marisol Touraine, ancienne ministre de la santé, sans remettre en cause la pertinence de la création d'un conseil scientifique, il aurait été « *intéressant de constituer un comité de liaison entre les agences impliquées, comme le CASA, c'est-à-dire l'utilisation des ressources des agences existantes, autour du ministre de la santé ou du directeur général de la santé* »¹. Également convaincue de la nécessité de **coordonner l'action des agences sanitaires mobilisées dans la réponse à une urgence sanitaire**, la commission d'enquête plaide pour la **définition au sein du CASA d'une répartition de leurs responsabilités et d'une priorisation de leurs interventions dans la gestion d'une pandémie**.

Proposition n° 24 : définir au sein du comité d'animation du système d'agences la répartition des responsabilités et la priorisation des interventions des agences sanitaires mobilisées dans la réponse à une urgence sanitaire

b) Des structures d'expertise ad hoc aux contours mal définis

En dépit des ressources non négligeables des agences sanitaires en expertise scientifique, le Gouvernement a privilégié la création de structures *ad hoc* afin de le guider dans sa prise de décision dans la gestion de la crise sanitaire.

À la suite de signaux d'alerte transmis à la présidence de la République par le Pr Jean-François Delfraissy à son retour d'une réunion de l'organisation mondiale de la santé (OMS), une réunion multidisciplinaire de 24 scientifiques s'est tenue au palais de l'Élysée le 5 mars 2020.

¹ Audition de Mme Marisol Touraine, ancienne ministre de la santé, 17 septembre 2020.

Installé officiellement le 11 mars 2020 par le ministre des solidarités et de la santé à la demande du Président de la République, le **comité de scientifiques** chargé d'éclairer la décision publique dans la gestion de la situation sanitaire liée au coronavirus, plus connu sous l'appellation de « conseil scientifique », a vu son existence législative confirmée à l'article L. 3131-19 du code de la santé publique, créé par la loi du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19¹.

D'autres structures d'expertise *ad hoc* ont par la suite été instituées par le Gouvernement :

- le **comité « analyse, recherche et expertise » (CARE)**², créé le 24 mars 2020, est chargé de conseiller les ministres de la santé et de la recherche sur les pistes scientifiques, thérapeutiques et technologiques de court terme pour répondre à la crise sanitaire et sur la mobilisation des capacités de recherche et d'innovation pour lutter contre l'épidémie ;

- le **comité scientifique sur les vaccins covid-19**³, créé par la cellule interministérielle de crise, est chargé d'éclairer les pouvoirs publics sur les candidats vaccins et sur le développement d'essais cliniques de vaccins en France.

L'article L. 3131-19 du code de la santé publique ne définit pas précisément les missions du conseil scientifique et se contente de délimiter le champ de ses avis, appelés à porter « *sur l'état de la catastrophe sanitaire, les connaissances scientifiques qui s'y rapportent et les mesures propres à y mettre un terme, y compris celles relevant des articles L. 3131-15 à L. 3131-17*⁴ [du même code], ainsi que sur la durée de leur application ». **Aucun décret ou arrêté n'est venu préciser les missions, le fonctionnement ou la composition du conseil scientifique**⁵. Un règlement intérieur du conseil scientifique, adopté le 15 avril 2020 et rendu définitif le 30 avril 2020, rappelle que le conseil a pour mission de « *donne[r] des avis sur l'état de la crise sanitaire et les mesures envisagées pour y faire face* » et lui reconnaît, en complément des saisines qui lui sont adressées par le Gouvernement, un pouvoir d'auto-saisine sur les « *sujets portant sur l'urgence sanitaire qui lui paraissent primordiaux pour lutter contre la catastrophe sanitaire* ».

¹ Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.

² Présidé par la professeure Françoise Barré-Sinoussi.

³ Présidé par la professeure Marie-Paule Kiény, virologue et vaccinologue.

⁴ Il s'agit des mesures susceptibles d'être prises par le Premier ministre, le ministre chargé de la santé ou le préfet pour assurer la santé publique en cas d'urgence sanitaire.

⁵ Aucune mesure réglementaire d'application de cet article n'est prévue par la loi.

En l'absence de dispositions légales ou réglementaires, **les missions et le fonctionnement du comité CARE et du comité scientifique sur les vaccins covid-19¹, ainsi que leur articulation avec le conseil scientifique, ne sont pas précisément définis².**

Lors de son audition³ par la commission d'enquête, le professeur Franck Chauvin, président du HCSP, a indiqué s'être concerté avec le président du conseil scientifique pour réserver à ce dernier les recommandations sur la stratégie et le pilotage et au HCSP les recommandations plus opérationnelles, notamment dans le domaine thérapeutique ou de l'hygiène. Toutefois, cette articulation n'a jamais été formalisée et n'est pas opposable au Gouvernement qui reste libre de saisir indifféremment le conseil scientifique ou le HCSP selon les sujets prioritaires de gestion de la crise.

Du reste, **plusieurs chevauchements sont apparus dans les interventions respectives des trois structures d'expertise scientifique *ad hoc* précitées et des agences sanitaires** sur différents enjeux tenant à la gestion de la crise sanitaire, notamment :

- sur les précautions à observer dans les établissements accueillant des enfants : le conseil scientifique a produit une note⁴ sur le sujet en avril 2020 et le HCSP a publié trois avis⁵ sur le même thème en juin et septembre 2020 ;

- sur les vaccins : le conseil scientifique, le comité CARE et le comité scientifique sur les vaccins covid-19 ont publié une note⁶ commune en juillet 2020 consacrée à la stratégie vaccinale pour faire face à l'épidémie,

¹ *Seule une lettre de mission en date du 4 juin 2020 adressée par le directeur général de la santé et le directeur général de la recherche et de l'innovation à la présidence du comité scientifique sur les vaccins covid-19 précise les contours des missions de ce dernier.*

² *Le règlement intérieur du conseil scientifique se contente de stipuler qu'il « interagit de façon transparente avec le Comité CARE qui est impliqué dans la réflexion, l'organisation et l'évaluation de la recherche sur le covid-19. Le comité CARE a un rôle différent et complémentaire. »*

³ *Audition d'experts en santé publique, 16 septembre 2020.*

⁴ *Enfants, écoles et environnement familial dans le contexte de la crise covid-19, note du conseil scientifique du 24 avril 2020.*

⁵ *Préconisations relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre dans les établissements accueillant des jeunes enfants (EAJE) pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2 en phase 3 du déconfinement, avis du HCSP du 10 juin 2020 ; Avis relatif à l'actualisation des recommandations sanitaires concernant le port du masque dans les structures d'accueil des enfants âgés de 0 à 3 ans, avis du HCSP du 9 septembre 2020 ; Avis complémentaire à l'avis du 9 septembre 2020 sur les stratégies de prévention de la diffusion du virus SARS-CoV-2 en établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) et en milieu scolaire, avis du HCSP du 17 septembre 2020.*

⁶ *Vaccins contre le SARS-CoV-2 – Une stratégie de vaccination, avis commun du conseil scientifique, du comité CARE et du comité scientifique sur les vaccins covid-19 du 9 juillet 2020.*

quand la HAS a produit un rapport¹ sur le même enjeu à la fin du même mois ;

- sur les précautions à observer pour les voyageurs : le HCSP a publié deux avis en février et mars 2020 sur les recommandations sanitaires à l'égard de personnes de retour de zones d'exposition à risque et le conseil scientifique a produit un avis sur le même sujet en juillet 2020.

Par ailleurs, bien que chacune des trois structures d'expertise scientifique *ad hoc* mises en place par le Gouvernement soient soumises à la **charte de l'expertise sanitaire**², **l'insuffisante formalisation de leur fonctionnement** peut contribuer à alimenter des doutes sur leur indépendance vis-à-vis du pouvoir exécutif et sur la transparence de leurs activités, et conduire à un **déficit de légitimité** du discours scientifique sur lequel s'appuient les décisions de gestion de la crise.

Le conseil scientifique, le comité CARE et le comité scientifique sur les vaccins covid-19 ne disposent en effet d'aucun moyen propre³. Si le règlement intérieur du conseil scientifique prévoit qu'il « *peut s'appuyer pour son fonctionnement sur la mise à disposition de fonctionnaires de l'État et/ou le recrutement de chargés de mission* », son président a regretté que « *les moyens humains mis à disposition du conseil depuis le début de cette crise se sont résumés à deux stagiaires* »⁴.

Ce **manque d'autonomie fonctionnelle** a pesé sur la capacité de ces instances à opérer en **pleine transparence vis-à-vis du grand public**. Seuls les avis du conseil scientifique sont soumis à une obligation de publicité, depuis l'adoption de la loi du 23 mars 2020 : l'article L. 3131-19 du code de la santé publique prévoit ainsi que ses avis sont rendus publics sans délai. Toutefois, l'administration du ministère de la santé restant maîtresse de la mise en ligne des travaux du conseil scientifique, **il est arrivé que cette disposition légale n'ait pas été rigoureusement respectée**.

À titre d'exemple, alors qu'elle avait été adoptée par le conseil scientifique le 22 septembre 2020, la note d'alerte appelant à « *un contrôle renforcé de la circulation du virus en France* » face à l'émergence d'une deuxième vague n'a été publiée par le ministère que neuf jours après, à savoir le 1^{er} octobre 2020.

¹ HAS, Stratégie de vaccination contre le covid-19 - Anticipation des scénarios possibles de vaccination et recommandations préliminaires sur les populations cibles, *rapport du 23 juillet 2020*.

² Prévue à l'article L. 1452-2 du code de la santé publique.

³ Le secrétariat du comité scientifique sur les vaccins covid-19 est assuré par le consortium REACTing sous l'égide de l'alliance Aviesan.

⁴ Audition du conseil scientifique covid-19, 15 septembre 2020.

La publication tardive apparaît d'autant plus surprenante qu'elle aurait pu contribuer à « préparer les esprits » aux mesures de gestion sanitaire annoncées par le Gouvernement à la fin du mois de septembre 2020 pour faire face à l'accélération des contaminations dans plusieurs territoires (Guadeloupe, Marseille, Paris et petite couronne...), dont certaines ont été vivement critiquées par les responsables des collectivités concernées.

Interrogée sur les raisons qui expliqueraient la mise en ligne tardive de la note d'alerte précitée du conseil scientifique, la direction générale de la santé s'est contentée de répondre que « *les attributions ainsi que la saisine du conseil scientifique covid-19 sont du ressort du gouvernement.* »¹ Cette interprétation semble néanmoins sujette à caution : en se contentant de préciser que le conseil scientifique « *rend périodiquement des avis sur l'état de la catastrophe sanitaire* », **l'article L. 3131-19 du code de la santé publique ne précise pas les autorités habilitées à saisir pour avis le conseil scientifique et n'écarte pas, du reste, la possibilité pour ce dernier de s'auto-saisir.** Dans ces conditions, la note d'alerte précitée du conseil scientifique aurait dû, selon la commission d'enquête, être regardée comme un avis rendu à l'initiative du conseil scientifique pour lequel l'exigence légale d'une publication « sans délai » aurait dû être respectée.

Lors de son audition par la commission d'enquête de l'Assemblée nationale, le professeur Jean-François Delfraissy, président du conseil scientifique, a indiqué que « *dans d'autres cas, les autorités de santé ont pris le temps de pleinement assimiler nos avis avant de les publier, ce qui explique qu'ils ne soient sortis que quatre jours plus tard. En tout cas, les autorités avaient nos avis avant de prendre leurs décisions, nous n'avons pas couru après les déclarations des politiques, nous les avons toujours précédés.* »²

À l'initiative du Sénat, la loi du 14 novembre 2020 autorisant la prorogation de l'état d'urgence sanitaire et portant diverses mesures de gestion de la crise sanitaire prévoit désormais que les avis du conseil scientifique devront, dès leur adoption, être communiqués simultanément au Gouvernement, au président de l'Assemblée nationale et au président du Sénat.

Quant aux travaux du comité CARE et du comité scientifique sur les vaccins covid-19, ils n'étaient toujours pas mis en ligne au 7 octobre 2020.

Si la France n'est pas isolée dans le choix du recours à une expertise scientifique extérieure aux agences sanitaires pour conseiller les pouvoirs publics dans la gestion de la crise liée à la covid-19, elle se distingue par la **constitution d'un conseil scientifique en dehors de tout formalisme particulier**, en l'absence de disposition légale ou réglementaire ou structure déjà éprouvée à l'occasion d'une précédente crise, et par une **association très marginale des agences sanitaires aux travaux dudit conseil.**

¹ Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

² Audition du conseil scientifique covid-19 par la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de coronavirus-covid-19, 18 juin 2020.

La plupart des avis débattus au sein du conseil scientifique ont inclus la participation, mais uniquement en qualité de personnalité extérieure invitée, d'un représentant de Santé publique¹. À cet égard, Mme Marisol Touraine a considéré qu'« on aurait pu imaginer un modèle différent, dans lequel le conseil scientifique aurait compté, outre les personnes qui le composent, des représentants des agences institutionnelles. [...] Dans une telle crise, il faut embarquer les acteurs des administrations, pour leur éviter de sentir abandonnés, délaissés. »²

Pour mémoire, le problème de la concurrence entre l'expertise des agences sanitaires et celle d'une structure dédiée à un risque pandémique particulier s'était déjà posé lors de la gestion de la crise liée à la grippe A (H1N1). Créé en 2008 à la suite de recommandations de l'OMS, le comité de lutte contre la grippe (CLCG), qui avait été mobilisé pour produire 43 avis entre avril 2009 et janvier 2010, n'avait en effet pas articulé son intervention de façon pleinement efficiente avec le HCSP. Estimant que « la place du CLCG dans l'organisation de l'expertise sur la pandémie a également entravé sa bonne marche », M. Alain Milon avait appelé, dans son rapport³ de juillet 2010 fait au nom de la commission d'enquête du Sénat sur la grippe A, à mettre en cohérence les structures d'expertise scientifique en « fond[ant] le comité de lutte contre la grippe au sein d'une instance d'expertise compétente pour l'ensemble des maladies infectieuses ».

À titre de comparaison, au Royaume-Uni, le groupe de conseil scientifique pour les urgences (« *Scientific Advisory Group for Emergencies* » – SAGE)⁴, qui préexistait à la crise liée à la covid-19, comprend, parmi ses membres, des représentants de l'agence de santé publique (« *Public Health England* »), du service national de santé (« *National Health Service* »), de l'office national de statistiques (« *Office for National Statistics* ») et de l'agence de santé et sécurité au travail (« *Health and Safety Executive* »)⁵, ainsi que des représentants des gouvernements locaux écossais, gallois et nord-irlandais.

¹ La directrice générale de Santé publique France, Mme Geneviève Chêne, a participé aux débats sur l'avis du 12 mars 2020. Santé publique France a, par la suite, été représentée par M. Jean-Claude Desenclos, directeur scientifique de l'agence. Le président du HCSP, M. Franck Chauvin, a, pour sa part, été invité à participer aux débats sur l'avis du 16 mars 2020 et a été nommé membre à part entière du conseil scientifique en application du décret du 3 avril 2020 portant nomination des membres du comité de scientifiques constitué au titre de l'état d'urgence sanitaire déclaré pour faire face à l'épidémie de covid-19.

² Audition de Mme Marisol Touraine, ancienne ministre de la santé, 17 septembre 2020.

³ La grippe A (H1N1)v : Retours sur « la première pandémie du XXI^e siècle », rapport n° 685 (2009-2010) de M. Alain Milon, fait au nom de la commission d'enquête sur la grippe A, déposé le 29 juillet 2010.

⁴ Institué sans base législative ou réglementaire, il éclaire le conseiller scientifique en chef (« *Government Chief Scientific Adviser* ») du gouvernement britannique et le chef du service médical pour l'Angleterre (« *Chief Medical Officer* », équivalent du directeur général de la santé pour l'Angleterre) dans la gestion d'urgences sanitaires.

⁵ Cette information a été confirmée par le ministre de la santé britannique, M. Matt Hancock, dans une lettre en date du 15 juillet 2020 au président de la commission sur la science et la technologie de la Chambre des communes.

Le « SAGE » britannique : une structure à la légitimité contestée pendant la crise sanitaire liée à la covid-19

Le SAGE a été activé à plusieurs reprises depuis 2009, notamment lors de la pandémie de grippe A (H1N1) en 2009, de l'accident nucléaire de Fukushima en 2011, de l'épidémie d'Ebola en 2014 et de l'épidémie de Zika en 2015-2016. Selon un guide méthodologique de 2011, le SAGE n'est activé que sur requête du Gouvernement dans le cadre du mécanisme des « *Cabinet Office Briefing Rooms* » (COBR) qui coordonne les opérations gouvernementales dans la gestion de crises importantes.

Bien que le SAGE opère conformément au code de pratique des comités consultatifs scientifiques (« *code of practice of scientific advisory committees* ») établi en 2011 par le département gouvernemental pour la science (« *Government Office for Science* »), son activité a fait l'objet de nombreuses critiques au début de la crise sanitaire liée à la covid-19, en raison du manque initial de transparence et de publicité sur sa composition et sur ses avis.

Le gouvernement britannique a néanmoins souligné que le rythme de publication des documents discutés par le SAGE a été plus important que celui observé lors de précédentes crises sanitaires, notamment lors de la crise liée à la grippe A qui n'avait vu les documents du SAGE publiés qu'à l'issue de l'urgence sanitaire¹. Le conseiller scientifique en chef du gouvernement, qui préside le SAGE, a précisé, au début de la crise, que la non-publication de sa composition participait du maintien de l'indépendance et de l'impartialité de ses membres en les protégeant de toute influence extérieure.

À la mi-avril 2020, ni l'identité des membres ni les procès-verbaux des réunions du SAGE activé pour la crise de la covid-19 n'ont été rendus publics, alors que le gouvernement britannique insistait régulièrement sur le fait que ses décisions dans la gestion de la crise se fondaient sur les données de la science². En l'absence de transparence sur les activités du SAGE, certaines de ses recommandations ou modélisations ont été critiquées. Dans ce contexte et en protestation à l'opacité du fonctionnement du SAGE, un groupe de scientifiques a créé un comité scientifique alternatif dénommé « *Independent-SAGE* », présidé par un ancien conseiller scientifique en chef du Gouvernement.

¹ Lettre en date du 15 juillet 2020 de M. Matt Hancock, ministre de la santé et des affaires sociales du Royaume-Uni, à M. Greg Clark, président de la commission « Science et technologie » de la Chambre des communes.

² Mark Landler et Stephen Castle, « The Secretive Group Guiding the U.K. on Coronavirus », *New York Times*, édition du 23 avril 2020.

Source : Commission d'enquête

Avant la France, l'Irlande avait également mis en place, dès le 5 février 2020, un groupe d'experts (« *Expert Advisory Group* ») placé auprès de la structure de coordination de la réponse du système de santé à la crise liée à la covid-19 (« *National Public Health Emergency Team for covid-19* » - NPHET), instituée par le gouvernement le 27 janvier 2020. Ce groupe d'experts comprend non seulement plusieurs personnalités qualifiées dans le domaine des maladies infectieuses mais également des représentants des agences sanitaires irlandaises, dont le directeur du centre de surveillance et de protection de la santé (« *Health Protection Surveillance Centre* ») – équivalent de Santé publique France en Irlande – et un représentant de l'agence exécutive des services de santé (« *Health Service Executive* »).

Dans trois autres pays, le conseil scientifique des pouvoirs publics s'est essentiellement appuyé sur l'expertise des agences sanitaires nationales :

- Aux États-Unis, la « *task force* » sur le coronavirus, mise en place à compter du 29 janvier 2020 par l'administration américaine pour piloter au niveau interministériel la crise sanitaire¹, constitue l'équivalent de la cellule interministérielle de crise. Ce centre de crise, qui ne comprend que quatre personnes² nommées à raison de leurs responsabilités dans le domaine scientifique sur un total de 27 membres, ne s'est pas appuyé sur un conseil scientifique *ad hoc* : l'expertise « officielle » américaine sur la covid-19 s'est essentiellement manifestée par la voix des agences sanitaires que sont les **centres de contrôle et prévention des maladies infectieuses** (« *Centers for Disease Control and Prevention* » - CDC), les **instituts nationaux de santé** (« *National Health Institutes* » - NIH)³ et l'**agence américaine de sécurité du médicament** (« *Food and Drug Administration* » - FDA).

- En Allemagne, le gouvernement fédéral s'est appuyé sur l'expertise scientifique de l'agence fédérale de santé publique et de sécurité sanitaire, l'**institut Robert Koch**, qui est chargée d'élaborer des recommandations sur les mesures sanitaires à destination des professionnels de santé, des autorités sanitaires locales et du grand public, et d'assurer la surveillance épidémiologique.

¹ Initialement présidée par le ministre de la santé et désormais par le vice-président des États-Unis.

² Dont les immunologues Deborah Birs, coordinatrice des programmes américains de lutte contre le sida, Anthony Fauci, directeur de l'institut national d'allergie et de maladies infectieuses, le virologue Robert Redfield, directeur des centres de contrôle et prévention des maladies, et Jérôme Adams, médecin-chef des États-Unis.

³ Particulièrement investis dans la recherche clinique sur les traitements et vaccins contre la covid-19.

• En Espagne, l'expression scientifique « officielle » sur l'épidémie s'est articulée autour des conférences de presse quotidiennes de l'épidémiologiste Fernando Simón, directeur du **centre de coordination des alertes et urgences sanitaires** (« *Centro de coordinación de alertas y emergencias sanitarias* » - CCAES) du ministère de la santé, rôle assumé en France par le directeur général de la santé. L'évaluation du risque de propagation de l'épidémie est ainsi réalisée par la conférence d'alertes, de plans de préparation et de réponse (« *Ponencia de alertas, planes de preparación y repuesta* ») coordonnée par le CCAES, dont les conclusions sont ensuite traitées, sur le plan stratégique, par le comité de direction de la covid-19 (« *Comité de dirección del covid-19* ») créé par le ministère de la santé au sein du conseil interterritorial du système national de santé (« *Consejo interterritorial del sistema nacional de salud* »).

• En Suède, l'**agence de santé publique** (« *Folkhälsomyndigheten* ») a joué un rôle prépondérant dans la gestion de la crise sanitaire, notamment par la voix de son directeur, M. Anders Tegnell. Le professeur Alain Flahaut a ainsi rappelé qu'« *en Suède, il y a plutôt consanguinité [entre le politique et le scientifique] – pour autant, sa culture de santé publique est l'une des meilleures au monde, ses indicateurs de santé sont excellents, son école de santé publique, avec l'institut Karolinska, est une voix que l'on écoute* »¹.

2. Une communication institutionnelle de crise largement débordée par les querelles scientifiques

a) *Une communication institutionnelle protéiforme, qui n'a pas su résister aux polémiques*

À la multiplication des instances *ad hoc* d'expertise scientifique concurrençant celle produite par les agences sanitaires, s'est ajoutée une organisation peu lisible et peu efficiente de la communication de crise des pouvoirs publics. Le Gouvernement, essentiellement par la voix du ministère des solidarités et de la santé, n'est pas toujours parvenu à imposer des messages clairs et cohérents à destination tant des professionnels de santé que du grand public, dans un climat marqué par des **désaccords publics parfois vifs au sein de la communauté scientifique, largement relayés par les médias et sur les réseaux sociaux**. La communication institutionnelle a ainsi échoué à contenir un flux massif et ininterrompu d'informations contradictoires à la légitimité scientifique discutable, voire de fausses informations.

¹ Audition d'experts en santé publique, 16 septembre 2020.

Faisant le constat d'un « *fiasco en matière d'information et de communication* », M. Yves Sciama, président de l'association des journalistes scientifiques de la presse d'information, a relevé le « *grand désarroi [des] concitoyens les plus raisonnables devant l'état chaotique et souvent violent de l'information qu'ils reçoivent sur la pandémie* »¹. L'épisode de l'hydroxychloroquine est ainsi, selon lui, symptomatique de l'incapacité des agences sanitaires à s'imposer dans le débat public autour des recommandations thérapeutiques et de la pertinence de certains traitements expérimentaux et à faire valoir les résultats des études correspondant aux standards de la recherche clinique, exercice pourtant indispensable face à une maladie très largement méconnue : « *ce problème aurait sans doute pu se limiter à l'apparition d'un pseudo-traitement miracle si les autorités scientifiques et médicales étaient intervenues fermement dès le début pour arrêter cette fuite en avant. Mais l'institution médicale, en particulier l'ANSM, l'ordre des médecins, l'Académie nationale de médecine et la HAS sont restées silencieuses, ouvrant ainsi la boîte de Pandore.* » Les rapporteurs partagent pleinement l'analyse de M. Sciama selon laquelle **les autorités médicales, à savoir l'ANSM, la HAS, l'académie de médecine et l'ordre des médecins, « auraient dû se concerter pour parler d'une seule voix. Le public aurait ainsi disposé d'un point de vue scientifique visible et identifiable plutôt que de se retrouver face à des points de vue dont on finissait par considérer qu'ils étaient tous également recevables, alors que ce n'était pas le cas. »**

Sur le plan opérationnel, l'effort de pédagogie du Gouvernement à destination du grand public sur la covid-19 et la crise sanitaire s'est essentiellement appuyé sur le **service d'information du Gouvernement (SIG)**, en association avec Santé publique France. Le SIG a ainsi mis en place un « *hub* » des informations disponibles sur la page Internet *gouvernement.fr* et a également diffusé des vidéos et *spots* à caractère pédagogique à destination du grand public dans les médias et sur les réseaux sociaux. La conception et le contenu des messages sanitaires pour contenir l'épidémie ont essentiellement mobilisé, au sein de Santé publique France, sa **direction de la prévention et de la promotion de la santé**, avec le concours, le cas échéant, d'autres directions susceptibles d'actualiser des rationnels scientifiques fondant les recommandations de l'agence.

La commission d'enquête note néanmoins que **le poste de directeur de la communication et du dialogue avec la société de Santé publique France est resté vacant des mois de mars à mai 2020² puis de nouveau de juillet 2020 à octobre 2020³**. Si la direction de la communication de l'agence n'intervient pas nécessairement dans la définition du contenu des messages sanitaires de l'agence, elle contribue à faire connaître les travaux de l'agence à l'extérieur et à donner de la visibilité à ses messages.

¹ Audition sur la communication de crise, 23 septembre 2020.

² Une directrice de la communication a été nommée le 27 mai 2020, avant de rejoindre un cabinet ministériel en juillet 2020.

³ Le poste a de nouveau été pourvu en octobre 2020.

La commission d'enquête estime ainsi que **la vacance de ce poste stratégique a pu peser sur la capacité de Santé publique France à imposer sa voix dans le débat public sur les mesures de prévention de l'épidémie**, dans un contexte où la parole des autorités sanitaires était largement concurrencée par les prises de position de scientifiques et de non-scientifiques dans les médias et sur les réseaux sociaux.

Les querelles entre scientifiques sur la gestion de l'épidémie, largement médiatisées en France, ont également pesé sur la capacité des pouvoirs publics à emporter l'adhésion de la population aux recommandations sanitaires. Le professeur Antoine Flahaut a, par exemple, relevé qu'aucun consensus clair n'avait émergé au sein de la communauté scientifique au début de la crise sur la nécessité d'un dépistage massif de la population, en rappelant notamment la position du professeur Didier Raoult sur ce sujet : « *très tôt, il était assez clair pour ce médecin qu'il fallait tester davantage. Il l'a dit à l'époque, reconnaissons-le. Simplement, il n'a pas essayé de trouver un consensus avec ses pairs. C'est un personnage très clivant, qui n'a finalement pas réussi à appliquer ses méthodes en dehors de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur* »¹. Par contraste, il a attribué la réussite de la stratégie de dépistage allemande à la personnalité consensuelle du professeur Christian Drosten : « *la situation en Allemagne a évolué très différemment grâce à une personnalité comme Christian Drosten, médecin charismatique et très consensuel, qui a cherché et obtenu l'aval de ses confrères, ce qui a permis d'engager une stratégie inclusive et efficace de test. Ce virologue a tout fait pour que les tests soient disponibles et bien diffusés. Grâce à lui, l'Allemagne a très tôt mis en place une politique de testing, tracing, isolating* ».

b) Une crise de confiance dans la parole publique aggravée par les contradictions dans le discours sur le port du masque

L'évolution du discours des autorités sur le port du masque en population générale a constitué un élément central du débat sur la gestion de la crise. Le contraste entre des déclarations par les autorités sur l'inutilité du port du masque en population générale au début de l'épidémie et la généralisation de l'obligation du port du masque dans les espaces publics au mois de juin a contribué à alimenter la **défiance d'une partie de la population à l'égard des recommandations sanitaires**.

Les membres du Gouvernement et les représentants de l'administration du ministère de la santé ont insisté sur la cohérence entre les recommandations nationales et celles de l'OMS en matière de port du masque. Mme Agnès Buzyn² comme M. Édouard Philippe³ ont ainsi rappelé que les recommandations internationales étaient unanimes au début de l'épidémie sur l'absence d'intérêt du port du masque en population générale.

¹ Audition d'experts en santé publique, 16 septembre 2020.

² Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

³ Audition de M. Édouard Philippe, ancien Premier ministre, 29 octobre 2020.

L'évolution des recommandations de l'OMS sur le port du masque en population générale

À l'occasion d'une conférence de presse du 30 mars 2020¹, M. Mike Ryan, directeur exécutif du programme sur les urgences sanitaires de l'OMS, déclare : « nous ne recommandons pas de façon générale le port du masque dans l'espace public par des individus sains car il n'a pas été associé, jusqu'ici, à un effet bénéfique particulier. »

Au-delà de l'absence de données scientifiques suggérant un effet bénéfique du port du masque en population générale, M. Ryan a évoqué le fait qu'à l'inverse, un mésusage du masque pouvait avoir des conséquences préjudiciables à la prévention. Lors de cette même conférence de presse, il a néanmoins concédé que l'usage du masque « a bien un effet psychologique et social et que lui sont associées des normes sociales » et que le contexte de pénurie globale de masques de protection posait la question de sa priorisation pour les professionnels de santé.

Au regard de l'évolution des connaissances scientifiques, l'OMS n'a réactualisé que le 5 juin 2020 ses recommandations en la matière, en conseillant aux gouvernements d'encourager le port du masque en population générale en cas de circulation large du virus et de difficulté à respecter la distanciation sociale, notamment dans les transports publics, commerces ou autres espaces denses ou confinés.

¹ Conférence de presse virtuelle du 30 mars 2020.

Source : Commission d'enquête

Si la chronologie des recommandations officielles françaises en matière de port du masque en population générale recoupe celle des recommandations internationales, la **rareté de la ressource** et les difficultés du Gouvernement à équiper les personnels soignants ont nourri le **sentiment que le discours gouvernemental était dicté par la pénurie**. La **réticence des autorités à prononcer le mot de pénurie**¹ – lui préférant les termes de « ressource rare », de « tensions d'approvisionnement » ou de « risque de rupture » n'a fait qu'entretenir l'impression d'un Gouvernement sur la défensive.

¹ Le 16 mars 2020, le ministre des solidarités et de la santé rappelle sur Twitter que « les masques sont précieux » (tweet de M. Olivier Véran du 16 mars 2020 à 19 heures 42) et le 19 mars 2020, le Premier ministre insiste à l'Assemblée nationale sur la nécessité de « faire en sorte que cette ressource rare soit bien utilisée » (réponse du Premier ministre à une question de M. Damien Abad, député, pendant la séance de questions au Gouvernement).

Regrettant devant la commission d'enquête une formule maladroite en mars 2020 sur l'inutilité du port du masque en population générale¹, M. Jérôme Salomon s'est contenté de reconnaître qu'« *il y a eu de très fortes tensions* » et que « *certains professionnels ont manqué de masques et c'est absolument dramatique* »², en ne prononçant pas une seule fois le mot de pénurie lors de son audition³. Après avoir affirmé le 10 mars 2020 qu'« *aujourd'hui, il n'y a pas une pénurie de masques* »⁴, M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé, a finalement fait état d'une pénurie de masques lors de son audition par la commission d'enquête⁵.

En décourageant initialement le port du masque en population générale, le Gouvernement a pu lui-même entrer en contradiction avec les efforts déployés dès la seconde moitié du mois de mars 2020⁶ pour soutenir l'émergence d'une filière de production de masques en tissu à usage non sanitaire, dits « *masques grand public* ». Le professeur Antoine Flahaut a ainsi rappelé que l'inventivité des Chinois pour confectionner des masques – « *ils ont pris un mètre de papier toilette, un bout d'élastique, et fabriqué un masque de protection couvrant très bien le nez et la bouche* » – a contrasté, en France, avec la « *complaisance dans les discours, y compris les discours scientifiques expliquant que les masques n'avaient pas d'intérêt pour se protéger du virus* ».⁷

La focalisation du sujet des équipements de protection individuelle autour du modèle du masque médical, chirurgical ou FFP2, a en effet laissé peu de place au début de l'épidémie à des messages sur l'intérêt de masques « alternatifs », comme l'a rappelé M. Emmanuel Rusch, président de la société française de santé publique : « *nous avons relayé, sur le site de la société française de santé publique et dans notre flash mail, le message selon lequel, même en l'absence de données scientifiques bien établies, le principe était bien le port du masque. Cela n'a pas été sans mal.* »⁸

¹ Lorsqu'il déclarait le 18 mars que le masque « est vraiment une denrée rare, une ressource précieuse pour les soignants, et totalement inutile pour toute personne dans la rue » (propos rapportés par l'agence France-Presse dans « *Les masques : pénurie, polémique et volte-face* », 31 juillet 2020, et Le Monde dans l'article de M. Ulysse Bellier, « *De l'"inutilité" pour le grand public à l'obligation généralisée, sept mois de consignes sur le masque en France* », 29 août 2020).

² Audition de la direction générale de la santé, 16 septembre 2020.

³ A posteriori, M. Christophe Castaner, ancien ministre de l'intérieur (audition du 22 septembre 2020), et Mme Sibeth Ndiaye, ancienne porte-parole du Gouvernement (audition du 23 septembre 2020), ont admis devant la commission d'enquête l'existence d'une pénurie mondiale de masques.

⁴ Entretien de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé, France Info, le 10 mars 2020.

⁵ Audition de M. Olivier Véran, ministre de la santé, 24 septembre 2020.

⁶ La direction générale de l'armement du ministère des armées indique avoir reçu au 19 mars 2020 700 échantillons de masques en tissu à évaluer, et une note conjointe des ministères des solidarités et de la santé, de l'économie et des finances et du travail du 29 mars 2020 a créé deux catégories de masques en tissu à usage non sanitaire.

⁷ Audition d'experts en santé publique, 16 septembre 2020.

⁸ Ibid.

Sans attendre la réactualisation le 5 juin 2020 des recommandations de l'OMS en matière de port du masque, la pression s'accroît dès le mois d'avril sur le Gouvernement pour encourager une utilisation étendue des masques en tissu dans l'espace public :

- l'académie de médecine¹ s'est prononcée le 2 avril 2020 en faveur du port obligatoire de masques « grand public » ou « alternatifs » pour les sorties nécessaires en période de confinement ;

- le professeur Jean-François Delvaux² prône également début avril 2020 une utilisation très large des masques en population afin d'accompagner au mieux la sortie du confinement.

Enfin, les rapporteurs s'étonnent que le Gouvernement ait invité les Français à ne pas porter de masques au début de l'épidémie, alors que la direction générale de la santé prônait, dès 2018, une acculturation de la population au port du masque en cas de risque pandémique.

L'expérimentation de l'acculturation au port du masque envisagée en 2018 par la direction générale de la santé

Dans un courrier en date du 6 mars 2018, le directeur général de la santé a associé Santé publique France au groupe de travail chargé de l'expérimentation de la mise à disposition de masques en cas d'épidémie de grippe, et a demandé à l'agence :

- de fournir des éléments de cadrage méthodologiques concernant la population cible, les étendues temporelles et géographiques et les indicateurs de succès ou échec de l'expérimentation ;

- d'évaluer la quantité de masques issus des stocks stratégiques qu'il est possible de mettre à disposition et de proposer et mettre en œuvre les modalités de distribution aux officines.

En outre, dans les priorités adressées à Santé publique France le 1^{er} octobre 2018, la direction générale de la santé a renouvelé sa demande à l'agence de « contribuer à la mise en place d'une expérimentation sur l'acceptabilité du port de masques pour promouvoir son utilisation ». Lors d'une réunion du 12 septembre 2019 avec Santé publique France, la direction générale de la santé rappelle que l'un des objectifs de l'expérimentation est d'acculturer la population à l'usage des masques en cas de pandémie grippale.

Source : Éléments transmis à la commission d'enquête par Santé publique France

¹ Académie de médecine, « Pandémie de covid-19 : mesures barrières renforcées pendant le confinement et en phase de sortie de confinement », communiqué de presse du 2 avril 2020 (<http://www.academie-medecine.fr/communique-de-lacademie-pandemie-de-covid-19-mesures-barrieres-renforcees-pendant-le-confinement-et-en-phase-de-sortie-de-confinement/>).

² Entretien sur France Info le 8 avril 2020.

La mise en œuvre de cette expérimentation avant l'épidémie aurait eu le mérite d'amorcer une **conscientisation des gestes barrière face à un risque épidémique**, dans un pays où la santé est encore essentiellement envisagée par le prisme du soin et où **la culture de santé publique reste à construire**. Notant que si « *tout un courant de pensée [...] considérait que le masque n'était pas vraiment efficace* », M. François Bourdillon, ancien directeur général de Santé publique France, a rappelé qu'« *une autre logique est celle de la **prévention diversifiée et de la réduction des risques*** »¹. À cet égard, l'expérience de la lutte contre le sida avait déjà démontré l'intérêt du développement d'une culture de la réduction du risque par la diversification des outils de prévention.

Le Dr Sophie Crozier, coordinatrice de la démarche éthique à l'AP-HP, s'interroge à cet égard légitimement : « *pourquoi dans cette situation de grande incertitude le **principe de précaution** n'a-t-il pas été la règle, comme il l'est à l'habitude ? Comment accepter que les recommandations sur les mesures de protection aient varié au gré de la pénurie ?* ». En définitive, les contradictions de la communication gouvernementale sur les masques de protection n'ont fait qu'entretenir une défiance à l'égard des recommandations sanitaires, déjà fortement alimentée par les querelles scientifiques quasi permanentes sur les traitements expérimentaux. **Les rapporteurs partagent l'analyse selon laquelle le principe de précaution aurait dû, à tout le moins, commander aux responsables gouvernementaux de ne pas, au début de l'épidémie, dissuader la population générale de porter des protections du visage**, en dépit de la persistance d'incertitudes sur les mécanismes de transmission et de propagation du virus.

3. Renforcer la cohérence de l'expertise sanitaire et la légitimité de la communication de crise

Le **besoin d'incarnation de la parole scientifique** ne s'est pas démenti pendant la crise sanitaire : Jean-François Delfraissy en France, Anthony Fauci aux États-Unis, Christian Drosten en Allemagne, Fernando Simón en Espagne, Agostino Miozzo en Italie ou encore Anders Tegnell en Suède, autant de professeurs de médecine et d'épidémiologistes en chef respectés qui ont occupé la scène médiatique pour expliquer la gestion de la crise sanitaire à leurs concitoyens. L'existence d'une personnalité scientifique de premier rang, capable de faire œuvre de pédagogie dans les médias, n'est pourtant pas gage de l'adhésion de la population aux mesures de gestion de la crise.

¹ Audition de M. François Bourdillon, ancien directeur général de Santé publique France, 16 septembre 2020.

L'articulation du politique avec le scientifique reste en effet un exercice délicat : comme l'a rappelé le professeur Jean-François Delfraissy¹, le temps du politique, sur lequel pèse une exigence de réactivité à court terme et qui se satisfait difficilement des incertitudes, n'est pas nécessairement le temps du scientifique, qui par nature face à un risque émergent doit composer avec des hésitations et exige un recul suffisant pour produire des résultats crédibles. Seules des garanties solides d'indépendance, de collégialité et de transparence de l'expertise scientifique sur laquelle s'appuie la décision politique peuvent contribuer à concilier ces impératifs *a priori* divergents.

a) Mettre en place une instance nationale d'expertise scientifique unique capitalisant sur l'apport de l'ensemble des agences sanitaires

Plusieurs représentants des professionnels de santé libéraux ont regretté la **multiplicité des canaux d'information** sur la prise en charge des patients, qui a compliqué la lecture d'une information déjà particulièrement abondante².

L'insuffisante lisibilité et, dans certains cas, les **contradictions dans les recommandations sanitaires**, en l'absence de canal officiel parfaitement identifié par les professionnels de santé, plaident, par conséquent, pour la constitution d'une **instance nationale d'expertise scientifique dédiée à la réponse aux urgences sanitaires**, qui assure **l'intermédiation avec les milieux scientifiques** dans la gestion de la crise et permette de garantir tant la **cohérence** et la **légitimité scientifique** que la **visibilité** des messages à destination des professionnels de santé et du grand public.

La commission d'enquête juge indispensable que cette instance **capitalise sur l'expertise des agences sanitaires** en incluant des représentants de Santé publique France, du HCSP, de la HAS, de l'ANSM et de l'ANSéS, et mobilise des personnalités qualifiées offrant des regards aussi complémentaires que possible sur la gestion des crises sanitaires dans l'ensemble de ses aspects sanitaires et sociaux – sociétés savantes³, sciences humaines et sociales, experts en communication scientifique... – ainsi que des représentants de la société civile.

Cette instance pourrait, en outre, comprendre des représentants de l'office parlementaire d'évaluation des risques scientifiques et technologiques (Opecst) qui apporterait un éclairage bienvenu sur la stratégie de recherche déployée pour répondre à l'urgence sanitaire.

¹ Audition du conseil scientifique covid-19, 15 septembre 2020.

² Alimentée notamment par le ministère de la santé et les messages DGS-urgent, le HCSP, les sociétés savantes comme l'académie de médecine et le collège de la médecine générale ou encore les syndicats de professions médicales...

³ En fonction de la nature du risque sanitaire, différentes sociétés savantes pourront être mobilisées. En matière de maladies infectieuses, pourraient ainsi être sollicitées les sociétés savantes en infectiologie – société de pathologie infectieuse de langue française, société française de virologie –, en réanimation, en pneumologie, en hygiène et en santé publique.

La participation de droit à cette instance du président du conseil consultatif national d'éthique des sciences de la vie et de la santé (CCNE) serait également le gage d'une prise en compte effective des différentes questions éthiques susceptibles d'émerger dans la gestion d'une crise sanitaire.

Les missions de cette instance seraient de deux ordres :

- **conseiller les pouvoirs publics** dans la gestion des alertes et crises sanitaires, mission aujourd'hui essentiellement exercée par le conseil scientifique mis en place par le Gouvernement ;

- **mobiliser et coordonner l'expertise des agences et instances sanitaires existantes** afin de formuler des **propositions sur les différentes composantes de la stratégie de lutte contre l'épidémie (recherche, dépistage, contact tracing, politique vaccinale...)** pour faire face à l'urgence sanitaire. L'instance garantira ainsi la cohérence de l'expertise produite par les agences sanitaires et lui donnera toute la visibilité nécessaire auprès tant des professionnels de santé que du grand public.

Afin de pouvoir exercer ces trois missions de la façon la plus opérationnelle possible, l'instance nationale d'expertise scientifique pourrait s'organiser, en interne, en plusieurs groupes de travail ou *task forces* afin de mobiliser et coordonner l'expertise des structures scientifiques existantes (agences et instances sanitaires, organismes publics de recherche et alliances scientifiques, universités...). Aux yeux de la commission d'enquête, l'instance pourrait ainsi comprendre :

- une *task force* sur la **modélisation**, chargée de hiérarchiser les *scenarii* d'évolution de l'épidémie et susceptible de s'adjoindre le concours d'épidémiologistes et de chercheurs en modélisation des épidémies. Cette *task force* pourrait notamment être alimentée par l'expertise des équipes universitaires des unités de modélisation des maladies infectieuses¹, du réseau Sentinelles de l'Inserm et de Sorbonne Université et des services de veille épidémiologique de Santé publique France ;

- une *task force* sur la **recherche**, susceptible de s'appuyer sur les organismes publics de recherche², des représentants de l'ANSM et des comités de protection des personnes ainsi que de l'Opecst ;

- une *task force* sur la **politique de dépistage et de contact tracing**, coordonnant l'expertise de la HAS, du HCSP, de Santé publique France et du centre national de référence des virus des infections respiratoires de l'institut Pasteur, et associant la Cnam ;

¹ Telles que l'unité de modélisation mathématique des maladies infectieuses de l'institut Pasteur ou encore l'équipe « Surveillance et modélisation des maladies transmissibles » de l'institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique (Inserm-Sorbonne Université).

² Inserm, centre national de la recherche scientifique, institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement, institut national de recherche en informatique et en automatique...

- une *task force* sur les recommandations sanitaires¹ et thérapeutiques, qui pourrait mobiliser l'expertise du groupe de travail du HCSP sur les maladies infectieuses, de la direction de la prévention et de la promotion de la santé de Santé publique France et des sociétés savantes ;

- une *task force* sur la stratégie vaccinale, en cas d'urgence sanitaire liée à un agent pathogène.

Il appartiendra également à cette instance de développer des **collaborations internationales**, avec des contacts permanents avec l'OMS et le centre européen de prévention et de contrôles des maladies, ainsi qu'avec les instances de veille et réflexion scientifiques étrangères (CDC et NIAID² américains, institut Robert Koch allemand, SAGE britannique, CCAES espagnol...).

En cas de crise sanitaire, cette instance nationale d'expertise scientifique devra être activée par le Gouvernement dès le déclenchement du stade 1 du dispositif Orsan, à la différence du conseil scientifique qui n'est appelé à être réuni qu'en cas de déclaration de l'état d'urgence sanitaire. En effet, il convient de ne pas attendre une aggravation de la situation justifiant la déclaration de l'état d'urgence sanitaire pour mobiliser et coordonner l'expertise scientifique en lien avec la sécurité sanitaire.

À l'instar du SAGE britannique qui a été activé en 2010 à la suite de l'éruption du volcan islandais Eyjafjallajökull et en 2011 à la suite l'accident nucléaire de Fukushima, l'instance nationale d'expertise a également vocation à intervenir pour des **crises dépassant le strict champ des pandémies** afin d'éclairer les pouvoirs publics dans la gestion d'événements, le cas échéant localisés, dont les conséquences pour la santé ne peuvent d'emblée être mesurées ou anticipées. Elle pourrait ainsi être mobilisée à l'occasion d'alertes et de crises en lien avec des **risques environnementaux**, notamment à la suite d'accidents industriels ou encore d'événements naturels ou climatiques.

Proposition n° 25 : créer une instance nationale d'expertise scientifique unique chargée de conseiller les pouvoirs publics dans la gestion des crises et de mobiliser et coordonner les sources d'expertise existantes

¹ Notamment les contre-mesures non pharmaceutiques telles que les mesures à caractère préventif (mesures barrières, utilisation et port du masque, isolement...).

² « National Institute of Allergy and Infectious Diseases ».

Le maintien d'une instance scientifique misant sur la **multiplidisciplinarité** et **intégrant l'expertise des agences sanitaires** tout en demeurant extérieure à ces agences permet de **préserver ses membres de tout lien hiérarchique à l'égard de l'autorité politique** – les agences sanitaires demeurant, elles, sous tutelle ministérielle dans le cadre de leurs contrats d'objectifs et de performance. Cette instance devra, par conséquent, être **dotée des moyens suffisants** lui garantissant un **fonctionnement autonome** et sa **pleine indépendance à l'égard du Gouvernement**. Elle devra ainsi être en capacité de **publier, en toute transparence, l'ensemble de ses travaux** (avis, notes...), que ceux-ci aient été engagés ou pas à la demande du Gouvernement, en se fondant sur une revue complète et régulièrement réactualisée des données scientifiques disponibles et en veillant, le cas échéant, à confronter les courants de pensée et à faire état d'éventuelles positions divergentes, conformément aux prescriptions de la charte de l'expertise sanitaire. Les rapporteurs plaident, par conséquent, pour la reconnaissance explicite à l'instance nationale d'expertise d'un pouvoir d'auto-saisine pour produire des avis sur l'état de la catastrophe sanitaire.

Proposition n° 26 : reconnaître à l'instance nationale d'expertise scientifique un pouvoir d'auto-saisine pour produire des avis et garantir l'indépendance et la transparence de ses travaux en la dotant des moyens humains et financiers nécessaires à son autonomie de fonctionnement

À l'image du SAGE britannique, l'instance nationale d'expertise scientifique sur les urgences sanitaires doit demeurer une structure activée pendant toute la durée de l'urgence sanitaire. L'article L. 3131-19 du code de la santé publique ne prévoit, du reste, la réunion du conseil scientifique qu'en cas de déclaration de l'état d'urgence et sa dissolution lorsque celui-ci prend fin¹.

La **mobilisation de la société civile**, qui ne comptait initialement aucun représentant au sein du conseil scientifique, **et des associations d'usagers du système de santé** doit être mise à profit dans les dispositifs nationaux et territoriaux de gestion de la crise sanitaire. Lors de son audition par la commission des affaires sociales du Sénat le 27 avril 2020, le professeur Jean-François Delfraissy a reconnu que la présence au sein du conseil scientifique d'une seule représentante du monde associatif, en la personne de Mme Marie-Aleth Grard, vice-présidente d'ATD Quart-Monde², était « *largement insuffisant[e]* ». Interrogé sur la prise

¹ Les missions du conseil scientifique ont ainsi été prolongées jusqu'au 1^{er} avril 2021 par la loi n° 2020-1379 du 14 novembre 2020 autorisant la prorogation de l'état d'urgence sanitaire et portant diverses mesures de gestion de la crise sanitaire.

² Nommée par le président du Sénat.

en compte de la démocratie sanitaire dans la gestion de la crise, il a rappelé à la commission d'enquête que « *sur la place du comité citoyen et de la société civile pour aider à éclairer une décision, [les membres du conseil n'avaient] pas du tout été suivis* »¹. Le conseil scientifique avait, en effet, prôné la mise en place d'un **comité de liaison citoyenne permettant de faire le lien avec le milieu associatif, les territoires et les citoyens**.

Comme l'a rappelé M. Emmanuel Rusch, président de la conférence nationale de santé et du comité de contrôle et de liaison covid-19 créé en mai 2020², ce dernier « *reste un comité de contrôle circonscrit à la question – importante – des systèmes d'information, du numérique, de leur place et de leur utilité dans cette crise* »³. Dans le cadre de ce comité, la société civile et le Parlement ne sont en effet associés qu'à l'évaluation de l'apport des outils numériques à la gestion de la crise et au contrôle des garanties entourant le secret médical et la protection des données personnelles dans le cadre de ces opérations.

M. Rusch a par ailleurs confirmé que la conférence nationale de santé n'avait jamais été saisie⁴ par les autorités politiques dans le cadre de la gestion de l'épidémie. Il a regretté que les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) « *n'étaient absolument pas mobilisées par les ARS au cours de la crise* » et que les conseils territoriaux de santé (CTS) avaient été « *tout aussi négligés par les ARS* », y voyant « *un important problème "culturel", par lequel l'acteur décisionnaire ne songe même pas à solliciter les instances représentatives des usagers* ».

Afin de garantir l'accessibilité et l'intelligibilité pour le grand public des recommandations de l'instance nationale d'expertise scientifique sur les urgences sanitaires, et par suite leur meilleure acceptation par le terrain, les rapporteurs préconisent la mise en place d'un **comité de liaison citoyen qui permette d'assurer des échanges réguliers et des retours d'expérience entre l'instance et la société civile, tant au niveau des citoyens que des élus locaux**. Émanation au niveau national de la **conférence nationale de santé**, ce comité de liaison pourrait s'appuyer, au niveau local, sur les remontées d'information issues des CRSA et les CTS qui constituent aujourd'hui les principaux instruments de démocratie sanitaire territoriale. C'est à la condition qu'un lien permanent soit établi entre cette instance et les différents acteurs de la société civile que les recommandations sanitaires seront adaptées aux réalités du terrain et permettront l'adoption, le cas échéant, de mesures de gestion différenciées selon les territoires ou les catégories de population.

¹ Audition du conseil scientifique covid-19, 15 septembre 2020.

² Décret n° 2020-572 du 15 mai 2020 relatif au Comité de contrôle et de liaison covid-19.

³ Audition d'experts en santé publique, 16 septembre 2020.

⁴ Après avoir vu son fonctionnement interrompu pendant un an, la conférence nationale de santé a été reconstituée le 12 février 2020 et s'est, par la suite, autosaisie d'enjeux relatifs à la crise sanitaire.

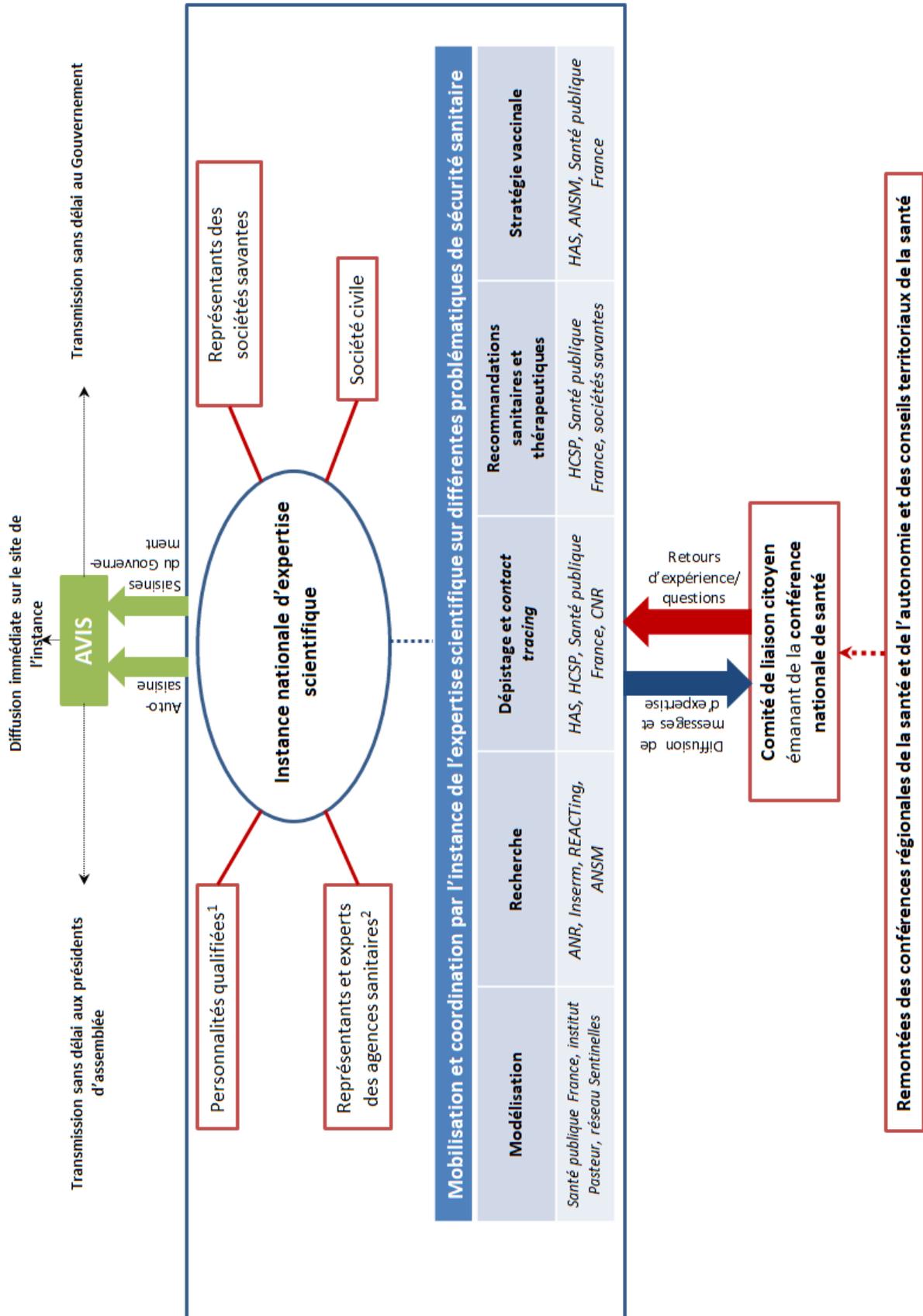
Le renforcement du lien avec la société civile constitue du reste le meilleur moyen de **contourner l'écueil d'une communication infantilisante**, dénoncée par des représentants des professionnels de santé¹ comme par la mission indépendante nationale d'évaluation de la crise de la covid-19. Dans son rapport d'étape², cette dernière appelle en particulier à un effort de pédagogie doublé d'une « *reconnaissance des limites des mesures mises en œuvre* » vis-à-vis d'une population de plus en plus en prise avec les débats scientifiques relayés sur les chaînes d'information en continu et les réseaux sociaux.

Proposition n° 27 : créer un comité de liaison citoyen garantissant des échanges permanents entre l'instance nationale d'expertise scientifique et la société civile

¹ Dans ses réponses au questionnaire de la commission d'enquête, un médecin généraliste a indiqué trouver « la communication "grand public" assez infantilisante, en particulier autour des matériels de protection et des tests. Je préfère très largement une communication honnête appelant à la responsabilité de chacun. »

² Rapport d'étape de la mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, 13 octobre 2020.

Schéma de la gouvernance de l'expertise scientifique en cas de situation sanitaire exceptionnelle proposée par la commission d'enquête



Source : Commission d'enquête

¹Nommées par le Président de la République et les présidents d'assemblée
²Santé publique France, HCSP, HAS, ANSM, ANSÉS

b) Renverser la verticalité de la communication institutionnelle en l'adaptant aux réalités territoriales

Jugée trop souvent **verticale**, la communication institutionnelle de crise n'a pas été adaptée aux **décalages dans la propagation du virus observés dans certains territoires**, en particulier dans les **outre-mer**.

À titre d'exemple, le directeur général de l'ARS de Guyane a alerté, le 27 mars 2020, Santé publique France de la diffusion en Guyane de spots radio de Santé publique France concernant des mesures de stade 3 – en l'espèce, invitant à ne pas appeler le 15 en l'absence de signes graves –, alors même que la collectivité se trouvait au stade 1 de l'épidémie, avec pour objectif de tester tous les cas. Le directeur général de l'ARS a alors regretté que « *les consignes diffusées dans le spot ne [soient] pas adaptées à notre situation épidémique, brouillent notre doctrine aujourd'hui en place, et risquent d'amener des patients non graves à ne pas se signaler* »¹.

Pour le département de Mayotte, le manque de prise en compte, dans l'adaptation des mesures de gestion de la crise, des spécificités démographiques et linguistiques et des conditions socioéconomiques territoriales est tout aussi flagrant. Rappelant « *l'adoption des mesures aux mêmes dates et aux mêmes conditions qu'en métropole* », Mme Dominique Voynet a ainsi souligné les « *conséquences très négatives sur le plan social et sanitaire* » du confinement dans le territoire, notamment en matière :

- d'accès à la nourriture : « *la disparition de l'économie informelle et la fermeture des écoles, et donc des cantines, ont eu pour conséquence qu'une partie importante a connu la faim. La faim a été le premier sujet d'appel du numéro vert à Mayotte et la première demande adressée aux équipes de terrain de l'ARS [...]. Les distributions alimentaires donnent lieu à des affrontements. Bien des familles n'ont plus rien* » ;

- d'accès à l'eau : « *en temps ordinaire, un tiers des familles n'a pas accès à l'eau potable. En période de confinement, c'était plus grave encore, car l'approvisionnement était plus compliqué, si bien que certaines familles s'approvisionnaient dans des rivières polluées* » ;

- d'acheminement de renforts humains et matériels : « *je veux citer la décision de suspension immédiate et sans préavis de tous les vols le 20 mars, mettant en péril l'acheminement des personnels de renfort et de relève, et surtout, le fret sanitaire.* »²

¹ Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

² Audition d'élus et de représentants de la Guyane, 21 juillet 2020.

Ces décisions ont été d'autant plus difficiles à vivre pour la population et les autorités locales qu'elles « *ont été prises de façon brutale et inexplicable* », notamment par le ministère des outre-mer s'agissant de l'interruption des vols. Seule la décision du Gouvernement de reporter à Mayotte la date du déconfinement au 18 mai 2020 et de le lever par étapes a été prise en accord avec la préfecture et l'ARS.

De même, certaines associations territoriales ont dû faire preuve de pragmatisme et recourir à des solutions « artisanales » dans leur communication auprès des usagers et des acteurs de la santé, afin de favoriser la compréhension et l'appropriation des recommandations sanitaires par l'ensemble de la population. Mme Joëlle Rastami, membre de France Assos Santé Mayotte, rappelle, par exemple, que son association a dû créer plusieurs groupes d'échanges sur l'application mobile *Whatsapp* afin d'offrir des réponses adaptées aux problèmes rencontrés par la population mahoraise et de faciliter les retours d'expérience.

La commission d'enquête appelle, par conséquent, à veiller à adapter les mesures de gestion de la crise et les messages sanitaires aux réalités territoriales, tout particulièrement dans les outre-mer. À cet effet, en cas de déclenchement différencié des stades d'alerte sur le territoire, il convient pour Santé publique France, le SIG et les médias nationaux de se rapprocher des ARS des territoires concernés par un stade épidémique distinct du stade prévalant dans la majorité du territoire national afin d'adapter le contenu des spots et de tenir compte des particularités de la situation territoriale : traduction des affiches ou des spots en langues étrangères¹, réalisation locale de spots radio ou vidéo, mobilisation des radios et chaînes de télévision locales...

Proposition n° 28 : adapter les mesures de gestion de la crise et le contenu des spots et messages sanitaires aux réalités territoriales afin de tenir compte des particularités locales, notamment pour les territoires ultramarins et les territoires frontaliers

¹ Les messages ont dû, par exemple, être traduits par l'ARS en 17 langues en Guyane.

B. SANTÉ PUBLIQUE FRANCE : UNE AGENCE CONTESTÉE ET DÉBORDÉE PAR L'AMPLEUR DE LA CRISE

1. Une agence insuffisamment armée et préparée pour affronter une crise sanitaire d'une ampleur inédite

a) Une agence encore jeune

Créée par la loi « Santé »¹ du 26 janvier 2016 et une ordonnance² du 14 avril 2016, l'agence nationale de santé publique résulte de la fusion, effective depuis le 1^{er} mai 2016³, de trois établissements publics administratifs et d'un groupement d'intérêt public qui intervenaient dans la **veille épidémiologique**⁴, la **prévention** et la **promotion de la santé**⁵ et la **préparation** et la **réponse aux urgences sanitaires**⁶. Cette création avait pour objectif de fonder notre politique de santé publique sur un *continuum* allant de la surveillance épidémiologique à la déclinaison opérationnelle des mesures de prévention, de promotion de la santé ou de gestion des situations sanitaires exceptionnelles en passant par l'alerte sur les risques sanitaires.

Ce faisant, la France s'est rapprochée du modèle organisationnel de gestion intégrée de la politique nationale de santé publique observé dans d'autres pays de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), en se dotant d'une agence nationale aux missions comparables à celles de *Public Health England* au Royaume-Uni ou des *Centers for Disease Control and Prevention* aux États-Unis. Mme Marisol Touraine a ainsi rappelé que la création de Santé publique France⁷, est venue répondre à trois principales faiblesses du système de santé publique de l'époque : remédier à un éparpillement des agences sanitaires, pénalisées par leur petite taille dans leur rapport de forces avec le ministère chargé du budget ; renforcer la légitimité des agences vis-à-vis d'acteurs de santé « *enclins à contester toute forme de régulation extérieure* » ; faire gagner en lisibilité les messages de santé publique, dans le souci de développer une culture de santé publique⁸.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'agence nationale de santé publique.

³ En application du décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 relatif à la création de l'agence nationale de santé publique.

⁴ Institut de veille sanitaire (InVS) – établissement public administratif.

⁵ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) – établissement public administratif – et Addictions Drogues Alcool Info Service (Adalis) – groupement d'intérêt public placé sous l'autorité de l'Inpes.

⁶ Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus) – établissement public administratif.

⁷ Inspirée du modèle de l'institut national de santé publique du Québec.

⁸ Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

Pour autant, le dimensionnement des moyens de Santé publique France interroge sa capacité à développer une véritable culture de la prévention et à garantir une gestion réactive et efficiente des alertes et crises sanitaires. L'analyse de l'évolution de ses ressources humaines et budgétaires ne résiste en effet pas à la comparaison avec les moyens dont dispose l'agence de santé publique britannique, *Public Health England*.

En 2020, les recettes de Santé publique France s'établissaient à **195 millions d'euros**¹ – dont une subvention pour charges de service public versée par l'assurance maladie de 150 millions d'euros –, et ses effectifs à **586 équivalents temps plein (ETP)**². Dans l'exercice de ses missions d'animation et de coordination du système national de veille et de surveillance sanitaires, l'agence dispose en outre, sous son autorité, de **15 cellules d'intervention en région (CIRe)**, placées auprès des directeurs généraux des ARS, mais dont les effectifs relèvent de sa direction des régions.

À titre de comparaison, la subvention publique annuelle de *Public Health England* avoisine les **300 millions de livres**³ – soit environ 331 millions d'euros – et ses effectifs s'élèvent à environ **5 500 personnes**⁴.

Les directions de Santé publique France plus spécifiquement impliquées dans la réponse à une crise sanitaire liée à un agent infectieux apparaissent encore moins bien armées que leurs homologues britanniques.

¹ Selon les données figurant en annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

² Dont 568 ETP sous plafond et 18 ETP hors plafond.

³ Estimation communiquée par Public Health England le 20 avril 2020 (<https://www.gov.uk/government/news/phe-response-to-a-sun-newspaper-column>). Le montant de 4,5 milliards de livres, parfois avancé pour le budget de Public Health England, correspond en réalité aux moyens alloués par le gouvernement britannique aux services locaux de santé publique et non au budget de l'agence.

⁴ Selon le rapport annuel de l'agence, son budget a représenté un coût net total pour le contribuable britannique de 287 millions de livres en 2018 (*Public Health England, Annual Report and Accounts 2018/19, juillet 2019, page 14*).

Alors même que *Public Health England* n'est pas responsable de l'acquisition mais uniquement de la gestion des stocks stratégiques de produits de santé et d'équipements de protection individuelle pour faire face à des situations exceptionnelles¹, les ressources mobilisées au titre de ses missions dans la réponse aux urgences sanitaires et aux accidents environnementaux se sont établis, en 2018, à 476 personnes et 25,8 millions de livres – 28,5 millions d'euros – et les ressources mobilisées au titre de ses missions en matière de protection contre les maladies infectieuses se sont élevées à 2 093 personnes et 86,9 millions d'euros – 95,9 millions d'euros². Par comparaison, les moyens consacrés par Santé publique France – hors dépenses transverses et de fonctionnement courant – à l'intervention en situation sanitaire exceptionnelle et dans la veille et la surveillance se sont élevés à :

Évolution depuis 2017 des autorisations d'engagement consacrées par Santé publique à l'intervention en situation sanitaire exceptionnelle et à la veille et la surveillance

(en millions d'euros)

	2017 ¹	2018 ¹	2019 ¹	2020 (prévision hors covid-19)
Intervention en situation sanitaire exceptionnelle	24,5	32,2	47	24
Veille et surveillance	18,9	20,6	23,1	22,9

¹ Compte financier

Source : Santé publique France

¹ Les opérations d'achat de l'agence se limitant à l'acquisition d'un stock de vaccin pandémique. Le 20 avril 2020, *Public Health England* a indiqué sur son site (<https://www.gov.uk/government/news/phe-response-to-a-sun-newspaper-column>) : « *Public Health England* n'est pas chargée de déterminer le stock qui doit être détenu en cas de pandémie. Nous sommes responsables de l'élaboration des lignes directrices nationales en matière d'équipements de protection individuelle (EPI) et des conseils destinés à protéger les professionnels de santé. Le département de la santé et de la protection sociale [*Department of Health and Social Care*], est responsable de l'achat d'EPI pour le compte du service national de santé [*National Health Service*], non pas *Public Health England*. [...] *Public Health England* n'est pas responsable de l'approvisionnement en EPI. Le département de la santé et de la protection sociale et le service national de santé d'Angleterre mènent ce travail, y compris la négociation de propositions d'aide d'entreprises privées. » En revanche, le cadre stratégique de *Public Health England* face à une pandémie grippale de 2014 prévoit bien qu'il revient à l'agence de « gérer les stocks nationaux de contre-mesures [...] et d'acquérir un vaccin pandémique spécifique », et à ce titre de gérer les stocks d'antiviraux, d'antibiotiques, de consommables et d'équipements de protection individuelle (*Public Health England, Pandemic Influenza Strategic Framework, août 2014*).

² *Public Health England, Annual Report and Accounts 2018/19, juillet 2019, page 14.*

**Évolution des effectifs de la direction « Alerte et crises »,
y compris les effectifs de l'ex-Éprus depuis la création de Santé publique France**

(En ETP, à périmètre constant)

	2016 ¹	2017	2018	2019	2020 ²
Direction	6	1,2	2	2	2,8
Direction « Alerte et crise »	7	6	6	6,3	6,8
Établissement pharmaceutique	10	10,2	10,9	10,4	24
Réserve sanitaire	11	9,5	10,9	15,4	15,6
Total	34	27	29,8	34	49,2

¹ Au 1^{er} mai 2016, date de création de Santé publique France.

² Projection.

Source : Santé publique France

Pour sa part, l'institut Robert Koch allemand disposait, en 2017, d'un budget de **105 millions d'euros** et de **1 480 employés**¹. Toutefois, ses missions se concentrent sur la veille épidémiologique et l'élaboration de recommandations en matière de sécurité sanitaire : **l'institut Robert Koch n'intervient pas dans la constitution de stocks stratégiques de produits de santé et d'équipements de protection individuelle**, la fourniture de masques de protection aux professionnels de santé relevant de la seule responsabilité des hôpitaux et institutions médicales.

Sur le plan des moyens humains, la création de Santé publique France a principalement eu pour effet de **mutualiser les effectifs relevant des fonctions support de l'Éprus**² au sein des fonctions support de la nouvelle agence. De fait, dans une agence soumise à des exigences de maîtrise de ses effectifs, cette mutualisation peut conduire à faire peser sur les fonctions support une charge de travail globale plus importante et plus diversifiée avec des moyens peu extensibles. Pour mémoire, les lettres-plafonds de juillet 2015 et de juillet 2016 adressées à Santé publique France indiquaient un objectif de suppression jusqu'en 2019 de 10 % de ses effectifs. Dans ses réponses au questionnaire de la commission d'enquête, Santé publique France rappelle que cette réduction du plafond d'emplois faisait elle-même suite à une diminution de 8,5 % entre 2012 et 2016 des effectifs des différentes structures ayant fusionné au sein de Santé publique France en 2016.

¹ Données disponibles sur :

https://www.ilo.org/dyn/interosh/en/f?p=14100:1100:0::NO::P1100_ISO_CODE3,P1100_SUBCO_DE_CODE,P1100_YEAR:DEU,RKI,2017

² Finances, juristes, acheteurs, systèmes d'information...

Le dossier ministre remis à Mme Agnès Buzyn à son arrivée au ministère en 2017 interrogeait déjà la possibilité de mettre en œuvre cet objectif en 2018 et 2019 « *tant l'effort de 2017 [était] important* », rappelant qu'« *entre 2014 et 2016, la baisse des effectifs de l'ANSP (agrégats reconstitués ex-Éprus, InVS, Inpes) a été de 4 %* ». Cette inquiétude s'est confirmée en 2018 : la direction générale de la santé, dans une note en date du 22 août 2018 adressée au cabinet de la ministre en préparation d'une réunion bilatérale entre ce dernier et des représentants de Santé publique France, alerte ainsi sur « *une réduction continue des ETPT qui fragilise l'agence* » et souligne que l'évolution des emplois « *interroge sur le programme de travail sur le quinquennal 2018-2022 de l'agence* »¹. Pour sa part, Santé publique France indique avoir « *régulièrement appelé l'attention, notamment à l'occasion de chaque examen budgétaire, sur ses difficultés pour procéder aux adaptations nécessaires et pouvoir mener à bien les missions qui lui sont confiées, au regard de l'ampleur des réductions d'emplois* »².

b) Une organisation de crise pragmatique, à fiabiliser pour l'avenir

Les moyens de Santé publique France sont rapidement apparus **sous-dimensionnés pour répondre aux besoins de la gestion de la crise liée à l'épidémie de covid-19**, notamment en matière de constitution et de distribution de stocks stratégiques d'équipements de protection individuelle. M. François Bourdillon, ancien directeur général de Santé publique France, a ainsi reconnu qu'« *en situation de crise notamment, nous savions très bien que l'agence serait débordée sur le plan des ressources humaines et qu'elle devrait probablement mobiliser, pour elle-même, des réservistes sanitaires afin d'accomplir ses missions. C'est bien ce qui a été fait face à la crise actuelle.* »³

En dépit de ressources contraintes, Santé publique France a démontré une certaine agilité dans la mise en place d'une organisation interne destinée à mobiliser et mieux coordonner ses directions pour répondre à l'urgence sanitaire. Une organisation de crise spécifique a ainsi été instituée autour du directeur scientifique, désigné directeur référent pour une gestion de la crise qui s'est voulue transversale, dans le souci de renforcer la coordination entre les différents pôles d'expertise de l'agence et garantir la validation scientifique des expertises et de leur méthodologie. Dans le cadre de cette organisation, ont été particulièrement mobilisées :

- la direction de la prévention et de la promotion de la santé pour la définition et la mise en œuvre de messages sanitaires à destination de la population et des professionnels de santé ;

¹ Note de la direction générale de la santé à M. Grégory Émery en date du 22 août 2018, en préparation d'une réunion entre le cabinet de la ministre des solidarités et de la santé et Mme Marie-Caroline Bonnet-Galzy, présidente du conseil d'administration de Santé publique France, et M. François Bourdillon, directeur général de Santé publique France.

² Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

³ Audition de M. François Bourdillon, ancien directeur général de Santé publique France, 16 septembre 2020.

- la direction « Appui et traitement des données » et la direction des maladies infectieuses pour le suivi de la dynamique épidémique, la gestion des remontées de données et la production d'indicateurs de suivi de l'épidémie ;

- la direction « Alerte et crises » et l'unité de coordination « Alerte et crises ».

Cette organisation interne de crise a été indispensable afin d'optimiser la mobilisation et l'allocation des ressources exceptionnelles accordées à l'agence pour faire face à l'urgence sanitaire.

La commission d'enquête relève qu'avant même la crise liée à la covid-19, **la capacité financière de Santé publique France pour assumer ses responsabilités dans l'hypothèse d'une crise épidémique de type grippal était d'ores et déjà exposée à de sérieuses fragilités.** En effet, l'agence indique que, depuis la fin de l'année 2018, elle a dû financer la passation de marchés et de commandes en vue de renouveler les stocks dans le cadre du plan pandémie grippale **par prélèvement sur son fonds de roulement et sur les réserves de trésorerie dégagées par l'ex-Éprus.** Ces réserves, qui s'élevaient à 40 millions d'euros, ne permettaient de couvrir les besoins de financement que pour les années 2019 et 2020 et le besoin de financement complémentaire pour 2021 était évalué à 28,2 millions d'euros.

Besoins de financement de Santé publique France pour supporter les dépenses dans le cadre du plan pandémie grippale

<i>(en millions d'euros)</i>	2019	2020 prév	2021 prév	Total
Paiements liés au plan de pandémie grippale	18,1	18,6	31,4	68,2
Financement sur la réserve dédiée Éprus	18,1	18,6	3,3	40,0
Besoin de financement complémentaire par l'assurance maladie			28,2	28,2

Source : Santé publique France

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020¹, **Santé publique France est intégralement financée par l'assurance maladie** : sa dotation relève du 6^e sous-objectif « Autres prises en charge »² de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Un arrêté du 11 mars 2020³, qui a fixé le montant de sa dotation annuelle à 150 millions d'euros, a néanmoins prévu que lui soit accordée une **dotations exceptionnelles** de 260 millions d'euros « *au titre de la prévention épidémique et de la constitution de stocks stratégiques* ». Le montant de cette dotation exceptionnelle a, par la suite, été révisé à quatre reprises :

- par un arrêté du 20 mars 2020⁴ qui l'a porté à 860 millions d'euros ;
- par un arrêté du 30 mars 2020⁵ qui l'a porté à quatre milliards d'euros, afin de financer l'acquisition massive de matériel de protection, notamment dans le cadre du « pont aérien » mis en place avec la Chine ;
- par un arrêté du 29 mai 2020⁶ qui l'a porté à 4,5 milliards d'euros ;
- par un arrêté du 8 juin 2020⁷ qui l'a porté à 4,8 milliards d'euros.

Fin octobre 2020, près de la totalité de ces 4,8 milliards d'euros a été engagée par Santé publique France pour financer essentiellement l'acquisition de masques, d'autres équipements de protection individuelle et couvrir des besoins nouveaux en prévention, logistique et transport :

¹ Article 45 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

² Qui comprend notamment les contributions de l'assurance maladie à divers fonds et opérateurs intervenant dans le champ de la santé.

³ Arrêté du 11 mars 2020 fixant le montant pour l'exercice 2020 du financement de l'agence nationale de santé publique.

⁴ Arrêté du 20 mars 2020 fixant le montant pour l'exercice 2020 du financement de l'agence nationale de santé publique.

⁵ Arrêté du 30 mars 2020 fixant le montant pour l'exercice 2020 du financement de l'agence nationale de santé publique.

⁶ Arrêté du 29 mai 2020 fixant le montant pour l'exercice 2020 du financement de l'agence nationale de santé publique.

⁷ Arrêté du 8 juin 2020 fixant le montant pour l'exercice 2020 du financement de l'agence nationale de santé publique.

**Répartition des dépenses de Santé publique France financées par sa dotation
exceptionnelle pour faire face à la covid-19 (au 7 septembre 2020)**

(en millions d'euros)

	Autorisation d'engagement
Acquisition de masques	3 006,2
Autres produits de santé (EPI)	727,2
Médicaments	78,9
Dépenses liées aux vaccins (anti-covid, grippe saisonnière, matériel d'injection...)	103,8
Autres dépenses (renforts, stockage, préventions, études)	53,0
<i>Fonds de concours DGS</i>	<i>700,0</i>
Total déjà engagé au 23/10/2020	4 669,0
Dépenses liées aux vaccins (anti-covid, grippe saisonnière, matériel d'injection...)	49,5
Tests antigéniques	40,0
Médicaments	31,3
Total des engagements prévus semaine en cours	120,8
Total engagements estimés fin octobre	4 789,8

Source : Santé publique France

Afin de permettre à Santé publique France de monter en puissance dans sa réponse à la crise, le niveau de ses emplois hors plafond a été revu à hauteur de 58 ETP supplémentaires en mai 2020, portant ainsi l'effectif total de l'agence à **644 ETP**.

c) Rétablir le contrôle parlementaire des moyens de Santé publique France

Le Sénat s'était opposé, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, au transfert de l'État vers l'assurance maladie du financement de Santé publique France. Sa commission des affaires sociales considérait en effet que les missions de veille épidémiologique et de préparation et réponse aux urgences sanitaires étaient consubstantielles aux responsabilités de l'État en matière de sécurité sanitaire.

Le Gouvernement partageait du reste la même analyse lorsqu'il avait estimé légitime, en loi de finances initiale pour 2017, d'assurer le financement intégral de Santé publique France par le budget de l'État¹. Dans un contexte de multiplication des crises sanitaires, la commission des affaires sociales du Sénat avait rappelé, par ailleurs, sa crainte que « *le désengagement financier de l'État n'affaiblisse le pilotage national de notre politique de veille sanitaire* »².

En outre, **le transfert du financement de l'agence à l'assurance maladie prive désormais le législateur d'une information éclairée sur ses priorités stratégiques, son budget prévisionnel et l'adéquation de ses moyens humains et financiers à ses missions**. Les montants des dotations des opérateurs sanitaires financés par l'assurance maladie ne font en effet plus l'objet d'une autorisation par le Parlement : ces montants sont fixés de façon discrétionnaire par le Gouvernement, par arrêté ministériel³.

L'annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale ne renseigne ainsi que sur les recettes, charges et emplois de l'établissement pour l'année écoulée et l'année en cours. **Elle ne communique, en revanche, aucune information sur la dotation qui devrait lui être consentie par l'assurance maladie pour l'année suivante au sein de l'Ondam**. L'expérience de la crise sanitaire montre pourtant que cette dépense est loin d'être négligeable en période de risque pandémique : la dotation totale accordée par la caisse nationale de l'assurance maladie à Santé publique France - 4,995 milliards d'euros - a représenté à elle seule un peu plus de 2,4 % du montant de l'Ondam fixé initialement pour 2020 - 205,6 milliards d'euros - soit plus que les dépenses relatives au fonds d'intervention régionale. La dotation exceptionnelle de Santé publique France a constitué **plus de 32 % des surcoûts bruts liés à la crise sanitaire** pour l'Ondam - 15,1 milliards d'euros.

Enfin, selon le rapport de l'inspection générale des finances de juillet 2020⁴ sur la gestion en 2020 des stocks stratégiques de masques par Santé publique France, le financement des dépenses de transport et d'achat de matériel engagées directement par l'État pour répondre en urgence à

¹ Programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission « Santé ».

² Rapport n° 104 (2019-2020) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Catherine Deroche, MM. Bernard Bonne, Gérard Dériot, René-Paul Savary et Mme Elisabeth Doineau, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 6 novembre 2019.

³ L'article R. 1413-19 du code de la santé publique prévoit ainsi que « le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie [à Santé publique France] est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. »

⁴ Jean Debeauvais, Axel Essid, Valérie Gervais, Clément Hartmann, Contrôle de la gestion 2020 des stocks stratégiques de l'État de masques sanitaires par Santé publique France, rapport n° 2020-050R de l'inspection générale des affaires sociales, juillet 2020.

la crise¹ a nécessité la mise en place d'un **fonds de concours financé par la dotation exceptionnelle de Santé publique France**.

Cette procédure a consisté à faire valider par plusieurs délibérations² du conseil d'administration de Santé publique France un prélèvement de 800 millions d'euros³ – ramené peu après à 700 millions d'euros – sur sa dotation exceptionnelle, elle-même versée par l'assurance maladie, pour abonder un fonds de concours auprès du **programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission « Santé »**⁴.

Selon des éléments transmis par la direction générale de la santé, les dépenses exécutées dans le cadre de ce fonds de concours se sont établies, au 3 novembre 2020, à **476 millions d'euros** en autorisations d'engagement, les deux plus importantes correspondant aux frais d'acquisition de masques auprès du fournisseur Aden (148 millions d'euros) et de transports dans le cadre du contrat avec Geodis (107 millions d'euros).

Le recours à un fonds de concours financé par Santé publique France afin de permettre à l'État de prendre en charge des dépenses de sécurité sanitaire « *faute de surface financière suffisante sur le programme 204* »⁵ ne fait que confirmer le **caractère régalien des missions de préparation et de réponse aux urgences sanitaires** et met en lumière l'**incohérence à en faire porter le financement par l'assurance maladie**. Dans ces conditions, avec le souci d'**assurer l'information du Parlement sur les priorités budgétaires en matière de sécurité sanitaire**, la commission d'enquête estime indispensable de **revenir sur le transfert du financement de Santé publique France à l'assurance maladie**. Seule l'inscription de ses crédits sur le budget de l'État permettra au législateur de débattre de façon éclairée des moyens et priorités de la politique nationale de veille et sécurité sanitaire et de garantir la transparence de ces informations d'intérêt national pour le grand public.

¹ En l'espèce, les dépenses de transport aérien et maritime du pont aérien mis en place entre la Chine et la France dans le cadre d'un marché interministériel porté par la direction des achats de l'État et les achats de produits de santé et de matériel de protection effectués directement par la direction générale de la santé.

² Délibération n° 2020-21 du 24 mars 2020 (abondement de 231 millions d'euros), délibération n° 2020-32 du 31 mars 2020 (269 millions d'euros) et délibération n° 2020-33 du 7 avril 2020 (300 millions d'euros).

³ Selon les données du rapport précité de l'inspection générale des affaires sociales, le montant total des dépenses et achats effectués directement par l'État et couverts par le fonds de concours devrait être révisé à 700 millions d'euros et « couvrirait des montants prévisionnels de 148 millions d'euros pour un marché de 71 millions de masques sanitaires, 113 millions d'euros de biologie, de 62,5 millions d'euros de respirateurs, de 24,5 millions d'euros de matériels divers et environ 300 millions d'euros de transport aérien et maritime pour l'ensemble des produits de santé acheminés *via* la logistique de Santé publique France et de l'État. »

⁴ Dont le responsable est le directeur général de la santé.

⁵ Termes employés par M. Jérôme Salomon, directeur général de la santé, dans ses observations sur le rapport de l'inspection générale des affaires sociales.

Proposition n° 29 : ré-instituer un financement intégral de Santé publique France par le budget de l'État afin de permettre un débat éclairé au sein du Parlement sur les priorités et moyens de la politique nationale de veille et sécurité sanitaire

2. Une absence d'autonomie dans la gestion des stocks stratégiques, mise en lumière par la crise sanitaire

a) Un opérateur cantonné au rôle d'exécutant du ministère de la santé

Il ressort de travaux parlementaires de 2009 et 2015 et d'un rapport de la Cour des comptes de 2010 que **l'Éprus a été cantonné au rôle d'opérateur logistique du ministère de la santé** en matière de gestion des stocks stratégiques nationaux de produits de santé :

- dans son rapport de 2009¹ sur la gestion du « stock national santé », l'ancien sénateur Jean-Jacques Jégou souligne que « **le rôle du ministère de la santé, à travers la délégation interministérielle de lutte contre la grippe aviaire (Dilga), est néanmoins prépondérant dans le cas du plan de préparation et de lutte "Pandémie grippale"** » ;

- dans une communication de septembre 2010², la Cour des comptes confirme l'analyse de M. Jégou selon laquelle l'Éprus opère, dans l'acquisition de produits de santé et équipements de protection individuelle, comme un « **pur exécutant** » **en signant des contrats dont les conditions avaient été pré-négociées par le cabinet de la ministre de la santé**. Lors de son audition du 15 novembre 2010 par la commission des affaires sociales du Sénat, Mme Rolande Ruellan, alors présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes, estime en effet que « **la convention** [entre le ministère et l'Éprus] **ligote totalement l'établissement** » ;

- dans son rapport de 2015³ sur l'Éprus, l'ancien sénateur Francis Delattre rappelle que « **le pouvoir de décision en matière de constitution ou de renouvellement des stocks de produits de santé et de mobilisation de la réserve sanitaire [...] est en effet une prérogative exclusive du ministre chargé de la santé** » et que « **l'autonomie très limitée de l'Éprus apparaît encore plus clairement à la lecture de la convention cadre fixant les relations entre l'État**

¹ Chronique d'une pandémie annoncée : la gestion du « stock national santé » par l'Éprus, rapport d'information n° 388 (2008-2009) de M. Jean-Jacques Jégou, fait au nom de la commission des finances, déposé le 6 mai 2009.

² Cour des comptes, L'utilisation des fonds mobilisés pour la lutte contre la pandémie grippale A (H1N1)v, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, septembre 2010.

³ L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus) : comment investir dans la sécurité sanitaire de nos concitoyens ?, rapport d'information n° 625 (2014-2015) de M. Francis Delattre, fait au nom de la commission des finances, déposé le 15 juillet 2015.

et l'Éprus, qui précise notamment que l'Éprus ne peut réaliser aucune opération d'acquisition de produits de santé sans en avoir préalablement reçu l'ordre par le ministre chargé de la santé ».

Cette logique a été maintenue lors de la reprise des missions de l'Éprus par Santé publique France qui ne dispose pas du même niveau d'autonomie décisionnelle pour l'exercice de l'ensemble de ses six missions¹. La loi ne lui reconnaît en effet des prérogatives d'ordre stratégique que dans la mise en œuvre du système national de veille et de surveillance sanitaire, « dont elle définit les orientations, anime et coordonne les actions, dans le respect des missions dévolues aux agences régionales de santé »². En revanche, **elle est cantonnée à un rôle d'opérateur dans la préparation et la réponse aux urgences sanitaires**, ses responsabilités étant en ce domaine, limitées à « la **gestion administrative, financière et logistique** de la réserve sanitaire et de stocks de produits, équipements et matériels ainsi que de services nécessaires à la protection des populations face aux menaces sanitaires graves ».

Elle intervient, à ce titre, « pour le compte de l'État » qui conserve, en la matière, la pleine responsabilité de la définition des orientations stratégiques. Lors de son audition³ en avril 2020 par la mission d'information de l'Assemblée nationale sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de coronavirus-covid-19, Mme Geneviève Chêne, directrice générale de Santé publique France, a ainsi rappelé que « la gestion des stocks stratégiques de l'État est [...] une activité particulière car, comme en ce qui concerne la réserve sanitaire, l'établissement agit uniquement sur instruction ministérielle et à la demande de l'État. **Nous avons une capacité d'auto-saisine dans l'ensemble des champs de nos missions sauf pour ce qui relève du 5° de l'article L. 1413-1 du code de la santé publique : « La préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires ».** Dans ce cadre, nous agissons sur ordre. » L'article L. 1413-5 du code de la santé publique exclut en effet la préparation et la réponse aux urgences sanitaires du champ des missions pour lesquelles l'agence peut décider seule de se saisir d'une question.

Le rapport précité de l'inspection générale des affaires sociales de juillet 2020 confirme le positionnement d'un opérateur « cantonné au rôle d'acheteur et de logisticien, pur exécutant », estimant que **ce modèle « supposé réactif en toute situation, est un modèle qui a montré ses limites en 2020 ».**

¹ Définies par l'article L. 1413-1 du code de la santé publique :

« 1° L'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations ;

« 2° La veille sur les risques sanitaires menaçant les populations ;

« 3° La promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé ;

« 4° Le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé ;

« 5° La préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires ;

« 6° Le lancement de l'alerte sanitaire ».

² Article L. 1413-1 du code de la santé publique.

³ Audition du 15 avril 2020 par la mission d'information de la conférence des présidents sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de coronavirus covid-19.

Dans ses observations transmises à l'inspection générale, le directeur général de la santé conteste néanmoins cette analyse, jugeant qu'« *il n'est pas exact de dire que Santé publique France est cantonnée à un rôle d'acheteur et de logisticien* », en soulignant que « *les doctrines et stratégies sont définies par l'État mais en collaboration étroite avec Santé publique France qui apporte son expertise pour ce faire* ».

La création de l'Éprus ne semblait, du reste, pas s'inscrire dans une logique d'autonomisation de la constitution et de la gestion de stocks stratégiques à l'extérieur de l'administration. Parmi les motivations ayant sous-tendu la création de l'Éprus, M. Xavier Bertrand, ancien ministre de la santé, a rappelé que « *Bercy était clairement opposé à la création de l'Éprus* » dès lors que « *cette création nous permettait d'éviter la question des plafonds d'emplois* »¹. En découle le sentiment que l'Éprus avait d'abord été envisagé comme un outil d'achat et de logistique disposant de moyens dédiés, tout en permettant au ministère de la santé de conserver en réalité une maîtrise très étroite du processus d'achat et de distribution, fonctions qu'il exerçait déjà en interne préalablement à la création de l'établissement. Dans le même esprit, M. Édouard Philippe, ancien Premier ministre, a souligné que le mouvement d'« *agenciarisation* » a pu conduire à « *appeler "agences" des structures qui sont, en fait, des administrations* »².

En tout état de cause, les relations entre l'agence et sa tutelle, aussi bien avant que pendant la crise, montrent la difficulté pour Santé publique France de faire valoir auprès du ministère ses positions et son expertise en matière de préparation et de gestion des alertes et crises sanitaires. À cet égard, deux exemples illustrent les tensions qui ont pu apparaître dans ce domaine entre l'agence et la direction générale de la santé :

- *L'opposition initiale de la direction générale de la santé à la publication de la partie du rapport du comité d'experts de Santé publique France sur le dimensionnement des stocks stratégiques de masques de protection :*

Courant 2019, la direction générale de la santé a en effet peu goûté le souhait de l'agence de publier l'avis de son comité d'experts institué pour répondre à une saisine du ministère qui portait initialement sur la stratégie d'utilisation et de dimensionnement des stocks stratégiques nationaux d'antiviraux pour faire face à une pandémie, mais que le comité avait pris l'initiative d'étendre au dimensionnement de l'ensemble des stocks de contre-mesures médicales.

¹ Audition de M. Xavier Bertrand, ancien ministre de la santé, 22 septembre 2020.

² Audition de M. Édouard Philippe, ancien Premier ministre, 29 octobre 2020.

Par un courriel en date du 11 janvier 2019, Mme Anne-Claire Amprou, alors directrice générale adjointe de la santé, a ainsi initialement informé le directeur général de Santé publique France de l'opposition de la direction générale de la santé à la publication de cet avis¹ au motif que ce document devait constituer une aide à la décision et n'avait pas, à ce titre, vocation à être publié, *a fortiori* tant que la décision administrative correspondante n'était pas intervenue².

En complément, M. Jérôme Salomon, directeur général de la santé, a, dans un premier temps, rappelé au directeur général de l'agence que celle-ci « ne peut pas s'auto-saisir sur les sujets liés à la préparation et la réponse aux alertes et aux crises » et qu'en conséquence la publication de l'avis du comité d'experts ne pourrait, en tout état de cause, intervenir qu'« en enlevant les éléments non demandés par la saisine de la DGS (masques, vaccins, antibiotiques et respirateurs) »³. Les échanges entre Santé publique France et la direction générale de la santé ont finalement conduit à la publication de cet avis dans les conditions rappelées dans la première partie du présent rapport (II.-A.-3.-a)-(3)).

- *Le refus du conseil d'administration de Santé publique France de procéder à une commande de masques de protection demandée par la direction générale de la santé :*

Par un courrier en date du 13 mars 2020, la direction générale de la santé a saisi Santé publique France d'une commande de 200 millions de masques chirurgicaux et FFP2, notamment auprès du fournisseur Aden, situé en Chine. L'agence a, dans un premier temps, validé⁴ un premier marché pour une commande totale de 71 millions de masques.

¹ Dans son courriel en date du 11 janvier 2019 au directeur général de Santé publique France, Mme Amprou indique ainsi :

« nous ne sommes pas favorables à la publication de l'avis relatif à la constitution d'un stock de contre-mesures médicales face à une pandémie grippale.

La saisine de la DGS sur ce sujet avait pour objectif d'être une aide à la décision pour la DGS dans le cadre de la définition de sa stratégie face à cette menace. Il s'agit donc d'un document dans le cadre d'une relation bilatérale DGS - SpF ne pouvant faire l'objet d'une publication.

D'une manière plus générale, si Spf souhaite publier un avis suite à une saisine de la DGS, il serait nécessaire que la DGS en soit informée en amont afin de vous indiquer notre position. »

² Dans un courriel en date du 17 janvier 2019 au directeur général de Santé publique France, M. Jérôme Salomon, directeur général de la santé, insiste en effet sur les dispositions de l'article L. 311-2 du code des relations entre le public et l'administration aux termes duquel « un avis servant à élaborer une décision administrative constitue un document préparatoire et peut ne pas être publié tant que la décision administrative qu'il prépare n'est pas intervenue ».

³ Courriel en date du 17 janvier 2019 de M. Jérôme Salomon, directeur général de la santé, à M. François Bourdillon, directeur général de Santé publique France.

⁴ Par la délibération n° 2020-10 du conseil d'administration restreint du 16 mars 2020.

Toutefois, à la suite d'interrogations d'ordre juridique selon le rapport précité de l'inspection générale des affaires sociales, le conseil d'administration de Santé publique France est revenu sur cette décision par une seconde délibération par laquelle il a annulé ce marché et a autorisé l'abondement du fonds de concours auprès du programme 204 afin de laisser le soin à la direction générale de la santé de procéder elle-même directement à cette commande.

Dans ses observations transmises à l'inspection générale des affaires sociales sur cet unique marché d'acquisition de masques par la direction générale de la santé, M. Jérôme Salomon souligne que « *l'agence n'a pas souhaité assurer la conclusion de ce marché* », en rappelant pourtant en préalable que « *l'acquisition de masques relève des missions de Santé publique France dans le cadre de l'acquisition et la gestion administrative et financière et logistique des stocks de produits* », aux termes de l'article L. 1413-1 du code de la santé publique. Face au refus de l'agence et « *au regard des besoins aigus pour la population mi-mars* », le directeur général de la santé considère que le ministère n'a eu d'autre choix que de procéder lui-même à cette commande.

Il semble que le refus de Santé publique France de procéder à une commande ordonnée par la direction générale de la santé ait tenu à des « *doutes sérieux sur [la] fiabilité [du fournisseur] à exécuter le contrat* »¹. Le rapport précité de l'inspection générale des affaires sociales fait état, pour sa part, de problèmes de contrôle de qualité pour cette commande, qui perduraient à la date de transmission du rapport au ministère des solidarités et de la santé (juillet 2020).

S'il peut paraître surprenant pour un opérateur de contester une saisine adressée par son ministère de tutelle, l'expérience décrite ci-dessus montre les difficultés pour le conseil d'administration de Santé publique France de concilier son positionnement d'acheteur et de logisticien agissant « *pour le compte de l'État* » aux marges de manœuvre limitées, et ses responsabilités dans le contrôle des contrats et marchés publics conclus par l'agence².

¹ Relevé de décisions du conseil d'administration en formation restreinte de Santé publique France en date du 16 mars 2020.

² Du reste, les dispositions de l'article R. 1413-12 du code de la santé publique prévoient théoriquement de limiter encore plus les marges de manœuvre du conseil d'administration de Santé publique France dans la fixation des marchés publics conclus pour le compte de l'État : elles prévoient en effet que c'est au conseil d'administration en formation restreinte, réduit à son président, désigné par le Président de la République, et aux représentants de l'État et des régimes obligatoires de l'assurance maladie, de délibérer sur les contrats et marchés publics passés à la demande du ministre de la santé.

b) *Des dysfonctionnements partagés entre la tutelle et l'agence dans la définition de la stratégie de la constitution des stocks d'État et leur gestion*

(1) Des décisions éminemment stratégiques qui n'ont pas été soumises au ministre de la santé

Dans ses observations sur le rapport précité de l'inspection générale des affaires sociales, M. Jérôme Salomon rappelle que « *l'État, en qualité de tutelle, assure bien le pilotage et le suivi de la gestion de Santé publique France au moyen d'outils tels que le contrat d'objectifs et de performance (COP) ou les objectifs prioritaires ou la programmation annuelle.* » Lors de son audition par la commission d'enquête¹, il a ainsi souligné que M. François Bourdillon et Mme Agnès Buzyn, alors respectivement directeur général de l'agence et ministre des solidarités et de la santé, « *étaient en pleine réflexion sur le cadre de la constitution et de l'emploi des stocks stratégiques pour la période 2020-2021* » et avait à ce titre intégré dans le COP pour la période 2018-2022 un objectif n° 3 ainsi libellé : « *assurer de façon optimale la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires* », et dont le troisième sous-objectif visait à « *contribuer à une utilisation efficiente des stocks stratégiques et tactiques* ».

Déclinaison du sous-objectif n° 3.3 du contrat d'objectifs et de performance de Santé publique France pour la période 2018-2022

3.3 Contribuer à une utilisation efficiente des stocks stratégiques et tactiques

- Contribuer à la finalisation et mettre en œuvre le cadre de constitution et d'emploi des stocks stratégiques.
- Contribuer, en vue d'éclairer les décisions futures des autorités sanitaires, à la réflexion et à la mobilisation de l'expertise sur l'adéquation optimale aux besoins des différents types de stocks stratégiques, ainsi que sur le statut spécifique de ces produits.
- Étudier en lien avec les tutelles les mutualisations et optimisations possibles concernant la gestion des plateformes de stockage, des équipements et des produits (achats groupés au niveau européen, mises en commun avec d'autres ministères, conditions d'acheminement, recyclage des produits avant leur date de péremption...).
- Mobiliser des réseaux d'experts pour produire à destination des ARS et des établissements de santé des référentiels utiles à la constitution des stocks tactiques.

Source : Contrat d'objectifs et de performance entre Santé publique France et l'État

¹ Audition de la direction générale de la santé, 16 septembre 2020.

Mme Agnès Buzyn a affirmé néanmoins que « *l'Éprus jusqu'en 2016, et Santé publique France par la suite, gère les stocks acquis en 2005 et 2009 de façon passive, sans mettre en œuvre les stocks tournants recommandés par le Haut Conseil de la santé publique et, apparemment, sans diversifier les sources d'achat* »¹. Elle soutient ainsi que « *parce que cette gestion de stocks dormants ne paraît pas optimale au Haut Conseil de la santé publique comme à la DGS, le contrat d'objectifs et de performance de Santé publique France que nous avons écrit avec Benoît Vallet demande clairement à cette agence de travailler à disposer de stocks tournants, conformément aux recommandations de 2011, c'est-à-dire de remettre dans le circuit régulièrement des produits et d'en recommander, afin qu'il n'y ait plus de stocks dormants se périssant jusqu'à être détruits* ».

Cette appréciation semble néanmoins devoir être nuancée. **Le COP pour la période 2018-2022 n'invite pas à proprement parler Santé publique France à transformer les stocks stratégiques de l'État de masques en stocks tournants.** En tout état de cause, cette transformation ne peut résulter que d'une révision explicite par la direction générale de la santé de la doctrine en matière d'acquisition des masques et d'une redéfinition, en conséquence, de la cible annuelle à atteindre pour les stocks stratégiques de masques. Or force est de constater que ces orientations stratégiques n'ont jamais été clairement définies par la direction générale de la santé avant 2019.

D'une part, la notion de « stocks tournants » n'apparaît pas explicitement dans les documents stratégiques ou de programmation adressés par le ministère à Santé publique France. Seuls deux documents font mention d'une évolution de la conception du stock d'État de masques en un « stock tampon » – notion qui n'est pas nécessairement équivalente à celle de stocks tournants :

- le compte rendu d'une réunion entre Santé publique France et la direction générale de la santé le 23 janvier 2017, relative au programme d'acquisition pour 2017, évoque la « *constitution d'un stock tampon* » pour les masques ;

- un courriel de la direction générale de la santé à Santé publique France en date du 27 juin 2018 établit que « *les stocks pandémie grippale sont conçus comme des stocks de réserve ou tampon en cohérence avec le cadre d'emploi des stocks stratégiques* ».

Compte tenu des résultats de l'évaluation de l'état des stocks d'État et de l'avis du comité d'experts institué par Santé publique France, la direction générale de la santé, par une saisine du 30 octobre 2018, demande à Santé publique France de commander 50 millions de masques – éventuellement 50 millions de masque supplémentaires plus tard, si les marges de manœuvre budgétaire le permettent.

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

Ce n'est finalement qu'à l'occasion d'une réunion entre la direction générale de la santé et Santé publique France le 12 septembre 2019 qu'est enfin acté le principe d'un lissage de 20 millions de masques par an dès 2021, avec une cible du stock fixée à 100 millions d'euros.

Par ailleurs, Mme Agnès Buzyn a affirmé, lors de son audition par la commission d'enquête, ne pas avoir été informée à son arrivée au ministère en 2017 de problèmes relatifs aux stocks stratégiques de l'État : « *le dossier ministre qui m'est remis par la DGS, donc par Benoît Vallet, à mon entrée en fonction, qui doit me faire état des zones d'alerte, ne fait aucune mention de problèmes ni sur les stocks stratégiques en général ni sur les masques en particulier* »¹. La lecture de ce dossier lui donne plutôt raison : il ne mentionne en effet pas de problèmes sur le niveau de ces stocks. Il se borne à porter à l'attention de la ministre trois enjeux concernant les stocks stratégiques :

- « *le travail sur l'élaboration d'un cadre d'emploi des stocks stratégiques permettant d'encadrer leurs constitutions et de dynamiser leurs gestions* » ;

- « *pour les stocks stratégiques, il est nécessaire de questionner l'intérêt du recours systématique à des stocks physiques pour aller vers des modèles plus agiles (ex. réservation de doses...) afin de gagner en efficacité* » ;

- « *pour faciliter l'association [des] professionnels à la gestion des crises, il conviendra également de faciliter la mise en œuvre de certaines mesures de santé publique, notamment vis-à-vis des contacts de personnes infectées par des pathologies infectieuses (ex. prescription de masques, quarantaine à domicile...)* ».

Lors de ses auditions par les commissions d'enquête du Sénat et de l'Assemblée nationale, M. Jérôme Salomon s'est gardé de répondre à la question qui lui a été posée, à plusieurs reprises, de savoir s'il avait informé la ministre des fragilités des stocks d'État de masques soulevées par Santé publique France dans deux notes adressées à la direction générale de la santé en date du 26 septembre 2018² et du 1^{er} octobre 2018³. Une information de la ministre à ce sujet apparaît pourtant justifiée à deux égards :

- les difficultés décrites par Santé publique France interrogent, au regard du nombre de masques conformes aux normes en vigueur dans les stocks d'État, sa capacité à répondre aux besoins d'une crise épidémique requérant des moyens de protection de grande ampleur ;

- les notes de Santé publique France et les multiples échanges de cette dernière avec le ministère vont être suivis d'une saisine du directeur général de la santé pour une commande de 100 millions de masques en deux temps, actant de fait la fin de la cible du milliard de masques chirurgicaux.

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

² Alertant sur le fait que 60 % des stocks sont non conformes ou périmés et « ne permettent pas de disposer des moyens de protection contre une nouvelle épidémie ».

³ Alertant sur la très faible capacité logistique de Santé publique France à distribuer rapidement des produits en cas de pandémie majeure.

Mme Agnès Buzyn a maintenu lors de son audition par la commission d'enquête que « rien de particulier ne [lui] est remonté concernant les masques »¹. Dans des éléments transmis à la commission d'enquête, la direction générale de la santé soutient néanmoins que le cabinet de la ministre a été entretenu de la problématique du renouvellement des stocks stratégiques à l'occasion d'une réunion bilatérale organisée le 10 octobre 2018 entre la sous-direction de la veille et de la sécurité sanitaire de la direction générale de la santé et le cabinet de la ministre, représenté par M. Grégory Émery, conseiller.

Si l'ordre du jour de cette réunion comportait bien un point sur la programmation des stocks stratégiques d'antiviraux et de masques, il apparaît toutefois que la préparation de la saisine de Santé publique France pour une commande en deux temps de 100 millions de masques soit postérieure à cette réunion. Du reste, un des deux participants de la direction générale de la santé à cette réunion indique qu'« il était convenu que les discussions restent générales sur les différents points à l'ordre du jour »².

Lors de son audition par la commission d'enquête de l'Assemblée nationale, M. Émery a confirmé n'avoir jamais été informé de quelque façon que ce soit des fragilités des stocks d'État de masques soulevées par Santé publique France auprès de la direction générale de la santé ou de la décision de cette dernière de saisir l'agence pour procéder à une commande de 100 millions de masques : « je n'ai pas eu connaissance de ces trois courriers³, pas plus en octobre 2018 qu'en janvier 2020. J'en ai pris connaissance quand il y a été fait référence, notamment dans le cadre de l'audition de M. Bourdillon. Je n'ai pas non plus eu connaissance de la décision prise par la DGS de demander à Santé publique France de commander 100 millions de masques. »⁴

Pour expliquer le fait que cette question ne soit pas remontée au cabinet, M. Émery offre deux éléments d'explication :

- « la DGS et Santé publique France étaient d'accord sur le constat et l'action correctrice à mener, et n'ont pas jugé utile d'informer le cabinet de la ministre. Je ne doute pas que s'ils avaient été en désaccord, une note serait remontée à la ministre pour arbitrage [...] » ;

- « je pense que ce dossier ne faisait pas l'objet d'un niveau d'alerte prioritaire, pas plus en octobre 2018 qu'en octobre 2017 [...]. Par ailleurs – je me permets ce commentaire personnel –, le délai qui sépare la commande par la DGS de 100 millions de masques et la première livraison de 33 millions de masques,

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

² Éléments transmis à la commission d'enquête par M. Thierry Paux, ancien sous-directeur de la veille et de la sécurité sanitaire de la direction générale de la santé (M. Paux et son adjoint, M. Olivier Brahic, ont été les deux représentants de cette sous-direction à la réunion avec M. Émery).

³ Courriers du 26 septembre 2018, 3 octobre 2018, 30 octobre 2018

⁴ Audition du 20 octobre 2020 par la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de coronavirus-covid-19.

en octobre 2019, est de neuf mois. Ce délai montre bien que le sujet n'était pas considéré comme relevant d'une priorité élevée. »

(2) Une gestion des stocks stratégiques par Santé publique France globalement conforme aux directives de sa tutelle

Mme Geneviève Chêne, directrice générale de Santé publique France, estime que *« selon les évaluations dont [elle] dispose, fin 2019, début 2020, les commandes et le contenu du stock stratégique à Santé publique France étaient conformes aux demandes de l'État »*¹. Cette évaluation est confirmée par le rapport précité de l'inspection générale des affaires sociales qui conclut en effet que *« l'état des lieux début 2020 des stocks stratégiques de masques sanitaires est conforme aux demandes de l'État »*.

Pour autant, Mme Agnès Buzyn a relevé² des lenteurs dans la mise en œuvre par Santé publique France des directives qui lui ont été adressées par sa tutelle. Dans ses réponses au questionnaire de la commission d'enquête, Santé publique France offre néanmoins plusieurs éclairages qui permettent d'expliquer les délais observés et conclut : *« nous ne partageons pas le constat de « lenteur » dans les réponses apportées par Santé publique France aux demandes qui lui étaient faites »* :

- 18 mois se sont écoulés entre la réalisation de l'audit de l'état de la qualité des stocks de masques, au regard de la nouvelle norme adoptée en 2014, et la saisine en ce sens de M. Benoît Vallet, directeur général de la santé de l'époque, datée du 19 avril 2017. La commission d'enquête note, néanmoins, que la saisine du directeur général de la santé pour cet audit intervient elle-même trois ans après la fixation, en 2014, de la nouvelle norme applicable aux masques chirurgicaux³. Par ailleurs, Santé publique France justifie ce délai par le temps nécessaire pour identifier un centre d'expertise capable de procéder non seulement aux tests de conformité à la norme européenne (EN14683) mais aussi à un test de résistance des lanières que l'agence a souhaité ajouter à l'étude de conformité. Dans ces conditions, les étapes de la passation du marché et de la réalisation de l'enquête de conformité retracées par l'agence ne semblent pas avoir pâti de lenteurs de la part de l'agence :

- avril 2017 : *sourcing* auprès des laboratoires nationaux, qui se révèle infructueux ;
- mai 2017 : *sourcing* conduit hors territoire national et réponse favorable du centre Centexbel ;
- septembre 2017 : avis de publication d'une procédure de marché concurrentielle négociée ;
- octobre 2017 : remise des candidatures ;

¹ Audition de Santé publique France, 16 septembre 2020.

² Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

³ Les raisons avancées par la direction générale de la santé pour ce délai entre la fixation de la nouvelle norme en 2014 et la saisine de 2017 pour la réalisation de l'audit sont rappelées au II.-A.-1.-c)-(1)-(b) de la première partie du rapport.

- décembre 2017 : remise des offres ;
- janvier 2018 : réunion de négociation (faisabilité, prix, planification) ;
- février 2018 : notification du marché à Centexbel ;
- février 2018 : démarrage des tests en cinq phases choisies dans le cadre d'un plan d'échantillonnages multiples ;
- septembre 2018 : décision d'arrêter les tests au regard du nombre de non conformités qui ne permettaient pas de poursuivre les essais pour les phases supérieures ;
- 3 octobre 2018 : transmission à la direction générale de la santé des résultats de l'enquête de conformité.

- neuf mois se sont écoulés entre la réalisation de la commande de 50 millions de masques et la saisine de la direction générale de la santé en ce sens datée du 30 octobre 2018. Santé publique France indique que le calendrier s'explique par les délais habituels de la commande publique et de livraison, les délais de commande, de disponibilité des produits et de capacité de production des fournisseurs étant variables et pouvant prendre plusieurs mois. Le rapport précité de l'inspection générale des affaires sociales relève d'ailleurs que *« dès réception de l'accord du DGS du 30 octobre 2018, Santé publique France prépare ce marché, d'une taille exceptionnelle, puisqu'il représente plus de quatre mois de consommation d'avant crise de masques chirurgicaux de l'ensemble du système de santé français »*. Santé publique France souligne, en outre, qu'elle a confirmé à UniHA dès janvier 2019 son souhait d'intégrer un marché subséquent déjà en cours de finalisation par la coopérative d'achat avec le fournisseur français CA Diffusion et a manifesté dès le début de l'année 2019 son intérêt pour l'acquisition de 100 millions de masques. L'agence précise ainsi qu'*« en vue de sécuriser l'approvisionnement en masques chirurgicaux au regard de la péremption d'une quantité importante des stocks de l'État sur 2019 et 2020, Santé publique France a anticipé l'acquisition des 100 millions de masques pour répondre à la totalité de la saisine ministérielle »*.

En outre, il est parfois reproché à Santé publique France de ne jamais s'être véritablement mise en situation de procéder à l'évaluation, en lien avec le syndicat national des industries des technologies médicales (Snitem), des capacités de production et d'approvisionnement en France de masques demandées par la direction générale de la santé dans sa saisine du 30 octobre 2018. Dans ses réponses au questionnaire de la commission d'enquête, Santé publique France s'est contentée de reconnaître qu'elle n'a pas réalisé cette action qu'elle estime relever plutôt du domaine de la direction générale des entreprises du ministère de l'économie et du SGDSN. La direction générale de la santé indique, pour sa part, avoir pris directement contact le 1^{er} octobre avec le Snitem qui lui a répondu qu'il allait consulter ses adhérents : *« seule l'entreprise 3M avait répondu le 8 novembre en précisant que la France ne pourrait obtenir que 15 % environ de la production indiquée, qui correspond à une production pour le monde entier »*¹.

¹ Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

De son temps, l'Éprus n'avait pas non plus échappé aux critiques de sa tutelle sur sa réactivité. Dans un courrier en date du 21 mai 2013, M. Jean-Yves Grall, alors directeur général de la santé, interrogeait le directeur général de l'établissement de l'époque sur la non-transmission à la direction générale de la santé :

- des conclusions des réflexions que l'Éprus devait lancer sur l'identification des modalités d'inventaire et de commande au niveau local dans la gestion des moyens tactiques et le suivi des stocks stratégiques, demandées en octobre 2012 et attendues pour novembre 2012. Or cette réflexion était jugée essentielle pour faciliter l'acquisition de moyens tactiques par les établissements de santé ;

- l'inventaire des équipements de protection individuelle existant sur le marché et l'élaboration d'un cahier des charges pour un projet de marché cadre national permettant de faciliter l'approvisionnement des établissements de santé, demandés en juin 2012 et attendus pour septembre 2012.

Enfin, la direction générale de la santé, dans des éléments transmis à la commission d'enquête, relève que, lors des six réunions de sécurité sanitaire organisées entre le 25 septembre 2018 et le 30 octobre 2018¹ auxquelles participent des représentants du cabinet de la ministre, à aucun moment Santé publique France n'a évoqué le sujet de la non-conformité des masques dans les stocks stratégiques. Dans les éléments transmis par la direction générale de la santé, il apparaît qu'avant 2020, **seulement quatre réunions de sécurité sanitaire ont évoqué des sujets en lien avec les masques** – dont seulement une au cours de laquelle le sujet a été évoqué à l'initiative de l'Éprus en 2014. Du reste, sur les 18 réunions de sécurité sanitaire ayant abordé la problématique des masques de protection de janvier à août 2020, ce sujet n'a été évoqué que quatre fois à l'initiative de Santé publique France, l'ANSM étant l'agence qui a soulevé la question le plus de fois.

Si ces réunions étaient en effet l'occasion pour l'agence de soulever le sujet du niveau des stocks en présence du cabinet, la commission d'enquête en déduit que la direction générale de la santé, pourtant alertée sur cette problématique, s'est elle-même également gardée d'évoquer la question. Santé publique France souligne, pour sa part, que « *les informations relatives aux stocks stratégiques de l'État étaient couvertes par le secret de la défense nationale jusqu'en septembre 2018, et nécessitaient une habilitation confidentiel défense. Les questions relatives aux stocks stratégiques étaient et sont traitées lors d'échanges dédiés spécifiques entre les services de la DGS et de Santé publique France* »².

¹ En l'espèce la période allant de l'envoi par Santé publique France à la direction générale de la santé de sa première note sur non-conformité des masques jusqu'à la saisine pour la commande de 100 millions de masques.

² Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

De même, selon la direction générale de la santé, ni les résultats de l'enquête sur la conformité des masques ni la saisine relative à la commande de 100 millions de masques n'ont fait l'objet d'un point à l'ordre du jour des réunions du conseil d'administration de Santé publique France au cours de l'année 2018. Or le conseil d'administration constitue un cadre d'échanges privilégié permettant à l'agence de soulever des questions stratégiques en présence de représentants de sa tutelle, en l'espèce incarnée en 2018 par la directrice générale adjointe de la santé, Mme Anne-Claire Amprou, dont une des missions prioritaires est d'assurer une tutelle opérationnelle resserrée des opérateurs sanitaires.

La direction générale de la santé mentionne l'organisation le 29 août 2018 d'une réunion bilatérale entre Santé publique France et M. Grégory Émery, conseiller de la ministre des solidarités et de la santé. En réponse aux demandes de la commission d'enquête sur le contenu de cette réunion, Santé publique France a répondu, après avoir interrogé l'ancienne direction générale, qu'il semblerait qu'une telle réunion ne se soit en fait pas tenue¹.

En définitive, la commission d'enquête constate qu'aucun des cadres d'échanges sur les orientations stratégiques en matière de sécurité sanitaire auxquels participe le cabinet de la ministre – réunions de sécurité sanitaire et rendez-vous bilatéraux entre Santé publique France et le cabinet de la ministre – n'a été mis à profit par l'agence pour sensibiliser le cabinet sur la problématique du niveau des stocks d'État de masques.

C. REFAIRE DE LA PRÉPARATION AU RISQUE PANDÉMIQUE UNE PRIORITÉ DE L'ACTION PUBLIQUE

Dans son rapport d'étape d'octobre 2020², la mission indépendante nationale d'évaluation de la crise de la covid-19 souligne « *le déclin progressif du degré de priorité accordé à la prévention des pandémies au cours de la dernière décennie, concourant à une moindre préparation et vigilance au risque* ». Les critiques formulées à l'encontre des contre-mesures pharmaceutiques déployées en 2009 contre la grippe A (H1N1), jugées disproportionnées face à une pandémie moins sévère qu'anticipée, ont eu pour effet de « casser » la dynamique d'anticipation du risque pandémique en France. La politique de préparation et de réponse à une pandémie n'a ainsi pas résisté à un excès de confiance sur le degré de préparation des pouvoirs publics à une future pandémie virale, qui a pu conduire à une baisse de la vigilance et à des économies budgétaires liées à la moindre priorité accordée à la prévention des pandémies.

¹ Réponse adressée par Santé publique France par courriel en date du 2 décembre 2020.

² Rapport d'étape de la mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, 13 octobre 2020.

1. Renforcer le pilotage stratégique et la coordination interministérielle de la préparation et de la réponse aux urgences sanitaires

Institué par décret¹ en août 2005, le **délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire (Dilga)**, placé auprès du Premier ministre, assurait la coordination de l'action de l'État contre un risque de pandémie de grippe d'origine aviaire et le suivi de la mise en œuvre des mesures décidées dans le cadre du plan de lutte contre ce risque. Appelé à rendre compte de ses missions auprès du Premier ministre et des ministres chargés de l'agriculture et de la santé, il bénéficiait du concours de plusieurs ministères et de services du Premier ministre². Dans son ouvrage *Face au risque épidémique*³ de février 2014, Didier Houssin, unique titulaire de la fonction pendant l'ensemble de son mandat de directeur général de la santé de 2005 à 2011, rappelle que « *l'adaptation de la préparation du pays à une pandémie grippale réclamait que l'information circule et soit partagée entre les différents secteurs d'activité. Il fallait que les mesures touchant l'organisation du travail soient autant que possible applicables au secteur privé et au secteur public.* »

À cet effet, l'équipe du Dilga, « *symbole de la permanence de l'action* »⁴, composée de trois représentants du secteur de la santé et de cinq représentants issus respectivement des ministères de l'intérieur, des affaires étrangères, du travail, de l'économie et de l'agriculture, s'est réunie quasiment tous les mardis pendant près de six ans et s'est attelée à mieux faire connaître le plan pandémie grippale et à partager l'information au sein de l'ensemble des secteurs d'activité de la nation, notamment en élaborant « *des guides pratiques adaptés aux différents professionnels de santé, mais aussi aux professionnels de la filière avicole, aux routiers, aux gestionnaires des parcs et jardins ouverts au public, aux professionnels de la distribution alimentaire ou de la restauration collective, aux opérateurs funéraires, aux surveillants des établissements pénitentiaires...* »⁵.

¹ Décret n° 2005-1057 du 30 août 2005 instituant un délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire.

² Affaires étrangères, défense, agriculture, consommation, environnement, industrie, intérieur, outre-mer, santé et transports, ainsi que le secrétariat général de la défense nationale (prédécesseur du secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale) et le service d'information du Gouvernement.

³ Didier Houssin, *Face au risque épidémique*, Odile Jacob, février 2014.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

La fonction a néanmoins pris fin avec le départ de M. Houssin du ministère de la santé. À la suite des critiques et enquêtes parlementaires sur la réponse à la crise de la grippe A (H1N1), semble en effet s'être imposée l'idée selon laquelle l'effort de préparation avait été disproportionné¹, exigeant de tourner une page dans la politique de gestion du risque pandémique. Lors de son audition par la commission d'enquête², M. Houssin a ainsi conclu que *« le résultat de cette pandémie H1N1 est que la préparation au risque pandémique a été critiquée comme ayant été trop dispendieuse. Après 2011, l'ambition d'une préparation interministérielle d'ensemble au risque pandémique a en fait été plus ou moins abandonnée dans notre pays, selon moi pour des raisons à la fois politiques et financières. »*

La disparition de la fonction de Dilga a vraisemblablement contribué à ne plus « faire vivre » le plan pandémie grippale – qui n'a plus été réactualisé depuis 2011 – et à ne plus nourrir une prise de conscience aiguë de l'anticipation et de la gestion du risque pandémique au niveau interministériel. Du temps précieux de préparation aurait en effet pu être économisé si un travail interministériel régulier avait été entretenu pour enrichir le plan pandémie grippale des enseignements tirés des crises survenues depuis 2004 – chikungunya, SARS, MERS, zika, dengue et Ebola – et de l'évolution des connaissances sur les risques infectieux émergents.

Dans le même ordre d'idées, M. Christophe Lannelongue, ancien directeur de l'ARS Grand Est, a regretté le **manque de structuration et de pilotage de la réponse à la crise**, en relevant que les réunions organisées jusqu'à la mi-mars *« permettaient une expression, mais il n'y avait pas de relations bilatérales qui auraient permis de faire état de la situation particulière du Grand Est »*, en soulignant par exemple que *« sur les masques, il n'y a eu que deux réunions. Nous avons commencé à alerter sur les masques le 17 février, craignant une pénurie. Ce signalement est resté sans réponse. »*³ Une délégation interministérielle à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires aurait pourtant constitué un point d'entrée unique utile pour relayer auprès des ministères concernés les interrogations des pouvoirs publics déconcentrés et décentralisés ainsi que des différents secteurs professionnels.

¹ Avec, selon Didier Houssin, « sans doute, l'idée que nous (ministres de la santé, DGS, Dilga) en avons trop fait entre 2005 et 2009 en termes de préparation et qu'il fallait échapper aux reproches que nous avons subis pour ce motif en 2010 au décours de la pandémie grippale due au virus H1N1 (commissions d'enquête parlementaires, plaintes relatives aux achats publics...) ». (réponses au questionnaire de la commission des affaires sociales en date du 20 mai 2020)

² Audition d'anciens directeurs généraux de la santé, 17 septembre 2020.

³ Audition d'élus et de représentants de la région Grand Est, 9 juillet 2020.

À cet égard, la commission d'enquête relève le nombre significatif de questions posées à la cellule d'accueil des sénateurs pour l'assistance aux maires : 291 demandes ont été adressées au 15 juillet 2020, relayées par 107 sénateurs. De nombreuses questions ont ainsi porté sur la gestion des personnels des collectivités territoriales et leurs obligations en matière de continuité de l'activité, le recensement des besoins en masques pour les agents des collectivités territoriales ou les responsabilités de ces dernières dans la distribution de masques grand public pour leurs administrés dans la perspective du déconfinement.

À titre d'exemple, sur la question épineuse des modalités d'approvisionnement des collectivités territoriales en masques de protection, la cellule du Sénat a pris l'attache de Santé publique France, du ministère de la santé et de la cellule interministérielle de crise. Par un courriel en date du 26 mars 2020, la direction générale de la santé a annoncé « *la diffusion imminente d'une information sur les modalités d'approvisionnement des collectivités territoriales en masques de protection* » : cette information n'a cependant jamais été transmise. Pour sa part, la cellule logistique de la CIC a indiqué, dans un courriel en date du 30 mars 2020, qu'« *il n'y a pas de mesures particulières portant sur l'approvisionnement des collectivités territoriales en masques de protection* ». Au-delà d'une clarification qui n'est jamais véritablement venue, s'impose donc le constat de contradictions entre administrations centrales sur une question pourtant majeure pour les collectivités territoriales.

Du reste, la nomination le 2 avril par le Premier ministre d'un coordonnateur national à la stratégie de déconfinement, en la personne de Jean Castex, illustre la nécessité d'une gestion interministérielle continue de l'ensemble des aspects de la réponse à la crise.

M. Didier Houssin a confirmé à la commission d'enquête l'intérêt de la fonction de Dilga : « *il me semble que la fonction que j'ai occupée était extrêmement utile. Même si les choses s'arrangent avec le temps, la situation est cependant complexe d'un point de vue managérial, car le délégué interministériel est à la fois sous l'autorité du ministre de la santé en tant que DGS et rattaché au Premier ministre en tant que délégué interministériel. En tout cas, cette fonction me semble avoir été extrêmement précieuse pour engager tout un travail de préparation.* »¹ Il a rappelé son **positionnement non pas décisionnel mais bien d'appui auprès de la cellule interministérielle de crise** : « *le délégué interministériel se met au service du centre interministériel de crise, aux côtés du gestionnaire de crise, pour apporter son expérience en matière de préparation, mais pas pour gérer la crise* ».

¹ Audition d'anciens directeurs généraux de la santé, 17 septembre 2020.

La commission d'enquête plaide dès lors pour le rétablissement d'une fonction de délégué interministériel qui ne soit non plus limitée à la seule gestion du risque grippal mais élargie à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires. Le nouveau délégué interministériel à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires (Diprus), placé auprès du Premier ministre et bénéficiant de moyens mis à disposition par le ministère de la santé, serait alors chargé de **coordonner l'élaboration d'un plan de lutte contre un risque pandémique** et pèserait sur la définition des **orientations stratégiques de la gestion de crise**, en particulier dans la constitution de stocks d'État de produits de santé et d'équipements de protection individuelle.

Afin de lui permettre d'assurer une veille continue de l'état de préparation du pays aux catastrophes sanitaires, le Diprus devrait pouvoir **s'appuyer sur le système des agences sanitaires** et se voir en particulier reconnaître la **possibilité de saisir Santé publique France et le HCSP pour la production d'expertises sur les contre-mesures à envisager pour répondre à une urgence sanitaire**. En cours de crise sanitaire, il devrait également disposer de la faculté **de saisir l'instance nationale d'expertise scientifique** - dont la création est envisagée par la commission d'enquête - **dès son activation par le Gouvernement à compter du déclenchement du stade 1 du plan Orsan**, afin d'articuler efficacement l'élaboration des mesures de gestion avec l'évolution des connaissances scientifiques.

Le Diprus devrait également être appelé à **rendre compte tous les ans devant le Parlement de la stratégie gouvernementale et de l'état de préparation du pays aux risques épidémiques** : cette présentation, sur la base d'un rapport annuel du Diprus sur l'état de préparation du pays aux catastrophes sanitaires, devrait être l'occasion d'un **débat dans chaque assemblée qui interviendrait avant l'examen des crédits accordés à la préparation et à la gestion des crises sanitaires dans les projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale**.

Contrairement à la situation passée, la commission d'enquête propose que **le poste de délégué interministériel à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires (Diprus) devra être distinct de la fonction de directeur général de la santé** afin non seulement de réaffirmer le caractère interministériel de la fonction mais aussi de positionner le Diprus au-dessus du rapport de tutelle qui lie les agences sanitaires à la direction générale de la santé. Cette distinction permettra également de ménager la possibilité de nommer au poste de Diprus une **personnalité extérieure au champ strictement sanitaire, issue par exemple des secteurs de la sécurité civile ou de la défense**.

À terme, une réflexion pourrait s'engager sur l'opportunité de créer un poste de **délégué interministériel à la santé publique** qui piloterait l'ensemble des actions de prévention et promotion de la santé publique, en intégrant les fonctions de préparation et de réponse aux urgences sanitaires.

Ce poste pourrait s'inspirer des fonctions d'**administrateur en chef de la santé publique au Canada** (« *Chief Public Health Officer of Canada* ») et d'**administrateur de la santé publique aux États-Unis** (« *Surgeon General of the United States* »), qui jouent en effet un rôle éminemment stratégique dans la coordination interministérielle pour la gestion des enjeux de santé publique :

- au Canada, l'administrateur conseille le ministre chargé de la santé, en lui présentant notamment un rapport annuel sur l'état de la santé publique dans le pays, et travaille en étroite et permanente collaboration avec le dirigeant de l'agence de santé publique ;

- aux États-Unis, l'administrateur conseille le ministre de la santé en matière de santé publique et est le porte-parole désigné du ministère de la santé pour la plupart des problématiques de santé publique.

Proposition n° 30 : créer une fonction de délégué interministériel à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires (Diprus), placé auprès du Premier ministre et chargé de coordonner une réflexion et une vigilance interministérielles permanentes sur l'état de préparation du pays aux crises sanitaires et d'en rendre compte tous les ans au Parlement

Proposition n° 31 : permettre au Diprus de saisir Santé publique France et le HCSP de toute demande d'expertise en lien avec l'évaluation de la préparation du pays aux catastrophes sanitaires et, en cours de crise sanitaire, de saisir l'instance nationale d'expertise scientifique

2. Établir un plan de mobilisation face à un risque pandémique garantissant la réactivité des pouvoirs publics

Créé en 2004, le plan pandémie grippale a été élaboré conjointement par le SGDSN et la Dilga. Comme le souligne M. Didier Houssin dans son ouvrage précité *Face au risque épidémique*¹, ce plan partait d'une préoccupation sanitaire centrale, articulée autour d'enjeux tenant à l'organisation des soins et à la préparation du système de santé à un afflux potentiellement conséquent de malades², mais s'étendait plus largement à la « *prévention et [à la] réponse au risque de désorganisation de la société* » dans une **approche résolument plurisectorielle**.

¹ Didier Houssin, *Face au risque épidémique*, Odile Jacob, février 2014.

² *Suivi épidémiologique, acquisition de médicaments, de vaccins et de matériel de protection, mobilisation des professionnels de santé...*

S'inscrivant dans les recommandations de l'organisation mondiale de la santé, le premier plan pandémie grippale¹ a été rendu public en mai 2005. Il a ensuite été **mis à jour à quatre reprises** : en 2006², en 2007³, en 2009⁴ et en 2011⁵. Considérant que le plan de 2009 en constituait la version la plus aboutie, M. Houssin a regretté que **le dernier plan, en date de 2011, « semble beaucoup moins approfond[i] d'un point de vue opérationnel »**⁶, rappelant que ces modifications étaient intervenues à la suite des critiques formulées à l'égard de la gestion de la crise de 2009.

M. Houssin a indiqué à la commission d'enquête qu'un exercice national du plan pandémie grippale était organisé chaque année entre 2005 et 2009, sous la responsabilité du SGDSN avec l'appui du Dilga⁷. Ces exercices nationaux étaient complétés par des exercices locaux et régionaux permettant d'évaluer les aspects les plus opérationnels du plan : « *organisation de l'hôpital face à un afflux de malades ; fonctionnement d'un cabinet médical ; organisation de la distribution des médicaments et des masques de protection ; continuité d'approvisionnement de la chaîne alimentaire ; maintien du fonctionnement des services communaux* »⁸.

Le dernier exercice national du plan pandémie grippale semble remonter à novembre 2013. M. Benoît Vallet, ancien directeur général de la santé, précise ainsi que, par la suite, **l'exercice pandémie grippale ne devait plus intervenir que tous les quatre à cinq ans**⁹. Pour autant, aucun autre exercice national pandémie grippale n'est intervenu depuis 2014. M. Louis Gautier, ancien secrétaire général de la défense et de la sécurité nationale, a confirmé avoir préparé un exercice programmé pour 2017, avant de partir pour d'autres fonctions¹⁰.

La commission d'enquête déplore l'absence d'évaluation pratique du plan pandémie grippale depuis cette date. Reconnaisant elle-même l'interruption des exercices nationaux pandémie grippale après celui de 2013, Mme Claire Landais, ancienne secrétaire générale de la défense et de la sécurité nationale, a néanmoins insisté devant la commission d'enquête¹¹ sur la mobilisation du SGDSN dans le champ sanitaire après cette date, notamment à l'occasion de la crise liée au virus Ebola puis de la réalisation d'un exercice « variole » fin 2019.

¹ Plan gouvernemental « Pandémie grippale » n° 1100/SGDN/PSE/PPS du 11 octobre 2004.

² Plan gouvernemental « Pandémie grippale » n° 1700/SGDN/PSE/PPS du 6 janvier 2006.

³ Plan gouvernemental « Pandémie grippale » n° 40/SGDN/PSE/PPS du 9 janvier 2007.

⁴ Plan gouvernemental « Pandémie grippale » n° 150/SGDN/PSE/PPS du 20 février 2009.

⁵ Plan gouvernemental « Pandémie grippale » n° 850/SGDSN/PSE/PPS d'octobre 2011.

⁶ Audition d'anciens directeurs généraux de la santé, 17 septembre 2020.

⁷ Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

⁸ Didier Houssin, Face au risque épidémique, Odile Jacob, février 2014.

⁹ Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

¹⁰ Audition de M. Louis Gautier, ancien secrétaire général de la défense et de la sécurité nationale, 15 octobre 2020.

¹¹ Audition de Mme Claire Landais, ancienne secrétaire générale de la défense et de la sécurité nationale, 15 octobre 2020.

La pertinence du recours au plan pandémie grippale dans la gestion de la crise liée à la covid-19 a donné lieu à débat lors des auditions de la commission d'enquête. M. Grégory Allione, président de la fédération nationale des sapeurs-pompiers de France, a regretté que ce plan pandémie n'ait pas été respecté ou mis en œuvre à cette occasion¹, et M. Jérôme Salomon, directeur général de la santé, a justifié plus tard devant la commission la non-mise en œuvre de ce plan dans les termes suivants : « *le plan pandémie portait sur une épidémie de grippe : nous l'avons mis de côté parce qu'il était essentiellement fondé sur l'usage d'antiviraux et la mise en place d'une vaccination de masse, mesures encore impossibles dans la présente épidémie* »².

Mme Claire Landais a confirmé³ que **le ministère de la santé avait indiqué au SGDSN que le plan pandémie grippale n'était pas adapté à la crise de la covid-19** dès lors qu'il s'agissait d'un virus inconnu, tout en rappelant que plusieurs de ses éléments avaient été mobilisés dans ses volets sanitaires et non sanitaires⁴. Mme Agnès Buzyn a pour sa part fait référence à plusieurs reprises au plan pandémie grippale comme support à la prise de décision dans le déploiement d'une stratégie de dépistage des patients atteints de la covid-19⁵.

M. Louis Gautier a insisté sur le fait que l'intérêt du plan pandémie grippale n'était pas cantonné au seul risque grippal : le plan avait été, par exemple, mis en œuvre en novembre 2014 dans le cadre de la crise liée à l'épidémie de virus Ebola et avait donné lieu à la mise en place d'une *task force* coordonnée par le professeur Jean-François Delfraissy⁶. Les rapporteurs partagent l'analyse de M. Gautier qui estime qu'un déclenchement de ce plan dès l'identification du risque épidémique lié à la covid-19 aurait permis « *de lancer aussitôt la phase d'alerte, de délivrer des messages de prévention, de procéder à l'examen des stocks, de prendre des mesures de précaution pour freiner la diffusion de cette épidémie.* » S'il présente des similitudes avec le plan pandémie grippale, M. Gautier relève toutefois que **le plan Orsan⁷ n'est pas interministériel mais sectoriel** et a regretté que « *l'articulation entre plan interministériel et plan sectoriel paraît avoir été délaissée au profit d'autres solutions* ».

¹ Audition des représentants des sapeurs-pompiers et des urgentistes, 16 juillet 2020.

² Audition de la direction générale de la santé, 16 septembre 2020.

³ Audition de Mme Claire Landais, ancienne secrétaire générale de la défense et de la sécurité nationale, 15 octobre 2020.

⁴ Accueil des passagers en provenance de Wuhan, interdiction des rassemblements au-delà d'un certain seuil, contact tracing, communication sur les gestes barrière...

⁵ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

⁶ Audition de M. Louis Gautier, ancien secrétaire général de la défense et de la sécurité nationale, 15 octobre 2020.

⁷ Déclenché par le ministère de la santé à compter du 23 février 2020.

Peut-être cette relative inadaptation du plan pandémie grippale est-elle due, au moins pour partie, à une **prise en compte insatisfaisante par le SGDSN, en charge de l'élaboration de ce document, des risques sanitaires**. Les deux anciens secrétaires généraux de la défense et de la sécurité nationale interrogés par la commission d'enquête ont reconnu la faiblesse des moyens humains du SGDSN sur les questions sanitaires : M. Louis Gautier a indiqué que la direction de la protection et de la sécurité de l'État du SGDSN « *comportait quelques spécialistes seulement des questions de santé* », Mme Claire Landais précisant que le SGDSN ne compte en son sein que deux médecins¹. Cette affirmation est néanmoins à mettre en regard avec la faiblesse des effectifs totaux du SGDSN, administration « *de mission et de coordination* » déléguant l'exécution des documents qu'elle établit aux ministères compétents. Il peut malgré tout résulter de ce **déficit de spécialistes des sujets sanitaires un défaut d'expertise, renforcé par une vision « tournée davantage vers la menace que vers le risque »**².

Dans ces conditions, la commission d'enquête recommande l'élaboration d'un **plan de mobilisation face à un risque pandémique** permettant la coordination et le phasage des interventions des pouvoirs publics, nationaux et territoriaux, dans une logique interministérielle, face à tout agent infectieux à fort potentiel de circulation et dont les conséquences seraient susceptibles de peser excessivement sur les capacités du système de santé. Même si chaque agent infectieux, d'origine virale ou bactérienne, présente des spécificités rendant nécessaires des adaptations, il est possible de définir un **schéma de gouvernance** de la gestion de crise en fonction du stade de l'épidémie et une **boîte à outils des différentes mesures sanitaires et non sanitaires** envisageables en fonction du degré de circulation de l'agent pathogène.

Il conviendra d'**inclure dans ce plan un volet capacitaire et logistique définissant des objectifs volumétriques pour l'acquisition et la distribution de produits de santé et de matériel de protection**, ainsi qu'un **guide méthodologique pour la déclinaison de ce plan au niveau territorial** – comme c'est le cas depuis le plan pandémie grippale de 2011 – et son **articulation avec d'autres outils de planification tels que le plan communal de sauvegarde**. Le guide méthodologique d'élaboration des plans pandémie territoriaux devra en particulier tenir compte des spécificités ultramarines qui requièrent des adaptations en matière de restriction des déplacements aériens ou encore de mise à disposition des stocks stratégiques de produits de santé et d'équipements de protection individuelle.

¹ Audition de Mme Claire Landais, ancienne secrétaire générale de la défense et de la sécurité nationale, 15 octobre 2020.

² L'existence d'une culture de la menace plutôt que du risque a été expliquée par Mme Landais, lors de son audition, par l'origine professionnelle des effectifs du SGDSN, indiquant que « nombre de membres du SGDSN [sont] issus du monde de la sécurité, du ministère des armées et du ministère de l'intérieur, et [que] moins nombreux sont ceux qui viennent du monde de la santé ».

Ce plan devra faire l'objet d'une évaluation régulière au travers de la mise en œuvre d'**exercices nationaux au maximum tous les deux ans**, accompagnés d'exercices locaux et régionaux. Il conviendra d'associer à l'élaboration de ce plan tant l'instance nationale d'expertise scientifique sur les urgences sanitaires que les agences sanitaires, afin de tenir compte de l'évolution des connaissances scientifiques sur les risques infectieux émergents.

De même, une meilleure appropriation du plan par le grand public impliquera une diffusion de ses recommandations pour la vie quotidienne par le relais des instances de démocratie sanitaire (CRSA et CTS). Si, dans un avis de 2009 sur les enjeux éthiques du plan, le CCNE considérait que le plan français constituait « *l'un des plus aboutis* », il regrettait en effet que « *l'information de la population française sur l'existence et le contenu de ce plan [soit] quasi nulle* »¹. Compte tenu des questions éthiques qui pourraient émerger dans la gestion d'une crise sanitaire², le projet de plan pandémie devrait également faire l'objet d'un avis à la fois du CCNE et de la conférence nationale de santé.

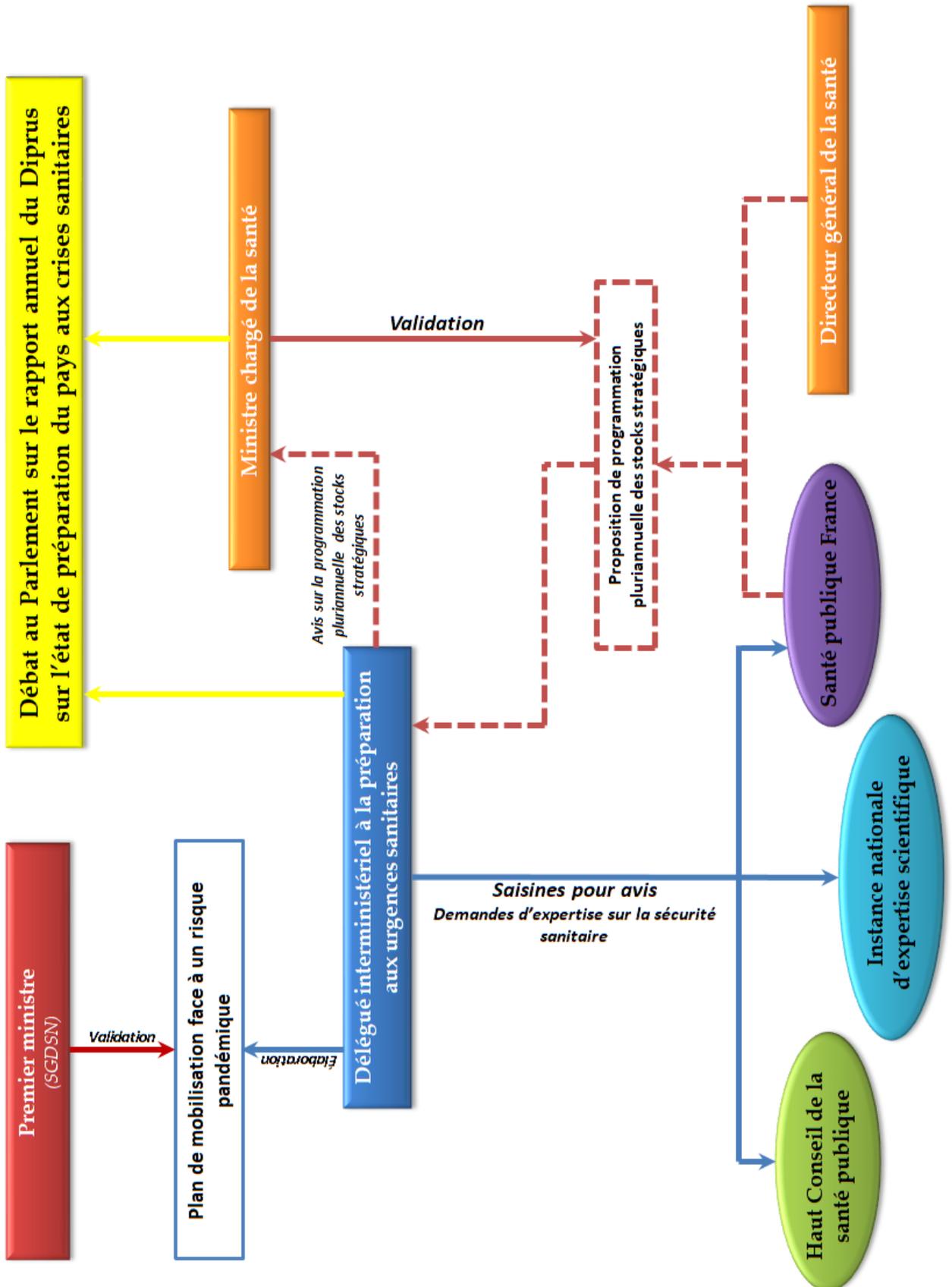
Proposition n° 32 : élaborer, sous la responsabilité du délégué interministériel à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires, un plan de mobilisation face à un risque pandémique et comprenant un schéma de gouvernance de crise, une boîte à outils de mesures sanitaires et non sanitaires et un volet capacitaire et logistique

Proposition n° 33 : procéder à un exercice national au maximum biennuel du plan pandémie, accompagné d'exercices locaux et régionaux

¹ Conseil consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, *Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale*, avis n° 106, 5 février 2009.

² En particulier, les décisions susceptibles de conduire à une allocation différenciée de ressources rares ou à une adaptation des modalités de prise en charge selon les situations, la définition de stratégies de prévention et de vaccination ainsi que la mise en place de mesures de restriction des libertés et l'arbitrage entre le respect des libertés individuelles et la protection de la santé publique.

Schéma de la gouvernance de la préparation aux urgences sanitaires proposée par la commission d'enquête



Source : Commission d'enquête

3. Développer les capacités d'anticipation et d'évaluation des risques de Santé publique France

Santé publique France a concentré un flot de critiques pendant les auditions des acteurs locaux et des professionnels de santé. **Le constat par les responsables de collectivités territoriales d'une quasi-absence de Santé publique France sur le terrain est sans appel :**

Santé publique France : un opérateur quasi « invisible » pour les collectivités territoriales

- M. Jean Rottner, président de la région Grand Est : « *Santé publique France, beaucoup d'élus et de responsables ne savaient pas ce que c'était. C'est un interlocuteur qui doit jouer un rôle, mais nous ne l'avons pas vu directement.* » (audition du 8 juillet 2020)

- Mme Sophie Charles, maire de Saint-Laurent du Maroni : « *Je n'ai vu personne de Santé publique France et rien n'a été fait de leur côté.* » (audition du 21 juillet 2020)

- Mme Anne Hidalgo, maire de Paris : « *Santé publique France n'était pas du tout dans mon viseur, donc je ne saurais pas vous en parler.* » (audition du 29 juillet 2020)

- M. Frédéric Bierry, président du département du Bas-Rhin et président de la commission « affaires sociales et solidarité » de l'association des départements de France : « *on pourrait supprimer Santé publique France : tout comme la maire de Paris, je n'en ai jamais entendu parler, si ce n'est au travers de chiffres qui concernaient mon territoire et qui ne semblaient pas tout à fait justes... En tout cas, je n'ai pas eu connaissance de leur travail sur le terrain.* » (audition du 29 juillet 2020)

- François Baroin, maire de Troyes et président de l'association des maires de France : « *nous n'avons eu aucune nouvelle de cet organisme pendant la crise, et lorsque nous en avons eu, elles étaient très loin de la réalité du terrain ! Cette agence de 600 personnes constitue pour moi un Ovni. Il faut, en fait, la percevoir comme un opérateur du ministère de la santé. L'AMF n'a pas eu de contacts avec elle, mais j'ai compris, malgré tout, qu'elle était censée s'occuper, en partie, de la logistique... Ils n'ont pas été très visibles à cet égard.* » (audition du 29 juillet 2020)

Source : Commission d'enquête

Ces critiques appellent un réexamen du positionnement de Santé publique France dans la gouvernance de la gestion de crise et l'évaluation du risque épidémique au niveau territorial.

a) *Responsabiliser Santé publique France dans sa contribution à la préparation aux crises sanitaires*

(1) Les options institutionnelles

S'est posée au cours des auditions de la commission d'enquête la question de conserver une agence de santé publique s'appuyant sur un *continuum* entre la veille épidémiologique et la gestion de contre-mesures en cas de risque épidémique, ou de revenir aux schémas organisationnels préexistant à la création de Santé publique France : une agence dédiée à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires, sur le modèle de l'ancien Éprus, ou une internalisation au sein de l'administration centrale de la gestion des contre-mesures, notamment des stocks stratégiques de produits de santé et d'équipements de protection individuelle, schéma qui prévalait avant la création de l'Éprus et qui semble avoir perduré dans une certaine mesure à la suite de cette création au vu de l'immixtion importante du ministère dans le processus d'achat.

L'existence d'une agence dédiée à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires est parfois avancée comme gage d'une **meilleure visibilité de la politique de l'État en matière de sécurité sanitaire** et d'une **sécurisation des moyens** de cette politique. La création de Santé publique France a en effet fait craindre une dilution des priorités de sécurité sanitaire et des moyens afférents au sein d'un opérateur dont les missions, en définitive, dépassent celles d'agences équivalentes au Royaume-Uni ou en Allemagne : ces deux dernières agences ne sont en effet pas chargées de l'acquisition de stocks stratégiques de contre-mesures médicales ou non médicales.

Plusieurs ministres se sont exprimés en faveur du rétablissement d'une agence dédiée à l'anticipation et à la gestion des crises sanitaires dont le périmètre pourrait, le cas échéant, dépasser le seul risque épidémique et intégrer les conséquences d'accidents industriels ou écologiques :

- sensible au **modèle américain d'une agence dédiée à la gestion des crises consécutives à des catastrophes d'origine naturelle ou liées à l'activité humaine**¹, incarnée par l'**agence fédérale de la gestion des situations d'urgence** (« *Federal Emergency Management Agency* » - FEMA) - dont il estime « *l'opérationnalité remarquable* » - M. Xavier Bertrand s'est montré sensible à une **approche transversale mêlant sécurité civile et sanitaire**. Jugeant que l'inclusion de l'Éprus dans Santé publique France avait été « *une erreur* », il a jugé que la recherche d'économies d'échelle, notamment au travers de la mutualisation des fonctions support, ne doit pas conduire à « *nier la spécificité de tel ou tel acteur* »² ;

¹ *Activités industrielles, terrorisme...*

² *Audition de M. Xavier Bertrand, ancien ministre de la santé, 22 septembre 2020.*

- dans le même ordre d'idées, Mme Agnès Buzyn a mis en avant la nécessité de disposer, face à des crises « *centennales [...], fractales et inattendues* », d'équipes « *qui ne pensent qu'à ça* » et s'est prononcée en faveur d'« *une structure de gestion du risque positionnée auprès du Premier ministre, qui ait les leviers et travaille avec les préfets et les ARS* »¹, dans un contexte où des crises complexes, telles que l'accident de l'usine Lubrizol, mêlent des enjeux industriels, sanitaires et environnementaux ;

- M. Olivier Véran a appelé à « *s'interroger à nouveau sur [l'intégration de l'Éprus dans Santé publique France] dans l'avenir* », en insistant sur le fait que « *notre pays va devoir s'armer contre d'autres types de crises, qui ne seront pas forcément épidémiques, mais qui auront trait à la santé environnementale dans les territoires* »². Pour mémoire, M. Véran était l'un des quatre rapporteurs de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur le projet de loi ayant créé Santé publique France.

Il n'est toutefois pas certain que le maintien d'une agence dédiée à la gestion des crises sanitaires aurait garanti des moyens d'intervention immédiatement opérationnels pour faire face à la crise de la covid-19. Comme cela a été rappelé précédemment, le niveau des stocks stratégiques de masques au début de l'année 2020, certes insuffisant pour répondre aux besoins des professionnels de santé comme des patients atteints par la covid-19 et de leur entourage dans un contexte de perturbations des chaînes de production et d'approvisionnement, était en réalité conforme aux décisions de la tutelle de Santé publique France.

De plus, Mme Marisol Touraine rappelle avoir été alertée dès son arrivée à la tête du ministère de la santé sur les fragilités de l'Éprus, en soulignant que la petite taille de l'établissement et son absence de relations avec les autres agences sanitaires constituaient des handicaps structurels³ qui ont conduit l'ancien sénateur Francis Delattre à prôner lui-même en 2015 le regroupement de l'Éprus avec l'InVS et l'Inpes⁴, regroupement dont le principe a été validé par les deux assemblées parlementaires lors de l'examen de la loi « Santé » du 26 janvier 2016.

Par ailleurs, les difficultés rencontrées par l'État et Santé publique France dans la gestion de la crise ne se sont pas limitées aux problèmes d'approvisionnement en matériel de protection : elles ont également concerné une série de dysfonctionnements dans la chaîne d'anticipation et de gestion des alertes sanitaires, interrogeant la capacité de l'agence à collecter

¹ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

² Audition de M. Olivier Véran, ministre de la santé, 24 septembre 2020.

³ Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

⁴ « Le projet de regroupement de l'Éprus avec l'InVS et l'Inpes apparaît pertinent en raison de la complémentarité des missions des trois agences et compte tenu de la petite taille de l'Éprus » (L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus) : comment investir dans la sécurité sanitaire de nos concitoyens ?, rapport d'information n° 625 (2014-2015) de M. Francis Delattre, fait au nom de la commission des finances, déposé le 15 juillet 2015).

des données fiables sur la progression de l'épidémie et à évaluer à un niveau suffisamment fin le risque de propagation au niveau territorial, missions qui ne relevaient pas du champ de l'ancien Éprus.

Le choix d'un *continuum* entre la veille épidémiologique et les opérations d'acquisition et de gestion de contre-mesures médicales et non médicales, notamment au travers de la constitution de stocks stratégiques, reste singulière en Europe où la plupart des pays européens comparables ont majoritairement confié l'acquisition de produits de santé et de matériel de protection aux ministères de la santé ou de la défense ou au réseau des établissements de santé et institutions médicales.

La gestion de contre-mesures par une agence dédiée face à un risque épidémique à l'étranger

- En **Espagne**, la préparation, le stockage et la distribution d'antiviraux contre la grippe est censée être assurée par la **pharmacie centrale de la défense**, sur décision de la commission de santé publique, **en complément des stocks constitués par les communautés autonomes** qui disposent chacune d'un plan de préparation et de réponse à une pandémie grippale élaboré en référence au plan national¹. Jusqu'à l'épidémie de covid-19, l'Espagne ne disposait pas d'un stock national stratégique de masques de protection et de médicaments : le 22 mars 2020, le président du gouvernement espagnol a annoncé la mise en place d'un tel stock pour faire face à d'éventuels futurs risques épidémiques.

- En Italie, le plan national de préparation et de réponse à une pandémie grippale² mentionne la **constitution d'un stock national d'antiviraux par le ministère de la santé**, sur la base des évaluations réalisées par le comité scientifique du centre national pour la prévention et le contrôle des maladies et l'agence nationale du médicament, dont les modalités de conservation et de distribution font l'objet d'un plan concerté avec les régions, étant entendu qu'une partie du stock national est conservée par le ministère de la santé compte tenu de l'incertitude sur le lieu d'émergence des éventuelles premières infections. **Le plan ne mentionne pas l'existence d'un stock national, centralisé ou décentralisé, de masques de protection.**

- Au Royaume-Uni, la stratégie de préparation pour une pandémie grippale de 2011³ mentionne l'existence de **stocks nationaux de masques et de respirateurs pour les professionnels de santé et sociaux**, ainsi que de **stocks nationaux d'antiviraux**. La responsabilité de l'acquisition de ces stocks n'incombe néanmoins pas à l'agence nationale de santé publique, *Public Health England*, qui, aux termes de son cadre stratégique face à une pandémie grippale⁴ n'est chargée que de leur gestion (« *managing* »). Les achats de produits de santé et de matériel de protection sont assurés par le ministère de la santé et des services sociaux (« *Department of Health and Social Care* ») et le service d'approvisionnement du service national de santé (« *NHS Supply Chain* ») pour constituer un stock stratégique dans le cadre du plan de préparation à une pandémie grippale sur la base de recommandations formulées par le groupe d'experts sur les menaces de virus respiratoires nouveaux et émergents (« *New and Emerging Respiratory Virus Threats Advisory Group* ») mis en place depuis 2014.

• En Allemagne, le plan national contre une pandémie grippale de 2017⁵ prévoit qu'une réserve fédérale (« *Bundesreserve* ») d'antiviraux, constituée depuis 2009 dans le contexte de pandémie de grippe A (H1N1), vient compléter les stocks constitués par les Länder pour la population. Il n'existe en revanche pas de stratégie de stockage au niveau des Länder ou de l'État pour d'autres médicaments tels que des antibiotiques. **Le plan prévoit que la politique de stockage pour un approvisionnement rapide en cas d'événement épidémique relève des hôpitaux en matière d'antibiotiques, d'analgésiques, de sédatifs, de gants, de masques et de protections FFP2 et FFP3 pour les activités à risque**, et des établissements pour personnes âgées et les maisons de retraite pour les gants et les masques de protection.

¹ Ministerio de sanidad y consumo, *Plan nacional de preparación y respuesta ante pandemia de gripe*, actualisation de décembre 2006.

² Ministero della salute, *Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*, 2010.

³ Department of Health, *UK Influenza Pandemic Preparedness Strategy 2011*, 10 novembre 2011.

⁴ Public Health England, *Pandemic Influenza Strategic Framework*, août 2014.

⁵ Robert Koch Institut, *Nationaler Pandemieplan, Strukturen und Maßnahmen (Teil I)*, 2 mars 2017.

Source : Commission d'enquête

Le gouvernement britannique a annoncé la création, à compter du 18 août 2020, du **nouvel institut national de protection sanitaire** (« *National Institute for Health Protection* »), chargé d'organiser la réponse de l'État aux pandémies, résultant de la fusion de l'agence *Public Health England* avec le service de dépistage et de *tracing* du *National Health Service*¹ et le *Joint Biosecurity Centre*². À ce stade focalisé sur la réponse à la crise de la covid-19, le nouvel institut verra son organisation finalisée à partir du printemps 2021.

¹ NHS Test and Trace service.

² Mis en place par le Gouvernement au cours de la crise liée à la covid-19, chargé d'apporter à l'État une expertise dans l'analyse en temps réel des épidémies infectieuses (identification de clusters, recueil de données sur la prévalence de la maladie...) et de le conseiller sur les mesures à prendre pour faire face aux pics d'infections.

Les missions du nouvel institut national de la protection sanitaire britannique

Comptent parmi les missions du nouvel institut national de la protection sanitaire britannique :

1. La gestion des équipes locales de protection sanitaire, jusqu'ici placées sous l'autorité de *Public Health England*, chargées de conseiller le *National Health Service*, les autorités locales et les autres agences et de leur fournir un support opérationnel en matière de maladies infectieuses, d'accidents chimiques et de risques d'irradiation et d'urgences majeures, et de faciliter le traitement d'informations sensibles et d'informations de santé à caractère personnel

2. La fourniture d'un soutien et de ressources aux autorités locales pour gérer des foyers locaux de contamination

3. Le programme dépistage de la covid-19

4. Le programme de *contact tracing*

5. Les missions du *Joint Biosecurity Centre* (expertise scientifique sur les déterminants et risques de transmission du SARS-CoV-2 et le suivi de l'épidémie)

6. La préparation et la réponse en urgence aux événements les plus sérieux aux niveaux national et local

7. Les services nationaux en infectiologie (« *National Infections Services* ») de *Public Health England* (par exemple, les services locaux et les campus scientifiques de Colindale Porton Down)

8. Le réseau régional et spécialisé de laboratoires en microbiologie

9. Le centre des accidents d'irradiation, chimiques ou environnementaux (« *Centre for Radiation, Chemical and Environmental Hazards* »)

10. Les capacités en matière de sécurité sanitaire

11. L'équipe nationale de support rapide en santé publique (« *UK public health rapid support team* »), conjointement avec la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*

12. Le management de la recherche et des connaissances et la collaboration avec les partenaires académiques au travers des unités de recherche en protection sanitaire (« *Health Protection Research Units* »)

13. La fourniture de l'expertise scientifique sur l'immunisation et les contre-mesures

Source : Ministère de la santé et des services sociaux du Royaume-Uni (The future of public health: the National Institute for Health Protection and other public health functions, policy paper du 15 septembre 2020 : <https://www.gov.uk/government/publications/the-future-of-public-health-the-nihp-and-other-public-health-functions/the-future-of-public-health-the-national-institute-for-health-protection-and-other-public-health-functions>)

Par ailleurs, la création d'une agence dédiée à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires ne constitue pas nécessairement une garantie de l'attribution de crédits substantiels à cette mission pourtant d'importance vitale. Les financements publics de l'Éprus se sont en effet établis à 26 millions d'euros en 2015, après s'être élevés à 288 millions d'euros à sa création en 2007, soit une division par près de 11 sur cette période.

Évolution des moyens consentis par l'État et l'assurance maladie à l'Éprus sur la période 2007-2015

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
État : subvention	113,037	13,4	417,4	229,76 ²	17,97	21,77	18,29	16,16	10,7
État : transfert ou report de l'exercice précédent		86,5 ¹		0,34 ³	84,8 ⁴				
Assurance maladie	175	55	414,7	170	58,5	20	22,2	22,2	15,2
Total	288	154,9	832,1	399,76	76,47	41,77	40,49	38,36	25,9

¹ Report 2007.

² Report 2009.

³ Transfert gestion du programme défense.

⁴ Report 2010.

Source : Direction générale de la santé

La commission d'enquête considère que la création d'une agence uniquement dédiée à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires ou l'internalisation au sein de l'administration centrale des fonctions d'achat et logistique dans la gestion des stocks stratégiques conduiraient en outre à perdre le bénéfice de l'articulation entre les fonctions de veille sanitaire et d'intervention dans la réponse aux crises sanitaires. La réponse aux urgences sanitaires ne saurait en effet se résumer à la seule gestion de la réserve sanitaire et des stocks stratégiques. Elle implique également une surveillance fine de l'évolution de l'épidémie et une collaboration étroite avec les autorités locales et les services chargés du *contact tracing* pour juguler les foyers locaux de contamination.

Aux yeux de la commission d'enquête, les principaux facteurs d'amélioration de la réponse opérationnelle de Santé publique France aux crises sanitaires sont de deux ordres :

- la mise en place d'une organisation et de processus internes permettant de **mobiliser de façon réactive les capacités de l'agence** pour lui permettre de **se mettre en ordre de marche le plus en amont possible** face à un risque épidémique ;

- la **fluidification de ses relations avec la tutelle** du ministère de la santé, afin de prévenir tout risque de « passivité » de l'agence dans l'anticipation des besoins du pays face au risque épidémique.

(2) Armer Santé publique France pour faire face à une nouvelle crise

La crise sanitaire a considérablement testé la capacité de Santé publique France à renforcer les collaborations entre ses directions afin d'articuler efficacement ses missions de veille et sécurité sanitaire. Elle a également conduit l'agence à faire preuve de flexibilité, notamment en redéfinissant, dans un contexte marqué par l'urgence, ses procédures en matière de contrôle de qualité des commandes de masques – en développant une collaboration étroite avec l'ANSM, le laboratoire national de métrologie et d'essais (LNE) et le laboratoire chinois de contrôle qualité Qima – et en créant de nouveaux outils tels que le système d'information de dépistage SI-DEP.

La commission d'enquête estime indispensable de capitaliser sur l'expérience tirée de la crise de la covid-19 pour conduire Santé publique France à élaborer un **schéma d'organisation interne de crise** qui pourrait être déployé le plus en amont possible dès l'identification d'un risque épidémique ou d'un rebond épidémique.

Ce schéma, qui identifierait les fonctions essentielles à mobiliser dans la gestion de la crise et évaluerait les renforts nécessaires¹, serait soumis pour avis à la tutelle de l'agence, qui s'assurerait de l'opérationnalité et de la soutenabilité de ce schéma, avant d'être validé par le conseil d'administration de l'agence. Ce schéma pourrait proposer un **déploiement gradué** afin de tenir compte de l'évolution de la crise et préciserait l'ensemble des acteurs nationaux² et locaux³ avec lesquels Santé publique France sera amenée à collaborer et à articuler son action en matière de veille et sécurité sanitaire.

Proposition n° 34 : charger Santé publique France d'élaborer un schéma d'organisation interne de crise susceptible d'être déployé, le cas échéant de façon graduée, dès l'identification d'un risque ou d'un rebond épidémique

¹ Humains, financiers, outils informatiques...

² Ministères, SGDSN, SIG, agences sanitaires...

³ Préfectures, ARS, collectivités territoriales, CPTS, établissements de santé...

- (3) Clarifier la répartition des responsabilités entre la tutelle et Santé publique France dans la gestion des stocks stratégiques

La tutelle exercée par l'État sur Santé publique France s'est révélée **insuffisamment stratégique**, et s'est notamment manifestée par un rapport presque « infantilisant » de la direction générale de la santé vis-à-vis de l'agence dans les modalités d'acquisition des stocks de masques, comme en témoignent les saisines pour commandes du ministre ou du directeur général de la santé qui précisent jusqu'au fournisseur auprès duquel l'agence doit contracter. À cet égard, le rapport précité de l'inspection générale des affaires sociales rappelait que « *le cadre légal et réglementaire n'impose nullement que chaque commande ou instruction soit formalisée dans le plus grand détail par une saisine du DGS ou du ministre, alors qu'elle est souvent préparée par SPF* »¹.

En outre, alors même que la contribution de Santé publique France à l'évolution de la doctrine sur le dimensionnement et la gestion des stocks stratégiques constitue un des objectifs assignés à l'agence dans son COP, le souhait du comité d'experts institué par Santé publique France d'étendre le champ de sa réflexion non plus seulement aux stocks d'antiviraux mais à l'ensemble des contre-mesures pour faire face à une pandémie grippale a été mal accueilli par la direction générale de la santé. Cette situation est symptomatique de la **difficulté de l'agence à se positionner comme force de proposition dans l'anticipation et la préparation au risque pandémique**.

La commission d'enquête appelle, par conséquent, à **reconnaître à Santé publique France un pouvoir d'auto-saisine pour la production d'avis et d'expertise en matière de contre-mesures et de gestion des stocks stratégiques afférents pour faire face à un risque pandémique**, seul domaine dans lequel son expertise n'est mobilisée qu'à l'initiative du ministère de la santé. Consciente de la sensibilité de ces questions stratégiques, la commission propose que la publication des avis et expertises produites par l'agence dans ce domaine soit préalablement soumise à l'autorisation soit de la direction générale de la santé, soit du conseil d'administration plénier de l'agence lorsqu'ils mettent en jeu des informations relevant du secret-défense.

Proposition n° 35 : confier à Santé publique France un pouvoir d'auto-saisine pour la production d'avis et d'expertise en matière de contre-mesures pour répondre à une urgence sanitaire et de gestion des stocks stratégiques afférents

¹ Jean Debeaupuis, Axel Essid, Valérie Gervais, Clément Hartmann, Contrôle de la gestion 2020 des stocks stratégiques de l'État de masques sanitaires par Santé publique France, rapport n° 2020-050R de l'inspection générale des affaires sociales, juillet 2020.

Toutes les décisions en matière de gestion des stocks stratégiques n'ont pas vocation à remonter pour arbitrage au ministre de la santé. Mme Marisol Touraine a indiqué qu'en dehors de situations de crise particulières¹ ou de questionnements stratégiques² requérant une validation par la ministre ou son cabinet, les arbitrages sur le niveau des stocks stratégiques relevaient du **dialogue de gestion habituel** entre la direction générale de la santé et Santé publique France³.

À la question de savoir si elle avait eu connaissance des alertes de Santé publique France sur les fragilités des stocks d'État de masques de protection, Mme Agnès Buzyn répond qu'aucune demande d'arbitrage ne lui est parvenue à ce sujet, ni à son cabinet⁴. Elle en déduit que la direction générale de la santé et Santé publique France « *étaient d'accord* » à l'issue de leurs échanges sur le niveau des commandes à effectuer. La direction générale de la santé indique « [ne pas avoir] *connaissance d'un désaccord ou d'un arbitrage ministériel de la part de Santé Publique France concernant la quantité de masques à commander. Le choix de commander les 100 millions de masques a été acté entre la DGS et SPF* »⁵.

D'une part, **l'éventuelle absence de désaccord entre une direction d'administration centrale et une agence ne saurait dispenser un ministre de tutelle d'examiner une question aussi stratégique que la réduction substantielle du stock d'État de masques pour répondre à une pandémie grippale : une telle orientation aurait dû lui être soumise pour validation par le directeur général de la santé, ce qui, au regard des éléments transmis à la commission d'enquête, ne semble pas avoir été fait.** D'autre part, il semble peu vraisemblable aux rapporteurs qu'en cas de désaccord sur le niveau des stocks stratégiques, une agence telle que Santé publique France – qui est placée sous tutelle du ministère et agit, dans la gestion des stocks stratégiques, « *pour le compte de l'État* » – puisse prendre l'initiative de passer outre l'opposition de son administration de tutelle pour faire régler ce différend directement par le ministre ou son cabinet.

Aux yeux de la commission, des décisions tendant à modifier significativement le dimensionnement des stocks stratégiques doivent par conséquent faire l'objet d'une validation systématique par le ministre de la santé. À cet effet, elle considère que **chaque programmation pluriannuelle fixant les cibles des stocks stratégiques devrait, après avis du délégué interministériel à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires, être validée et signée par le ministre.** Il appartiendra à la direction générale de la santé et à Santé publique France d'inscrire la gestion des stocks dans le

¹ *Épidémies infectieuses du MERS, de Zika, de dengue, de chikungunya et d'Ebola, événements saisonniers de grippe, attentats de 2015 et 2016...*

² *Installation centralisée des stocks à Vitry-le-François, acquisition de vaccins antigrippaux, stratégie face à la variole, composition des stocks d'antiviraux...*

³ *Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.*

⁴ *Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.*

⁵ *Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.*

respect de cette programmation, sauf circonstances exceptionnelles et, dans ce cas, toujours sous réserve de l'accord du ministre.

Le renforcement de la dimension stratégique de la tutelle de l'État sur l'agence suppose, en outre, de **reconnaître à cette dernière des marges de manœuvre dans la réalisation des commandes nécessaires pour atteindre les cibles qui lui sont fixées par la programmation pluriannuelle**, nonobstant la possibilité pour l'État de demander à Santé publique France, chaque fois que les circonstances l'exigent, de procéder à des commandes en urgence. Le conseil d'administration de l'agence devra ainsi être **responsabilisé dans l'atteinte des objectifs fixés par la programmation pluriannuelle** : il lui reviendra de définir les modalités de passation des marchés, notamment en réexaminant les seuils en-deçà desquels les marchés peuvent être passés sans délibération du conseil d'administration, ainsi que les procédures de contrôle de la qualité des fournisseurs en renforçant les capacités de *sourcing* de l'agence.

Proposition n° 36 : soumettre chaque programmation pluriannuelle des stocks stratégiques à la validation du ministre chargé de la santé, après avis du délégué interministériel à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires

Proposition n° 37 : renforcer l'autonomie du conseil d'administration de Santé publique France dans la réalisation des commandes nécessaires pour atteindre les cibles fixées par la programmation pluriannuelle des stocks stratégiques

Enfin, eu égard aux enjeux de sécurité et de qualité des produits de santé et des équipements de protection individuelle compris dans les stocks stratégiques, en particulier s'agissant des vaccins et des masques de protection pour lesquels les exigences de l'urgence peuvent conduire à s'affranchir des normes de sécurité traditionnellement en vigueur, la commission d'enquête recommande **l'inclusion dans le conseil d'administration de Santé publique France de représentants de l'ANSM et de la HAS**. Ces représentants devraient pouvoir apporter utilement leur éclairage lors des délibérations sur l'acquisition de vaccins et de médicaments pour répondre à une situation épidémique. L'ANSM pourrait ainsi informer les membres du conseil d'administration sur l'évaluation du rapport bénéfices/risques des produits concernés et la HAS sur la place des produits commandés dans la stratégie vaccinale ou thérapeutique.

Proposition n° 38 : inclure des représentants de l'ANSM et de la HAS dans le conseil d'administration de Santé publique France afin de renforcer l'éclairage de ses membres sur les enjeux de sécurité et d'efficacité des produits de santé compris dans les stocks stratégiques

- (4) Renforcer la transparence sur la mise en œuvre par Santé publique France de ses missions en matière de préparation aux urgences sanitaires

Santé publique France dispose du statut d'opérateur d'importance vitale (OIV) – statut dont bénéficiait l'Éprus¹ – au titre de ses activités en matière de préparation et de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles, considérées comme indispensables à la vie de la nation, en application d'un arrêté non public ni communicable². Néanmoins, Mme Agnès Buzyn souligne que « *les rapports d'activité de Santé publique France ne restituent que très marginalement les missions auparavant exercées par l'Éprus : ils traitent essentiellement de la réserve sanitaire, quasiment jamais des stocks stratégiques ; les débats et questionnements sur la doctrine de constitution et d'usage des produits et consommables de santé ne sont qu'à peine évoqués* »³.

Ce constat mérite cependant d'être nuancé. Si le rapport annuel d'activité de 2019 de Santé publique France évoque très succinctement la gestion de la réserve sanitaire et la place de l'établissement pharmaceutique dans le stockage des médicaments et produits de santé stratégiques, son rapport d'activité de 2018 consacre plusieurs passages à la communication face aux menaces sanitaires et à l'avis d'experts produit par le comité *ad hoc* que l'agence a mis en place sur la stratégie de lutte contre une éventuelle pandémie grippale. Le rapport annuel d'activité de 2017 accorde, lui, un focus à la mise en place par l'établissement pharmaceutique de l'outil de gestion des stocks tactiques « SIGeSSE ».

¹ L'Éprus s'est vu attribuer le statut d'opérateur d'importance vitale par un arrêté du ministre chargé de la santé du 10 juin 2008.

² Aux termes de l'article R. 1332-3 du code de la défense, « Les opérateurs d'importance vitale sont désignés pour chaque secteur d'activités d'importance vitale par arrêté du ministre coordonnateur. Cet arrêté est pris en concertation avec le ou les ministres intéressés, après avis de la commission mentionnée à l'article R. 1332-10. [...] Le ministre coordonnateur ou le préfet de département, selon le cas, notifie à l'opérateur son intention de le désigner comme opérateur d'importance vitale. L'opérateur dispose, pour présenter ses observations, d'un délai de deux mois à compter de la notification. Les arrêtés mentionnés au présent article ne sont pas publiés. Ils sont notifiés aux opérateurs d'importance vitale intéressés ainsi qu'à toutes les autorités administratives qui ont à en connaître. En application des articles L311-5 et suivants du code des relations entre le public et l'administration, ils ne sont pas communicables. »

³ Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la santé, 23 septembre 2020.

Afin de renforcer la transparence et la visibilité sur l'action de Santé publique France en matière de réponse aux menaces sanitaires, la commission d'enquête appelle à la **systématisation d'un volet dédié à cette mission dans le rapport annuel d'activité de l'agence**.

b) Œuvrer à une territorialisation plus fine de la veille sanitaire

En matière de remontée d'informations et de traitement des alertes du local vers le national, ressort des auditions de la commission d'enquête le sentiment d'une agence aux contours mal définis, aux moyens limités et dont l'intervention a été **mal articulée avec les services déconcentrés**, en l'espèce avec les ARS et préfetures. Ont en particulier été mises en avant la **faiblesse des effectifs des CIRE de Santé publique France**, qui constituent pourtant un outil précieux pour le suivi épidémiologique au niveau territorial, et leur **insuffisante articulation avec les services de gestion d'alerte des ARS**.

M. François Bourdillon, ancien directeur général de Santé publique France, estime en effet que les CIRE, qui comprennent entre cinq et dix personnes, sont « *totale­ment sous-dimensionné[es]* »¹ pour faire face à des situations sanitaires exceptionnelles. Or, en assurant un suivi épidémiologique régional et en procédant à des investigations sur les foyers locaux pour identifier les chaînes de contamination, elles permettent à Santé publique France « *de ne pas être aveugle* ». M. Christophe Lannelongue, ancien directeur général de l'ARS Grand Est, a partagé le constat d'un sous-dimensionnement des CIRE en jugeant les effectifs de la cellule Grand Est – sept personnes mobilisées aux côtés des délégations territoriales de l'ARS pour procéder au *contact tracing* – « *bien trop réduits quand des milliers de personnes étaient déjà contaminées* »².

D'autres personnes auditionnées, préfets et directeurs généraux d'ARS, ont, pour leur part, regretté le **manque de fiabilité des données de suivi épidémiologique au niveau local** et l'absence de coordination entre les circuits d'informations traitées par les CIRE et par les ARS.

• *Sur la fiabilité des données collectées par les CIRE et les ARS :*

M. Jean-Yves Grall, directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, a ainsi rappelé qu'**un directeur général d'ARS, qui n'a pas autorité sur les CIRE, est amené à, « avec le préfet, rendre compte aux élus, aux médias, à la population et aux professionnels sur la base de chiffres qui ne sont pas les siens »**³. En partenariat avec les CIRE, les ARS ont dû néanmoins conduire un important travail de fiabilisation des données saisies par les établissements de santé et les établissements médico-sociaux,

¹ Audition de M. François Bourdillon, ancien directeur général de Santé publique France, 16 septembre 2020.

² Audition d'élus et de représentants de la région Grand Est, 9 juillet 2020.

³ Audition d'anciens directeurs généraux de la santé, 17 septembre 2020.

notamment des données saisies par les Ehpad *via* l'application « Voozanoo »¹ déployée par Santé publique France. Les équipes des ARS se sont alors attelées au retraitement des données brutes extraites de cet outil afin de pouvoir en dégager une vision régionale mais aussi départementale de la situation des établissements sociaux et médico-sociaux².

En dépit de ces efforts, plusieurs personnes interrogées par la commission d'enquête ont regretté le **temps mis par Santé publique France pour produire des informations fiables sur le suivi épidémiologique dans les territoires**. Mme Josiane Chevalier, préfète de la région Grand Est, a fait état de « *relations compliquées* » avec Santé publique France et a invité à une réflexion sur le positionnement de l'agence avec les autorités déconcentrées et sur « *la fiabilité des statistiques, qui étaient devenues des irritants pour nos réunions quotidiennes* », soulignant que « *souvent, l'ARS était la première en difficulté sur la fiabilité des chiffres* »³. Mme Brigitte Klinkert, ancienne présidente du conseil départemental du Bas-Rhin, a pour sa part regretté qu'en raison du temps mis par Santé publique France pour déployer son système de recueil de données auprès des Ehpad, « *le préfet, le département et la délégation territoriale de l'ARS se sont retrouvés pendant une dizaine de jours sans information fiable, ce qui a été particulièrement gênant dans le département qui a été en première ligne du fait de la super propagation du virus* »⁴.

• *Sur l'articulation entre les CIRE et les ARS et entre la gouvernance nationale et le niveau déconcentré :*

L'organisation des ARS et des CIRE a dû être revue, de façon pragmatique, pour répondre aux exigences de la gestion de crise. À titre d'exemple, l'ARS Grand Est comprend une direction de la qualité de la performance et de l'innovation dont une des trois missions correspond à la veille sanitaire et à la préparation de la gestion de crise. Cette direction peut s'appuyer, en temps « normal », sur l'expertise épidémiologique de la CIRE dont les missions dépassent elles-mêmes la seule veille sanitaire et intègrent également des actions de promotion de la santé⁵. Cette organisation, qui permet de répondre à des situations épidémiques de portée limitée, pour certaines récurrentes – grippe saisonnière, bronchiolite, gastroentérite... – n'était manifestement pas adaptée à la gestion d'une urgence sanitaire de l'ampleur de celle liée à la covid-19.

¹ « Voozanoo » est une application, mise en place à compter du 30 mars 2020, qui permet aux Ehpad de signaler les cas de covid-19 suspectés ou confirmés.

² Réponses de M. Christophe Lannelongue au questionnaire de la commission d'enquête.

³ Audition d'élus et de représentants de la région Grand Est, 9 juillet 2020.

⁴ Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

⁵ Par exemple, la mise en œuvre au niveau régional des actions du « mois sans tabac ».

Conformément à une instruction du 22 janvier 2016¹, l'ARS Grand Est a mis en place une plateforme régionale de veille et de sécurité sanitaire puis a activé une cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (Craps), à la suite du passage en stade 2 de l'épidémie. Si la Craps comporte, en règle générale, une cellule dédiée au point focal régional - qui réceptionne en continu les signalements sanitaires - une cellule d'investigation des cas contacts et une cellule logistique dédiée à la gestion des équipements de protection individuelle, elle ne garantit pas, faute d'harmonisation des circuits de remontées d'informations épidémiologiques entre les CIRE et les ARS, une veille sanitaire suffisamment fine au niveau territorial, permettant la définition et le déploiement de mesures adaptées aux réalités territoriales.

Or, comme le rappelle l'ARS d'Île-de-France², une veille épidémiologique aujourd'hui essentiellement structurée à l'échelle régionale exige des ajustements afin d'**identifier à un niveau géographique suffisamment fin les zones de sur-incidence** ou encore les zones au sein desquelles le recours aux tests est inférieur aux moyennes nationales.

M. Christophe Lannelongue souligne, pour sa part, qu'en dépit d'« *un travail acharné sept jours sur sept* », l'ARS Grand Est et Santé publique France ont « *rencontré beaucoup de difficultés à produire des remontées fiables sur des sujets aussi sensibles que les nombre de cas confirmés et le lieu de résidence ou la profession des personnes concernées ou les données concernant les Ehpad* »³ et que « *les difficultés de la coordination au niveau national entre la direction générale de la santé et Santé publique France et celles dans le dialogue entre le niveau national et l'agence n'ont pas facilité les choses* »⁴.

Estimant que la « *coupure* » entre l'ARS et la CIRE « *est certainement préjudiciable au renforcement absolument nécessaire des capacités d'étude épidémiologique et de préparation de la gestion de crise* »⁵, M. Lannelongue a appelé à « *renforcer la capacité d'action au niveau déconcentré et [à] revoir l'articulation entre le ministère et Santé publique France, entre le niveau central et le niveau déconcentré. La crise nous montre la nécessité d'une vision territoriale, d'une capacité d'adaptation aux besoins des territoires. Il faut que les équipes de Santé publique France soient davantage intégrées aux dispositifs locaux et placées sous l'autorité des ARS, au moins en période de crise.* »⁶

¹ Instruction DGS/DUS/SGMAS/SHFDS n° 2016-40 du 22 janvier 2016 relative aux principes d'organisation des missions de veille et de sécurité sanitaire et des missions relevant des domaines de la défense et de la sécurité au sein des agences régionales de santé.

² Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

³ Il rappelle ainsi que Santé publique France « a fortement critiqué l'usage de la statistique du nombre de cas confirmés comme indicateur de l'état d'évolution de l'épidémie en considérant que cet indicateur était trop lié à la politique de test ».

⁴ Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

⁵ Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

⁶ Audition d'élus et de représentants de la région Grand Est, 9 juillet 2020.

L'unicité de commandement sanitaire en région est également préconisée par l'ARS d'Île-de-France, dès lors que « *l'analyse épidémiologique doit être réactive, ciblée et intégrée avec d'autres expertises* »¹.

Cette analyse semble partagée par la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la crise sanitaire de la covid-19 dont le rapport intermédiaire² de juin 2020 a relevé que « *les données épidémiologiques telles qu'elles sont collectées, notamment par les ARS, ne répondent pas nécessairement aux besoins opérationnels de gestion de la crise et les modèles épidémiologiques ne sont pas suffisamment territorialisés pour permettre de piloter la crise au plus près* ». Dans le même ordre d'idées, Mme Brigitte Klinkert, ancienne présidente du conseil départemental du Bas-Rhin, insiste sur la nécessité **d'organiser à l'avenir le recueil des données épidémiologiques au niveau départemental** afin d'en garantir la fiabilité - le degré territorial fin permettant de mieux détecter les éventuelles erreurs - et la réactivité.

Cette territorialisation du suivi épidémiologique est, selon la commission d'enquête, cruciale dans la définition et la mise en œuvre d'une réponse proportionnée, non seulement pour le calibrage des recommandations à destination de la population mais également pour l'anticipation par les établissements de santé de leurs besoins organisationnels et logistiques³. La fédération hospitalière de France a ainsi déploré un système national et régional de suivi épidémiologique, « *qui, dans le cadre des grandes régions, ne permet que faiblement l'allocation des ressources en fonction des besoins identifiés sur une zone particulière* », et la « *faiblesse prédictive du modèle épidémiologique, qui ne permet que marginalement d'anticiper les besoins à quelques semaines en fonction de signaux faibles sur le sujet* »⁴.

¹ Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

² Rapport d'information par la mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de coronavirus-covid-19 présenté par M. Richard Ferrand, rapporteur général, président de la mission d'information, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 3 juin 2020.

³ En lits de réanimation, en personnel, en médicaments et en équipements de protection individuelle...

⁴ Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

Les réseaux locaux de veille et sécurité sanitaire au Royaume-Uni et en Allemagne

Le Royaume-Uni et l'Allemagne offrent des exemples intéressants de réseaux locaux de veille sanitaire collaborant globalement efficacement avec les autorités locales :

- les **20 équipes locales de protection sanitaire de *Public Health England*** maillent l'ensemble du territoire de l'Angleterre¹ pour fournir aux professionnels de santé, aux établissements du *National Health Service* et aux autorités locales un soutien dans la surveillance des maladies, la gestion des alertes, l'investigation et la gestion des événements sanitaires et l'élaboration de plans nationaux et locaux pour faire face à des maladies infectieuses. Avec le soutien de ces équipes, les conseils locaux élaborent des plans locaux pour faire face aux urgences sanitaires ;

- les **400 bureaux de santé publique locaux allemands (« *Gesundheitsämter* »)** ont joué un rôle déterminant dans la gestion de la crise de la covid-19 en assurant une mission triple : déclaration des cas de covid-19, suivi des chaînes de contamination et des mesures de quarantaine, application opérationnelle des recommandations sanitaires de l'institut Robert Koch².

Pour autant, ces bureaux n'ont pas échappé à des difficultés de fonctionnement face à l'ampleur de la crise : des étudiants de médecine volontaires ont ainsi été mobilisés pour permettre à ces bureaux de remplir leurs missions de suivi des chaînes de contamination. Ces bureaux sont placés sous l'autorité des Länder ou des communes.

¹ Le système décentralisé britannique confie aux agences sanitaires locales – *Public Health Wales, Health Protection Scotland, Public Health Agency* pour l'Irlande du Nord – des compétences dans la veille et la sécurité sanitaire.

² Éléments transmis par l'ambassade de France en Allemagne.

Source : Commission d'enquête

La commission d'enquête considère indispensable de **renforcer la capacité de suivi de la situation sanitaire au niveau territorial le plus fin**. À cet égard, elle se félicite de la mise à disposition, depuis le 23 octobre 2020, **d'indicateurs de suivi de la dynamique épidémique actualisés quotidiennement au niveau infra-départemental sur la plateforme Géodes de Santé publique France**.

Dans un souci de meilleure coordination des activités de gestion des alertes et de veille sanitaire, la commission d'enquête recommande d'aller plus loin en donnant aux directeurs généraux des ARS autorité sur les personnels de CIRE¹. Cette unification du commandement des équipes chargées de veille sanitaire au niveau des ARS devrait garantir une rationalisation des canaux d'information et une consolidation des remontées d'information vers Santé publique France.

¹ *Qui ne sont aujourd'hui, aux termes de l'article L. 1413-2 du code de la santé publique, que « placées auprès des directeurs généraux des agences régionales de santé ».*

Par ailleurs, la commission d'enquête appelle à une **fusion des CIRE de Santé publique France et des cellules régionales de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CRVAGS) des ARS** au sein de **bureaux de veille et sécurité sanitaire placés sous l'autorité du directeur général de l'ARS**, disposant de **relais auprès de chaque délégation départementale d'ARS** afin d'assurer un suivi épidémiologique à un niveau territorial suffisamment fin. Dotés d'un système d'information unifié de collecte des données de veille sanitaire, ces bureaux seront chargés de coordonner les remontées d'informations vers Santé publique France. La commission d'enquête invite, en outre, les autorités sanitaires à s'appuyer, dans leurs missions de veille épidémiologique, sur **l'expertise des observatoires régionaux de santé (ORS)** qui développent des **indicateurs territorialisés de santé** et produisent des **cartographies** permettant de **visualiser la dynamique de l'épidémie à un niveau territorial très fin**.

Proposition n° 39 : fusionner les cellules d'intervention en région de Santé publique France et les cellules régionales de veille, d'alerte et de gestion sanitaire des ARS au sein de bureaux de veille et sécurité sanitaire placés sous l'autorité du directeur général de l'ARS et développer des partenariats entre ces bureaux et les observatoires régionaux de santé

Enfin, la fiabilisation des données épidémiologiques suppose une modernisation en profondeur du système de déclaration des cas et des décès, notamment :

- dans les Ehpad et les établissements médico-sociaux pour lesquels les informations relatives aux décès saisies restent moins détaillées que celles saisies pour les personnes décédées de la covid-19 dans les hôpitaux ;
- dans les modalités de l'établissement des certificats de décès par les médecins.

La dématérialisation des certificats de décès : un objectif ancien, toujours non atteint

Depuis 2006¹, le médecin ayant constaté le décès est censé établir le certificat de décès sur support électronique, le volet médical étant transmis au **centre épidémiologique sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'Inserm** et le volet administratif étant transmis aux mairies du lieu du décès et du lieu de dépôt du corps. Le CépiDC est ainsi chargé de mettre à disposition les informations des volets médicaux dans une base de données accessible notamment à Santé publique France et à l'ARS.

Toutefois, le code général des collectivités territoriales comporte encore un article R. 2213-1-4 prévoyant qu'« à titre provisoire, jusqu'à la généralisation du certificat de décès sur support électronique, le certificat peut être établi sur support papier ». Cette généralisation de la transmission dématérialisée des certificats de décès n'est toujours pas effective : la mise en œuvre de l'obligation de saisie dématérialisée est en effet conditionnée, depuis un décret du 27 avril 2017, à l'approbation par arrêté du référentiel d'authentification du médecin applicable à la transmission dématérialisée des certificats de décès. Trois ans plus tard, cet arrêté n'est toujours pas paru.

¹ En application de l'article R. 2213-1-2 du code général des collectivités territoriales, créé par le décret n° 2006-938 du 27 juillet 2006 relatif au certificat de décès et modifiant le code général des collectivités territoriales.

² Article 3 du décret n° 2017-602 du 21 avril 2017 relatif au certificat de décès.

Source : Commission d'enquête

En dépit d'efforts conjoints avec l'Inserm pour promouvoir la certification des décès par voie électronique, Santé publique France indique que, début 2020, **seulement 20 % des décès étaient déclarés électroniquement**. Or, comme le souligne l'agence, « ces données, si elles avaient été disponibles, auraient permis d'identifier initialement, de manière précise et réactive, les excès de décès en fonction des lieux de survenue »¹. La commission d'enquête note, par ailleurs, que **seulement 900 mairies sur 36 000 sont aujourd'hui connectées à l'application « CertDC »** : très souvent contraints d'imprimer le volet administratif du certificat de décès pour le transmettre aux mairies, les médecins ne sont alors pas incités à saisir par voie électronique le volet médical du certificat.

Afin de **rendre la saisie dématérialisée des certificats de décès pleinement effective**, la commission d'enquête plaide pour le déploiement rapide de l'application « CertDC » auprès des mairies et pour la **suppression de la disposition réglementaire² autorisant encore aujourd'hui, à titre provisoire, l'établissement du certificat de décès sur support papier³**.

¹ Réponses au questionnaire de la commission d'enquête.

² Article R. 2213-1-4 du code général des collectivités territoriales.

³ Le maintien de cette dérogation conduit à confier à l'officier d'état civil de la mairie du lieu de décès la responsabilité de la transmission du volet médical à l'Inserm, par l'intermédiaire de l'ARS.

La suppression de cette dérogation à l'obligation de saisie électronique suppose la **publication dans les meilleurs délais du référentiel d'authentification des médecins pour la saisie dématérialisée**.

En outre, afin de faciliter et fiabiliser les saisies des causes de décès en situation épidémique, la commission d'enquête recommande l'**harmonisation des informations relatives aux décès dans tous les cas de figure**, que les décès soient constatés par un médecin de ville ou au sein d'un établissement de santé ou médico-social. À cet effet, il devrait revenir au CépiDC de l'Inserm et à Santé publique France d'**élaborer, pour chaque agent infectieux à risque épidémique, un cadre méthodologique à destination des médecins et des établissements de santé et médico-sociaux afin de les accompagner dans la saisie des causes de décès**, en particulier en établissant une hiérarchisation des causes à saisir face à des personnes décédées présentant des polymorbidités. Il conviendra de prévoir la transmission automatique des volets médicaux dématérialisés des certificats de décès aux bureaux de veille et sécurité sanitaire des ARS qui assureront la remontée de l'information vers Santé publique France.

Proposition n° 40 : généraliser la saisie dématérialisée des certificats de décès en mettant fin à la dérogation autorisant l'établissement du certificat de décès sur support papier et en publiant dans les meilleurs délais le référentiel d'authentification des médecins pour la saisie dématérialisée

Proposition n° 41 : harmoniser, sur la base d'un cadre méthodologique établi par Santé publique France et le CépiDC de l'Inserm, les informations saisies par les médecins ou les établissements de santé et médico-sociaux sur les causes de décès lié à une situation épidémique

4. Pour une Europe de la sécurité sanitaire

Plusieurs personnes auditionnées par la commission d'enquête ont regretté le **manque de coordination européenne dans la gestion de la crise**, alors qu'une décision de 2013¹ avait institué un système de gestion des alertes face aux menaces transfrontières graves pour la santé. Constatant « *une très faible coordination au niveau européen au cours de la pandémie* », M. Didier Houssin s'est interrogé sur « *le rôle du comité de sécurité sanitaire européen* »² institué par cette décision, dont l'action n'a pas été relayée dans les médias.

¹ Décision n° 1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé et abrogeant la décision n° 2119/98/CE.

² Audition d'anciens directeurs généraux de la santé, 17 septembre 2020.

M. Benoît Vallet relevait, pour sa part, que les difficultés de coordination rencontrées au niveau européen lors de la crise du virus Ebola n'ont pas servi d'enseignement et se sont de nouveau manifestées à l'occasion de la crise de la covid-19¹. Enfin, dans le même ordre d'idées, Mme Marisol Touraine a estimé que « *pour ce qui concerne l'alerte, il y a incontestablement une faiblesse européenne : ce constat fait consensus. Je le regrette d'autant plus que la France s'est beaucoup engagée, en 2012 et 2013, pour la signature du règlement sanitaire international, sous l'égide de l'OMS, et, à l'échelle européenne, pour la mise en place d'un comité de liaison entre les pays en cas de crise sanitaire.* »²

Selon des éléments transmis par la direction générale de la santé, il apparaît néanmoins que la France a transmis au total deux alertes aux autorités européennes *via* le système d'alerte précoce et de réaction (SAPR), envoyées par le Corross les 29 et 30 janvier 2020. Dès le 12 décembre 2019, la Commission européenne avait créé, au sein du SAPR, un échange destiné à fluidifier la communication entre les pays dans le cadre duquel la France a communiqué sur les mesures nationales mises en place et sa situation sanitaire. En outre, au 26 octobre 2020, la France a été destinataire de plus de 780 messages³, relatifs au SARS-CoV-2, diffusés par les États membres *via* le SAPR.

Par ailleurs, le comité de sécurité sanitaire de l'Union européenne, créé par une décision de 2013, s'est bien mobilisé pour la gestion de la crise liée à la covid-19 qui a été inscrite pour la première fois à son ordre du jour le 17 janvier 2020, les réunions suivantes ayant été programmées les 22 et 27 janvier. Depuis, le comité s'est réuni chaque semaine sur le thème de la crise sanitaire.

La coopération européenne s'est principalement traduite par la **mobilisation de mécanismes de réservation capacitaire et d'achats groupés** entre États membres pour l'acquisition de médicaments et de matériel de protection et la passation de commandes anticipées de candidats vaccins.

¹ Audition d'anciens directeurs généraux de la santé, 17 septembre 2020.

² Audition de Mme Marisol Touraine, ancienne ministre de la santé, 17 septembre 2020.

³ Essentiellement des signalements de cas confirmés ou contacts dans le cadre des dispositifs de contact tracing.

Les principales actions de réservations capacitaires mises en œuvre par l'Union européenne pour faire face à la crise sanitaire liée à la covid-19

- *La création de la réserve stratégique rescEU :*

Dans le cadre du mécanisme de protection civile de l'Union européenne, la Commission européenne a décidé de la création de la réserve stratégique rescEU, placée sous l'autorité du centre de coordination de réponse à l'urgence (« *Emergency Response Coordination Centre* ») : cette réserve comprend notamment des respirateurs, des équipements de protection individuelle dont des masques, des médicaments et des consommables pour les tests. La Roumanie et l'Allemagne ont été les deux premiers États à accueillir ce stock et assurent, à ce titre, l'achat des marchandises et les opérations de maintenance du stock, les dépenses étant couvertes à 100 % par la Commission européenne. La première livraison de masques issue de cette réserve est intervenue le 25 avril 2020, à destination de l'Italie, de l'Espagne et de la Croatie. La Commission européenne instruit, par ailleurs, des demandes par des États membres de versement de subventions pour le stockage de contre-mesures.

- *Les procédures d'achat groupé (« Joint Procurement Procédures » – JPP) :*

La Commission européenne a indiqué avoir lancé cinq appels d'offres pour la fourniture de contre-mesures médicales. Une fois les fournisseurs sélectionnés, les États membres peuvent placer des commandes d'équipements de protection individuelle, de respirateurs et d'équipements et consommables de laboratoire.

- *Les contrats d'achat anticipé de vaccins (« Advanced Purchase Agreements » – APA) :*

La Commission européenne a présenté, le 17 juin 2020, une stratégie européenne en matière de vaccin contre la covid-19. Dans ce cadre, un comité directeur, où sont représentés tous les États membres, examine les contrats d'achat anticipé de vaccins négociés par une équipe de négociation (« *Joint Negotiation Team* »). Deux contrats ont ainsi été signés par la Commission européenne pour l'achat de vaccins sous réserve de l'évaluation de leur sécurité et de leur efficacité avec le laboratoire AstraZeneca (300 millions de doses et option de 100 millions de doses supplémentaires) et le *tandem* Sanofi-GSK (300 millions de doses). Des discussions exploratoires ont été engagées avec les entreprises Johnson & Johnson (200 millions de doses), CureVac (225 millions de doses), Moderna (80 millions de doses et option de 80 millions de doses supplémentaires) et BioNTech-Pfizer (200 millions de doses et option de 100 millions de doses supplémentaires). Ces contrats sont financés par l'instrument de soutien face aux urgences (« *Emergency Support Instrument* » – ESI).

• *L'activation de l'instrument de soutien face aux urgences (« Emergency Support Instrument » – ESI) :*

Activé le 14 avril 2020, cet instrument, qui s'appuie sur un budget de 2,7 milliards d'euros, permet à l'Union européenne de soutenir directement les États membres dans leurs efforts pour faire face à une pandémie et intervient en complément d'autres programmes, tels que le mécanisme de protection civile ou les procédures d'achat groupé. L'ESI a ainsi permis l'achat et la distribution aux États membres de 10 millions de masques KN95 et d'environ 30 000 doses de Veklury® (remdésivir). Il a également compris une enveloppe de 220 millions d'euros destinée des dépenses de transport en cargo d'équipements de protection individuelle. Enfin, l'ESI a contribué au financement des commandes groupées anticipées de vaccins et de la création d'une plateforme européenne d'interopérabilité pour les applications de *contact tracing* développées par les États membres.

• *La création d'une chambre de compensation pour l'équipement médical (« Clearing House for medical equipment – covid-19 » – CCH) :*

À l'initiative de sa présidente, la CCH a été mise en place à compter du 1^{er} avril 2020 pour une durée de six mois. Elle a pour missions d'établir un bilan des besoins essentiels en équipement médical (EPI ; respirateurs ; dispositifs médicaux hospitaliers ; matériel de test ; médicaments et vaccins) des États membres, de faciliter l'appariement de l'offre et de la demande d'équipement médical – à cet égard, a été mise en place une plateforme permettant aux États de saisir leurs besoins et aux industriels de proposer leurs offres –, d'accompagner les États membres, les industriels et autres parties prenantes dans la résolution de goulets d'étranglement dans la chaîne d'approvisionnement et de maximiser la collecte d'informations.

Source : Réponses de la commissaire européenne à la santé au questionnaire de la commission d'enquête

En revanche, la coordination européenne en matière d'alerte, d'élaboration de recommandations sanitaires ou de mise en œuvre de mesures de sécurité sanitaire communes s'est révélée beaucoup plus limitée.

Le centre européen de prévention et de contrôle des maladies (« *European Center for Disease Prevention and Control* » – ECDC) a publié dès février 2020 des lignes directrices¹ pour l'utilisation de mesures autres que pharmaceutiques pour enrayer la propagation du virus. La plupart des pays s'appuyant sur ces recommandations et celles de l'OMS, une certaine cohérence a néanmoins pu être observée dans les conseils dispensés, même si certains États membres ont pu se distinguer pour prôner relativement tôt le port du masque en population générale : au 1^{er} avril 2020, cinq États membres préconisaient le port du masque dans les espaces publics².

¹ *European Center for Disease Prevention and Control, Guidelines for the use of non-pharmaceutical measures to delay and mitigate the impact of 2019-nCoV, rapport technique, février 2020, réactualisé en septembre 2020.*

² *Lituanie, Autriche, République tchèque, Slovaquie, Bulgarie.*

Les divergences d'approche les plus significatives ont été constatées dans les **mesures de restriction des libertés**¹ imposées ou encore les stratégies de dépistage déployées. En particulier, **aucun cadre commun n'a été convenu au début de l'épidémie entre les États membres sur les conditions de fermeture ou d'ouverture des frontières intra-européennes**. Comme l'a souligné M. Édouard Philippe², ancien Premier ministre, **les décisions en la matière n'ont pas même fait l'objet de discussions bilatérales préalables**, le Gouvernement n'apprenant par exemple les décisions allemande et suisse de fermeture de leurs frontières avec la France que le jour même de leur mise en œuvre.

Ce n'est que le 13 octobre 2020 que le Conseil de l'Union européenne a adopté une **recommandation relative à une approche coordonnée de la restriction de la libre circulation en réaction à la pandémie de covid-19**. Sur la base de cette recommandation, les États membres doivent transmettre chaque semaine à l'ECDC leurs données relatives à trois indicateurs : le nombre de cas nouvellement notifiés pour 100 000 habitants au cours des 14 derniers jours, le taux de dépistage pour la semaine écoulée et le taux de positivité des tests pour la semaine écoulée. À partir de ces données, l'ECDC doit publier une carte des États membres distinguant, selon un code couleur, les zones vertes – pour lesquelles aucune restriction à la libre circulation ne devrait être établie – et les zones orange et rouges – pour lesquelles des restrictions proportionnées peuvent être envisagées.

S'agissant de la préparation au risque pandémique, **un exercice pandémie avait été réalisé au niveau de l'Union européenne en novembre 2005** afin d'évaluer le degré de préparation des plans nationaux, la qualité de la communication et la coordination entre les États membres, la Commission européenne, les agences européennes – notamment l'ECDC et l'agence européenne du médicament – et l'OMS. Un aide-mémoire sur la communication en risque épidémique avait en outre été édité par l'ECDC en septembre 2006. Par ailleurs, à l'initiative de la France, un **séminaire intergouvernemental « Eurogrippe »** avait été organisé à Angers du 3 au 5 septembre 2008 afin d'*« identifier des faiblesses et écarts critiques qui peuvent exister entre les plans de préparation à une pandémie grippale des États membres »* et *« les besoins de coordination intersectorielle au niveau de l'Union européenne »*³. **Ces exercices et outils de coordination n'ont néanmoins pas été renouvelés ou réactualisés depuis plus d'une dizaine d'années.**

¹ Isolement, couvre-feu, confinement, règles applicables aux déplacements intérieurs et à l'étranger, fermeture des frontières...

² Audition de M. Édouard Philippe, ancien Premier ministre, 29 octobre 2020.

³ Dossier de la conférence de presse du ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative du 16 octobre 2008.

Dans ces conditions, la commission d'enquête plaide pour la définition, sur proposition de la Commission européenne et de l'ECDC, d'un **plan pandémie européen** et la **réalisation d'un exercice pandémie à l'échelle européenne à intervalles réguliers**. En complément, la commission recommande l'organisation d'un **séminaire intergouvernemental annuel sur la préparation aux urgences sanitaires** permettant d'identifier les faiblesses et facteurs d'amélioration de la coordination européenne dans ce domaine, en capitalisant, le cas échéant, sur les retours d'expérience des pays confrontés à des crises ayant eu un impact sanitaire majeur.

Proposition n° 42 : élaborer un plan pandémie au niveau européen et organiser à intervalles réguliers un exercice pandémie à l'échelle européenne

II. UNE GOUVERNANCE TERRITORIALE DE CRISE PERFECTIBLE

A. UNE ORGANISATION DES SERVICES DÉCONCENTRÉS DE L'ÉTAT RÉACTIVE, MAIS MAL ADAPTÉE À LA GESTION DE CRISE

1. Malgré la clarté des outils juridiques l'encadrant, la relation entre préfets et services des ARS a manqué de fluidité

a) Une relation juridiquement encadrée

Comme le plan « *pandémie grippale* » le rappelait, le dispositif de gestion de crise repose en France sur « *la chaîne territoriale des préfets, (...) colonne vertébrale de la préparation et de la conduite de crise* »¹. Traditionnellement, **les préfets exercent un rôle de coordination et de mise en musique** de la gestion de toute crise survenant sur le territoire sur lequel ils ont autorité². Ce rôle est le même en matière de crise sanitaire, le plan déjà mentionné accordant aux préfets de département et de zone un rôle prépondérant dans la planification et la gestion de crise.

En amont du déclenchement de la crise, les préfets jouent un **rôle actif de préparation** de l'ensemble des acteurs concernés. Le plan « *pandémie grippale* » prévoit ainsi que les préfets de département ainsi que les préfets de zone sont chargés d'inciter « *les collectivités territoriales à se préparer, notamment pour la continuité de leurs activités et des services essentiels (par la réalisation des plans de continuité d'activité, PCA)* ».

¹ Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale », Document d'aide à la préparation et à la décision n° 850/SGDSN/PSE/PSN, octobre 2011, p. 14.

² L'attribution de ce rôle aux préfets est justifiée par leur rôle de représentant de l'ensemble des membres du Gouvernement.

Les préfets de zone ont pour mission de « *coordonner les travaux de planification des préfets de département* » en s'appuyant sur l'ensemble des administrations déconcentrées, dont les agences régionales de santé (ARS) de zone, et organisent annuellement à cette fin « *au moins un exercice de mise en œuvre des mesures du plan* ».

Une fois la crise déclenchée, comme le précisent le même plan ainsi que son guide de déclinaison territoriale, **sa gestion repose sur les deux mêmes échelons**. D'une part, les préfets de zone assurent le lien entre la gestion de crise nationale et les efforts menés sur le terrain et coordonnent ces efforts à l'échelle de la zone de sécurité et de défense. D'autre part, les préfets de département ont pour mission d'assurer la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés (collectivités territoriales, tissu associatif, etc.), de garantir la continuité des services publics et de la vie sociale, ainsi que de communiquer auprès des populations concernées.

Le rôle théoriquement dévolu aux préfets de zone et de département en situation de pandémie grippale

Dans le détail, le plan « *pandémie grippale* » et son guide de déclinaison territoriale prévoient :

- en ce qui concerne les **préfets de zone**, qu'ils « *coordonnent les mesures et sont les interlocuteurs privilégiés de la cellule interministérielle de crise (CIC)* », « *assurent la synthèse des informations venant des départements et la transmettent au centre de crise sanitaire du ministère de la santé et à la CIC ou, si elle n'est pas activée, au centre opérationnel de gestion interministérielle de crise (COGIC)* ». Ils s'appuient pour ce faire sur les ARS de zone, qui rassemblent elles-mêmes les données épidémiologiques des ARS pour en constituer des synthèses ;

- s'agissant des **préfets de département**, qu'ils « *peuvent mettre en œuvre les plans blancs élargis* », « *veillent au recensement de locaux pouvant être réquisitionnés pour servir de structures intermédiaires d'accueil de malades qui seraient isolés s'ils demeuraient à domicile, mais dont l'état ne justifierait pas une prise en charge hospitalière, [s'assurant] de pouvoir en disposer et les équiper rapidement* », ou encore « *organisent l'emploi du corps de réserve sanitaire* ».

Afin d'exercer au mieux leurs prérogatives dans la gestion de crise, **les préfets de département et de zone peuvent s'appuyer sur les ARS**, en particulier pour « *[coordonner] l'organisation des soins* » et « *[suivre] l'évolution des capacités de soins ambulatoires* ». Cette compétence de soutien et d'appui à la gestion de crise des préfets, attribuée aux ARS, a fait l'objet d'une **traduction juridique claire dans le code de la santé publique**.

Premièrement, si les ARS disposent naturellement d'un rôle majeur dans la gestion des crises sanitaires, **l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, qui prévoit leurs missions, circonscrit clairement ce rôle** : ainsi, au titre de leur mission de mise en œuvre de la politique de santé, les ARS « *contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent et, le cas échéant, en relation avec le ministre de la défense, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire* »¹. Le législateur a donc circonscrit le rôle des ARS en matière de gestion des crises sanitaires à celui d'une simple « *contribution* », s'effectuant « *dans le respect des attributions* » dévolues aux préfets, dont le rôle prééminent est ainsi établi.

Deuxièmement, le code de la santé publique offre aux préfets la **possibilité de placer, dans le cas où la situation sanitaire le nécessiterait, les services des ARS sous leur autorité**. En particulier, l'article L. 1435-1 du même code, qui prévoit les modalités de la contribution des ARS à la veille, à la sécurité et à la police sanitaires, prévoit les modalités de la coopération entre préfets et ARS.

**Les articles L. 1435-1 et L. 1435-2 du code de la santé publique :
fondement législatif de la coopération entre préfets et ARS en temps de crise**

L'article L. 1435-2 du code de la santé publique prévoit les modalités de la coopération entre le préfet de zone et les directeurs généraux des ARS relevant de son ressort territorial :

« Dans les zones de défense, le préfet de zone dispose, pour l'exercice de ses compétences, des moyens de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. Leurs services sont placés pour emploi sous son autorité lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone. »

« Le directeur général de l'agence régionale de santé du chef-lieu de la zone assiste le préfet de zone dans l'exercice de ses compétences. Dans ce cadre, il anime et coordonne l'action de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. L'agence régionale de santé du chef-lieu de zone est, en conséquence, qualifiée d'agence régionale de santé de zone. »

¹ Depuis sa création par l'article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, cet article n'a fait l'objet d'aucune modification majeure. Il a simplement été précisé, par le c) du 1° du I de l'article 10 de l'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides, que la contribution des ARS à la gestion des crises sanitaires s'effectue, « le cas échéant, en relation avec le ministre de la défense ». Cet ajout tend à prévoir un fondement législatif à l'intervention du service de santé des armées en cas de crise sanitaire, aux côtés des ARS.

L'article L. 1435-2 du même code, de portée plus générale, dispose des modalités de coopération entre les autres préfets – de département en particulier – et les directeurs généraux d'ARS :

« Le directeur général de l'agence régionale de santé informe sans délai le représentant de l'État territorialement compétent ainsi que les élus territoriaux concernés de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

« Pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'État territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence.

« Les services de l'agence et les services de l'État mettent en œuvre les actions coordonnées nécessaires à la réduction des facteurs, notamment environnementaux et sociaux, d'atteinte à la santé.

« Ces actions font également appel aux services communaux d'hygiène et de santé, dans le respect de l'article L. 1422-1.

« Les services de l'agence sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

« L'agence participe, sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent, à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense.

« L'agence contribue à la réalisation des objectifs de la politique de la ville définis à l'article 1er de la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine. À ce titre, elle est associée à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des contrats de ville prévus à l'article 6 de la même loi et en est signataire.

« Elle fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine.

« Pour les matières relevant de ses attributions au titre du présent code, le représentant de l'État dans le département peut déléguer sa signature au directeur général de l'agence régionale de santé et, en cas d'absence ou d'empêchement, à des agents placés sous son autorité.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article. »

Bien au-delà d'une simple mission d'information des préfets en cas de risque sanitaire, les moyens et les services des ARS peuvent être placés sous l'autorité du préfet en cas de crise sanitaire, lorsque celle-ci pose le risque d'un trouble à l'ordre public.

Les modalités concrètes de cette coopération sont prévues par des **protocoles signés entre les préfets et le directeur général de l'ARS** territorialement compétents. Conformément à la doctrine traditionnelle en matière de gestion des crises, ces protocoles sont signés aux deux niveaux pertinents¹ :

- à l'échelon départemental (articles R. 1435-2 à R. 1435-5 du code de la santé publique) ;

- à l'échelon zonal (articles R. 1435-7 et R. 1435-8 du code de la santé publique).

Au-delà des diverses mesures qu'ils prévoient pour assurer une coopération efficace entre préfets et services des ARS², ces protocoles précisent « les modalités selon lesquelles les moyens de l'agence régionale de santé sont, en cas d'événement porteur d'un risque sanitaire pouvant constituer un trouble à l'ordre public, placés pour emploi sous l'autorité du préfet », de département ou de zone selon les cas³.

¹ Comme souvent en matière de gestion des crises, l'échelon régional est ici réduit à celui de coordination des initiatives départementales. L'article R. 1435-6 du code de la santé publique prévoit ainsi l'institution d'un « comité régional de sécurité sanitaire », présidé par le préfet de région, et réunissant les préfets de département de la région concernée ainsi que le directeur général de son agence régionale de santé. Ce comité « se réunit au moins une fois par an et, notamment en cas d'urgence, sur demande de l'un de ses membres ». Ses missions sont de deux ordres : d'une part, il « est consulté sur les projets de protocoles établis entre les préfets de département de la région et l'agence régionale de santé, et les conditions de leur mise en œuvre » ; d'autre part, il est « chargé de développer les échanges d'information sur la situation sanitaire de la région, la survenue d'événements ou de risques susceptibles de porter atteinte à la santé de la population et de coordonner, à l'échelle de la région, les moyens mis en œuvre par l'agence régionale de santé pour l'exercice des compétences des préfets de département. »

² Parmi ces mesures, l'on retiendra que le protocole dresse la liste des actes établis sous la responsabilité du préfet de département dont la préparation est assurée par l'ARS, le dispositif d'astreinte mis en place par cette dernière, les actions mises en place par la délégation territoriale de l'ARS à la demande du directeur général de celle-ci dans le département concerné, les procédures d'information réciproque, ainsi que les « modalités d'association du directeur général de l'ARS à la préparation et [...] à la mise en œuvre des mesures prises par le préfet de département concourant à la sécurité nationale ».

³ Articles R. 1435-4 et R. 1435-8 du code de la santé publique respectivement.

Le régime juridique applicable à la coopération entre préfets et services des ARS procède donc à une **distinction nette entre deux situations, que les protocoles sont censés refléter** : au quotidien, les services de l'ARS, placés sous l'autorité du directeur général de l'ARS, peuvent effectuer certaines tâches relevant de la responsabilité du préfet ; en temps de crise sanitaire, lorsque la condition de la survenance d'un « événement porteur d'un risque sanitaire pouvant constituer un trouble à l'ordre public » est remplie, **le préfet peut placer sous son autorité les services des ARS**¹.

Or, cette condition semblait entièrement remplie dans le cadre de l'épidémie de covid-19. Premièrement, les rapporteurs estiment que l'ampleur de la crise était susceptible de constituer un trouble à l'ordre public, qui inclut pour mémoire la préservation de l'hygiène et de la salubrité publiques. Deuxièmement, les mesures rendues nécessaires pour lutter contre sa propagation, qui pouvaient comporter des mesures restrictives des libertés publiques avant même l'instauration du confinement à l'échelle nationale², suffisaient à caractériser l'existence d'un trouble à l'ordre public³. Dans ces conditions, il semble aux rapporteurs que les préfets auraient pu se saisir de la possibilité qui leur est offerte de placer formellement sous leur autorité les services des ARS nécessaires à la gestion de la crise sanitaire.

¹ Cette distinction est matérialisée au sein de la partie réglementaire du code de la santé publique à deux titres. D'une part, l'article R. 1435-1 du code, qui fixe les principes d'application des articles L. 1435-1 et suivants, distingue les deux cas de figure à ces alinéas 2 et 4, l'alinéa 2 prévoyant que « [les actions et prestations mises en œuvre par les services de l'ARS dans les domaines de compétence du préfet] sont mises en œuvre à la demande du préfet et sous l'autorité du directeur général de l'agence », tandis que « dans le cas prévu au cinquième alinéa de L. 1435-1, les services de l'agence sont placés pour emploi sous l'autorité du préfet de département ». D'autre part, alors que les articles R. 1435-2 et R. 1435-3 du code prévoient le contenu général des protocoles signés entre préfets et directeurs généraux d'ARS, l'article R. 1435-4 prévoit expressément que « le protocole départemental prévu aux articles précédents précise en outre les modalités selon lesquelles les moyens de l'agence régionale de santé sont, en cas d'évènement porteur d'un risque sanitaire pouvant constituer un trouble à l'ordre public, placés pour emploi sous l'autorité du préfet de département ».

² Le confinement du département du Bas-Rhin a été envisagé dès le 5 mars. Dans le Morbihan, de premières mesures restrictives de liberté sont prises dès le 1^{er} mars, puis durcies le 5 mars par deux arrêtés pris par le préfet, qui a divisé le département en trois cercles concentriques : dans les communes appartenant aux foyers épidémiques, l'interdiction déjà mise en œuvre par un arrêté du 1^{er} mars des activités ou rassemblements dans les lieux « impliquant une promiscuité prolongée du public favorisant la transmission du virus », limitativement énumérés, était reconduite et étendue ; dans les communes appartenant à une zone de « cordon sanitaire » jouxtant chaque cluster, tout rassemblement dans un établissement recevant du public était limité à la moitié de la capacité réglementaire autorisée ; dans le reste du département, aucune mesure particulière liée à l'épidémie n'était adoptée.

³ Le rapport de retour d'expérience établi par le général Lizurey en retient une analyse différente : « Les dispositions de l'article L. 1435-1 du code de la santé publique, qui prévoient que les services des ARS soient sous l'autorité fonctionnelle des préfets pour l'exercice de leurs compétences, notamment lorsqu'un événement sanitaire est susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public, n'ont pas été mises en œuvre dans cette crise, le risque premier étant davantage un risque de débordement du système hospitalier qu'un risque d'ordre public. »

b) Une relation dont la crise a montré les faiblesses

Malgré un cadre juridique clair et décliné au sein de protocoles liant préfets et services des ARS, **la relation entre ces deux pôles de l'action publique lors de la gestion de la crise sanitaire a semblé parfois dysfonctionnelle**. Bicéphale, elle a paru à de nombreux acteurs insuffisamment lisible. Certaines des personnes auditionnées par la commission d'enquête ont lié ce manque de clarté à la répartition des rôles, au niveau national, entre le ministère de l'intérieur (qui assure la tutelle fonctionnelle sur les préfets) et le ministère de la santé. Auditionné en sa qualité de président de l'association des maires et présidents d'intercommunalités de France (AMF), François Baroin a ainsi estimé « *qu'au fil de ces deux mois de confinement, il est apparu avec évidence qu'il y avait un double pilotage, par le ministère de la santé et par le ministère de l'intérieur* » représentés territorialement par les services de l'ARS d'une part et ceux du préfet d'autre part. Sans que les travaux de la commission d'enquête aient permis d'accréditer sans réserve cette idée¹, force est de constater que sur le terrain **l'action des services déconcentrés n'a pas toujours paru suffisamment ordonnée aux acteurs concernés**.

Certes, **cette insuffisante lisibilité de l'action publique n'a eu pour résultat aucun dysfonctionnement majeur**. Les auditions menées par la commission d'enquête ont d'ailleurs montré que **préfets et services des ARS ont généralement jugé bonne leur capacité de coopération**, en raison de la gravité de la crise, qui a spontanément généré un esprit d'équipe et de coopération permanente entre les équipes concernées, et des bonnes relations interpersonnelles entretenues entre ces acteurs. Questionné lors de son audition par la commission d'enquête sur la « *dualité* » du pilotage territorial de la crise dans le département de l'Oise, le directeur général de l'ARS des Hauts-de-France Etienne Champion a ainsi affirmé y voir « *un duo et non un duel* ».

Néanmoins, **le pilotage territorial aurait gagné à être clarifié**, comme le montrent notamment les auditions conduites sur la gestion de la crise dans le Grand Est. M. Jean Rottner, président de la région Grand Est, a ainsi jugé qu'il « [était] *indispensable d'avoir un pilote unique* », tout en notant que ce pilotage aurait dû être plus clairement confié « *au préfet zonal de défense* », attribuant de fait au ministère de l'intérieur le rôle de coordination de la gestion de crise au niveau territorial. Notant qu'en cas de catastrophe, « *le patron des opérations de secours, c'est bien le préfet* », il a regretté qu'un tel schéma n'ait pas été respecté « *pour éviter les conflits de compétences* ».

¹ Voir les parties du présent rapport consacrées à la gestion interministérielle de la crise.

La dualité des autorités gestionnaires de la crise a été **source de confusion pour les acteurs extérieurs** (dont les collectivités territoriales). Frédéric Bierry, président du conseil départemental du Bas-Rhin, a ainsi fait part de cette confusion lors de son audition par la commission d'enquête : tout en reconnaissant « *l'organisation d'une sphère publique territoriale portée par notre préfète, Mme Chevalier, qui a été d'une rare efficacité* », il aurait estimé « *cohérent que le préfet ait un rôle de contrôle sur l'ARS ou de soutien plus fort à cette dernière, afin de permettre une action plus concrète, efficace et globale* ».

Ce constat est d'ailleurs partagé par les responsables des services déconcentrés de l'État eux-mêmes. L'ancien directeur général de l'ARS du Grand Est, Christophe Lannelongue, évoque « *des difficultés ponctuelles qui ont été surmontées grâce à l'intervention régulatrice de la préfecture de région* »¹. Tout en soulignant la qualité de la coopération entre ses services et ceux de l'ARS du Grand Est, Josiane Chevalier, préfète de la zone de défense et de sécurité Est, préfète de la région Grand Est et préfète du département du Bas-Rhin, a elle-même estimé que **cette relation aurait gagné à être mieux encadrée**. Elle a affirmé que « *personne n'a contesté [sa] légitimité, personne n'a revendiqué son statut ou argué de son appartenance à telle ou telle structure – ARS, rectorat, conseil départemental, etc. – pour affirmer son indépendance* », mais également qu'il pourrait être utile de « *formaliser* » cette expérience de coopération. Mme Chevalier a ainsi perçu la réglementation régissant les relations entre préfet et ARS comme « *ambiguë* », en ce qu'elle attribuerait aux préfets des pouvoirs étendus sur les services des ARS en cas de crise tout en préservant l'autorité du directeur général de l'ARS².

Comme cela a été montré plus haut, il semble pourtant que **le cadre juridique de cette relation souffre moins d'un manque de clarté ou d'une ambiguïté que d'un défaut de connaissance et d'appropriation** par les principaux acteurs concernés. En effet, les protocoles consultés par la commission d'enquête montrent que les cosignataires, préfets et directeurs généraux d'ARS, sont conscients que les services de l'ARS peuvent être placés pour emploi sous l'autorité du préfet, **mais ne consacrent pas à cette éventualité un réel effort de planification**.

À titre d'exemple, le protocole départemental relatif aux modalités de coopération entre le préfet des Bouches-du-Rhône et l'ARS de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur prévoit expressément dans son préambule que les attributions exercées par les services de l'ARS au nom du préfet « *sont réalisées sous la responsabilité du directeur général de l'ARS, hors les cas, visés aux articles L 1435-1 et L 1435-2, où les services de l'agence régionale de santé sont placées pour emploi sous l'autorité du préfet de département ou du préfet de zone* »³.

¹ Source : réponse à un questionnaire de la commission d'enquête de M. Lannelongue.

² Source : réponse à un questionnaire de la commission d'enquête de Mme Chevalier.

³ Voir la page 3 du protocole départemental relatif aux modalités de coopération entre le représentant de l'État dans le département des Bouches-du-Rhône et l'Agence Régionale de la Santé de PACA, Recueil des actes administratifs de la préfecture des Bouches-du-Rhône n° 13-2018-163, publié le 7 juillet 2018.

Néanmoins, l'article 3 consacré à « *la veille, la sécurité et la gestion des crises sanitaires* », qui traite du cas de la « *gestion d'une situation exceptionnelle, soit par sa nature en particulier NRBC, soit par l'importance de l'événement et le risque d'impact médiatique* », **n'établit pas clairement au sein de cette rubrique la répartition des responsabilités**. Il prévoit même que le « *directeur général de l'ARS garantit dans ce cadre, un pilotage régional, sous sa responsabilité, par le biais d'une équipe régionalisée [...] en astreinte 24 h/24 et 7 j/7* », sans préciser que ce pilotage peut également être exercé sous la responsabilité du préfet si celui-ci l'estime nécessaire. Il paraît ainsi regrettable que les modalités selon lesquelles le préfet place sous son autorité les équipes ordinairement placées sous l'autorité du directeur général de l'ARS ne fassent pas l'objet d'une déclinaison plus précise. Mal maîtrisé, insuffisamment connu, **le cadre juridique encadrant les relations entre préfets et ARS en cas de crise n'a donc pas réellement été mis en œuvre, sans que ce défaut n'ait conduit à de graves défaillances dans le pilotage territorial de la gestion de crise**.

Au-delà de sa seule méconnaissance, deux hypothèses peuvent particulièrement être avancées pour expliquer l'inapplication du cadre juridique prévu. Premièrement, il aurait pu être délicat pour les préfets d'opérer une **prise en main perçue comme autoritaire de la gestion de crise**, alors même que les équipes des ARS avaient déjà commencé le travail de gestion d'une crise longtemps perçue comme uniquement sanitaire. Dès lors, une répartition thématique des tâches a semblé émerger naturellement, laissant aux équipes de l'ARS la gestion des aspects purement sanitaires et attribuant au préfet la gestion des autres aspects de la crise, en matière de logistique et d'ordre public en particulier, ainsi qu'un **rôle de coordination souple à l'échelle du territoire**.

En second lieu, la **différence d'échelle territoriale des deux administrations concernées**, essentiellement départementale pour les préfets, quasi exclusivement régionale pour les ARS¹, a contribué à rendre le cadre juridique prévu difficile d'application. Comme l'écrit le rapport de retour d'expérience rédigé par le général Richard Lizurey, la gestion de cette crise a été marquée par « *l'asymétrie d'organisation entre les deux principaux ministères impliqués (MSS et MININT) : le centre de gravité de la chaîne santé se situe au niveau régional, là où le point d'application de la politique gouvernementale se situe principalement au niveau départemental pour la chaîne préfectorale* »². Alors qu'il n'existait aucun échelon robuste de l'ARS au niveau du département³, il a pu sembler difficile à des préfets de placer pour emploi sous leur autorité des équipes d'ARS situées dans une ville différente, le tout

¹ Les difficultés posées par la faiblesse de l'échelon départemental des services déconcentrés en matière sanitaire (délégations départementales des ARS) sont abordées ultérieurement dans le rapport.

² Rapport de la mission relative au contrôle qualité de la gestion de crise sanitaire, établi par Richard Lizurey transmis à la commission d'enquête, juin 2020, p. 9.

³ De plus amples développements sont consacrés à la question de la faiblesse des délégations départementales des ARS dans la suite de la présente partie.

pour se positionner comme coordonnateur d'une situation à l'échelle départementale que l'ARS s'efforçait déjà de coordonner au niveau régional.

En conclusion, il est toutefois **dommageable que les préfets n'aient pas jugé utile de se saisir pleinement des pouvoirs qui étaient les leurs** lors de cette période. Le rapport de retour d'expérience établi par le général Lizurey s'est d'ailleurs fait l'écho de la frustration ressentie par les préfets dans la gestion de la crise : « *certaines préfectures ont été frustrées par un processus de décision des ARS perçu comme trop bureaucratique et lent et trop centralisé. Les ARS ont été souvent perçues comme insuffisamment territorialisées, insuffisamment préparées à la gestion d'une crise sanitaire d'ampleur et comme ayant des difficultés à informer ou coordonner les autres acteurs locaux* »¹. Sans qu'une telle autorité du préfet sur les services des ARS eût nécessairement permis une gestion plus efficace de la crise, elle aurait été utile et l'aurait à tout le moins **rendue plus lisible aux acteurs extérieurs, dont les collectivités territoriales.**

Il pourrait donc être envisagé de **rappeler aux préfets, au besoin par une circulaire sous le double timbre du ministre de l'intérieur et du ministre des solidarités et de la santé, qu'ils peuvent si nécessaire placer pour emploi les services des ARS sous leur autorité en temps de crise.** Ce rappel pourrait s'accompagner d'une **révision en ce sens des protocoles départementaux de coopération, ou par l'adoption de protocoles *ad hoc*.** Cette dernière option permettrait en particulier de formaliser l'organisation mise en œuvre durant la présente crise², en s'assurant que les premiers acteurs concernés s'approprient pleinement le cadre existant. Elle pourrait néanmoins nécessiter une modification réglementaire (décret en Conseil d'État).

Proposition n° 43 : rappeler aux préfets qu'ils peuvent si nécessaire placer pour emploi les services des ARS sous leur autorité en temps de crise et réviser en ce sens les protocoles départementaux de coopération ou prévoir l'adoption de protocoles *ad hoc*

¹ Rapport de la mission relative au contrôle qualité de la gestion de crise sanitaire précité, p. 10.

² Plusieurs acteurs ont exprimé ce souhait de « formalisation » : dans ses réponses à un questionnaire de la commission d'enquête, M. Lannelongue précise qu'il lui « paraît utile de formaliser cette concertation à travers la mise en place d'un comité régional de sécurité sanitaire placé sous l'égide du Préfet de région avec un adjoint DG ARS et un secrétariat assuré conjointement par le SGAR et l'ARS, et qui serait une formation spécialisée du comité d'administration régionale (CAR) ».

Ce défaut d'appropriation du cadre juridique applicable par les services déconcentrés de l'État est d'autant plus regrettable qu'il avait pour partie été anticipé lors de l'élaboration du plan « *pandémie grippale* » et de son guide de déclinaison territoriale, qui notait en préambule de sa deuxième partie, éloquemment intitulée « *une réponse articulée autour des préfets* »¹, les « *adaptations de l'organisation de crise* » rendues nécessaires par « *la régionalisation des administrations, notamment des ARS* ».

2. Une gestion par les ARS trop éloignée du terrain : le besoin d'un échelon départemental renforcé

a) Un constat partagé entre professionnels de santé et élus locaux

Plusieurs acteurs ont jugé la gestion de crise par les ARS insuffisamment proche du terrain.

En premier lieu, **ce constat a été formulé par certains représentants du monde médical**. Auditionné par la commission d'enquête, Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France (FHF) et maire de Fontainebleau, a ainsi affirmé : « *les agences régionales de santé sont des structures très concentrées. Dans les grandes régions, l'éloignement est encore plus important. Classiquement, et en période de crise, l'État est plus implanté à l'échelon départemental, autour du préfet. Il y a eu des décalages importants dans les réponses : le lien avec les maires, les collectivités locales et les acteurs de terrain était plus difficile pour les ARS.* »

Ce constat semble néanmoins **varier selon les lieux et les professions médicales concernées**. Le caractère plus ou moins soudain et brutal de la survenue puis de la propagation de l'épidémie **dans chaque région a ainsi conduit les ARS à agir sous une pression plus ou moins forte** : lors de son audition par la commission d'enquête, Carine Wolf-Thal, présidente du Conseil national de l'ordre des pharmaciens, a ainsi jugé au sujet des relations entre professionnels et ARS que « *cela variait d'une région à une autre en fonction de la situation sanitaire* ».

Au-delà de ce seul facteur géographique, il semble que les ARS aient entretenu des **relations plus ou moins distantes en fonction des professions concernées**. Ainsi, Isabelle Derrendinger, secrétaire générale du Conseil national de l'ordre des sages-femmes, a souligné les différences entre certaines ARS associant les sages-femmes et d'autres ARS ayant « *complètement omis de convoier les sages-femmes à une information aux professionnels de santé sur les risques liés au virus* » : Mme Derrendinger a précisé que dans le cadre d'une enquête menée par le Conseil national de l'ordre auprès de 11 000 sages-femmes, moins de la moitié (42 %) auraient indiqué avoir des relations avec l'ARS territorialement compétente.

¹ *Guide de déclinaison territoriale du plan « pandémie grippale », p. 18.*

En second lieu, des **témoignages** - plus nombreux - **d'élus locaux ont jugé la gestion de crise par les ARS éloignée du terrain**. François Baroin, président de l'association des maires et présidents d'intercommunalités de France (AMF), a ainsi porté une appréciation négative sur la proximité de la gestion de crise par les ARS : « *nous avons eu un sentiment d'éloignement, même si les représentants de l'État, les préfets, ont essayé de faire au mieux. La coordination générale a fait ressortir les ARS comme étant des éléments à part, éloignés du problème que nous vivions, à savoir protéger la médecine de ville et les populations en organisant des distributions de masques et des campagnes de tests.* »

L'incapacité des ARS, dont ce n'était pas à proprement parler la compétence, à proposer une réponse aux **problèmes logistiques rencontrés par les collectivités territoriales** a paru particulièrement regrettable aux élus locaux. Ceux-ci ont souvent eu le sentiment de devoir se substituer à l'État sur ces questions. Lors de son audition par la commission d'enquête, Frédéric Bierry, président du conseil départemental du Bas-Rhin a ainsi jugé que « *l'ARS n'avait pas l'agilité nécessaire pour aller chercher les masques* », notant néanmoins que lorsque le conseil départemental a décidé de « *prendre en main la logistique* », l'ARS a donné son accord et son soutien immédiatement.

Sans qu'il soit nécessaire de multiplier les exemples de propos tenus en ce sens, les auditions menées par la commission d'enquête ont mis en exergue, au-delà des relations interpersonnelles parfois cordiales et de la grande mobilisation des équipes concernées, un **sentiment partagé d'éloignement du terrain de la part des ARS**. Cet éloignement résulte, au moins pour partie, de l'échelle à laquelle opèrent ces agences : alors que la gestion d'une crise nécessite - en particulier pour les questions logistiques - une attention au « *dernier kilomètre* », **la régionalisation de ces administrations**, à plus forte raison à la suite de la refonte de la carte régionale¹, a semblé constituer un frein à une action publique efficace.

b) Le nécessaire renforcement de l'échelon départemental

Il est certain que cette régionalisation constitue à certains égards un atout. Elle offre en particulier l'opportunité d'**une allocation plus efficace des moyens entre départements**, permise par une vision synoptique de ceux-ci à l'échelle de la région. Auditionné par la commission d'enquête, le directeur général de l'ARS d'Île-de-France Aurélien Rousseau a ainsi souligné que, si une différenciation plus poussée des politiques de santé entre les territoires était possible, « *une approche régionale très ferme (...) sur la régulation des lits de réanimation* » avait permis d'amoinrir « *les inégalités d'un département à l'autre* ».

¹ Telle qu'elle résulte en particulier des articles 1 à 3 de la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

La commission d'enquête fait néanmoins **l'hypothèse qu'un renforcement des délégations départementales des ARS aurait permis d'apporter une réponse efficace à ce sentiment d'éloignement**. Les auditions menées par la commission d'enquête et les travaux qu'elle a conduits font effectivement apparaître la paradoxale absence de cet échelon départemental : alors que de nombreux documents de planification (dont le plan « *pandémie grippale* » et son guide de déclinaison territoriale) soulignent que **l'échelon de base de la gestion de crise est celui du département**, il semble avoir été fait un recours très modéré aux équipes des délégations départementales des ARS.

Parmi les professionnels de terrain, Antoine Perrin, directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap), a ainsi souligné lors de son audition que « *les ARS ont elles-mêmes reconnu que leurs délégations départementales n'étaient pas forcément armées pour accompagner au mieux nos attentes* », pointant un défaut d'articulation entre les décisions prises au niveau national ou régional et leur application déficiente au niveau départemental.

Le désarmement de l'État territorial à l'échelon départemental n'a pas concerné que les seules administrations de santé. Comme l'a précisé Josiane Chevalier, préfète de la région Grand Est et du département du Bas-Rhin lors de son audition, la diminution des moyens touche l'ensemble des services déconcentrés de l'État au niveau départemental, « *qu'il s'agisse des délégations territoriales de l'ARS ou des autres services départementaux de l'État, qui ont été progressivement asséchés par les différentes réformes* ». Lors de son audition par la commission d'enquête, l'ancien Premier ministre Édouard Philippe a d'ailleurs pointé les limites de la régionalisation des administrations déconcentrées, notant qu'un mouvement en sens inverse avait récemment été amorcé : « *nous avons été très loin, aussi, dans la régionalisation. Mon gouvernement s'est engagé dans une voie un peu différente, d'ailleurs, puisque nous organisons, au travers des exercices sur l'organisation territoriale de l'État, le renforcement de l'échelon départemental.* »

Il semble néanmoins exister une spécificité des administrations de santé en la matière, **l'échelon départemental des ARS paraissant particulièrement faible**.

La faiblesse des délégations territoriales des ARS : face à un constat récurrent, une absence d'action des pouvoirs publics

Les délégations départementales des ARS sont un échelon territorial insuffisamment valorisé des administrations de santé. Largement partagé, ce constat a été tiré par divers rapports et observateurs.

Le rapport réalisé par les inspections générales des finances (IGF), de l'administration (IGA) et des affaires sociales (IGAS) chargé d'établir le bilan de la révision générale des politiques publiques (RGPP) se faisait l'écho, dès 2012 et au lendemain de la création des ARS, d'un constat interrogatif sur le rôle des délégations départementales des ARS, dressé par les contributions reçues des préfets de région : « *Plusieurs contributions s'interrogent sur le positionnement et l'efficacité de la délégation territoriale de l'ARS : est-elle une simple boîte à lettres ? Est-elle associée à l'équipe du préfet ? Est-elle en mesure de participer à la gestion de crise ? Le positionnement infrarégional de l'ARS semble encore à définir selon plusieurs contributions*¹. »

Un rapport de 2018 de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)² portant sur le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS dressait le diagnostic similaire de délégations départementales privées de réelles responsabilités : cantonnées à la simple préparation de dossiers trop souvent traités au niveau de la région, les délégations départementales ne semblent pas constituer un maillon suffisamment autonome de la chaîne administrative en matière de pilotage de l'offre de soins. Malgré ce constat, ce rapport se bornait à des recommandations de faible portée, consistant pour l'essentiel à « *rouvrir la réflexion au sein de chaque ARS sur la répartition des missions entre le siège et la délégation départementale, [ce qui] pourrait conduire utilement à confirmer les directions métiers du siège dans leur rôle de stratège et de contrôleur a posteriori de l'action des délégations départementales* » et à « *favoriser la responsabilisation des délégations départementales* ».

Face à ces constats partagés, l'action des pouvoirs publics est insuffisante. Le décret n° 2019-1041 du 10 octobre 2019 relatif à certains emplois de direction des agences régionales de santé a certes permis une revalorisation des postes d'encadrement au sein des délégations départementales. La perte d'attractivité de ces emplois ne semble pas immédiatement enrayée pour autant. Les conclusions du Ségur de la santé ont néanmoins été l'occasion de réaffirmer la nécessité d'un renforcement de l'échelon départemental des ARS : la mesure n° 33 prévoyant ainsi un renforcement de l'échelon départemental et de l'association des élus.

Connu de longue date, ce diagnostic est d'autant plus problématique qu'en période de crise l'échelon départemental est identifié comme celui de la gestion de crise. Force est pourtant de constater que le délégué territorial de l'ARS n'est pas un interlocuteur de même niveau, disposant des mêmes moyens ou prérogatives que le préfet de département.

¹ Rapport de l'IGF, l'IGA, l'IGAS, Bilan de la RGPP et conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'État, septembre 2012, annexe n° 8, p. 9.

² Rapport de l'IGAS, Le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS, t. 1, novembre 2018, p. 41.

Comme l'a relevé le rapport de retour d'expérience du général Lizurey, « *les unités départementales des ARS ont un dimensionnement et une autonomie variables vis-à-vis de leur agence régionale, et sans doute insuffisants dans certains départements pour la gestion d'une telle crise* ».

Les conclusions du **Ségur de la santé ont d'ailleurs prévu le renforcement des délégations départementales des ARS**. Le renforcement des moyens humains et financiers qui leur sont alloués semble en effet le préalable nécessaire à la revalorisation de cet échelon. Il s'inscrirait dans le cadre des orientations retenues par l'État depuis 2018.

**La « redépartementalisation » des services déconcentrés de l'État :
une évolution en marche**

Les réformes de l'organisation territoriale de l'État menées dans les années 2010 ont suivi une tendance générale à la régionalisation. Le renforcement de l'échelon régional devait permettre de mutualiser certaines fonctions et réaliser des gains d'efficacité en exerçant certaines compétences au niveau régional plutôt qu'au niveau départemental.

C'est ainsi sur les **services départementaux qu'a porté à titre principal l'effort de réduction des effectifs des services déconcentrés de l'État**, notamment dans le cadre de la réforme de l'administration territoriale de l'État (RéATE). Comme le rappelait la Cour des comptes dans son rapport de décembre 2017 sur les services déconcentrés de l'État¹, « *hors personnels enseignants et forces de sécurité, l'effort de maîtrise des effectifs de l'État a principalement porté sur l'échelon départemental lors de la mise en œuvre de la RéATE* ».

Il semble néanmoins que **cette évolution trouve ses limites**. Tirant le bilan du travail engagé par les préfets de région à l'invitation de la circulaire n° 6029/SG du 24 juillet 2018, la circulaire du 12 juin 2019 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'organisation de l'État identifiait le renforcement de l'échelon départemental des services déconcentrés de l'État, rassemblés autour du préfet de département, comme un axe d'évolution². À cet égard, la volonté affirmée par le Premier ministre Jean Castex lors de sa déclaration de politique générale, selon laquelle « *toutes les créations d'emplois qui seront autorisées par le PLF 2021 seront affectées, sauf exception justifiée, dans les services départementaux de l'État et aucun dans les administrations centrales* » a été perçue comme un premier signal d'évolution.

¹ Cour des comptes, Les services déconcentrés de l'État : clarifier leurs missions, adapter leur organisation, leur faire confiance, décembre 2017, p. 106.

² Le quatrième objectif présenté par la circulaire était le suivant : « Conférer aux responsables déconcentrés, et notamment aux responsables départementaux, des pouvoirs de gestion accrus et garantir la cohérence de l'action de l'État au profit des territoires. » Cet objectif était décliné en diverses parties de la circulaire, en particulier son VII, intitulé : « Rassembler l'État déconcentré autour du préfet, garant de la cohérence de l'action de l'État au profit des territoires ». Ce dernier prévoyait notamment que « l'homogénéité tient à ce que, autour du préfet – dont le rôle à l'échelle départementale sera renforcé – les responsables des services et établissements publics de l'État forment un collège rassemblé ».

Pourtant, ce renforcement des moyens humains et financiers des délégations départementales des ARS ne permettrait une meilleure gestion des crises sanitaires si **leurs compétences ne faisaient pas parallèlement l'objet d'une clarification**. En effet, le champ d'action des délégations départementales ne fait pas l'objet d'une définition précise : l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, qui est le fondement légal de leur existence, se borne à prévoir, à son dernier alinéa, que « *les agences régionales de santé mettent en place des délégations départementales* », sans en préciser plus avant les compétences. Leur existence ne semble donc pas répondre à un besoin précisément identifié même si, dans les faits, elles remplissent une mission d'interlocuteur de proximité auprès des préfets, élus, ou usagers.

La présente crise a pourtant montré que les délégations départementales pourraient jouer un rôle **accru dans l'alerte et la réponse aux crises sanitaires**. Leur proximité du terrain est un atout particulièrement précieux dans la **gestion des aspects logistiques de la crise**. De même, le directeur général de l'ARS d'une région de grande taille ne peut assurer un **dialogue de qualité avec l'ensemble des élus locaux**, *a fortiori* lors d'une crise sanitaire : le directeur de la délégation départementale pourrait à cet égard jouer un rôle spécifique de concertation et d'association des élus locaux aux décisions de l'État en matière sanitaire. Une **meilleure distinction entre les missions exercées au niveau régional et celles exercées au niveau départemental** permettrait ainsi non seulement de revaloriser en le spécialisant ce second échelon, mais également d'en faire un atout dans la veille et la gestion des crises sanitaires. De la même manière que le préfet de département exerce des compétences spécifiques – dans les domaines de l'ordre public et de la sécurité des populations étendue au champ de la sécurité nationale, du contrôle de légalité et de la police des étrangers – pour lesquelles il n'est pas soumis à l'autorité du préfet de région, il pourrait être imaginé que certaines compétences des directeurs généraux d'ARS soient dévolues aux directeurs des délégations départementales.

Il ne s'agirait pas ainsi de « *détricoter* » la régionalisation des administrations de santé opérée par la création des ARS, qui a permis une gestion efficace de la planification et de l'organisation de l'offre de soins. Néanmoins, l'échelon régional auquel se déploie l'action des ARS ne leur permet manifestement pas d'exercer au mieux certaines de leurs attributions, ce qui semble tout particulièrement le cas du lien avec les élus locaux. Dès lors, une **spécialisation accrue des délégations départementales sur le contact avec les élus locaux** paraît offrir un début de réponse au double défi d'une gestion mieux territorialisée des crises sanitaires et d'une revalorisation de ces délégations.

Proposition n° 44 : redéployer des moyens humains et financiers des ARS vers leurs délégations départementales et attribuer à celles-ci des compétences propres, dont celle du lien avec les élus locaux

Ce renforcement pourrait s'accompagner de responsabilités accrues confiées aux délégations départementales dans la veille, la prévention et la gestion opérationnelle des crises sanitaires : **la réorganisation au niveau régional de ces pans d'activité des ARS pourrait être l'occasion de prévoir les démembrements départementaux dont cette organisation régionale doit se doter.** La gestion de crise se jouant parfois dans la capacité à couvrir « le dernier kilomètre », cette responsabilisation de l'échelon départemental pourrait permettre une réponse plus efficace aux crises sanitaires dans le cadre d'une organisation revue au plan régional¹. Elle permettrait également de renforcer les responsabilités et donc l'attractivité des postes de direction de ces délégations.

B. LE RÔLE DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES DANS LA CRISE : DES PARTENAIRES INDISPENSABLES À ENFIN RECONNAÎTRE COMME TELS

1. La nécessité d'une stratégie d'État

a) La santé publique relève de la compétence de l'État

En France, les questions relatives à la santé relèvent au premier chef de la compétence de l'État. Lorsque les États sont organisés différemment, sur un modèle fédéral en particulier, l'organisation du système de santé peut être davantage dévolue aux échelons locaux.

¹ Voir à cet égard la partie du rapport développant la nécessité de fusionner les CIRe et les CVAGS.

Santé et organisation fédérale de l'État : le modèle allemand

Consultée par la commission d'enquête, l'ambassade de France en Allemagne a souligné les différences d'organisation entre les systèmes de soins français et allemand : « *l'Allemagne est un État fédéral dont les principales compétences en matière de santé (organisation de l'offre de soins, gestion de crise sanitaire, politiques de prévention,...) sont dévolues aux 16 États fédérés (Länder)* », ce qui implique que « *dans le cadre d'une crise sanitaire, le ministère fédéral allemand de la santé n'a donc pas le même rôle ni les mêmes leviers d'action que le ministère des solidarités et de la santé français* ».

À la différence du modèle français, particulièrement centralisé en matière sanitaire, l'Allemagne se caractérise par un « *service de santé publique [...] organisé sur plusieurs niveaux territoriaux* :

« - *fédéral avec le ministère fédéral de la santé et les instituts et autorités fédérales (notamment l'autorité nationale de sécurité sanitaire : Robert Koch Institut);*

« - *régional avec les Länder et leurs bureaux régionaux de santé et affaires sociales ;*

« - *communal avec les bureaux de santé/autorités sanitaires locales* »¹.

Il n'en va pas de même en France, où **la santé ne figure pas parmi les compétences dont l'exercice a été transféré aux collectivités territoriales**. Ce choix a été entériné par le législateur, qui a prévu à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique que « *la politique de santé relève de la responsabilité de l'État* ». Cette disposition reflète le choix d'une politique de santé assurant un égal accès de chaque citoyen à la santé, indépendamment de son lieu de résidence².

b) En temps de crise, la lisibilité d'une stratégie d'État

La gestion d'une crise sanitaire incombe donc avant tout à l'État, non aux collectivités territoriales. S'il est difficile de faire de l'organisation plus ou moins centralisée d'un État un critère déterminant dans le succès ou l'échec relatif de la conduite de la gestion de crise, il semble qu'une **stratégie centralisée au niveau de l'État offre certains avantages**, dont :

- une relative cohérence des doctrines de soin et de protection du public à l'échelle du territoire, ce qui peut constituer un atout dans la lutte contre une épidémie ;

- une attention à l'égalité de prise en charge des malades sur l'ensemble du territoire national ;

¹ Note du 23 septembre 2020 à l'attention de la commission d'enquête sénatoriale sur la covid-19 sur la stratégie conduite en Allemagne face à l'épidémie de Coronavirus – Covid-19, réponse écrite de l'ambassade de France en Allemagne à la sollicitation de la commission d'enquête.

² Le premier alinéa du même article L. 1411-1 du code de la santé publique démontre cette attention à l'égalité d'accès aux soins pour chaque citoyen : « La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. »

- un accès facilité et plus rapide aux moyens spécifiques dont dispose l'État (comme par exemple les réquisitions, la mobilisation du service de santé des armées, *etc.*).

Indépendamment de la répartition, par temps calme, des compétences entre l'État et les collectivités territoriales, il peut donc paraître **pertinent en temps de crise de confier à l'État le soin de gérer une crise d'une telle ampleur**. Les rapporteurs ne voient par conséquent aucune difficulté de principe à ce que les collectivités territoriales n'aient pas occupé, dans la gestion de la crise sanitaire et en raison de leurs compétences limitées en la matière, les avant-postes.

2. Le besoin d'une association renforcée des collectivités territoriales aux décisions prises par l'État

a) Les collectivités territoriales, des partenaires de fait dans la gestion de crise

Force est néanmoins de constater que les collectivités territoriales, dont **la mobilisation dans la crise n'a jamais été démentie, n'ont pas été suffisamment associées à la gestion par l'État de la crise**.

Pour rappel, **les collectivités territoriales ne disposent que de peu de compétences en matière sanitaire**. L'article L. 1111-2 du code général des collectivités territoriales attribue aux communes, départements et régions des compétences partagées en matière de « *développement sanitaire* » et de « *promotion de la santé* ». L'action des collectivités dans ces domaines n'est pas exclusive de l'intervention de l'État, puisque elles « *concourent avec l'État* » à l'exercice de ces compétences. Hors périodes de crise, celles-ci se traduisent concrètement par diverses interventions des collectivités territoriales : initiatives visant à renforcer l'accès aux soins (aides à l'installation), contractualisation avec l'ARS au sein de « *contrats locaux de santé* » portant « *sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social* »,

Malgré ces faibles compétences, **les collectivités territoriales ont constitué dans la crise un partenaire, si ce n'est *de jure*, du moins *de facto* de l'action de l'État**. La mobilisation des collectivités territoriales a d'ailleurs été généralement saluée par les personnes auditionnées par la commission d'enquête : Christophe Castaner, ministre de l'intérieur jusqu'au 6 juillet 2020, a ainsi indiqué avoir eu conscience de « *l'inquiétude, [des] attentes, mais aussi [de] la mobilisation totale [des collectivités territoriales] pendant toute cette période* ».

De nombreux élus ont également tenu à souligner la portée de leur action. Mme Anne Hidalgo, maire de Paris, a en particulier mis en exergue la **complémentarité des actions conduites par l'État et celles menées par les collectivités territoriales**, soulignant la nécessité de « *faire coopérer deux échelles de décision et deux impératifs qui, en apparence, peuvent être contradictoires, mais qui, de fait, se révèlent complémentaires : d'une part, un commandement centralisé à l'échelle de l'État pour la gestion d'une crise sanitaire majeure, qui a de surcroît une dimension nationale et internationale, et, d'autre part, la nécessité de donner aux collectivités territoriales, plus opérationnelles et plus au fait des réalités locales, la liberté d'agir, de prendre des initiatives, d'aller au-delà des contraintes administratives pour trouver des solutions concrètes* ».

À titre d'exemple, les efforts logistiques conduits par les collectivités territoriales, notamment les conseils départementaux et régionaux en ce qui concerne les équipements de protection individuelle, excédaient le cadre de leurs compétences ; malgré certaines incompréhensions¹, nécessité a donc fait loi et l'État a trouvé dans les collectivités territoriales des partenaires fiables.

b) Une insuffisante association des collectivités aux décisions de l'État

Malgré l'utilité des actions menées par les collectivités territoriales, l'État ne les a pas suffisamment associées à sa gestion de la crise. Comme le relève le rapport de retour d'expérience rendu par le général Richard Lizurey, « *l'information et l'association des collectivités territoriales à la gestion de crise, par les préfetures mais surtout par les ARS, semblent avoir été inégales selon les régions et départements* ». Ce rapport note le cas particulier des conseils départementaux, « *au rôle important, en tant que responsables du contrôle et du cofinancement des établissements médico-sociaux (EHPAD notamment) et de la gestion administrative et financière des SDIS* », dont certains ont « *regretté un manque d'information de la part des ARS et des relations peu fluides ou tardives à se mettre en place* ». Ce déficit d'association s'est joué à deux niveaux : l'information et la concertation.

En premier lieu, **les collectivités territoriales n'ont pas toujours été destinataires des informations dont disposait l'État dans la gestion de l'épidémie**. Si les réunions tenues par les préfets, généralement sur un rythme au moins hebdomadaire, ont été une précieuse source d'informations pour les élus locaux, ceux-ci n'ont pas toujours reçu communication de certaines données épidémiologiques de leur territoire. Bien que les données de santé puissent être considérées comme sensibles et confidentielles à ce titre, Anne Hidalgo a déploré lors de son audition par la commission d'enquête que, « *maire de Paris, [elle] n'arrive pas à obtenir l'information sur l'emplacement des clusters parisiens* ».

¹ L'exemple des réquisitions de masques, abondamment documenté, fait l'objet de développements plus détaillés dans d'autres parties du présent rapport.

De façon analogue, Jean Rottner, président du conseil régional du Grand Est, a dit avoir « demandé à l'ARS de faire un travail de corrélation et de compilation [de certaines] données, afin qu'on puisse anticiper un développement de la maladie à l'échelle régionale », mais que cette requête était restée lettre morte, les services de l'État lui ayant « répondu [qu'il sortait] de [son] rôle ». Sauf lorsqu'il s'agit de données à caractère confidentiel, **il semble dommageable pour l'efficacité de l'action publique que le partage de l'information puisse ainsi faire l'objet de difficultés indues.**

Deuxièmement, **certaines décisions de l'État ont été prises sans qu'une concertation suffisante** avec les élus de terrain ait pu être opérée. Indépendamment des décisions prises, au début de la crise sanitaire, dans un contexte de très grande urgence, l'État a affiché une volonté de consultation pour l'organisation de la sortie du confinement. Néanmoins, **certaines décisions ne semblent pas avoir fait l'objet d'une concertation sincère.** Le maintien de la fermeture des parcs et jardins en Île-de-France, bien que discuté avec les élus concernés, a ainsi été vécu comme exempt d'une réelle concertation, à même de faire évoluer les choix de l'État. Fondés sur une doctrine nationale qui ne pouvait être amendée par la concertation territoriale, **ces choix semblent donc avoir été moins discutés que communiqués aux élus locaux concernés**¹. Or, ce défaut d'association est source d'inefficacité dans la gestion de crise, en ce qu'un « *lien insuffisant entre les ARS et les collectivités territoriales ne permettait pas d'adapter de manière optimale les modalités de réponse à l'évolution de l'épidémie en fonction de la situation locale* »². Les conclusions du Ségur de la santé, qui prévoient notamment d'inscrire « *dans les textes relatifs à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) le principe de leur consultation aux décisions prises pendant les périodes de crises sanitaires* »³ sont à l'égard un signal positif, mais nettement insuffisant.

c) Le besoin d'une meilleure reconnaissance des collectivités territoriales, déclinée à chaque échelon territorial pertinent

Face à ces difficultés, il est nécessaire de **mieux reconnaître le rôle partenarial joué par les collectivités territoriales** lors de la gestion de crises sanitaires, à chaque échelon.

¹ Lors de son audition, Mme Hidalgo a fait part de son incompréhension de la décision de l'État sur le sujet, jugeant que « c'est la décision la plus débile et la plus bureaucratique [qu'elle a] eue à connaître ».

² Rapport de la mission relative au contrôle qualité de la gestion de crise sanitaire précité, p. 10

³ Mesure n° 32 des conclusions du Ségur de la santé.

Au niveau régional, en amont de toute crise, **la détermination de l'offre de soins devrait mieux associer les collectivités territoriales**. Pour ce faire, les collectivités territoriales devraient à tout le moins disposer d'une influence accrue sur la gouvernance des ARS. Le Sénat tient en la matière une position cohérente : il avait voté lors de l'examen du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé un amendement, signé par le président de la présente commission d'enquête lorsqu'il était président de la commission des affaires sociales, tendant à :

- rééquilibrer la composition entre les différents collèges du conseil de surveillance et supprimer la disposition selon laquelle des membres peuvent disposer de plusieurs voix ;
- confier la présidence du conseil de surveillance des ARS à un élu local, en lieu et place de la présidence de droit confiée au préfet de région ;
- renforcer les prérogatives de ce conseil en lui permettant de se saisir de toute question relevant du champ de compétences de l'ARS¹.

La commission d'enquête constate qu'une telle évolution s'inscrirait dans la droite ligne de l'une des conclusions du Ségur de la santé, consistant à « *renforcer le dialogue territorial avec les élus en (...) créant un conseil d'administration des ARS avec davantage de place destinée aux élus* »². Ils formulent donc le souhait que cette évolution, apparemment consensuelle, fasse l'objet d'une concrétisation rapide.

Proposition n° 45 : garantir un pouvoir de décision réel aux collectivités territoriales, en particulier au conseil régional, dans la détermination de l'offre de soins régionale

Au niveau départemental, plusieurs dispositions pourraient être prises pour assurer une meilleure association des élus locaux. Premièrement, comme vu précédemment³, **les délégations départementales des ARS devraient se voir confier expressément, et à titre prioritaire voire exclusif par rapport au directeur général, un rôle de liaison avec les élus locaux**. Elles doivent constituer un canal de communication privilégié pour toute demande des élus locaux.

¹ L'amendement COM-328 (consultable à l'adresse suivante : http://www.senat.fr/amendements/commissions/2018-2019/404/Amdt_COM-328.html), adopté en commission, avait fait l'objet d'une précision en séance (accordant non à tout élu local mais au président du conseil régional ou à l'un de ses représentants la présidence du conseil de surveillance des ARS). L'article 19 bis AA ainsi rédigé, adopté par le Sénat, n'avait pas été retenu dans le texte sur lequel la commission mixte paritaire avait scellé son accord.

² Mesure n° 33 des conclusions du Ségur de la santé.

³ Voir la recommandation formulée ci-avant dans le b) du 2 du A de la présente partie.

Une telle évolution nécessite néanmoins un exercice plus autonome de leurs attributions : les élus locaux peuvent aujourd'hui être tentés, face à une délégation départementale qui ne semble pas en mesure de prendre de décision sans qu'une validation par les services régionaux ne vienne allonger la procédure, de s'adresser directement auxdits services régionaux.

En second lieu, afin que les délégations départementales exercent pleinement leur rôle de préparation des territoires à de futures crises sanitaires, elles **devraient comporter un démembrement départemental des cellules résultant de la fusion au niveau régional des cellules d'intervention en région (CIRe) et des cellules de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS)**. Placée sous l'autorité du directeur de la délégation départementale, cette cellule aurait notamment pour mission de **préparer l'ensemble des élus du territoire départemental aux épidémies**, par l'élaboration de la déclinaison départementale du plan « *pandémie* » évoqué plus haut, en concertation avec le préfet de département et les élus concernés.

Enfin, au niveau communal, **ce plan pourrait lui-même être décliné dans chaque commune du département au sein du plan communal de sauvegarde (PCS)**. La cellule départementale de veille sanitaire disposerait donc de la mission d'assister les élus dans la préparation de ces plans, d'en vérifier la conformité aux objectifs fixés par le plan « *pandémie* » et de prévoir les modalités de leur actualisation dans le temps.

<p>Proposition n° 46 : décliner dans chaque département, sous la responsabilité du délégué départemental de l'ARS, le plan « pandémie », y compris au sein des plans communaux de sauvegarde</p>

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mardi 8 décembre 2020, la commission d'enquête a examiné le rapport de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion.

M. Alain Milon, président. – Nous sommes réunis pour l'examen du rapport de la commission d'enquête, créée à l'initiative du président du Sénat, pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion, dont le dépôt doit marquer la fin de nos travaux.

Lors de notre réunion constitutive, j'avais appelé votre attention sur les contraintes très particulières qui s'exerçaient sur notre calendrier : l'interruption en août pour la période estivale, le renouvellement sénatorial, mais aussi la session budgétaire et sociale, dont nous ne sommes pas totalement sortis. Surtout, l'objet de notre enquête était particulièrement évolutif, marqué par beaucoup d'incertitudes, avec le risque, confirmé depuis, que l'embellie du début de l'été ne signifie pas la fin de l'épidémie. L'Assemblée nationale a, quant à elle, entamé les travaux de sa propre commission d'enquête un mois plus tôt et procédé à la restitution de ses travaux la semaine dernière.

Pour revenir brièvement sur la genèse et l'état d'esprit qui ont présidé à nos travaux, il est évident que nous avons ressenti de la stupeur, beaucoup d'incompréhension et même de la colère devant l'état manifeste d'impréparation du pays face à l'épidémie de covid-19. Sidérés par la violence de l'épidémie et l'alourdissement inexorable du bilan humain, nous avons ressenti une forme de blessure d'amour-propre collective. Pour autant, une commission d'enquête n'est pas là pour en guérir, mais pour comprendre et proposer des solutions.

Il n'est donc pas dans notre objet de faire une lecture anachronique de l'histoire ni de jouer les procureurs. Le pouvoir judiciaire est, par ailleurs, saisi de la gestion de la crise et il lui appartiendra – et à lui seul – de rechercher s'il y a lieu des responsabilités individuelles. Nous ne saurions interférer dans ces procédures, pas plus que des juges n'interféreraient dans les nôtres, qui sont de nature différente et poursuivent des objets différents.

Conformément aux missions du Sénat, nous avons interrogé dans un premier temps les acteurs du terrain et des territoires pour comprendre la façon dont cette crise a été gérée au plus près de ceux qui l'ont vécue. Je cède, sans plus attendre, la parole à nos rapporteurs pour qu'ils nous présentent les conclusions de leurs travaux, tout en soulignant combien leur tâche est difficile : ce rapport sur la crise de la covid-19, chacun a le sien en tête, tant chacun d'entre nous est marqué par cette crise : certains l'ont vécue comme soignant, d'autres comme patient, d'autres comme rapporteur dans leur commission et tous comme élu et citoyen.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Avant toute chose, je voudrais remercier mes collègues Sylvie Vermeillet et Bernard Jomier pour l'état d'esprit très positif dans lequel nous avons travaillé, ainsi que le président Alain Milon pour son appui attentif; je voudrais également avoir une pensée particulière pour notre collègue René-Paul Savary, qui a présidé nos travaux en septembre.

Vous avez pu consulter le fruit – très copieux ! – de nos réflexions communes, dont il nous revient de vous livrer une trop brève synthèse en introduction de nos échanges. Ceux-ci se sont également nourris de votre participation très assidue et active aux travaux de la commission d'enquête. Nous ciblerons nos propos, à trois voix, sur quelques idées clés, à savoir les principaux constats et propositions que nous formulons dans le projet de rapport soumis à votre approbation.

Un premier constat général s'impose : le défaut de préparation, le défaut de stratégie ou plutôt de constance dans la stratégie et le défaut de communication adaptée sont des points malheureusement saillants de la réponse française à une crise sanitaire internationale de portée inédite. Un autre constat préalable est la discordance entre le ressenti des professionnels de terrain que nous avons tenu à entendre, teinté d'incompréhension, voire de colère, et le discours plutôt lénifiant des acteurs institutionnels entendus à la veille de ce qui s'est révélé être une deuxième vague particulièrement violente.

Nous avons cherché à livrer une analyse minutieuse et équilibrée, nourrie de nos auditions et de nombreuses contributions, ainsi que des documents sollicités auprès des responsables publics. Pour aborder sans plus tarder le cœur de nos travaux, je reviendrai d'abord sur le premier volet de notre analyse ; celui-ci porte sur la période qui a précédé l'annonce par le Président de la République d'engager le pays dans un confinement généralisé à compter du 17 mars.

Si notre dispositif de prévention des risques sanitaires est précocement mis en alerte, dès le 2 janvier, c'est-à-dire bien avant l'apparition des trois premiers cas importés identifiés le 24 janvier, des interrogations restent ouvertes sur cette période. C'est ainsi le cas des retards dans la prise de conscience internationale de la gravité de la situation et l'activation d'une réponse européenne coordonnée. C'est également le cas, au niveau national, des lenteurs dans la réponse et des insuffisances de la coordination interministérielle, alors même que le ministère « pilote », celui de la santé, connaissait le 15 février un changement à sa tête. La cellule interministérielle de crise (CIC) n'est activée que le 17 mars, ce qui n'a sans doute pas permis de manifester l'ampleur de la crise à venir et d'identifier en amont certaines difficultés rencontrées par la suite, notamment en termes de logistique.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – La séquence de nos auditions a témoigné de l'attention particulière que nous avons souhaité apporter à la dynamique territoriale de l'épidémie, qui n'a pas frappé uniformément les régions lors du pic du printemps, et à la façon dont la crise a été gérée au plus près des besoins du terrain.

Nous revenons notamment dans le rapport sur la gestion de certains clusters, comme celui de l'Oise, mais aussi sur l'expérience de la région Grand Est, confrontée la première au « rouleau compresseur épidémique », pour citer Jean Rottner, tandis que, tout début mars, le reste du pays demeurait dans une relative insouciance. Cette séquence nous semble donner l'illustration d'une gestion excessivement centralisée et manquant d'agilité, à certains égards aveugle face aux spécificités territoriales et aux réalités du terrain. Nous reviendrons sur cet aspect en abordant le volet de la gouvernance territoriale.

Mais l'une des principales illustrations de l'impréparation de notre pays face à la crise restera la pénurie des masques et autres équipements de protection individuelle. Le manque d'anticipation des autorités sanitaires a été, en la matière, lourd de conséquences lors de la flambée épidémique, en particulier pour les soignants. Notre rapport y consacre une longue analyse qui remonte environ dix ans en arrière pour expliquer le chaînage des décisions et responsabilités ; vous trouverez, page 73 du rapport, un schéma très parlant qui retrace l'effondrement des stocks stratégiques jusqu'à la veille de l'année 2020.

De 2011 à 2016, le stock de masques FFP2 – destinés prioritairement aux soignants les plus exposés – est passé de 700 millions d'unités à 0,7 million. La justification de cet assèchement avancée par les autorités s'appuie sur un avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) de 2011 et sur une doctrine élaborée en 2013 par le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN). Or, les interprétations qui en ont été faites sont contestables, car aucun de ces deux documents ne suggère l'abandon d'un tel stock. L'avis de 2011 préconise, certes, un champ plus restreint d'usage par les professionnels de santé, mais recommande explicitement que le stock d'État continue d'être composé de masques chirurgicaux et FFP2. Le second document, au demeurant non contraignant, rappelle que la protection des travailleurs relève de la responsabilité des employeurs publics et privés et que, de ce fait, il revient à chacun d'entre eux de déterminer l'opportunité de constituer des stocks de masques.

Non seulement cette doctrine n'exigeait en rien la disparition de tout stock stratégique d'appoint, mais, en outre, l'État a organisé sa propre impuissance en ne s'assurant pas de l'application effective de cette doctrine sur le terrain, notamment auprès des hôpitaux ou des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

S'agissant des masques chirurgicaux, le stock stratégique s'est effondré de 754 millions d'unités fin 2017 à 100 millions fin 2019. L'édiction, en 2014, d'une norme de qualité des masques a conduit, en effet, à ce qu'environ 610 millions d'entre eux, tardivement contrôlés, soient jugés non conformes. La direction générale de la santé (DGS) a alors ordonné l'achat de 50 millions de masques seulement – et 50 millions supplémentaires, si le budget le permettait –, soit moins que la quantité nécessaire pour renouveler ceux qui arrivaient à péremption fin 2019. La ministre de la santé et son cabinet affirment ne pas avoir été informés de ce choix pourtant stratégique.

En outre, le directeur général de la santé est intervenu pour modifier la formulation des recommandations d'un rapport d'experts : alors que la première version préconise de cibler un « stock » d'État de 1 milliard de masques chirurgicaux, l'accent est mis davantage, dans la version mise en ligne en 2019, sur la quantification du « besoin » en cas de pandémie.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – *Nous reviendrons tout à l'heure sur la communication alambiquée qui a entouré le port du masque par le grand public, mais s'agissant des soignants et des principaux concernés lors de la première vague, la pénurie a été dans un premier temps dissimulée. Nous avons tous en mémoire le désarroi que cela a pu susciter chez ceux qui étaient exposés en première ligne et ne voyaient rien venir sur le terrain.*

En outre, les responsables publics ont, à plusieurs reprises, proposé une réécriture de l'histoire les dédouanant, par exemple en indiquant que la faiblesse du stock résulterait du choix de constituer désormais un « stock tournant », décision qui n'explique pourtant en rien un tel effondrement des stocks.

Pour autant, il faut reconnaître que l'État a fait feu de tout bois pour pallier la pénurie. La réquisition, dont s'est prévalu le ministre de la santé, n'a eu toutefois qu'une efficacité très faible et a contribué à tendre le dialogue entre le Gouvernement et les collectivités territoriales, quand elle n'a pas tout simplement « bloqué la machine » des approvisionnements. Quant aux commandes passées majoritairement à l'international, retardées sur un marché très tendu, elles ont été payées à prix d'or. Si le choix avait été fait en octobre 2018 de reconstituer les stocks de masques chirurgicaux à hauteur de 1 milliard d'unités, le coût budgétaire aurait ainsi été de 27 millions d'euros, contre 450 millions d'euros durant la crise. Nos propositions sur ce sujet visent à appliquer ce qui aurait dû l'être jusqu'alors, notamment s'assurer de la constitution d'un « stock de crise » au plus près des besoins.

J'en viens à présent à un autre volet, celui de notre organisation sanitaire et médico-sociale. J'en profite pour remercier les soignants qui ont pris sur leur temps pour venir témoigner devant notre commission d'enquête et nous éclairer sur leur vécu de la crise. Comme toute crise, et sans doute ici dans des proportions décuplées, la mise sous tension extrême du système de soins et d'abord de l'hôpital a révélé des forces et des faiblesses souvent bien connues.

La principale force de l'hôpital, c'est bien entendu l'extraordinaire résilience de ses personnels, alors même qu'il était fragilisé depuis plusieurs années. Libérés de carcans administratifs et de la contrainte budgétaire, ces acteurs ont montré une mobilisation exemplaire ; cela a permis de réorganiser complètement les prises en charge lors de l'activation du Plan blanc et de doubler les capacités d'accueil en réanimation en l'espace d'un mois.

Sa principale faiblesse, c'est sans doute le piège de l'hospitalo-centrisme, qui a marginalisé les soignants de ville dans la prise en charge des patients infectés par la covid-19 et a contribué à trop longtemps délaissé le secteur médico-social et celui du domicile. Les soignants nous l'ont dit : « La place des soins primaires dans le dispositif n'a tout simplement pas été pensée. »

Si la pénurie d'équipements de protection individuelle a porté préjudice à leur intervention précoce, la consigne officielle invitant les patients à contacter le Samu-centre 15 n'a pas aidé ; elle s'est accompagnée d'une saturation des appels, qui a pâti des carences de la coordination des différents acteurs de l'urgence.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – *Notre rapport pointe également des initiatives heureuses, même si parfois encore trop isolées, par exemple la coopération ville-hôpital, les prémices fructueuses de la structuration des acteurs de ville ou encore, quoiqu'avec certaines limites, le déploiement accéléré de la télésanté.*

La coopération public-privé a également connu des développements inédits après des débuts hésitants, notamment en région Grand Est. Toutefois, toutes les rigidités pesant sur l'hôpital n'ont pas été levées miraculeusement. La mobilisation de renforts s'est notamment heurtée à plusieurs difficultés, révélant une inadéquation du dispositif de réserve sanitaire ; en outre, le redéploiement des postes d'internes s'est également heurté à des freins inutiles.

Surtout, si l'hôpital a tenu face à la vague épidémique, la crise sanitaire a profondément déstabilisé le système de santé et la prise en charge des autres pathologies, aussi bien à l'hôpital qu'en ville. Les déprogrammations massives, décidées uniformément sur l'ensemble du territoire, ont conduit à une baisse de l'activité de chirurgie de 50 à 80 % en avril et mai 2020, notamment concernant la prise en charge des cancers – et cela, sans rattrapage suffisant au cours de l'été. En ville, le message « Restez chez vous » a induit un phénomène de renoncement aux soins, y compris chez les patients les plus vulnérables, et des retards au diagnostic dont l'impact sanitaire, notamment en termes de santé mentale, devra être évalué.

Dans ce contexte, la « mise sur la touche » des instances de la démocratie sanitaire nous a interpellés. Les questions éthiques soulevées par de nombreuses décisions auraient mérité une association étroite des usagers et de la société civile, gage d'une meilleure adhésion. C'est par exemple le cas du sujet délicat du « tri » des patients. S'il constitue une pratique quotidienne pour le corps médical, il a suscité des questionnements légitimes quant à une éventuelle « perte de chance » des patients les plus âgés. Nous en livrons une analyse nuancée, à la lumière d'ailleurs des différents points de vue exprimés par les observateurs de terrain. Si les comparaisons sont rendues difficiles par la variation des ordres de grandeur d'une année sur l'autre, ces données montrent toutefois un « creux » dans la part des plus de soixante-quinze ans admis en réanimation la semaine du 30 mars, au plus fort de la crise, en particulier dans les régions les plus fortement touchées par l'épidémie.

La question des moyens se pose ; nous avons aussi sans doute encore du chemin à parcourir dans le partage avec les familles des choix médicaux, dans la transparence et le respect des principes de dignité et d'équité.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Cela me conduit à aborder le lourd enjeu de la prise en charge des plus âgés, les premières victimes du virus. Alors que la plupart des observateurs évoquaient le risque accru encouru par les personnes âgées dès fin janvier, notre impuissance à les protéger efficacement pose à nouveau la question, dix-sept ans après la canicule, de la place que notre société accorde aux plus vulnérables. Elle illustre une nouvelle fois les fragilités d'un système médico-social délaissé en raison du réflexe bien ancré, nous l'avons dit, d'hospitalo-centrisme.

L'administration de tutelle des Ehpad ne les alerte ainsi qu'à partir du 21 février. Les visites sont suspendues le 11 mars, cette décision étant devancée d'une dizaine de jours par des initiatives de groupes privés manifestement mieux informés. D'autres lacunes ont suivi. Ainsi le suivi épidémiologique du secteur est resté de longues semaines défaillant, et il est toujours rudimentaire ; le premier système de surveillance national de la situation dans les Ehpad n'a été opérationnel qu'à la fin du mois de mars et il laisse encore bien imprécise la connaissance de l'épidémie et de son bilan humain dans ces établissements. En outre, si les plans bleus ont été rendus obligatoires après la canicule de 2003, les Ehpad ont une culture du risque encore insuffisante, en étant largement dépourvus, par exemple, de plans de continuité d'activité.

Autre signe d'une perception d'abord et essentiellement sanitaire de la crise, le secteur du domicile, déjà sinistré, est resté longtemps « hors radar ». Ses acteurs ont pointé un manque d'anticipation regrettable, malgré des alertes venues de l'étranger et un manque de directives nationales claires, quand elles n'étaient pas contradictoires.

Le secteur a souffert de la pénurie d'équipements de protection et des carences de la politique de tests qui aurait gagné à y être précocement et massivement déployée. Nous formulons plusieurs propositions pour développer – enfin ! – une véritable culture du risque dans les Ehpad et déployer des solutions médicalisées innovantes, alors que le confinement est lourd de conséquences au plan sanitaire pour les personnes âgées.

Notre rapport souligne également, en dépit d'initiatives bienvenues, combien la double tutelle du secteur a pu constituer une source de confusion supplémentaire. Là aussi, la crise a exacerbé des difficultés préexistantes.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Une autre limite de la mobilisation sanitaire extraordinaire a été le remarquable manque de coordination en matière de recherche clinique. Certes, l'effort a été d'une ampleur inédite à travers le monde et particulièrement en France, grâce à l'adaptation des procédures, à des moyens financiers spécifiques et à la mobilisation de l'ensemble de la communauté scientifique. Nous en constatons d'ailleurs les résultats en matière de recherche vaccinale ; cela permet d'envisager peut-être à court terme une sortie du tunnel.

Toutefois, la mobilisation pour la recherche scientifique en France s'est faite en ordre dispersé. La multiplication des projets de recherche, qui a rendu l'inclusion de patients plus difficile, a entraîné une concurrence, une illisibilité et des contradictions entre les travaux. S'est ajoutée à cela la cacophonie des prises

de paroles des scientifiques et des revirements sur la stratégie thérapeutique. Une meilleure coordination des travaux de recherche en période de crise sanitaire, en identifiant des projets prioritaires vers lesquels flécher les financements exceptionnels, permettrait de fédérer la communauté scientifique et de renforcer la robustesse des travaux.

Une autre politique qui a manqué de cohérence est la stratégie « Tester, tracer, isoler » visant à casser les chaînes de contamination, sur laquelle tous nos espoirs reposaient en sortie de confinement le 11 mai. Ces espoirs se sont vite envolés, au point qu'il n'est plus vraiment question dans le discours gouvernemental de ces trois piliers pourtant « classiques » de la lutte contre les maladies infectieuses.

Revenons d'abord sur la question des tests. Deux phases sont à distinguer. La première est celle du « retard à l'allumage », de la montée en charge lente des capacités à tester, alors même que l'institut Pasteur avait élaboré très tôt la technique de détection du nouveau coronavirus par PCR. La parcimonie des tests disponibles lors du pic épidémique a été, avec la pénurie de masques, au cœur des débats du printemps. Elle a conduit à une approche très – trop – restrictive du dépistage.

Notre rapport en analyse les raisons. Par analogie avec la grippe, l'intérêt d'un dépistage à grande échelle n'a pas été anticipé ; la participation effective du réseau des laboratoires de ville à compter de mars s'est ensuite heurtée à plusieurs freins comme le sous-investissement chronique en biologie moléculaire, ou encore les tensions extrêmes sur le marché international ; enfin, une navigation à vue, une méconnaissance du réseau par les agences régionales de santé (ARS) et des cloisonnements n'ont pas facilité les coopérations au niveau territorial ou retardé la sollicitation d'autres acteurs, tels que les laboratoires vétérinaires ou de recherche.

La seconde phase a été portée par un effort d'investissement conséquent des acteurs et le saut quantitatif dans les capacités à tester qu'il a permis de réaliser. Toutefois, l'affichage d'un nombre de tests toujours plus élevé a occulté, pendant l'été et au mois de septembre, l'embolisation des laboratoires et la dérive constatée dans certaines régions dans les délais d'accès aux tests et de rendu de résultats.

***Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Victime en quelque sorte de son succès, la politique de tests désorganisée n'a pas ainsi permis d'endiguer la circulation du virus à la veille de la deuxième vague. Au final, le recours aux tests a souffert d'une carence de stratégie – à tout le moins d'hésitations –, qui a nui à son efficacité comme à la bonne compréhension de ses finalités. Surtout, elle ne s'est pas prolongée efficacement dans les deux autres volets du triptyque : « tracer » et « isoler ».*

Si le développement de la base Système d'information de DEPistage (SI-DEP) a permis une mise en réseau des laboratoires pour les remontées de résultats des tests indispensables au suivi de l'épidémie, le traçage des patients et de leurs contacts, reposant essentiellement sur l'assurance maladie et non sur les médecins traitants, n'a trouvé qu'une portée limitée en pratique.

Notre déplacement à l'aéroport de Roissy-Charles de Gaulle nous a, par ailleurs, permis de constater le caractère largement perfectible du dispositif mis en place à l'arrivée des passagers dans les aéroports, dont le déploiement a été tardif.

Avant le lancement de sa deuxième version, les atermoiements dans le développement de l'application StopCovid, visant à assurer un traçage « à grande échelle », n'ont pas favorisé son appropriation par la population, symbole d'une défiance envers les pouvoirs publics.

Enfin, l'isolement a été réduit à l'incantation, au-delà des premières mesures de mise en quarantaine des rapatriés de Chine. Les offres d'hébergement alternatif proposées par des établissements hôteliers sont restées marginales, en l'absence de volonté d'assortir ces mesures de toute contrainte juridique. Au demeurant, il est étonnant de voir ce débat émerger à nouveau, alors qu'il s'est clos très vite au début de la crise.

Quels enseignements tirons-nous de ces constats ?

***M. Bernard Jomier, rapporteur.** – Nous avons fait, pendant l'épidémie de covid-19, l'expérience douloureuse d'une communication gouvernementale verticale, peu lisible, parfois empêtrée dans ses contradictions. Cette illisibilité a participé à miner la confiance de nos concitoyens dans le discours scientifique censé éclairer les pouvoirs publics dans la gestion de la crise. Le Gouvernement n'est, bien sûr, pas le seul responsable de cette situation ; les désaccords publics parfois vifs au sein de la communauté scientifique ont également contribué à désorienter l'opinion publique face aux inconnues de ce nouveau virus.*

Le Gouvernement revendiquait pourtant des décisions de gestion de la crise fondées sur des avis d'experts de renommée internationale. Mais la méthode employée pour mobiliser l'expertise scientifique l'a vraisemblablement desservi dans cet exercice de légitimation. Plutôt que de coordonner les agences sanitaires existantes, qui bénéficient d'une légitimité institutionnelle solide, le Gouvernement a multiplié les instances d'expertise ad hoc : le conseil scientifique, le comité analyse, recherche et expertise (CARE) et le comité vaccin covid-19 ont été mis en place en dehors de tout formalisme particulier ; les avis de ces deux dernières structures ne sont d'ailleurs même pas consultables en ligne.

Ajoutons à cela le nouveau « Monsieur vaccin », désigné la semaine dernière par le Gouvernement sans aucun cadre garantissant son autonomie et son indépendance ; sa voix viendra s'ajouter au concert d'experts déjà intervenus dans la définition de la stratégie vaccinale. La Haute Autorité de santé (HAS) a, en effet, publié plusieurs avis sur la stratégie vaccinale, de même que le conseil scientifique, le CARE et le comité vaccin covid-19 au travers d'un avis commun. Bref, on assiste à une profusion d'avis scientifiques, qui vient semer la confusion et ne permet pas de dégager une vision stratégique convaincante des pouvoirs publics, à l'heure où les anti-vaccins font entendre leur voix.

Par ailleurs, quand nous l'avons interrogé sur les moyens propres de fonctionnement des instances scientifiques qu'il a créées, le ministère de la santé s'est contenté de répondre de façon lapidaire : « Les attributions et le secrétariat [de ces structures] sont du ressort du Gouvernement. » Cette réponse est parfaitement inacceptable dans un contexte où la légitimité de la parole scientifique est mise en question.

Afin de réintroduire de la cohérence dans l'expertise scientifique et d'en renforcer la légitimité, nous vous proposons de créer une instance nationale d'expertise scientifique unifiée et indépendante qui serait activée, en cas de crise sanitaire, dès le déclenchement du stade 1 du plan Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (Orsan). Elle serait chargée de mobiliser et coordonner l'expertise de nos agences sanitaires et organismes de recherche.

À titre d'exemple, cette instance nationale pourra mobiliser Santé publique France, le réseau Sentinelles et l'unité de modélisation mathématique de l'institut Pasteur pour l'élaboration de scénarii d'évolution de l'épidémie. Dans la même logique pluridisciplinaire, elle pourra réunir les experts de la HAS, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), de Santé publique France et du centre national de référence compétent pour proposer aux autorités politiques une stratégie de test.

Cette instance devra bien entendu être dotée de ses propres moyens de fonctionnement, afin de ne pas conditionner la publication de ses avis au bon vouloir de l'administration. Elle devra, par ailleurs, disposer d'un pouvoir d'auto-saisine lui permettant de se saisir de toute problématique en lien avec la crise sanitaire. Cette instance ne sera, du reste, pas limitée aux seules crises pandémiques ; elle pourra ainsi être mobilisée à l'occasion d'accidents industriels ou d'événements naturels ou climatiques nécessitant qu'un avis scientifique vienne éclairer la décision politique en toute indépendance et en toute transparence.

Dans le souci d'ouvrir l'expertise scientifique à la société civile, nous proposons également l'activation par la conférence nationale de santé (CNS) d'un comité de liaison citoyen qui assurera une remontée vers l'instance nationale d'expertise des retours d'expérience et des questionnements issus des leviers territoriaux de démocratie sanitaire que sont les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) et des conseils territoriaux de santé (CTS). Ainsi, ce comité de liaison participera de l'adaptation des mesures de gestion de la crise et des recommandations sanitaires aux réalités territoriales, en particulier pour les territoires ultramarins.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – *Plusieurs de nos interlocuteurs ont regretté le pilotage exclusivement sanitaire de la crise au début de l'épidémie. Nous estimons, en effet, que le ministère de l'intérieur doit être associé à la gestion de crise avant même l'activation de la cellule de crise interministérielle. À l'avenir, sa mobilisation devra être effective dès l'activation du centre de crise sanitaire en phase ascendante de l'épidémie. Le futur plan pandémie pourrait ainsi utilement prévoir la présence au sein du centre de crise sanitaire du directeur général de la sécurité civile et de la gestion des crises (DGSCGC).*

Pourrait, en outre, être envisagée, pour toute crise sectorielle majeure, la présence au sein de la cellule de crise mise en place par le ministère compétent des hauts fonctionnaires de défense du ministère de l'intérieur et du ministère des affaires étrangères.

Face au manque de structuration et de pilotage interministériel de la crise, nous appelons également de nos vœux la mise en place d'un délégué interministériel à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires (Diprus), placé auprès du Premier ministre. Il serait ainsi chargé de coordonner l'élaboration d'un plan de mobilisation contre un risque pandémique, adaptable à différents contextes de crise liés à un agent pathogène et comportant un volet capacitaire et logistique. Il lui reviendra également de contribuer à la définition de la stratégie gouvernementale d'anticipation et de gestion des crises.

Afin de lui permettre d'assurer une veille continue de l'état de préparation de notre pays aux catastrophes sanitaires, le Diprus devra pouvoir s'appuyer sur le système des agences sanitaires et se voir en particulier reconnaître la possibilité de saisir Santé publique France, le HCSP et l'instance nationale d'expertise scientifique pour la production d'expertise sur les mesures à envisager afin de répondre à une urgence sanitaire.

Parce que la vigilance de notre pays doit être maintenue en permanence, le Diprus devra, en outre, rendre compte tous les ans au Parlement de la stratégie gouvernementale dans la préparation aux urgences sanitaires. Cette présentation, sur la base d'un rapport annuel du Diprus, devrait être l'occasion d'un débat dans chaque assemblée sur les orientations et les moyens de cette politique avant l'examen des crédits qui y seront consacrés en loi de finances et de financement de la sécurité sociale.

Invisible et inaudible pour la quasi-totalité des acteurs territoriaux que nous avons auditionnés, Santé publique France a fait l'objet, tout au long de nos travaux, d'un flot abondant de critiques. L'agence est ainsi apparue insuffisamment armée et préparée pour affronter une crise sanitaire d'une ampleur inédite. L'épisode de la gestion chaotique des stocks d'État de masques a mis en lumière l'absence de marge de manœuvre de Santé publique France dans la stratégie de préparation aux urgences sanitaires, domaine dans lequel elle a souvent été reléguée par l'État au rôle de pur exécutant.

Parmi les priorités de l'action gouvernementale, la prévention des crises pandémiques n'a cessé de perdre en importance, et Santé publique France n'est pas parvenue à empêcher ce processus, comme en témoigne son incapacité à peser sur les décisions de la direction générale de la santé (DGS) relatives au niveau des stocks stratégiques de masques, décisions prises, selon toute vraisemblance, sans validation préalable du ministre de la santé.

Rappelons néanmoins que ce n'est pas l'intégration de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus) au sein de Santé publique France qui est à l'origine de ce délaissement de la préparation aux urgences sanitaires dans les priorités de notre politique de santé publique, et dans les arbitrages budgétaires subséquents. L'érosion de la capacité budgétaire de notre

politique d'anticipation des crises sanitaires avait commencé bien avant la création de Santé publique France, et le budget de l'Éprus avait été divisé par près de onze entre 2007 et 2015. Par conséquent, rien ne garantit que le retour à un opérateur entièrement consacré à l'anticipation des crises sanctuarisera des moyens à la hauteur des enjeux.

En matière de sécurité sanitaire, qu'il y ait ou non un opérateur responsable, les orientations stratégiques et les choix budgétaires relèveront toujours de la responsabilité du Gouvernement, et plus particulièrement du ministère de la santé. Des auditions de Xavier Bertrand et d'Édouard Philippe ressort le sentiment que les opérateurs de sécurité sanitaire ont bien souvent servi d'instruments à l'externalisation budgétaire de certaines tâches jusqu'alors assumées en interne par le ministère, notamment pour échapper aux plafonds d'emplois ministériels. La crise de la covid-19 n'a fait que mettre en lumière les travers de ce phénomène d'« agenciarisation » consistant pour l'État à confier des tâches à un opérateur, qui ne dispose en réalité d'aucune marge de manœuvre décisionnelle. Certains responsables ministériels ont été tentés de faire reposer sur Santé publique France la responsabilité de l'état des stocks stratégiques, alors même que le niveau de ces stocks était conforme aux demandes formulées par le ministère de tutelle lui-même.

Dans ces conditions, plutôt que de revenir au schéma d'un opérateur unique responsable de la préparation aux crises, nous proposons de clarifier la répartition des responsabilités entre Santé publique France et la tutelle de l'État. En effet, celle-ci s'est révélée insuffisamment stratégique, et s'est exercée dans un rapport presque « infantilisant » entre la direction générale de la santé et l'agence, dans la définition des modalités d'acquisition des stocks de masques.

Par conséquent, nous plaидons pour que chaque programmation pluriannuelle visant à définir les cibles de stocks stratégiques de produits de santé et d'équipements de protection individuelle (EPI) soit, après avis du Diprus, systématiquement validée et signée par le ministre. En contrepartie, nous souhaitons que Santé publique France se voie reconnaître des marges de manœuvre opérationnelles dans la réalisation des commandes nécessaires pour atteindre les cibles fixées, ce qui nécessitera une autonomie renforcée de son conseil d'administration.

Santé publique France devra également capitaliser sur l'expérience tirée de la crise de la covid-19 pour élaborer un schéma d'organisation interne de crise, susceptible d'être déployé le plus en amont possible, dès l'identification d'un risque ou d'un rebond épidémique. Ce schéma identifierait les fonctions essentielles à mobiliser dans la gestion de la crise et évaluerait les renforts nécessaires, notamment en sollicitant un vivier d'experts pour exercer différentes fonctions cruciales, en particulier dans les domaines du sourcing et de la logistique, ou encore de la modélisation épidémiologique.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Lors de la crise, l'ensemble des acteurs territoriaux ont été largement mobilisés, au plus près du terrain. Parmi eux, les services déconcentrés de l'État ont donné la preuve de leur réactivité et de leur capacité d'adaptation. S'il convient donc de saluer les efforts consentis par ces agents, qui n'ont souvent pas compté leurs heures pour maintenir la continuité du service public, il nous faut néanmoins reconnaître que la gouvernance territoriale a montré certaines failles pendant la gestion de la crise.

Cette gestion a pu sembler bicéphale – partagée entre préfets et services des ARS –, illisible et confuse pour les acteurs de terrain. Les élus locaux ont tout particulièrement regretté que le rôle des préfets, avec lesquels ils entretiennent des relations plus nourries qu'avec les services des ARS, ne soit pas davantage affirmé. Les appels à « rendre » aux préfets une compétence de gestion des crises sanitaires, dont ils n'ont en réalité jamais été dépossédés, nous invitent à la vigilance. Après examen attentif, le cadre juridique des relations entre préfets et ARS semble moins souffrir d'un manque de clarté que d'un défaut d'appropriation par les premiers. C'est la raison pour laquelle nous proposons que soit rappelée aux préfets la possibilité de placer pour emploi les services des ARS sous leur autorité, en temps de crise. Les protocoles départementaux de coopération signés par les préfets de département et le directeur général de l'ARS devraient être révisés en ce sens.

Plus généralement, la place et le rôle des ARS dans la gestion de crise ont posé question. Face à un sentiment d'éloignement des réalités de terrain, partagé par plusieurs acteurs, des appels à un démantèlement des ARS au profit d'agences départementales se sont multipliés. Dans des régions au périmètre élargi, il devient en effet difficile pour les services des ARS d'exercer efficacement l'ensemble de leurs prérogatives, notamment en temps de crise. Gardons-nous cependant de modeler une réforme pérenne de notre organisation administrative en partant du seul constat de son incapacité à répondre à un événement par essence exceptionnel. En dehors de la situation de crise qu'elles viennent de traverser, les ARS ont fait la preuve de leur efficacité, en particulier en ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins. Afin de remédier à l'éloignement du terrain dont elles ont souffert lors de la crise, il semble donc moins pertinent de les démanteler que d'en consolider l'échelon départemental par redéploiement. Préfets et élus locaux auraient ainsi un interlocuteur sanitaire de proximité, disposant de prérogatives et de moyens renforcés.

Enfin, comment évoquer les questions de gouvernance territoriale sans dire un mot du rôle joué par les collectivités dans la gestion de la crise ? Nous en avons tous été les témoins privilégiés : les collectivités territoriales ont répondu présent et se sont affirmées comme des partenaires fiables de l'action de l'État. Soyons clairs : il ne s'agit nullement de remettre en cause la compétence de l'État, dont le rôle en matière de gestion des crises sanitaires doit demeurer prééminent. Néanmoins, il nous faut constater qu'il a trouvé à ses côtés, pendant cette crise, des collectivités territoriales réactives et agiles, prêtes à pallier les manquements de son action. Il convient donc de les reconnaître en tant que partenaires, en les associant pleinement aux politiques territoriales de santé publique.

Le Sénat tient en la matière une position constante, prônant la garantie d'un réel pouvoir de décision pour les collectivités territoriales, dans la détermination de l'offre de soins régionale. Les collectivités pourraient notamment jouer un rôle accru dans un conseil de surveillance des ARS, qui serait renforcé. Par ailleurs, la déclinaison du plan Pandémie générique, sous la responsabilité de délégués départementaux des ARS aux moyens accrus, dans chaque plan communal de sauvegarde, permettrait d'associer les collectivités à la préparation aux crises sanitaires futures, tout en favorisant la diffusion d'une culture du risque sur l'ensemble du territoire.

Telles sont les principales propositions que nous formulons afin qu'un nouvel événement de cette nature n'ait pas les mêmes effets dévastateurs sur le pays.

M. Arnaud Bazin. – Merci à nos trois rapporteurs pour cette immense somme de travail. Par avance, je leur demande de considérer ma question avec indulgence, car je n'ai pu consulter que partiellement le rapport. Quand on a perdu une guerre, la tentation est de se préparer à la suivante en réparant les carences de la précédente ; c'est ainsi que l'on perd les guerres les unes à la suite des autres. Toutes les conditions sont réunies pour que nous ayons de nouveau affaire à une diffusion mondiale d'un agent pathogène, sans savoir quand ni sous quelle forme. Dans le rapport figurent un certain nombre de préconisations sur les EPI, et particulièrement sur les masques, dont la carence a été manifeste et très peu comprise par nos compatriotes tant il s'agit d'un objet banal. Évidemment, l'appel de l'ensemble des pays du monde sur un même produit a rendu les approvisionnements compliqués. Cependant, la prochaine fois, il ne faudra peut-être pas des masques, mais des produits de désinfection différents du gel hydroalcoolique, ou encore des produits voués à la destruction des insectes, car de nombreuses arboviroses se développent, ces maladies virales transmises par des insectes piqueurs. Ne serait-il pas opportun d'avoir une réflexion sur notre capacité de produire des produits banals, mais terriblement nécessaires à certains moments ? Cela pose la question de notre organisation et de notre base industrielle.

Mme Laurence Cohen. – Je souhaiterais d'abord attirer votre attention sur le fait qu'étudier un rapport de 420 pages en une heure ou deux est impossible, même lorsqu'on a été très assidu aux différentes auditions. Cela est frustrant et il me semble qu'il va nous falloir réfléchir à une autre façon de faire. Nous sommes des parlementaires, nous avons le sens des responsabilités, et nous aurions pu signer une déclaration sur l'honneur, nous engageant à ne pas dévoiler le rapport, ce qui nous aurait permis de pouvoir l'étudier plus longuement.

Par ailleurs, j'ai cruellement manqué d'échanges collectifs au sein de la commission. Depuis le mois de juillet, nous avons multiplié les auditions intéressantes, mais nous n'avons jamais échangé avec nos rapporteurs, si ce n'est de façon informelle et amicale, et n'avons pas discuté ensemble des axes à définir. C'est dans un souci d'amélioration que je verse ces éléments à la réflexion commune.

En outre, je voudrais excuser ma collègue Éliane Assassi, prise en ce moment par des auditions à la commission des lois. Là aussi, la temporalité est compliquée...

Je remercie les rapporteurs pour leur travail. Le constat qu'ils font et les manques qu'ils pointent correspondent à ce que nous avons entendu lors des auditions. Cependant, certains éléments ne me semblent pas figurer dans leurs propositions. C'est notamment le cas du constat fait par des professionnels de santé – salués par Bernard Jomier dans son propos liminaire – sur la faiblesse de notre système de santé, le manque de personnel et de lits, ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent. À aucun moment notre commission ne se prononce sur une éventuelle modification des politiques menées, ou sur les moyens alloués aux établissements de santé publique, notamment à l'hôpital. Vous évoquez un « hospitalo-centrisme », mais c'est le Gouvernement qui décide, dans la doctrine nationale, que presque tout passera par l'hôpital. Pourtant, la formulation retenue dans le rapport laisse à penser que l'hôpital a recherché cette situation, alors qu'il s'agit dans le fond d'un manque de coopération et de coordination.

De plus, certains de nos interlocuteurs auditionnés ont plaidé pour un maillage territorial de proximité, en mettant notamment en avant le niveau départemental. Il peut y avoir débat sur l'échelon le plus approprié, mais il ne me semble pas que cette question apparaisse suffisamment dans le rapport.

Enfin, à quel moment le rapport est-il considéré comme public ?

Mme Victoire Jasmin. – Je félicite les rapporteurs pour ce travail mené malgré les contraintes ayant pesé sur le calendrier. Je précise que je n'ai pas pu venir consulter ce rapport de façon préalable dans les créneaux impartis. Cependant, la démocratie sanitaire a sa place dans ce rapport, et il faudrait que nous sachions à quelles orientations nous souhaitons procéder, après sa publication et sa mise à disposition. Quels travaux pourrions-nous poursuivre, notamment en matière d'aménagement du territoire ou de complémentarité entre les différents services et acteurs ? Il nous faut travailler ensemble pour faire évoluer et améliorer des dispositifs qui existaient déjà sans être nécessairement opérationnels, et entre lesquels les interactions ont manqué, comme l'a révélé la crise. À partir de ce constat et des recommandations du rapport, quelles mesures allons-nous prendre et comment allons-nous orienter nos travaux ?

Mme Muriel Jourda. – À aucun moment vous n'avez noté que la multiplicité des institutions a pu être un frein à l'efficacité. Cela n'a peut-être pas été le cas, mais j'aimerais en tout cas que nous échangions sur ce point. Par ailleurs, je constate que vous suggérez même la création d'un nouvel échelon – un délégué interministériel –, alors que je pensais de façon intuitive qu'il nous fallait plutôt moins d'échelons, moins d'agences, moins de conseils et de hautes autorités, pour être efficace.

De plus, nous avons presque tous constaté sur nos territoires que la gestion aurait pu être plus efficace si, au lieu d'une cogestion plus ou moins heureuse selon les départements entre préfets et ARS, nous n'avions eu qu'un chef de file, qui aurait été le préfet. Nous pourrions faire le même constat au niveau national : le ministère de l'intérieur aurait pu être chef de file, étant peut-être mieux placé pour gérer une crise que le ministère de la santé, même dans le cas d'une crise sanitaire. Il s'agit non pas d'une affirmation, mais d'une interrogation, et d'une piste de discussion.

Enfin, l'une des recommandations concerne le renforcement en moyens humains et financiers des délégations départementales des ARS, même si Mme Deroche a plutôt évoqué un « redéploiement » dans sa présentation. Si nous ne voulons pas nous retrouver cloués à une porte de grange comme une chouette au Moyen-Âge, je ne pense pas qu'il faille clamer que nous souhaitons renforcer le pouvoir des ARS, qui ne m'ont pas semblé très utiles en cette période de crise, faute peut-être d'avoir été formées à cette fin. Ainsi, je me demande s'il ne faudrait pas réécrire nos préconisations, et préférer le terme « redéploiement » à celui de « renforcement ».

M. Alain Milon, président. – Madame Cohen, le dépôt du rapport ouvre un délai de vingt-quatre heures, pendant lesquelles il est strictement soumis au secret. Les rapporteurs tiendront une conférence de presse jeudi prochain, et je vous prie de bien vouloir respecter la primeur qu'ils auront à présenter ces différentes propositions.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Il est en effet impératif de respecter ce délai de silence. Nous avons effectué quelques modifications à la marge sur le document que vous avez pu consulter, et je vous les présenterai à la fin de notre réunion. Je partage les propos de Laurence Cohen sur la longueur du rapport et nous ajouterons un document résumant l'essentiel de nos propositions. Cependant, il nous paraissait important, eu égard au nombre d'auditions organisées et au nombre de contributions reçues, de présenter un document conséquent, élaboré et le moins contestable possible.

Dans le rapport, lorsque nous évoquons le « tri » des personnes âgées dans les hôpitaux, nous concluons bien par l'idée que seule une augmentation des capacités hospitalières pourrait éviter une pénurie de lits, et le tri qu'elle entraîne.

En évoquant l'hospitalo-centrisme, nous faisons référence à cette volonté d'exclure, dès les premières consignes, les professionnels de ville. Il s'agissait d'une volonté délibérée, renforcée par le fait que les médecins de ville ont été confrontés à une pénurie d'équipements de protection, et qu'ils ne pouvaient accueillir les patients en toute sécurité. Nous n'avons jamais pensé que l'hôpital avait eu la volonté de tout faire lui-même, mais les circonstances en ont décidé autrement. De plus, comme nous le disons dans le rapport, les difficultés ont été exacerbées par la situation de l'hôpital, que nous dénonçons depuis des années. Nous n'avons pas abordé dans le rapport les solutions à apporter à ces problèmes structurels de l'hôpital, qui existaient avant la crise, et devront faire l'objet d'un débat ultérieur.

Sur le renforcement des agences départementales, nous partageons l'avis de Muriel Jourda et il s'agit bien de procéder par redéploiement, et non en créant des emplois supplémentaires. Nous nous sommes aperçus, notamment dans les grandes régions telles que le Grand Est, que le préfet de département était souvent en première ligne, accompagné du président de département et des élus locaux, et que l'ARS pouvait être très éloignée, voire absente, laissant parfois les délégués départementaux un peu démunis. Notre objectif est que les ARS soient redéployées dans les départements, de façon à renforcer cet échelon.

En ce qui concerne la création d'une instance scientifique, je conviens du fait qu'il existe déjà de nombreuses institutions et agences, qui ont toutes leur comité d'expertise. Cependant, elles ont des missions différentes et les regrouper me semble un peu irréaliste. Par ailleurs, l'exemple de Santé publique France n'est pas très encourageant. Plutôt que de créer un autre comité – on ne voit pas bien l'utilité du comité scientifique créé en mars par rapport à ce qui existait déjà –, il s'agit de laisser une personne s'appuyer sur les différents conseils scientifiques, pour énoncer ensuite la parole la plus claire possible.

Le délégué interministériel, quant à lui, coordonnerait les activités des différents ministères, sans tout laisser aux mains du ministère de la santé, qui a donné un sentiment de désorganisation, notamment en matière de logistique.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – *La question posée par Arnaud Bazin est essentielle et nous a beaucoup préoccupés. En effet, comment faire pour ne pas répondre en considérant uniquement les caractéristiques de ce virus à transmission respiratoire, qui se transmet plus l'hiver que l'été, et tue davantage les personnes âgées que les autres ? Nous avons réagi de façon insuffisamment rapide parce que notre système est trop peu agile. Il ne s'agit donc pas de créer des silos et nous ne proposons pas, comme nos collègues députés, de créer un ministère de la réponse aux urgences sanitaires. Il nous semble – et je le dis avec humilité – que cela reviendrait à créer un nouveau silo et que l'un des défauts de notre gouvernance est que nous en avons beaucoup. Nous avons donc choisi de privilégier l'interministériel et le transversal, pour mobiliser dans de bonnes conditions l'appareil d'État. Dans le détail du rapport, il n'est pas question uniquement des masques, mais aussi des médicaments antiviraux, par exemple. Mais ce qui compte, c'est que le système soit assez souple. On ne peut pas bâtir un plan Pandémie pour un cas précis, parce qu'on ne peut pas prévoir tous les cas possibles.*

La réponse à une telle crise ne peut être seulement d'ordre organisationnel, car il s'agit aussi d'une crise de la décision et du mode de décision. Dans l'avant-propos du rapport, nous écrivons que nous avons construit dans le pays un système de soins efficace, ce qui n'est pas le cas de notre système de santé publique. Ce problème est ancien et relève quasiment d'une question de culture politique, ce qui est difficile à traduire dans un rapport. Notre réponse organisationnelle se lit en creux : nous n'allons créer ni ministère ni agence supplémentaire, car on ne peut pas toujours créer de nouveaux dispositifs.

Par ailleurs, nous rapportons les faiblesses de Santé publique France et les critiques émises à son égard. L'agence est probablement trop récente, sous-dimensionnée, et elle voit ses moyens diminuer, année après année. Sylvie Vermeillet a d'ailleurs rappelé que, en sept ans, le budget consacré à la réponse aux urgences sanitaires avait été divisé par onze !

En ce qui concerne la création de l'instance d'expertise nationale, il s'agit là de répondre à un autre besoin. Il faut comprendre ce qui a poussé le chef de l'État à créer le conseil scientifique. Dans la crise, il s'est retrouvé face à un panorama éclaté, sans bien savoir comment activer toutes ces agences, et il nous faut reconnaître qu'il y a là un problème, même si l'on peut critiquer le conseil scientifique, créé dans un certain manque de transparence et de légitimité

démocratique. Cependant, la question de l'articulation de la parole scientifique et de la décision politique se pose dans tous les pays. Les États-Unis et le Canada ont des conseillers scientifiques – tout le monde à présent connaît M. Fauci –, et les Britanniques, quant à eux, ont une instance scientifique. Il faut une enceinte où s'élabore la parole scientifique, qui peut être consultée, et elle ne saurait être cantonnée aux urgences sanitaires. Cette instance doit dépasser ce cadre, être indépendante et transparente, mise en place par le Parlement, et politiques et citoyens doivent pouvoir lui faire confiance.

Nous avons travaillé sur la question du maillage territorial. Le rapport très intéressant de nos collègues de l'Assemblée nationale évoque la création de 100 agences de santé départementales, qui viendraient remplacer l'agence régionale. Je dis non : la région est le bon échelon pour certaines questions, comme l'organisation des soins, ou encore pour les questions de santé environnementale. En revanche, pour ce qui est de l'articulation avec le travail des élus dans une crise de ce type, le département est la bonne échelle. Il faut donc reventiler les moyens et les redistribuer au plus proche du terrain, c'est-à-dire au niveau du département.

Nous évoquons également plusieurs fois l'enjeu de la démocratie sanitaire. Nous partageons le constat selon lequel celle-ci est essentielle, notamment au travers du conseil citoyen.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Nos propositions soulèvent la question de la transversalité. Lors du premier épisode de la crise, on ne s'est pas assez appuyé sur l'expertise scientifique. Nous aurions dû capitaliser sur les savoirs des agences sanitaires, des organismes de recherche, ou encore des sociétés savantes. Nous avons été pris au dépourvu. De la même manière, il n'y a pas eu de démocratie sanitaire. La Conférence nationale de santé n'a pas été mobilisée, alors qu'il aurait fallu le faire dès le début de la crise.

Il est vrai que le rapport de l'Assemblée nationale renforce plutôt l'échelon départemental, alors que le nôtre privilégie plutôt l'échelon régional. En réalité, cela dépend du domaine. Il faut bien un préfet de zone pour coordonner l'action de l'État, et pour lui donner une réelle effectivité. Il faut aussi mobiliser les moyens des conseils régionaux. Mais nous avons également absolument besoin de l'échelon départemental pour répondre aux besoins des Ephad.

Par ailleurs, je ne souhaite pas porter aux nues les ARS, dont on a constaté les insuffisances. Mais on peut souligner certaines réponses territoriales tout à fait satisfaisantes. Quoi qu'il en soit, l'échelon départemental de ces agences était très insuffisant dans la plupart des départements, ne représentant le plus souvent qu'une seule personne déléguée. Cette organisation n'a pas permis de répondre à ce besoin de travail « de dentelle » spécifique aux territoires.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cette souplesse entre les ARS et leurs antennes départementales pourrait être mise en place de telle façon que le niveau régional se déploie vers les départements en cas de besoin. Il est de bon ton de stigmatiser les ARS, ce qui revêt un caractère un peu populiste à mes yeux.

Certes, des éléments sont à revoir – et cela a toujours été la position du Sénat – notamment sur la gouvernance et la place du président de région, mais elles effectuent tout de même un travail indispensable. Je ne vois donc pas d'autre solution que de les rapprocher du pouvoir politique de la région.

Je souligne que, dans la réponse à la covid, nous n'avons pas activé le plan Pandémie grippale, qui aurait pu être adapté à la nature de la pandémie. À l'époque de la grippe aviaire, Didier Houssin, alors directeur général de la santé, avait mis en place une délégation interministérielle à la lutte contre la grippe aviaire (Dilga), qui avait bien fonctionné. Lors du début de la crise de la covid, une telle structure n'existait plus, nous laissant assez démunis. Au moment où la ministre des solidarités et de la santé a senti qu'il se passait quelque chose, ce qui est indéniable lorsqu'on écoute les auditions, il y a parallèlement eu une grande lenteur dans la mise en œuvre. Il manquait peut-être cet échelon-là pour amener de la réactivité et de la souplesse au processus.

M. Alain Milon, président. – *Rappelons qu'à l'époque de la création des ARS le budget de la sécurité sociale était déficitaire de 28 milliards d'euros. Afin de régler le problème, il avait été proposé de créer ces agences, en prenant exemple sur le fonctionnement de l'éducation nationale : recteur au niveau des régions, direction des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN), et ainsi de suite. Dans ce contexte, la proposition de l'Assemblée nationale de créer 100 agences départementales de santé équivaut à revenir aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), aux caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), bref à tout ce qui avait été regroupé au sein des ARS.*

Par ailleurs, je ne partage pas le constat de Mme Vermeillet selon lequel les ARS ne seraient gérées que par une seule personne au niveau départemental. Ce n'est pas le cas dans ma région. De plus, quand le lien entre préfet et directeur de l'ARS fonctionne bien, on ne constate pas de problèmes particuliers. Je ne suis donc pas très favorable aux solutions proposées par les députés dans ce cadre.

M. René-Paul Savary. – *Je constate un décalage entre le contenu du rapport et la présentation que vous en avez faite, reprenant en cela son avant-propos. Par exemple, votre exposé ne reprend aucun élément sur les structures hospitalières ou sur la médecine de ville, alors qu'elles y sont bien déclinées. Étonnamment, l'évocation d'un renforcement des moyens humains et financiers nous conduit non pas à la question de la médecine de ville, mais plutôt à celle des ARS.*

On parle également d'une crise trop administrée et pas assez « gérée », pour ensuite évoquer le relèvement des moyens alloués à l'administration, ce qui m'interpelle. En effet, il conviendrait plutôt de parler de redéploiement. La synthèse pourrait en être une doctrine régionale administrée par l'ARS, mais avec une partie relative à la gestion de crise déclinée au niveau départemental, mise en œuvre par les préfets. Cela permettrait d'éviter les confusions que l'on a pu vivre dans certains départements, cela est d'autant plus vrai avec les grandes régions. Élu de la Marne, à 150 kilomètres de Paris, ma décision régionale relève de Strasbourg, située à 300 kilomètres. Cette découpe régionale ne correspond pas forcément aux besoins.

La création d'une instance nationale semble intéressante, mais quelle instance supprime-t-on en retour ? Dans le même temps, on déplore le fait qu'il y ait trop d'échelons. On a constaté l'inertie des décisions à la suite de l'intuition de Mme Buzyn, ainsi que la complexité de notre système « à la française ». Cette nouvelle instance peut donc être une solution, mais soyons prudents, car elle pourrait être mal interprétée à la lecture de la synthèse du rapport. En effet, on peut avoir l'impression que cette instance resterait trop administrée et pas suffisamment politique.

Pouvons-nous amender ce rapport ? Si notre rôle se limite aujourd'hui à une analyse critique, il n'est pas très intéressant. Certaines remarques ne pourraient-elles pas être prises en compte dans la rédaction du document ? Je souligne, par exemple, votre proposition de rendre obligatoires les vaccinations pour le personnel soignant, que je soutiens.

M. Vincent Delahaye. – *Je partage les remarques préliminaires de Laurence Cohen sur la façon de travailler de la commission, même si je reconnais les contraintes liées aux élections sénatoriales ayant eu lieu entretemps. J'aurais souhaité des échanges. Sans aller jusqu'à nous transmettre le projet du rapport, un projet de plan détaillé aurait pu nous être présenté, sur lequel nous aurions pu discuter. Je vous ai transmis au mois de septembre dernier des questions portant sur l'efficacité du confinement, sur la mortalité, sur la réanimation, ou encore sur les tests ; j'espérais que le rapport y répondrait – je vous ai fait part hier soir de mon regret de ne pas trouver de réponses dans les 417 pages du document. Mes questions pourraient-elles figurer en annexe du compte rendu de cette réunion, afin qu'il en subsiste une trace ?*

Les informations données dans le rapport sont-elles exhaustives ? Par exemple, avons-nous eu des statistiques par département sur l'utilisation des capacités hospitalières, tant pour le public que pour le privé ? En effet, je ne suis pas convaincu par la réponse qui nous a été apportée quant à l'utilisation des possibilités d'accueil des hôpitaux privés. Si tel n'est pas le cas, j'aimerais que figure dans le rapport la liste des informations demandées par la commission qui sont restées sans réponse.

Intuitivement, je n'étais pas favorable au renforcement des ARS. Je m'interroge sur le renforcement des moyens humains et financiers au niveau départemental. S'il s'agit d'un redéploiement, je souhaiterais que cela soit écrit noir sur blanc. Un des diagnostics sur les problèmes du système de santé français est l'ampleur des dépenses consacrées à sa partie administrative, au détriment de la partie soignante.

À propos des structures, il est, selon moi, contre-intuitif de proposer la création d'instances supplémentaires. Elles sont déjà très nombreuses, et, surtout, on n'en supprime aucune ! Je suis défavorable aux propositions 25, 26 et 27.

Je déplore aussi de ne trouver aucune proposition sur la capacité d'accueil en réanimation. J'estime qu'il serait souhaitable de former le personnel soignant de l'hôpital, indépendamment des services, pour aider en réanimation en cas de besoin.

En cas de crise, il faut avoir à disposition du personnel soignant, d'autant que l'on nous dit qu'il s'agit non pas d'un manque de lits ni de matériel, mais bien d'un problème humain.

M. David Assouline. – *Nous avons intérêt à réfléchir ensemble à modifier les textes qui régissent le fonctionnement de la commission d'enquête, afin d'y inclure une délibération démocratique. Faire évoluer le cadre existant est possible, comme cela a été fait en modifiant le nombre de sénateurs présents. Si d'autres blocages restreignent la capacité de délibération, il faudra les lever.*

Le travail réalisé par nos rapporteurs est remarquable : tout est traité avec hauteur et crédibilité. Toutefois, je perçois deux angles morts dans l'appréciation globale de la crise. Le premier est que l'on évoque les territoires, c'est-à-dire l'espace dans lequel on travaille pour faire face à la pandémie, en considérant avoir souffert uniquement d'un manque de proximité. Mais on constate aussi un manque criant de collaboration au niveau international et européen. Face à un virus qui concernait toute l'Europe, il est aberrant qu'il y ait pu y avoir plus de concurrence que de coopération. Pourtant, pour justifier les carences des décisions françaises, le niveau international a souvent fait office de comparaison. J'aurais donc souhaité un éclairage concret sur des pays comparables. Par ailleurs, il aurait été intéressant d'avoir une explication sur ce qui a dysfonctionné au niveau des instances internationales, et sur ce qu'il faudrait renforcer. Des pandémies, il y en aura d'autres, et ni la communauté internationale ni la communauté européenne n'ont semblé à la hauteur.

Le second angle mort est le rôle des médias face à la pandémie. Celui-ci est fondamental, et domine la façon dont la population fait face au problème. D'ailleurs, le « cirque » des scientifiques, qui sont venus décrédibiliser la science elle-même, a été orchestré de façon médiatique. L'objectif n'était pas l'information, mais bien l'audimat et le commerce. Cela a contribué à une certaine désorganisation, que nous paierons au moment de la vaccination. Cette décrédibilisation a renforcé la méfiance, déjà présente en France, envers la vaccination et la décision scientifique. Nous aurions donc pu traiter la question de la pédagogie et de l'éducation culturelle à la santé.

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. – *Je remercie chaleureusement les rapporteurs pour leur travail. Je regrette toutefois que l'on n'ait pas eu une séance d'échanges collectifs avant que le rapport ne soit finalisé. Il est frustrant de ne pas connaître les suites des observations que nous rendons aujourd'hui.*

Sur la gouvernance, certaines préconisations sont très complètes, mais elles relèvent plutôt d'une photographie de la situation. Tout d'abord, on voit bien le problème de l'inertie des processus à la suite de l'« intuition » de Mme Buzyn, qui n'a pas été suivie d'actes concrets. Le second point frappant est le rôle assez spectaculaire du professeur Salomon sur la question des masques. Notamment, aux alentours de la page 100, il est établi que ce dernier a demandé la modification du rapport de Santé publique France. Il est à la fois problématique qu'il l'ait demandé, mais aussi que Santé publique France l'ait fait ! Ce rapport pose question sur la confiance, même s'il ne s'étend pas excessivement sur la question des masques.

J'attire votre attention sur un projet de loi qui nous sera bientôt soumis, et qui vise à instaurer un nouvel expert, en la personne d'une personnalité qualifiée désignée par le Premier ministre. Celui-ci devra ensuite remettre un rapport, fondé sur l'analyse du conseil scientifique, en vue du report des élections départementales et régionales. Nous avons suffisamment parlé du conseil scientifique, à la fois au moment de la loi du 23 mars d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, mais aussi par la suite. Nous en avons à la fois salué et regretté la puissance ou l'emprise sur la décision politique. J'attire donc votre attention sur la création de cette personnalité qualifiée, et je vous invite à méditer sur ce sujet lorsque nous aurons le texte sous les yeux.

Je regrette que vous ne vous soyez pas interrogés dans le rapport sur la stratégie du confinement. Peut-être n'était-ce pas notre rôle. Il est vrai que, à un certain moment, cette stratégie ne pouvait en aucun cas être remise en cause. Mais peut-être qu'aujourd'hui, nous pouvons le faire.

J'aurais par ailleurs souhaité que les préconisations soient mieux hiérarchisées. Je trouve que l'on s'y perd à peu. J'ai du mal à distinguer l'essentiel de l'accessoire.

M. Alain Milon, président. – *Permettez-moi d'apporter quelques précisions.*

Le code de la santé publique prévoit que, en cas de crise, le préfet puisse placer ARS sous son autorité. Il n'y a donc pas de problème de texte. Mais cela n'a pas été activé, c'est pourquoi les rapporteurs évoquent ce point.

Nous avons eu de nombreuses réunions, au terme desquelles les rapporteurs étaient à la disposition des sénateurs présents. Cette commission a été créée le 2 juillet dernier. Il y a eu les élections sénatoriales au mois de septembre, puis l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale et du projet de loi de finances. Mais vous avez accepté le principe et les conditions de la création de cette commission dans une période assez compliquée, et les rapporteurs ont réalisé un travail admirable.

L'Europe est un sujet important, mais permettez-moi de vous rappeler les termes de la proposition de résolution tendant à créer cette commission d'enquête : « la commission aura pour mission d'évaluer l'état de préparation de la France à la veille du déclenchement de l'épidémie ; la gestion de la crise sanitaire par les responsables politiques et administratifs ; les choix faits par la France à la lumière des enseignements que nous pourrions tirer des pays européens et asiatiques qui ont semblé mieux anticiper et gérer cette crise ; la gouvernance de la crise ; l'analyse des pénuries constatées ; et la situation spécifique à laquelle ont été confrontés les Ehpad ». Les rapporteurs ne pouvaient donc pas aller au-delà de ces missions.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – *Pour répondre à René-Paul Savary, je ne suis pas hostile à l'idée de préciser le redéploiement des moyens financiers des agences départementales.*

Nous traitons de la coordination internationale aux pages 393 à 396, avec notamment une proposition spécifique au sujet d'un plan Pandémie européen. Il y a aussi des exemples européens, notés dans des encadrés : le Royaume-Uni, l'Allemagne, l'Espagne, ou encore l'Italie. Nous avons aussi entendu une personne au nom de la Commission européenne. Par ailleurs, nous avons émis la proposition d'organiser une table ronde avec l'Allemagne, à laquelle nous avons reçu une réponse négative. Agnès Buzyn nous a également expliqué avoir souhaité réunir un Conseil européen lorsqu'elle sentait la pandémie arriver. Seuls trois pays avaient alors accepté de se réunir.

Il est vrai que certains pays s'en sortent mieux, à l'image de l'Allemagne lors de la première vague – c'est moins vrai aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, il est difficile d'établir un jugement alors que la pandémie se poursuit. Nous ne sommes pas dans le cadre d'une situation passée que l'on peut évaluer et analyser. Les choses sont toujours en mouvement. Il est vrai que certains points n'ont pas été soulevés, mais nous nous sommes conformés à la demande du président Larcher et aux contours exacts de notre mission. De nombreux éléments auraient pu être évoqués, ce qui sera d'ailleurs l'objet de la mission de suivi que souhaite mettre en place M. Larcher. Je comprends qu'il puisse être frustrant de commenter un tel rapport sans pouvoir y participer, et nous réfléchissons à ce que nous pourrions modifier afin d'être plus clairs dans nos préconisations.

Nous avons souhaité hiérarchiser les propositions : les plus importantes, qui sont grisées, et celles qui le sont moins. Dans l'abstract, nous n'en notons que quelques-unes.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – *En ce qui concerne l'expertise, nous proposons de rationaliser avec une instance unique, pour plus d'efficacité et de cohérence, car, avec l'épidémie, les structures se sont empilées.*

Monsieur Delahaye, notre objectif n'était pas de rédiger un travail encyclopédique sur la maladie. De même, M. Assouline déplore que nous ayons négligé la dimension culturelle, mais celle-ci n'entrait pas dans le cadre de la résolution qui définit notre mission. À l'Assemblée nationale, les travaux de la commission d'enquête se prolongeront par une mission d'information. Je ne sais pas ce que décidera le Sénat. Nous avons éprouvé une certaine frustration à nous limiter, mais notre rapport semble déjà bien volumineux...

Nous n'avons pas pu organiser de table ronde avec des responsables en Allemagne, faute d'accord des autorités allemandes, mais nous avons pu le faire pour ce qui concerne l'Asie. Cela fut très instructif. Ces pays ont su tirer les leçons des épidémies passées. On a découvert, par exemple, que la Corée avait modifié son système, non de manière verticale et autoritaire, mais pour renforcer les prérogatives des autorités locales. Un système centralisé est tout à fait compatible avec une approche territoriale. Mais les comparaisons sont compliquées, car de nombreux facteurs entrent en compte pour comprendre l'évolution d'une pandémie : le climat, l'âge et la structure de la population, etc. On craignait une explosion du virus en Afrique, cela n'a pas eu lieu. Une épidémie est la rencontre entre un virus, un système de santé, une population, une société, etc. Nous pourrions prolonger nos travaux par une étude des systèmes étrangers, ce serait très instructif.

Nous avons fait état de certains actes du directeur général de la santé, car c'était notre devoir : ainsi nous constatons qu'il est intervenu pour modifier la rédaction d'un avis d'experts de Santé publique France à la lumière de la décision qu'il avait prise de ne commander que 50 millions de masques chirurgicaux, puis une commande supplémentaire de 50 millions, à la place du stock de 700 millions de masques. Nous devions en faire état, mais nous nous en tenons là !

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Monsieur Delahaye, j'ai reçu le 1^{er} octobre, en tant que rapporteure, tous les commissaires centristes, après les premières auditions. Vous avez assisté à la réunion. Je me suis efforcée de tenir compte de vos remarques. Nous avons ensuite poursuivi nos auditions et il est remarquable que les trois rapporteurs aient pu se mettre d'accord sur un document commun.

Nous avons déjà apporté des réponses à certaines des questions que vous nous avez adressées. Le rapport en contient d'autres.

La comparaison du nombre de décès de la covid-19 et de la politique d'endiguement de l'épidémie mise en place est certes d'un grand intérêt, **mais cette dernière n'est qu'un aspect parmi d'autres des moyens engagés par les États pour lutter contre le virus** (capacités hospitalières, mobilisation des différents secteurs de la médecine, politique de tests, EPI, communication...). Fonder des comparaisons internationales sur ce seul critère aurait comporté un **biais méthodologique important**, en tenant excessivement compte de la décision ayant conduit au confinement.

À propos de la fermeture des frontières, le rapport apporte un élément de réponse, notamment lorsqu'il évoque le caractère tardif de la décision prise par l'OMS de déclarer l'urgence de santé publique internationale ainsi que les modélisations incomplètes de l'Inserm transmises à Mme Buzyn. En revanche, le rapport n'aborde pas la question de la fermeture des frontières aux ressortissants chinois par nos voisins européens.

La question du déconfinement stricto sensu, intervenu dans la phase de décélération de la première vague et bien que participant de la gestion sanitaire de la crise, ne rentrait pas dans le périmètre de la résolution créant la commission d'enquête, qui se concentre sur l'épisode ayant précédé le pic épidémique.

En revanche, nous n'avons pas de réponse dans l'immédiat à votre question concernant le rôle de l'échelon départemental en cas de saturation des hôpitaux. En matière de capacités d'accueil en réanimation, nous avons privilégié l'échelon régional, qui correspond à l'échelon d'exercice de la compétence sanitaire. Un graphique illustrant l'effort régional en capacités de réanimation figure page 164 du rapport. Je ne suis pas d'accord avec vous lorsque vous dites que la capacité d'accueil en réanimation est la question centrale. Le nombre de lits est certes une dimension importante, mais la question du personnel l'est tout autant, sinon plus. Les Allemands, qui ont trois fois plus de lits de réanimation, ont reconnu qu'ils n'auraient peut-être pas eu le personnel suffisant pour faire face à l'épidémie si son ampleur avait été la même qu'en France.

L'enjeu de notre travail est aussi de prévoir l'avenir ; or la prochaine épidémie ne sera pas nécessairement liée à un virus respiratoire.

À propos de l'évolution du virus, lors de la table ronde « dépistage » le 10 septembre, le virologue Bruno Lina a écarté toute idée de mutation du virus qui aurait pu affecter sa virulence.

Le rapport consacre de longs développements à la question de la mortalité (p. 57 et s., p. 204 et s., p. 392 et s.), notamment pour indiquer le caractère encore lacunaire des données disponibles.

Sur la grippe et la Covid, le chiffre de 72 morts qui a circulé début mars correspond à celui des décès liés à la grippe enregistrés en service réanimatoire ; le nombre total de décès toutes causes confondues sur la période, qui sert de base aux modèles mathématiques calculant le nombre de morts de la grippe, n'était alors pas disponible pour extrapoler. Ces projections ont été faites depuis : de janvier à mi-mars, d'après Santé publique France, la grippe aurait fait environ 3 700 morts, ce qui reste loin de 9 000 décès environ enregistrés chaque année. Depuis le 1^{er} octobre, seuls 6 cas de grippe ont été détectés en France, en milieu hospitalier, dont 2 chez des personnes de retour de voyage à l'étranger. Il est exact que la France, avec l'Italie, connaît chaque année une mortalité liée à la grippe supérieure à la moyenne européenne, mais les comparaisons sont en la matière délicate puisque ces chiffres dépendent aussi directement de la part des personnes âgées dans la population (supérieures à la moyenne européenne dans ces deux pays) et de la couverture vaccinale (faible dans ces deux pays). Sur l'imputation des décès à leur juste cause. Le codage de la grippe comme cause directe ou indirecte du décès est toujours complexe. L'Insee indique ainsi qu'il « peut exister un rapport de 1 à 10 entre le nombre de décès causés directement par la grippe et recensés comme tels dans les certificats de décès et le nombre de décès dont l'épidémie est « responsable », mesuré à partir de l'analyse statistique de la surmortalité ». Cette complexité est plus grande encore pour la covid-19, car « contrairement à la grippe ou à la canicule, pour lesquels la répétition des observations et la mise en place de dispositifs de suivi spécifiques permettent d'affiner les modèles et les analyses, le coronavirus est une maladie nouvelle ».

Quant au nombre de morts liés aux effets du confinement, ces données ne sont pas encore connues et nécessiteront un suivi dans le temps. Des études devront se poursuivre et c'est ce que préconise à ce stade le rapport. Toutefois, une étude d'Unicancer rendue publique le 8 décembre [et donc non intégrée dans le rapport] estime que la prise en charge retardée de certains cancers pendant le premier confinement pourrait causer 1 000 à 6 000 décès dans les prochaines années.

Sur le coût des propositions, nous nous sommes gardés de formuler certaines propositions qui auraient pu se révéler coûteuses : ils ont par exemple écarté le retour à un opérateur dédié à la gestion des stocks stratégiques sur le modèle de l'Éprus, option qui aurait eu un coût significatif (en revenant notamment sur la mutualisation des fonctions support entre les entités constitutives de Santé publique France). La création d'une instance nationale d'expertise scientifique ne devrait pas non plus représenter de coût supplémentaire par rapport aux dépenses déjà engagées par le Gouvernement dans la création de quatre structures

scientifiques ad hoc (conseil scientifique, comité CARE, comité scientifique vaccins covid-19 et le nouveau conseil d'orientation sur la stratégie vaccinale). Au contraire, la proposition des rapporteurs est de rationaliser et coordonner cette profusion de production scientifique autour d'une seule organisation qui disposera de moyens dédiés pour en garantir l'autonomie de fonctionnement et l'indépendance. Mais elle ne coûtera vraisemblablement pas plus que ce que coûtent déjà les quatre comités créés par le Gouvernement.

M. Olivier Henno. – La crise a révélé l'état d'impréparation de notre pays. Les Français qui pensaient avoir le meilleur système de santé au monde se sont mis à douter. Tout n'est pas simplement une question de moyens, c'est aussi une question de gouvernance, de prévention, de capacité d'adaptation et d'anticipation. Mme Buzyn a eu l'intuition de la crise, mais je suis frappé par la paralysie du système ensuite. Est-ce la faute de la technocratie ? Vous préconisez de « garantir un pouvoir de décision réel des collectivités territoriales, en particulier du conseil régional, dans la détermination de l'offre de soins régionale » : entendez-vous par là une régionalisation de la santé ? Une coproduction ?

Vous évoquez le triptyque « tester, tracer, isoler », qui est d'ailleurs devenu « tester, tracer, protéger ». Lors d'une pandémie, la question de l'isolement prophylactique est essentielle. Mais jusqu'où peut-on aller en démocratie, notamment eu égard au principe de consentement libre et éclairé du patient ? Enfin, quel sera le titre du rapport ?

Mme Angèle Prévaille. – Je salue ce travail de qualité, fidèle reflet de nos auditions. Ne pourrions-nous pas proposer de renforcer la culture scientifique, notamment à l'école : si l'on veut que les citoyens adhèrent aux mesures sanitaires, il faut qu'ils comprennent pourquoi ils le font.

Mme Nadia Sollogoub. – Il faut du courage pour faire des propositions, car elles sont toujours incomplètes ou sujettes à débat. Lorsque cette commission d'enquête a été créée, l'opacité régnait. Les Français voulaient y voir plus clair. Vous apportez des réponses claires, factuelles et précises à des questions que beaucoup se posent.

M. Martin Lévrier. – Cette commission a réalisé un travail colossal. Je partage les remarques de Mme Cohen sur la taille du rapport ainsi que sa frustration de ne pas avoir eu le temps de pouvoir le lire en entier dans la salle de consultation.

Le rapport comporte de nombreuses pages sur les masques. On évoque souvent la nécessité d'un stock de 1 milliard de masques : mais pourquoi ce chiffre ? Si l'on veut se préparer en vue de la prochaine pandémie, l'essentiel est de comprendre à quoi ils servent ; le stock était prévu initialement pour la population, mais il s'est avéré, finalement, que le vrai problème était le stock pour le personnel médical. Quelle est votre approche à cet égard ? De même, avez-vous étudié la logistique des masques comme des matériels ou des médicaments ?

Je n'ai pas tout à fait le même regard que vous concernant la participation des territoires à la fourniture de masques : j'ai souvent eu l'impression que les masques étaient utilisés à des fins de communication politique ? Cela n'a-t-il pas créé une gêne, voire une inquiétude supplémentaire pour les populations ?

La pandémie est encore là. Nous devons donc faire preuve d'humilité ; les vérités d'hier ne seront pas forcément celles de demain. Beaucoup considéraient que le second confinement avait débuté trop tard en France : finalement, on découvre que nous sommes parmi les meilleurs, ou les moins mauvais, en Europe. Notre travail est-il finalement pertinent, alors que l'épidémie est en cours et que l'on ne connaît pas encore la vérité ?

M. Emmanuel Capus. – *Beaucoup de questions ont déjà été posées. Je partage les propos de M. Delahaye : la crise sanitaire a aussi révélé une crise de la réanimation, problème central à tel point que le nombre de personnes en réanimation est un critère pour décider du déconfinement. Ne faut-il pas s'interroger sur notre capacité en la matière par rapport à d'autres pays ? Vu le coût de la crise, il semble judicieux d'investir dans la formation de réanimateurs et d'infirmiers réanimateurs, même si elles durent plusieurs années.*

L'isolement a disparu du triptyque « tester, tracer, isoler » qui est devenu « tester, alerter, protéger ». Vous montrez bien dans le rapport que le choix de faire confiance au malade n'a pas été suffisant : « restreindre l'isolement prophylactique à une simple recommandation médicale dénuée de tout effet contraignant n'a pas prémuni le pays contre le surgissement d'une seconde vague », écrivez-vous. Or vous ne formulez pas de préconisation en la matière. Êtes-vous favorables à des contraintes ?

Mme Jocelyne Guidez. – *Avez-vous abordé les tensions d'approvisionnement de médicaments ou de produits indispensables en réanimation, comme le curare par exemple ?*

M. Alain Milon, président. – *La réanimation n'est pas tant un problème de lits que de formation des personnels. En Allemagne, il n'y a pas de lits de soins intensifs ; tous les lits sont des lits de réanimation ; or, en France, on fait la distinction entre les lits de réanimation, au nombre de 5 500, et les lits de soins intensifs, qui sont au nombre de 18 000. Le problème est que les personnels ne sont pas assez formés. Lors d'une séance de questions au Gouvernement en septembre dernier, le ministre m'avait répondu que 7 000 personnes avaient été formées pour travailler en réanimation pendant l'été. Je n'ai pas pu vérifier si cela était vrai.*

Je suis, pour ma part, favorable à un isolement contraignant, mais c'est aussi une question de philosophie politique...

J'ai été rapporteur de la commission d'enquête du Sénat sur la grippe H1N1. À l'époque, l'Éprus avait stocké 1 milliard de masques, qui n'étaient pas destinés qu'aux personnels, mais aussi à l'ensemble de la population. On avait aussi stocké des médicaments, notamment du Tamiflu, qui était efficace contre la grippe et certaines maladies virales. Le problème avec la crise actuelle est que l'on n'a pas encore trouvé de médicament efficace contre la covid. Le jour où l'on en trouvera, le rôle de Santé publique France sera d'en stocker autant que possible.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – *Nous avons débattu de l'isolement en séance lors de la prolongation de l'état d'urgence sanitaire. Alors que la commission des affaires sociales plaidait pour un isolement contrôlé, avec surveillance par le médecin traitant, la commission des lois s'y était opposée,*

mettant en avant la liberté du patient, et l'amendement de la commission des affaires sociales avait été repoussé. Le groupe Accor a mis de nombreuses places d'hôtel à disposition pour permettre aux malades de s'isoler. Des collectivités sont prêtes à aider en apportant des repas, mais les gens refusent d'aller à l'hôtel. L'isolement relève à la fois du préfet, qui dispose du pouvoir de restreindre les déplacements d'un individu, et de l'assurance maladie, qui doit contrôler l'effectivité de l'isolement. Nous avons étudié la question, mais n'avons pas proposé de contrainte.

L'Allemagne s'en est mieux sortie pendant la première vague, car, comme nous l'a indiqué le professeur Flahault, elle a suivi les conseils du professeur Drosten, virologue influent, qui avait préconisé de tester massivement pour limiter la circulation du virus. À l'inverse, en France, on considérait que cela était d'un intérêt limité, faute de traitement. On privilégiait la rupture de la chaîne de contamination. Le seul à l'époque qui préconisait, en France, de tester massivement – et, selon lui, de traiter – était le professeur Raoult, mais comme celui-ci étant un petit peu clivant, il n'a pas été entendu. En Allemagne, ils ont d'emblée testé et tracé, ce qui a limité la propagation du virus.

Monsieur Henno, nous n'avons pas voulu entrer dans le débat portant sur une régionalisation des ARS, en les plaçant sous la tutelle du président du conseil régional, mais nous défendons, conformément à la position constante du Sénat, un renforcement du pouvoir des collectivités au sein du conseil de surveillance des ARS face au pouvoir du directeur général.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – *Sur l'isolement, comme l'a noté le président Alain Milon, nous n'avons sans doute pas exactement la même position, mais nous sommes d'accord sur le constat suivant : la stratégie « tester, tracer, isoler » n'a pas été mise en place. Il y a certes eu des avancées sur le plan quantitatif pendant l'été, mais il n'y a pas eu d'organisation d'ensemble ni de mise en place d'un système de traçage efficace. L'assurance maladie l'a reconnu lors de son audition, 80 % des personnes testées positives n'avaient pas été identifiées dans une chaîne de transmission. Le Premier ministre, conscient du problème, avait d'ailleurs annoncé le recrutement de plusieurs milliers de personnes pour tracer.*

La manière dont on aborde la question de l'isolement est assez révélatrice de la manière dont sont traitées ces questions en France. Quand on me parle d'isolement, je pense en premier à aider ceux qui ne sont pas en capacité de s'isoler, comme cela avait été envisagé au printemps. On sait bien que l'on n'est pas touché de la même façon selon ses conditions de logement ou de revenus. On a trouvé des taux de contamination de 50 à 80 % dans certains foyers collectifs d'hébergement. Au printemps, on voulait utiliser les hôtels vides pour proposer des places d'hôtels aux malades qui ne peuvent pas s'isoler, car ils habitent à plusieurs dans de petits appartements. Ce dispositif a été abandonné, et aujourd'hui on rouvre le débat sur une question très clivante, celle de la contrainte. Pour qui ? Pour celles et ceux qui ne peuvent s'isoler du fait de leurs conditions de logement ? Mais ces personnes n'attendent qu'une chose, qu'on leur propose de pouvoir s'isoler dans de bonnes conditions !

La question de la contrainte est la dernière à se poser, car elle soulève une question de libertés publiques. Avant cela, il faudrait faire en sorte que toute la chaîne fonctionne, assurer le suivi et la quarantaine de ceux qui prennent l'avion, faire en sorte de ne pas avoir les résultats du test dix jours après, etc.

Nous estimons que la culture scientifique des Français n'est pas le principal problème. Lorsque la doctrine sur les masques a été cohérente, tout le monde a mis un masque. Dès lors que la parole est cohérente, fondée et expliquée, les Français adhèrent. À l'inverse, lorsqu'ils entendent des discours scientifiques à géométrie variable qui n'ont d'autres fins que de justifier une pénurie, ils ne sont pas crétins et ils n'adhèrent pas.

Je partage la remarque de Mme Sollogoub : les Français ont été très troublés par la crise et ils attendent simplement qu'on leur dise la vérité, y compris dans toute sa complexité, qu'on leur explique comment on en est arrivé là. Le rapport peut sembler à charge, car il dit les choses crûment, mais à aucun moment on ne dit que tout a déraillé en deux ans : on explique que l'empilement des structures ne date pas d'hier ; on est remonté dix ans en arrière pour la gestion des masques, etc. Nous avons un devoir de vérité à l'égard de nos concitoyens.

Nous n'avons pas été les meilleurs dans la gestion de la crise, mais nous n'avons pas été non plus les moins bons. Nous sommes dans la moyenne. C'est une vraie nouvelle. Beaucoup de Français ont encore la conviction que nous avons le meilleur système de santé du monde. Ce n'est pas le cas. Dresser un hit-parade des pays n'a en soi aucun intérêt, mais nous devons comprendre pourquoi d'autres ont été meilleurs que nous.

Le nombre de lits en réanimation est important pour limiter la mortalité des malades, mais ce nombre ne réduit en rien la vitesse de propagation du virus. La première des choses à faire est donc d'empêcher le virus de circuler. Il ne nous appartient pas de dire quel est le nombre de lits de réanimation nécessaire dans notre pays en temps ordinaire. Nous faisons le constat que nous avons réussi à passer de 5 000 à 10 000 lits de réanimation, mais cela n'a pas empêché une certaine forme de pénurie, car il y a eu des effets de tri. Nous ne devons pas toutefois nous focaliser uniquement sur ce point. Il est important de disposer d'un nombre suffisant de lits en réanimation pour éviter que les malades ne meurent. Cependant, l'enjeu est avant tout d'empêcher la circulation du virus : se concentrer sur les lits en réanimation, c'est, comme le confinement, la marque d'un échec ou d'une incapacité collective à freiner suffisamment le virus. Au printemps, il n'y avait probablement pas d'autre choix que le confinement ; en revanche, à l'automne, si la circulation du virus a repris dans tous les pays à climat tempéré, elle n'a pas repris avec la même intensité partout. Si la stratégie « tester, tracer, isoler » avait été réellement déployée, elle n'aurait sans doute pas empêché la reprise de l'épidémie en France, mais pas dans les mêmes proportions.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – *Je souhaiterais remercier Nadia Sollogoub de sa contribution, mais aussi d'avoir souligné que nous sommes partis, pour élaborer ce rapport, d'une page blanche. J'espère que celui-ci contribuera à donner plus d'éclairages et de lisibilité sur la gestion de cette crise.*

Je précise que nous avons organisé 47 auditions, auditionné 133 personnes pour une durée de 101 heures et 37 minutes.

S'agissant des stocks stratégiques, nous avons indiqué le chiffre de 1 milliard, conformément au rapport Stahl, qui préconisait de prévoir 20 millions de boîtes de 50 masques.

Concernant la logistique, de nombreuses précisions sont apportées aux pages 138 et 139.

En ce qui concerne l'utilisation de curares, si nous l'avons souvent évoquée pendant les auditions, nous ne l'avons pas ciblée dans le rapport. Il me semble que ce sont les membres de la commission des affaires sociales qui se soucient davantage de ces stocks. Par ailleurs, quand nous interrogeons des responsables de Santé publique France sur les vaccins, ils nous répondent qu'ils s'y préparent, mais ne nous en disent pas plus.

Je souhaite, par ailleurs, vous livrer une remarque de Jean Rottner, qui nous a dit que les régions étaient prêtes à prendre des responsabilités, s'agissant des matériels et des bâtiments. Mais il a ajouté : « Je refuse que des décisions administratives soient prises, et que l'on vienne ensuite nous chercher quand il y a une crise. »

Enfin, je rejoins la remarque de Mme Angèle Prévile, sur la question du développement de la culture scientifique.

M. Alain Milon, président. – Mesdames, monsieur les rapporteurs, acceptez-vous de modifier votre rapport en fonction des propositions qui vous ont été faites ?

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Avant d'évoquer les suggestions des collègues, je souhaiterais vous dire que nous avons procédé à des modifications, de la page 100 à la page 102, pour tenir compte de la transmission, vendredi dernier, de la version initiale du rapport d'expertise de Santé publique France sur la constitution des stocks stratégiques. Nous avons inséré en annexe les deux courriels dont nous citons abondamment les extraits dans le rapport.

Nous vous proposons également d'insérer en annexe une note du 13 mars 2020 de la cellule de coordination interministérielle de logistique au DGS qui fait état du contexte de pénurie des équipements de protection individuelle. Ce document montre que l'État était bien conscient de l'existence d'une situation de pénurie de ces équipements, essentiels pour les professionnels de santé, quand bien même il a refusé pendant longtemps de qualifier de « pénurie » cette réalité.

En outre, à la page 355 du rapport, nous avons procédé à des corrections rédactionnelles et nous avons ajouté des précisions relatives aux échanges entre la DGS et Santé publique France sur l'opportunité de la publication de l'avis d'experts sur les contre-mesures en cas de pandémie grippale. La citation que nous avons ajoutée permet d'illustrer la conception initialement très restrictive qu'a la DGS des marges de manœuvre de Santé publique France dans la production d'expertise.

Par ailleurs, nous vous proposons le titre suivant : « Santé publique : pour un nouveau départ », avec, en sous-titre, « Leçons de l'épidémie de covid-19. »

Nous avons repris au début de l'avant-propos une citation d'Ernest Renan. Nous vous proposons finalement de lui substituer la citation suivante de René Char : « La lucidité est la blessure la plus rapprochée du soleil. »

Concernant les modifications suggérées par nos collègues, nous vous proposons, pour donner satisfaction notamment à nos collègues René-Paul Savary et Muriel Jourda, la rédaction suivante : « Redéployer les moyens humains et financiers des ARS vers les délégations départementales. »

Je vous propose enfin de répondre à la grande majorité des questions par courriels, les réponses figurant pour l'essentiel dans le rapport. Néanmoins, je puis vous dire tout de suite que le terme « public » sera ajouté et que nous apporterons des précisions sur le nombre de personnels en réanimation.

Je comprends que vous n'ayez pas eu le temps de lire le rapport dans son intégralité, mais sachez que les réponses à vos questions figurent pour la plupart d'entre elles dans le rapport.

Ces modifications et l'insertion des annexes sont adoptées.

Mme Laurence Cohen. – Dès lors que vous ne souhaitez pas prendre comme angle le manque de moyens des hôpitaux, il me semble que le titre du rapport ne convient pas.

M. Alain Milon, président. – Ce titre évoque la santé publique et non l'organisation de la santé ou des hôpitaux.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Le rapport fait référence, à plusieurs reprises, aux difficultés des hôpitaux. Mais il ne préconise pas, il est vrai, une réorganisation totale de la santé.

M. Alain Milon, président. – Il ne s'agit pas non plus d'un rapport sur les problèmes financiers de la sécurité sociale.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Nous avons démontré, non seulement les failles du système de soins préexistantes à la crise, qui ont été amplifiées par celle-ci, mais également celles d'une non-culture de santé publique, ce qui n'est pas le cas en Europe du Nord, notamment.

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. – Aucune modification plus importante, issue de nos remarques, ne sera donc apportée ? Je me demande alors à quoi a servi notre discussion.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Nous avons répondu à de nombreuses questions. Nous vous avons suggéré de formuler, par écrit, les modifications que vous souhaiteriez voir figurer, comme l'ont fait MM. Savary et Delahaye.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Je comprends la frustration et l'insatisfaction de certains collègues, et que Laurence Cohen a été la première à exprimer. Je vous ferai néanmoins remarquer que l'organisation des travaux de la commission dépend, non pas des rapporteurs, mais du bureau de la commission, dans lequel chaque groupe politique est représenté de sorte que chacun d'entre eux pouvait demander une réunion du bureau – c'est arrivé une fois, me semble-t-il.

Par ailleurs, je partage aussi le fait – mais il s’agit du Règlement du Sénat, je n’y peux rien – qu’il est compliqué d’examiner rapidement un rapport avant de se prononcer. Mais ce n’est pas nous qui fixons les règles – elles relèvent des textes applicables aux commissions d’enquête.

Lors de la réunion d’aujourd’hui, de nombreuses remarques ont été formulées, dont des demandes de précision. Nous avons essayé d’expliquer au mieux la façon dont nous avons travaillé pour produire ce rapport. Des collègues ont formulé des demandes précises de modification, parfois par écrit, et Catherine Deroche y a répondu. Mais il ne nous appartient pas d’écrire les amendements !

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – *Le travail a été difficile, le temps qui nous était imparti était très court. Et je sais bien qu’il est difficile de se plonger dans un rapport lorsque l’on n’en est pas le rapporteur. Néanmoins, nous avons hier reçu une contribution écrite du groupe CRCE, qui sera incluse.*

Concernant les questions de Vincent Delahaye, que nous avons également reçues hier, Mme Vermeillet y a répondu. Mais nous ne pouvons pas modifier un rapport sur le seul fondement des échanges que nous venons d’avoir, sans proposition précise et écrite.

M. René-Paul Savary. – *Le problème majeur est que nous n’avons pas eu le temps de lire de façon approfondie le rapport. Mais je suis persuadé que chacun des commissaires se retrouvera dans le chapitre qui l’intéresse.*

D’ailleurs, pouvons-nous garder le document confidentiel qui nous a été remis ?

M. Alain Milon, président. – *Non, ce n’est pas possible.*

M. René-Paul Savary. – *Cela pose problème : c’est en s’imprégnant d’un rapport de 400 pages que l’on peut s’en faire une bonne idée.*

Quoi qu’il en soit, je remercie les rapporteurs de ce travail extraordinaire et d’avoir pris en compte notre remarque, et je voterai ce rapport.

M. Martin Lévrier. – *Il serait important d’ordonner et de regrouper les préconisations sur une page ; est-ce envisageable ?*

M. Bernard Jomier, rapporteur. – *Oui, nous l’avons fait.*

M. Martin Lévrier. – *Je ne reviendrai pas sur notre frustration de ne pas avoir pu lire en profondeur ce rapport, mais c’est pour cette raison que je m’abstiendrai.*

M. Bernard Jomier, rapporteur. – *L’intervention de M. Lévrier me donne l’occasion de répondre à Mme de la Gontrie. Nous avons élaboré un document de synthèse d’une vingtaine de pages, qui présente une hiérarchisation des propositions.*

M. Alain Milon, président. – *Mes chers collègues, si vous demandiez avec force le report du vote afin que des modifications soient apportées, sachez que cela retardera la publication du rapport d’une semaine et, de fait, d’autant la conférence de presse, avec la présentation des différentes préconisations. Or, dans une semaine, à l’approche des fêtes de fin d’année, la presse sera passée à autre chose.*

Par ailleurs, je voudrais souligner que ce rapport est de bonne facture. Aussi, je vous invite à l'adopter, et non pas à vous abstenir.

Le rapport est adopté et la commission d'enquête en autorise la publication.

M. Alain Milon, président. – Je rappelle que le dépôt du rapport ouvre un délai de vingt-quatre heures au cours duquel il peut être demandé que le Sénat se réunisse en comité secret.

Il est décidé d'insérer le compte rendu de la réunion d'examen du rapport dans le rapport.

M. Alain Milon, président. – Mes chers collègues, je vous remercie, d'abord, de m'avoir désigné comme président de cette commission d'enquête, ensuite, d'avoir choisi des rapporteurs aussi compétents, qui ont réussi à travailler ensemble de manière intelligente et dans la bonne humeur.

Je remercie particulièrement René-Paul Savary d'avoir bien voulu me remplacer durant ma campagne électorale. Il a joué un rôle important dans la constitution de ce rapport, qu'il a d'ailleurs essayé de contester ce soir...

LISTE DES DÉPLACEMENTS

Déplacement à l'aéroport Roissy Charles-de-Gaulle

(lundi 14 septembre 2020)

15h00 visite d'un « parcours passager »

16h00 table ronde avec les interlocuteurs suivants :

- **Mme Sophie Wolfermann**, préfète déléguée pour la sécurité et la sûreté des plates-formes aéroportuaires de Paris - Charles-de-Gaulle, du Bourget et de Paris-Orly auprès du préfet de police

- un représentant du service médical d'urgence d'ADP
- un représentant de la police aux frontières
- un représentant de la gendarmerie des transports aériens
- un représentant de la DGAC
- un représentant des douanes
- un représentant de l'ARS
- un représentant de l'AP-HP
- un représentant d'une association représentant les compagnies aériennes : le *Board of Airline Representatives* (BAR) France
- un représentant d'une association des chefs d'escale

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LA COMMISSION D'ENQUÊTE

Par ordre chronologique

- **M. Jean Rottner**, président de la région Grand Est
- **Mme Josiane Chevalier**, préfète de la région Grand Est ;
Mme Brigitte Klinkert, présidente du conseil départemental du Haut-Rhin ;
M. Christophe Lanelongue, ancien directeur de l'ARS Grand Est
- **Dr Pascal Biltz**, médecin généraliste à Paris 19^e ; **M. Thomas Le Ba**, infirmier, président de la communauté professionnelle territoriale de santé de Paris 10^e ; **Dr Sabrina Kadri**, médecin généraliste à Paris 10^e ; **Mme Velyane Padoly**, infirmière libérale en Seine-Saint-Denis ; **Dr Yohann Saynac**, médecin généraliste, président de la communauté professionnelle territoriale de santé de Pantin ; **Dr Cédric Sétrouk**, pharmacien d'officine en Seine-Saint-Denis ; **Dr Vanessa Viomesnil**, médecin généraliste au sein de la communauté professionnelle territoriale de santé de Paris 18^e
- **M. Martin Hirsch**, directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ; **Mme Valérie Péresse**, présidente de la région Île-de-France ; **M. Aurélien Rousseau**, directeur général de l'ARS Île-de-France
- **Colonel Grégory Allione**, président de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF), accompagné de **M. Marc Vermeulen**, contrôleur général, conseiller du président de la FNSPF, chargé de la doctrine opérationnelle et de **M. le médecin-colonel Patrick Hertgen**, vice-président chargé du secours d'urgence aux personnes et du service de santé et de secours médical ; **Dr François Dolveck**, directeur des urgences du centre hospitalier de Melun - Marc Jacquet ; **Dr Christophe Prudhomme**, porte-parole de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF)
- **Mme Clara de Bort**, directrice générale de l'ARS Guyane ; **Mme Sophie Charles**, maire de Saint-Laurent-du-Maroni ; **M. Marc Del Grande**, préfet de la région Guyane ; **M. Christophe Robert**, directeur général du centre hospitalier de Cayenne
- **Mme Catherine Barbezieux Betinas**, directrice générale du centre hospitalier de Mayotte ; **Mme Dominique Voynet**, directrice générale de l'ARS Mayotte ; **Mme Joëlle Rastami**, membre de France Assos Santé Mayotte

- **M. Étienne Champion**, directeur général de l'ARS Hauts-de-France ; **Mme Marie-Cécile Darmois**, directrice de l'hôpital Saint-Lazare de Crépy-en-Valois ; **M. Bruno Fortier**, maire de Crépy-en-Valois ; **M. Louis Le Franc**, préfet de l'Oise ; **Mme Nadège Lefebvre**, présidente du conseil départemental de l'Oise ; **Pr Arnaud Fontanet**, directeur du département de santé globale de l'Institut Pasteur.

- **Pr Alain Mercat**, chef du service de médecine intensive-réanimation du CHU d'Angers ; **Dr Albert Birynczyk**, président du Syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée ; **Dr Bernard Llagonne**, chirurgien à la clinique d'Épernay ; **Dr Serge Smadja**, secrétaire général de SOS Médecins France ; **Dr Marc Noizet**, chef du pôle urgences et du SAMU à l'hôpital Muller de Mulhouse

- **M. François Baroin**, maire de Troyes et président de l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité ; **M. Frédéric Bierry**, président du département du Bas-Rhin et président de la commission « affaires sociales et solidarité » de l'Assemblée des départements de France ; **Mme Anne Hidalgo**, maire de Paris

- **Mme Joëlle Martinaux**, présidente de l'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (Unccas) ; **Mme Clémentine Cabrières**, directrice de l'Association française des aidants et **Marie-Reine Tillon**, présidente de l'Union de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)

- **M. Jean-Claude Brdenk**, vice-président du Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa) et directeur général délégué d'Orpéa, accompagné de **Mme Florence Arnaiz-Maumé**, déléguée générale du Synerpa ; **Mme Virginie Lasserre**, directrice générale de la cohésion sociale au ministère des solidarités et de la santé ; **Dr Pascal Meyvaert**, vice-président de la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en Ehpad (Ffamco) ; **M. Jean-Pierre Riso**, président de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa) ; **M. Pascal Champvert**, président de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)

- **Dr Sophie Crozier**, neurologue, coordinatrice de la démarche éthique pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ; **Pr Emmanuel Hirsch**, professeur d'éthique médicale, faculté de médecine, président du conseil pour l'éthique de la recherche et l'intégrité scientifique de l'Université Paris-Saclay et directeur de l'Espace éthique de la région Île-de-France

- **M. Patrick Chamboredon**, président du Conseil national de l'ordre des infirmiers ; **Mme Isabelle Derrenderger**, secrétaire générale du Conseil national de l'ordre des sages-femmes ; **Dr Serge Fournier**, président du Conseil national de l'ordre des dentistes ; **Mme Pascale Mathieu**, présidente du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; **Dr Jean-Marcel Mourgues**, vice-président du Conseil national de l'ordre des médecins ; **Dr Carine Wolf-Thal**, présidente du Conseil national de l'ordre des pharmaciens

- **Mme Sophie Beaupère**, déléguée générale d'Unicancer ; **M. Lamine Gharbi**, président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) ; **M. Antoine Perrin**, directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap) ; **M. Frédéric Valletoux**, président de la Fédération hospitalière de France (FHF)

- **Mme Katia Julienne**, directrice générale de l'offre de soins au ministère des solidarités et de la santé

- **Mme Catherine Simonin-Benazet**, vice-présidente et **M. Emmanuel Jammes**, délégué à la mission « société et politiques de santé » de la Ligue nationale contre le cancer ; **Mme Magali Leo**, responsable du plaidoyer de l'association Renaloo ; **M. Gérard Raymond**, président de France Assos Santé ;

- **Pr Claude Jeandel**, président du Conseil national professionnel de gériatrie

- **M. Jong-Moon Choi**, ambassadeur de la République de Corée en France ; **M. Philippe Lefort**, ambassadeur de France en République de Corée

- **M. François Chih-Chung Wu**, représentant de Taïwan en France ; **M. Jean-François Casabonne-Masonnave**, représentant de la France à Taïwan

- **Colonel Bruno Cunat**, ancien commandant de la base aérienne 110 de Creil

- **Mme Andrea Ammon**, directrice du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC)

- **Dr François Blanchecotte**, président du syndicat des biologistes médicaux ; **Pr Bruno Lina**, virologue au laboratoire de virologie des hospices civils de Lyon et membre du conseil scientifique ; **Pr Philippe Froguel**, endocrinologue et généticien, directeur de l'UMR Inserm 1283 et directeur de l'Institut européen de génomique du diabète (EGID)

- **M. Laurent Bendavid**, président de la Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique (CSRP) ; **Dr Philippe Besset**, président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) ; **Dr Gilles Bonnefond**, président de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) ; **M. Jacques Creyssel**, délégué général de la Fédération du commerce et de la distribution (FCD)

- **Pr Jean-François Delfraissy**, président du conseil scientifique, accompagné de **MM. Simon Cauchemez**, **Daniel Benamouzig**, **Mme Marie-Aleth Grard** et du **Pr Denis Malvy**, membres du conseil scientifique, et de **Mme Caroline Jaegy**, chargée de mission

- **Pr Didier Raoult**, directeur de l'Institut hospitalo-universitaire en maladies infectieuses de Marseille

- **Pr Dominique Costagliola**, épidémiologiste, membre de la cellule de crise de l'Académie des sciences ; **Pr Yazdan Yazdanpanah**, chef du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Bichat, directeur de l'Institut thématique d'immunologie, inflammation, infectiologie et microbiologie de l'Inserm (REACTing) et membre du conseil scientifique, accompagné du **Dr Marie-Paule Kieny**, conseillère scientifique auprès de REACTing et du **Dr Éric Dortenzio**, directeur scientifique de REACTing

- **Pr Antoine Flahault**, médecin de santé publique et épidémiologiste, directeur du *Global Health Institute* ; **Pr Franck Chauvin**, président du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), accompagné du **Pr Christian Chidiac**, président, et du **Pr Didier Lepelletier**, co-président, du groupe de travail « grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes » du HCSP ; **Pr Emmanuel Rusch**, président de la Société française de santé publique (SFSP), président de la Conférence nationale de santé (CNS) et du comité de contrôle et de liaison covid-19

- **Pr Jérôme Salomon**, directeur général de la santé ; **Pr Geneviève Chêne**, directrice générale et **Dr Nicole Pelletier**, directrice « alerte et crises », de Santé publique France ; **Dr François Bourdillon**, ancien directeur général de Santé publique France

- **Mme Marisol Touraine**, ancienne ministre de la santé
- **Mme Roselyne Bachelot**, ancienne ministre de la santé
- **Pr Didier Houssin**, **Dr Jean-Yves Grall** et **Pr Benoît Vallet**, anciens directeurs généraux de la santé

- **M. Gérald Darmanin**, ministre de l'intérieur
- **M. Xavier Bertrand**, ancien ministre de la santé
- **M. Bruno Sportisse**, président-directeur général de l'Institut national de recherche en sciences et technologies du numérique (Inria) ; **Mme Annelore Coury**, directrice déléguée à la gestion à l'organisation des soins, **Mme Carole Blanc**, directrice du réseau administratif et de la contractualisation, et **Mme Annika Dinis**, directrice opérationnelle du numérique et de l'innovation santé, de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)

- **Mme Florence Parly**, ministre des armées, accompagnée du **Dr Maryline Gyax Généro**, directrice centrale du service de santé des armées (SSA)

- **M. Christophe Castaner**, ancien ministre de l'Intérieur
- **Mme Sibeth Ndiaye**, ancienne porte-parole du Gouvernement ; **M. Yves Sciama**, président de l'Association des journalistes scientifiques de la presse d'information (AJSPI)

- **Mme Agnès Buzyn**, ancienne ministre des solidarités et de la santé
- **M. Olivier Véran**, ministre des solidarités et de la santé

- **M. Cédric O**, secrétaire d'État chargé de la transition numérique et des communications électroniques

- **Pr Hervé Bouaziz**, président de la Société française d'anesthésie-réanimation, accompagné du **Pr Marc Leone**, chef de service d'anesthésie-réanimation de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille ; **Pr Éric Maury**, président de la Société de réanimation de langue française, accompagné du **Dr Agnès Ricard-Hibon**, présidente de la Société française de médecine d'urgence et du **Dr Patrick Pelloux**, président de l'association des médecins urgentistes de France

- **M. Justin Breyse**, président de l'Intersyndicale nationale des Internes (ISNI), et **M. Julien Flouriot**, président du Syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP)

- **M. Louis Gautier**, ancien secrétaire général de la défense et de la sécurité nationale

- **Mme Claire Landais**, ancienne secrétaire générale de la défense et de la sécurité nationale

- **Dr Dominique Dunon-Bluteau**, responsable du département scientifique « biologie-santé » de l'Agence nationale de la recherche (ANR) ; **Dr Dominique Martin**, directeur général, **Dr Christelle Ratignier-Carbonneil**, directrice générale adjointe et **Dr Stéphane Vignot**, référent essais cliniques, de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM)

- **M. Édouard Philippe**, ancien Premier ministre

CONTRIBUTIONS DES GROUPES POLITIQUES

Contribution du groupe communiste républicain citoyen et écologiste (CRCE)

I. Des services publics débordés et des personnels épuisés, des décisions pyramidales sans concertations ni débats parlementaires

La pandémie de SARS-CoV-2 (ou Covid-19) apparue en décembre 2019 a entraîné dans le monde 1,5 millions de décès dont près de 54 000 en France au 3 décembre 2020. Malgré des discours rassurants début 2020 de la part notamment de l'ancienne Ministre de la Santé, quant au risque d'importation du virus depuis Wuhan, l'année 2020 fut marquée par deux confinements de la population d'environ 100 jours cumulés.

Si le nombre de contaminations et d'hospitalisations diminuent en France, une troisième vague est possible en 2021. Cette crise sanitaire mondiale a entraîné des bouleversements imprévisibles pour les gouvernements et sur les populations, et révélé les faiblesses des Etats.

Une gestion des stocks guidée par les économies

En France, la première phase a été marquée par un manque de préparation des autorités sanitaires, mais surtout par une pénurie de masques, de blouses, de gants, de gel hydro alcoolique, de bouteilles d'oxygène, de respirateurs en réanimation, de tests de dépistage et de médicaments. Les discours des autorités, parfois contradictoires d'un jour à l'autre, brouillant la lisibilité et la compréhension des messages, ont renvoyé une impression de désorganisation.

Ceci a grandement contribué à un climat anxieux dans la société française, dont on sent encore aujourd'hui les effets.

La gestion des stocks de masques a démontré les conséquences de la vision libérale de l'économie. Alors que la France était placée parmi les Etats les mieux préparés de l'Union européenne, sur l'organisation des stocks des produits de santé en 2009 avec 1 milliard de masques chirurgicaux et 537 millions de masques FFP2, les politiques de réduction des dépenses de santé sont passées par là. En effet, les subventions versées à l'EPRUS (prédécesseur de Santé Publique France) ont diminué de 56 % entre 2011 et 2015, et atteint 26 millions d'euros contre 281 millions d'euros en 2007.

Le non renouvellement des stocks stratégiques et des dysfonctionnements des gestionnaires ont entraîné une incapacité de l'Etat à faire face à la crise sanitaire et à apporter aux professionnels de santé les matériels de protection nécessaires.

Pour freiner la propagation du coronavirus, casser la chaîne de transmission et limiter le rebond épidémique, le gouvernement a rendu le port du masque obligatoire en France après avoir déclaré dans un premier temps qu'ils étaient inutiles. Les contre-indications de l'exécutif ont contribué à faire progresser la méfiance chez une partie de nos concitoyennes et concitoyens. De même, la façon dont a été pensée et conçue l'application Stop Covid, présageait son échec et a marqué l'un des fiascos de cette gestion.

Concernant les mesures de protection, et malgré les demandes répétées par notre groupe parlementaire, pour ne pas aggraver la précarité grandissante, le gouvernement a refusé de les faire prendre en charge par la Sécurité sociale.

Aux pénuries d'équipement de protection, se sont ajoutées, des ruptures de stocks de médicaments (notamment dans les services de réanimation), une saturation de la ligne d'urgence du Samu, une sur-sollicitation des personnels face aux manques de personnels dans les hôpitaux.

Un confinement et un arrêt des activités de production aux conséquences économiques dramatiques

Nombreux sont les professionnels de santé qui ont dénoncé le premier confinement, adopté en France, du 17 mars au 11 mai 2020 comme étant la conséquence des manques de moyens humains et des faibles investissements financiers des hôpitaux.

Cette période a entraîné de fortes conséquences économiques pour les salarié·es des activités considérées indispensables continuant leur métier, les salarié·es en télétravail et enfin celles et ceux mis en chômage partiel. Elle a eu également de fortes conséquences sociales avec des licenciements et des pertes de revenus. Ainsi, on assiste à une explosion de la précarité avec une hausse de 25% des demandes auprès des banques alimentaires. Selon plusieurs associations caritatives parmi lesquelles le Secours populaire et le Secours Catholique, 1,3 million de personnes supplémentaires ont sollicité des aides alimentaires depuis le début de la pandémie.

Certains publics sont particulièrement exposés. D'une part, les femmes victimes de violences dont les plaintes ont fortement augmenté durant cette période. D'autre part, les jeunes qui ont poursuivi leur scolarisation à domicile en télé-enseignement avec les conséquences de décrochage notamment dans les milieux populaires. En septembre, le

nombre de jeunes inscrits à Pôle-emploi a augmenté de 10% par rapport à 2019, ce qui fait craindre l'irruption d'une génération sacrifiée par les décisions gouvernementales sur la gestion de la Covid-19. Enfin, chez les personnes âgées, résidentes dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes elles ont été privées de visites et ont été victimes, faute de mesures suffisantes liées au manque de moyens, de surmortalité. Les débats sur l'éthique ont démontré, l'importance de concilier la coercition des mesures sanitaires de protection et la nécessité de préserver une proportionnalité avec les libertés individuelles.

Notre groupe a régulièrement alerté sur le fait que les mesures exceptionnelles prises en situation d'urgence sanitaire devaient être proportionnées, non discriminatoires et limitées dans le temps.

Les différents projets de loi liés à l'Etat d'urgence ont au contraire entériné de nombreuses dispositions attentatoires aux libertés individuelles, et mis en place des dispositifs dérogatoires au droit commun, qui ont tendance à être ensuite pérennisés.

La pandémie de la Covid-19 a donc bouleversé la vie de l'ensemble de nos concitoyennes et concitoyens en mettant à mal les relations sociales. Les conséquences sur le plan psychique sont lourdes avec une forte augmentation de la dépression, face à une crise dont le gouvernement semble incapable de dessiner un horizon. Alors que le recours à des consultations psychiatriques augmentent, le gouvernement n'a annoncé aucune aide supplémentaire pour ces services déjà largement sous dotés.

Une concentration des pouvoirs entre les mains de l'exécutif

Enfin, concernant la gestion de la pandémie, les décisions ont été prises dans un cercle limité au Président de la République, au Premier Ministre et au Ministre de la santé. Elles ont été prises sans associer en amont les parlementaires, les élus locaux, les organisations syndicales ou les associations de patient·es, mais uniquement autour de certains membres du gouvernement conseillés par un groupe d'experts.

L'absence de concertation et de débats avec les représentants du peuple ont contribué à un isolement du gouvernement et à une déconnexion des décisions vis-à-vis de la réalité du terrain. Le vote sur la stratégie de déconfinement a été à ce titre très éloquent, avec uniquement un débat, sans possibilité d'amender ou de faire des propositions. Le Parlement a été réduit à une chambre d'enregistrement, bafouant ainsi la démocratie.

Pourtant, dès le 30 avril dernier, devant le Sénat, le président du Conseil scientifique avait mis en garde sur le risque de deuxième vague de Covid-19, sans que le gouvernement ne semble avoir tiré les conséquences de la première vague.

Les auditions de la commission d'enquête du Sénat sur la gestion de la Covid-19 ont été une succession d'alertes sur la nécessité d'anticiper la deuxième vague.

Ainsi, le 14 octobre, Patrick Pelloux, Président de l'Association des médecins urgentistes hospitaliers de France, a alerté les sénatrices et sénateurs de la commission en prévenant que la vague étant cette fois nationale, les renforts de personnels d'une région à l'autre ne seraient pas envisageables.

II. Les conséquences de trente ans de politiques d'austérité qui ont affaibli les services publics et la souveraineté

Les services publics affaiblis par trente ans d'austérité

Alors que les chercheurs pointent des « défauts manifestes d'anticipation, de préparation et de gestion » de la Covid-19 notamment sur la disponibilité des masques, la coordination entre les différents acteurs et sur le déploiement des tests, la pandémie a révélé l'affaiblissement des services publics.

Depuis des années, et plus encore en 2019, la recherche française et les personnels de santé ont crié leurs colères et leurs détresses.

Les gouvernements successifs sont restés fixés sur leurs objectifs de réduction d'activité de l'hôpital public et ont refusé d'écouter les propositions des personnels soignants, administratifs et ouvriers tout en privilégiant les structures privées lucratives.

Le dévouement des personnels hospitaliers qui ont effectué un travail remarquable n'a pas suffi pour empêcher le deuxième confinement face à la pandémie de la Covid-19. La diminution continue des moyens depuis des années, la fermeture de 100 000 lits d'hospitalisation en vingt ans, la perte d'attractivité des métiers de la santé et du médico-social associée aux réductions de personnels ont considérablement affaibli le service public de santé.

Contrairement aux déclarations de l'ancienne ministre de la santé, Agnès Buzyn assurant avoir « préparé notre système de santé », les établissements étaient déjà saturés avant la crise et ont donc été contraints de déprogrammer de nombreuses opérations, pour tenter de limiter la "casse".

L'obstination de l'Union européenne et des gouvernements successifs de réduire les dépenses de santé, ont démantelé ses capacités pour faire face à une crise. La pandémie de la Covid-19, a servi de révélateur des conséquences du libéralisme économique appliquée à notre système de santé depuis trente-ans.

Ainsi, selon le rapport de l'Assemblée nationale, sur la gestion de la pandémie, la France est au 4ème rang des pays les plus touchés en Europe. Alors que la moyenne dans l'Union européenne a été de 532 décès pour 1 million d'habitantes, celle de la France a atteint 727 décès.

Ces chiffres révèlent un manque d'anticipation de coordination entre les services interministériels, décentralisés et déconcentrés.

La question n'est pas tant celle de la suppression des Agences Régionales de Santé (ARS) et du transfert de la compétence sanitaire aux préfetures que leurs missions et leurs modes de gouvernance. Actuellement les ARS appliquent les politiques d'austérité décidées par le gouvernement en matière de santé en ordonnant aux hôpitaux de fermer les services jugés non rentables. Les directions générales des ARS décident dans une absence totale de transparence et de contre-pouvoirs des représentants syndicaux hospitaliers, des élus locaux et des parlementaires.

Les collectivités territoriales ont suppléé les défaillances de l'Etat

De même, notre groupe tient à souligner le rôle essentiel joué par les collectivités territoriales durant la crise sanitaire. Alors que l'Etat était aux abonnés absents, les villes, les départements, les régions ont répondu présentes et se sont mobilisées dès les premiers instants pour commander des masques et assurer leur acheminement auprès des populations. Ces mêmes collectivités ont également pris en charge, en lien avec des associations, la distribution d'aide alimentaire pour de nombreuses familles. Tout ceci a entraîné des dépenses considérables pour les collectivités, qui auraient dû être de la responsabilité de l'Etat.

Trente années de politique industrielle qui ont consacré la délocalisation et la réduction des coûts de production, ont entraîné le départ des entreprises et du savoir-faire industriel de notre pays. Les gouvernements ont laissé disparaître certaines entreprises d'utilité vitale pour le pays, comme par exemple l'entreprise de Luxfer à Gerzat qui était jusqu'en 2019 la seule en Europe à fabriquer des bouteilles d'oxygène à usage médical.

La société Famar, à Lyon qui produit la Nivaquine, dont l'une des molécules est utilisée par certains médecins pour le traitement en phase initiale de la maladie, était en redressement judiciaire, sans proposition de reprise, de réquisition ou de nationalisation en pleine pandémie.

Enfin, l'entreprise Peters Surgical, à Bobigny, leader européen du dispositif médical à usage unique et fabriquant des sondes des services de réanimation, a fermé en juin 2020.

Ces trois exemples illustrent l'affaiblissement industriel de la France ces deux dernières années qui participent de l'affaiblissement médical à faire face à la crise sanitaire. Ces situations qui résultent de choix politiques et

financiers ont accru la dépendance industrielle de notre pays et son incapacité, en pleine pandémie, à avoir recours aux importations habituelles. La question de notre souveraineté et la maîtrise de nos outils de productions est absente de la politique du gouvernement pour préparer l'avenir.

La pandémie a renforcé les inégalités sociales

Selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) sur les populations les plus atteintes par les pathologies susceptibles de conduire à des formes graves de Covid-19, plusieurs constats :

Les cadres, les professions intermédiaires et les agriculteurs y sont moins exposés que les employés et les ouvriers, ouvrières. Les personnes appartenant au cinquième de la population ayant les revenus les plus faibles ont, toutes choses égales par ailleurs, une fois et demie plus de risques d'avoir une de ces comorbidités que les personnes appartenant au cinquième de la population ayant les revenus les plus élevés. Ces inégalités sont les plus fortes pour l'obésité, mais elles s'observent aussi pour les autres pathologies facteurs de vulnérabilité face au Covid-19.

Aux conditions de travail, s'ajoutent les inégalités d'accès aux soins. Les retards de prise en charge des soins urgents, observés durant le confinement au travers d'une chute des recours aux urgences pour des pathologies à risque vital (baisse des recours de l'ordre de 40 % pour les cardiopathies ischémiques, baisse de près de 30 % pour les accidents vasculaires cérébraux) sont particulièrement inquiétants, de même que les dépistages tardifs des cancers qui constituent une perte de chance pour les patients et patientes.

La crise sanitaire que nous traversons ne fait que jeter une lumière plus crue sur l'importance et le caractère multidimensionnel des inégalités qui traversent notre pays.

Elle met l'accent sur les risques spécifiques auxquels font face les populations les plus fragiles exposées à une « double » ou une « triple peine » face au Covid-19, souvent liés à l'impact du virus couplé à l'impact du confinement, et appelle donc à une vigilance accrue.

En réalité, la gestion de la pandémie de la Covid-19 a révélé la politique de classe du gouvernement qui a stoppé l'activité économique tout en prenant en charge les frais des entreprises, et en envoyant en première ligne les caissières et les caissiers, les aides à domicile, les personnels d'entretiens, de chantiers etc. La générosité de l'Etat ne s'est pas manifestée pour ces premiers de corvée qui ont été les grands oubliés des choix du gouvernement.

Les grandes entreprises ont pu bénéficier de prêts garantis par l'Etat tout en licenciant ou tout en distribuant de généreux dividendes à leurs actionnaires .

III. Investir aujourd'hui dans les services publics pour anticiper l'avenir

Renforcer les services publics et la Sécurité sociale

Pourtant une autre politique de santé est possible en rétablissant la démocratie sanitaire, en renforçant les services publics et la Sécurité sociale et en luttant contre les inégalités. La pandémie de Covid-19 a démontré l'importance de l'instauration d'une véritable démocratie sanitaire partagée par une majorité de la population et d'élus locaux.

De même, il ne suffit pas de consulter les parlementaires mais de les associer véritablement aux prises de décisions. L'urgence de la crise n'est pas contradictoire avec la démocratie, au contraire.

La pandémie de la Covid-19 a démontré, en priorité, l'urgence de sortir du carcan du libéralisme économique.

Le premier levier, consiste à renforcer les services publics et la Sécurité sociale. La Sécurité sociale a assuré l'accès aux soins et le versement des prestations sociales y compris dans une période où le télétravail était la norme et la population confinée. Elle a fait la démonstration de sa capacité d'adaptation face aux assurances et complémentaires privées lucratives qui ont refusé d'indemniser leurs adhérents.

Il faut lui donner les moyens humains et financiers pour rattraper le retard accumulé, en garantissant un niveau d'ONDAM (Objectif National des dépenses d'assurance maladie) à la hauteur de l'évolution naturelle des dépenses (soit près de 4,5% par an). Il faut recruter 100 000 personnels dans les hôpitaux et 300 000 personnels sur trois ans dans les EHPAD, sans oublier le secteur de l'aide à domicile.

L'anticipation des crises doit conduire à augmenter les moyens dédiés à la formation des personnels hospitaliers, à l'augmentation des salaires des personnels hospitaliers et du secteur médico-social, à augmenter le nombre de lits d'hospitalisation et de réanimation, en mettant à contribution les revenus financiers, les assureurs, et en supprimant les exonérations de cotisations patronales.

Rétablir la souveraineté pharmaceutique et la démocratie sanitaire

La prochaine étape de la gestion de la Covid-19 sera l'organisation de l'accès à la vaccination. Il faut en premier lieu s'assurer que le vaccin, ne

soit pas guidé par la recherche de profits des laboratoires pharmaceutiques, au détriment de la santé publique.

Dans la continuité de l'initiative citoyenne européenne « Pas de profit sur la pandémie » qui rassemble très largement une large coalition de travailleurs, d'ONG, de groupes de militantes, d'associations, de partis politiques et d'experts de la santé au niveau français comme européen, les vaccins et les traitements anti-pandémie doivent être un bien public mondial, librement accessible à toutes et tous.

C'est également le sens de notre proposition de loi visant la création d'un pôle public du médicament et des produits médicaux. Elle rejoint la recommandation de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale puisque ce pôle public vise à consolider les capacités de productions françaises de ses stocks sur le territoire national. Le Pôle public du médicament vise à produire et garantir la continuité d'approvisionnement des médicaments et dispositifs médicaux dans notre pays mais également renforcer la démocratie sanitaire en confiant sa gestion à un conseil d'administration composé des partenaires sociaux, des professionnels de santé, des usagers, de l'Assurance-maladie et des élus.

Les futurs vaccins, comme les matériels de protection doivent bénéficier d'une prise en charge à 100% par la Sécurité sociale, au même titre que l'accès aux soins et aux médicaments.

Investir massivement dans la prévention publique

Il faut en finir avec la culture du tout curatif dans notre système de santé, et consacrer les moyens nécessaires pour une politique de prévention sanitaire à la hauteur des enjeux.

Concernant la pandémie de la Covid-19, la campagne de dépistage menée par le gouvernement a été critiquée, notamment concernant son absence de stratégie. L'épidémiologiste Catherine Hill, a critiqué « les erreurs de stratégie » du gouvernement. « On se concentre sur les cas symptomatiques, alors que les porteurs asymptomatiques représentent environ la moitié des cas (...) Aujourd'hui, trois cas détectés sur quatre ne sont pas cas contact d'un cas connu. Il faut dépister à beaucoup plus grande échelle », martèle la chercheuse depuis des mois.

Afin de réaliser le traçage le gouvernement a tout misé sur l'application StopCovid au détriment des « brigades » d'enquêteurs mises en place par l'Assurance-maladie pour permettre de réaliser ce traçage, destiné à casser les chaînes de contamination. Avec l'emballement de l'épidémie et en l'absence de moyens humains et financiers suffisants, les brigades n'ont pas pu suivre le rythme. Il faut par conséquent donner les moyens de suivre les pandémies en dotant l'Assurance-maladie de personnels supplémentaires pour réaliser un dépistage qualitatif plutôt que quantitatif.

En conclusion, la pandémie de Covid-19 a démontré l'échec des politiques d'affaiblissement des services publics. Le gouvernement refuse de sortir du logiciel libéral et préfère préserver les intérêts des établissements financiers en confinant la population au mépris des libertés individuelles.

Contrairement au rapport de la commission d'enquête qui a fait l'impasse sur les politiques d'austérité menées depuis plus de 20 ans, notre groupe estime qu'elles sont l'une des causes principales de la saturation de notre système de santé.

Alors qu'un rapport de l'Unesco du 29 octobre prédit que les pandémies vont augmenter en fréquence et en gravité si l'on ne s'attaque pas à l'érosion de biodiversité, les gouvernements doivent mettre l'écologie au cœur des décisions politiques.

Le groupe Communiste Républicain Citoyen et Ecologiste propose un avenir qui permette de faire face avec humilité mais conviction en planifiant le renforcement des services publics et de la Sécurité sociale, en menant une véritable politique de prévention et de dépistage et enfin en assurant une démocratie sanitaire et politique pour rétablir la souveraineté de la France sur les intérêts particuliers des marchés financiers et des industriels pharmaceutiques.

Pour l'ensemble de ces raisons, le groupe s'abstient sur le vote du rapport de la Commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la Covid-19 et de sa gestion.

AUTRES TRAVAUX DU SÉNAT

- **Versés aux travaux de la commission d'enquête :**

- étude de législation comparée : [recueil des notes de synthèse LC292 : De mars à octobre 2020](#)

- rapport d'information de la commission des lois : [rapport d'information n°609 \(2019-2020\)](#) de MM. Philippe Bas, François-Noël Buffet, Pierre-Yves Collombat, Mmes Nathalie Delattre, Jacqueline Eustache-Brinio, Françoise Gatel, MM. Loïc Hervé, Patrick Kanner, Alain Richard, Jean-Pierre Sueur et Dany Wattebled, fait au nom de la commission des lois, déposé le 8 juillet 2020, *Mieux organiser la Nation en temps de crise (justice, sécurité, collectivités et administrations territoriales, élections) - Rapport final sur la mise en œuvre de l'état d'urgence sanitaire*

- **Autres travaux de contrôle des commissions et délégations consacrés à la gestion de la crise sanitaire**

- [Rapport d'information n° 500 \(2019-2020\)](#) de MM. Joël Guerriau, Ronan Le Gleut et Mme Hélène Conway-Mouret, fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, déposé le 10 juin 2020 : *Suivi de l'impact géopolitique de la crise sanitaire pour l'Union Européenne*

- [Rapport d'information n° 501 \(2019-2020\)](#) de M. Jean-Marie Bockel et Mme Christine Prunaud, fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, déposé le 10 juin 2020 : *Suivi de l'action du service de santé des armées pendant la crise sanitaire*

- [Rapport d'information n° 502 \(2019-2020\)](#) de MM. Olivier Cadic et Rachel Mazuir, fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, déposé le 10 juin 2020 : *Suivi de la cybermenace pendant la crise sanitaire*

- [Rapport d'information n° 525 \(2019-2020\)](#) de MM. Robert del Picchia et André Vallini, fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, déposé le 17 juin 2020 : *Suivi de l'impact de la crise sanitaire sur l'enseignement français à l'étranger*

- [Rapport d'information n° 526 \(2019-2020\)](#) de MM. Jean-Pierre Grand et Rachid Temal, fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, déposé le 17 juin 2020 : *Suivi du rapatriement des Français de passage à l'étranger pendant la crise sanitaire*

- [Rapport d'information n° 527 \(2019-2020\)](#) de Mme Joëlle Garriaud-Maylam et M. Raymond Vall, fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, déposé le 17 juin 2020 : *Suivi de l'audiovisuel extérieur français face à la crise sanitaire*

[Rapport d'information n° 535 \(2019-2020\)](#) de Mme Sophie Primas, fait au nom de la commission des affaires économiques sur le plan de relance, déposé le 17 juin 2020 : *Remettre notre économie sur les rails : une relance verte, décentralisée et européenne*

[Rapport d'information n° 560 \(2019-2020\)](#) de M. Jean-Pierre Vial et Mme Marie-Françoise Perol-Dumont, fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, déposé le 24 juin 2020 : *Soutenir l'Afrique face au coronavirus*

[Rapport d'information n° 579 \(2019-2020\)](#) de MM. Jean-Marie Bockel et Éric Kerrouche, fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, déposé le 1^{er} juillet 2020 : *Les élus locaux et le confinement : enseignements de la consultation nationale du Sénat*

[Rapport d'information n° 597 \(2019-2020\)](#) de Mme Annick Billon, M. Max Brisson, Mmes Laurence Cohen, Laure Darcos, Joëlle Garriaud-Maylam, Françoise Laborde, M. Marc Laménie, Mme Claudine Lepage, M. Claude Malhuret, Mmes Noëlle Rauscent, Laurence Rossignol, Maryvonne Blondin, Marta de Cidrac et Nassimah Dindar, fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, déposé le 7 juillet 2020 : *Violences envers les femmes et les enfants : un confinement sans fin*

[Rapport d'information n° 605 \(2019-2020\)](#) de MM. Pascal Allizard et Michel Boutant, fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, déposé le 8 juillet 2020 : *L'industrie de défense dans l'oeil du cyclone*

[Rapport d'information n° 607 \(2019-2020\)](#) de MM. Philippe Bas, François-Noël Buffet, Pierre-Yves Collombat, Mmes Nathalie Delattre, Jacqueline Eustache-Brinio, Françoise Gatel, MM. Loïc Hervé, Patrick Kanner, Alain Richard, Jean-Pierre Sueur et Dany Wattebled, fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, déposé le 8 juillet 2020 : *10 premiers jours d'état d'urgence sanitaire*

[Rapport d'information n° 608 \(2019-2020\)](#) de MM. Philippe Bas, François-Noël Buffet, Pierre-Yves Collombat, Mmes Nathalie Delattre, Jacqueline Eustache-Brinio, Françoise Gatel, MM. Loïc Hervé, Patrick Kanner, Alain Richard, Jean-Pierre Sueur et Dany Wattebled, fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, déposé le 8 juillet 2020 : *Covid-19 : deuxième rapport d'étape*

[Rapport d'information n° 620 \(2019-2020\)](#) de M. Stéphane Artano, Mmes Viviane Artigalas et Nassimah Dindar, fait au nom de la délégation sénatoriale aux outre-mer, déposé le 9 juillet 2020 : *Urgence économique outre-mer à la suite de la crise du Covid-19*

[Rapport d'information n° 625 \(2019-2020\)](#) de MM. Jean-Marie Bockel, François Bonhomme, Daniel Chasseing, Mme Josiane Costes, MM. Mathieu Darnaud, Marc Daunis, Bernard Delcros, François Grosdidier, Charles Guené, Éric Kerrouche, Antoine Lefèvre, Christian Manable et Pascal Savoldelli, fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, déposé le 10 juillet 2020 : *Les collectivités territoriales face au Covid-19*

[Rapport d'information n° 667 \(2019-2020\)](#) de Mme Catherine Morin-Desailly, fait au nom de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication, déposé le 22 juillet 2020 : *Culture, éducation, recherche, sport et communication : penser l'avenir malgré la crise sanitaire*

Note de Mmes Laure Darcos, Catherine Morin-Desailly, MM. Pierre Ouzoulias, Stéphane Piednoir et Mme Sonia de la Provôté, faite au nom du groupe de travail covid-19 « Recherche » de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication, 11 juin 2020, [Conclusions des travaux du groupe de travail covid-19 « Recherche »](#)

ANNEXES

• Mail du DGS au DG de Santé publique France, jeudi 21 février 2019 à 8h47

↳ Répondre → Transférer Autre

Sujet

De : SALOMON, Jérôme (DGS) [<mailto:Jerome.SALOMON@sante.gouv.fr>]
Envoyé : jeudi 21 février 2019 08:47
À : BOURDILLON Francois <francois.bourdillon@santepubliquefrance.fr>
Cc : AMPROU, Anne-Claire (DGS) <Anne-Claire.AMPROU@sante.gouv.fr>; METTENDORFF Martial <martial.mettendorff@santepubliquefrance.fr>
Objet : RE: avis des experts sur la stratégie d'acquisition des contre mesures médicales face à une pandémie grippale
Importance : Haute

Cher François,

Je te rejoins parfaitement sur le fait que cet avis doit être publié et, plus largement, que tous vos avis soient publiés. Tu connais mon attachement à la transparence.

Dans ce cas précis, je te remercie d avoir supprimé la saisine initiale de la DGS de votre avis.

En ce qui concerne les parties qui n étaient pas couvertes par la saisine initiale, la position du groupe d experts de SPF est délicate et risquée. L avis est rédigé de façon ambiguë entre le besoin en contre-mesures médicales et le volume de stock nécessaire. Il faut absolument dissocier les deux. En effet, comment concevoir, sauf à vous décharger sur la DGS puisque vous agissez au nom de l Etat pour la question des stocks, qu un groupe d experts de SPF recommande la constitution d un stock d antibiotiques ou laisse penser que le stock de masques doit être autour de 1 milliard et que l établissement pharmaceutique de SPF n ait pas constitué des stocks à hauteur de ce qui est recommandé .

L une des solutions pourrait alors être de modifier la rédaction de certaines formulations afin de centrer l avis sur les besoins en contre-mesures médicales. Ensuite, il reviendra aux autorités de définir le stock nécessaire, en prenant en compte notamment les disponibilités des produits sur le marché.

Je souhaite éviter de nous mettre en situation de prendre des décisions précipitées, qui pourraient nous mettre en difficultés collectivement, y compris sur le plan budgétaire. C est une mesure conservatoire qui vise à vous protéger et à nous protéger.

Comme convenu en bilatérale, je vais saisir le HCSP sur le nouvel antiviral, après avoir reçu des premiers éléments de l ANSM. Il me semble en effet plus protecteur pour nous tous de séparer le processus d expertise pour l opportunité de recourir à des éventuelles contre-mesures médicales (notion de besoin en contre-mesures) du processus d expertise, en aval, pour la détermination du volume du stock adéquat.

A ta disposition pour en discuter

Jérôme

PS : pour le Baloxavir marboxil, j ai regardé les données et l intérêt thérapeutique ne semble pas majeur au regard de l oseltamivir, seule la prise unique semble être intéressante.

Pr Jérôme SALOMON
Directeur général de la Santé

• **Mail du DG de Santé publique France, vraisemblablement au DGS, à une date manifestement postérieure au jeudi 21 février 2019 à 8h47**

↳ Répondre → Transférer Autres

Sujet

Voici donc en retour l avis dans lequel j ai retiré (en mode révision donc visible pour vous) toute allusion à un stock chiffré notamment pour les masques et les ATB. Le fait de l enlever ces éléments spécifiques ne me semblent pas problématique pour peu que le reste de l avis du comité sur les questions vaccins, ATB, masques et respirateurs demeure.

Cependant, j attire ton attention sur le fait que ces modifications doivent obtenir l aval des experts avant publication et que nous devons leur donner une explication ce qui ne va pas être simple tant l indépendance de l expertise est un sujet sensible.

Regarde quand même si cela vaut le coup. Je n en suis pas sûr personnellement. Cette expertise n est somme toute qu un avis ; la décision est du ressort de l Etat et prenons le temps de la concertation ensemble sur la constitution du stock.

Amitiés

François

François Bourdillon

Directeur général

• **Recommandation initiale du rapport Stahl¹ relative à la constitution d'un stock stratégique de masques et à son dimensionnement, août 2018**

• *Les masques*

- ✓ Les recommandations d'utilisation des masques en cas de pandémie n'ont pas à être modifiées : patients symptomatiques dans la communauté, et en milieu hospitalier, masques de soins portés dès l'entrée en chambre d'un malade et masques FFP2 pour les soins invasifs ou à risque respiratoire.
- ✓ L'importance d'un stock est à considérer en fonction des capacités d'approvisionnement garanties par les fabricants. La base de calcul est d'une boîte de 50 masques par foyer de malade. En cas d'atteinte de 30 % de la population, le besoin est 20 millions de boîtes.
- ✓ Le stock doit être positionné au plus près des utilisateurs, avec un processus de distribution simple et lisible dans la communauté.
- ✓ Le stock devrait être renouvelé pour éviter d'atteindre la date de péremption des masques. Il convient plutôt de constituer un stock minimal à renouveler, l'objet étant que ce stock puisse tourner pour être utilisé dans les établissements de santé et médico-sociaux un an avant leur péremption.
- ✓ Certaines associations en charge de patients particulièrement défavorisés devraient être dotées d'un stock de masques à distribuer.

¹ Avis d'experts relatif à la stratégie de constitution d'un stock de contre-mesures médicales face à une pandémie grippale.

• **Recommandation du rapport Stahl rendue publique en mai 2019**

Relatives aux autres mesures

- *Les masques*
- Les recommandations d'utilisation des masques en cas de pandémie n'ont pas à être modifiées :
 - dans la communauté : masques de soins portés par les patients symptomatiques
 - en milieu hospitalier : masques de soins portés dès l'entrée en chambre d'un malade et masques FFP2 pour les soins invasifs ou à risque respiratoire.

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / Avis d'experts relatifs à la stratégie de constitution d'un stock de contre-mesures médicales face à une pandémie grippale / p. 5

- En cas de pandémie, le besoin en masques est d'une boîte de 50 masques par foyer, à raison de 20 millions de boîtes en cas d'atteinte de 30% de la population.
- L'importance du stock est à considérer en fonction des capacités d'approvisionnement garanties par les fabricants.
- Le stock doit être positionné au plus près des utilisateurs, avec un processus de distribution simple et lisible dans la communauté.
- Le stock devrait être renouvelé pour éviter d'atteindre la date de péremption des masques. Il convient plutôt de constituer un stock minimal à renouveler, l'objectif étant que ce stock puisse tourner pour être utilisé dans les établissements de santé et médico-sociaux un an avant leur péremption.
- Certaines associations en charge de patients particulièrement défavorisés devraient être dotées d'un stock de masques à distribuer.

• **Note du chef de la cellule de coordination interministérielle logistique – moyens sanitaires, adressée le 13 mars 2020 au Directeur général de la santé**



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA SANTÉ
DIRECTION DE CRISE COVID19
Cellule de coordination interministérielle
logistique & moyens sanitaires
D-20-06693

Le 13 mars 2020

NOTE
à
Destinataires in fine

OBJET : Schéma directeur de stockage et de distribution des masques – stades 2+ et 3.

Contexte

Le passage au stade 2+ pour les zones à forte circulation du virus et potentiellement au stade 3 pour le territoire national, impliquera d'apporter à partir des stocks stratégiques une ressource suffisante pour assurer l'équipement des professionnels de santé constituant le secteur ambulatoire et maintenir le niveau d'équipement du secteur hospitalier et des EPHAD. Dans le contexte de pénurie des équipements de protection, l'approvisionnement doit être le plus précis et efficace pour assurer une économie maximale de la ressource.

Au regard des contraintes logistiques des grossistes répartiteurs et des faibles possibilités de stockage des officines, la fréquence hebdomadaire de ravitaillement est privilégiée pour le circuit des professionnels de santé libéraux.

Les circuits de distribution sont décrits en annexe 1.

Les *groupements hospitaliers de territoire* (GHT) constituent un échelon stratégique en recevant et assurant la distribution des masques, sous le contrôle de l'*agence régionale de santé* (ARS), aux différents bénéficiaires prioritaires (établissements de santé, EPHAD). En ce qui concerne les professionnels de santé libéraux, l'officine de pharmacie constitue l'échelon de distribution optimal.

Les circuits proposés sont invariants en stade 2+ ou en stade 3. Seules des opérations ciblées sur des départements prioritaires en stade 2+ diffèrent d'une manœuvre nationale en stade 3.

1. Ressources à engager :

Au vu de la clef de répartition issue de la doctrine, **31,38 millions** de masques pour **1 semaine** (24,4 millions de masques pour les professionnels de santé libéraux et 6,97 millions de masques pour les ES et EPHAD) sont nécessaires pour alimenter les flux logistiques.

Les dotations réparties sur chacun des points de distribution sont calculées sur la base de la doctrine d'emploi.

2. Délais de mise en œuvre :

L'activation de ces circuits de distribution nécessite un délai de 4 jours ouvrés entre la décision de mise à disposition et la livraison effective de l'ensemble des bénéficiaires.

Une opération ciblée sur un département peut être réalisée en 2 à 3 jours ouvrés.

3. Principes généraux :

Les principes suivants doivent guider la manœuvre logistique destinée aux ES et aux EPHAD :

- la réception et le stockage de la dotation pour une période donnée est mise à disposition d'un territoire sont assurés par chacun des établissements siège de GHT ;
- l'établissement support du GHT est dépositaire du stock qui reste la propriété de l'Etat;
- l'ARS pilote l'ensemble de l'opération, arbitre et réalloue le stock aux établissements sur sa zone de responsabilité (établissements publics et privés, EPHAD) ;
- l'ARS veille à communiquer au gestionnaire de stock du GHT la liste des bénéficiaires identifiés et des quantités allouées à chacun d'eux ;
- l'ARS, détermine, avec l'établissement siège de GHT, les modalités de mise à disposition aux destinataires finaux (réalisation de tournée de livraison ou demande de déplacement aux entités désignées) ;
- l'établissement siège de GHT doit assurer la traçabilité des opérations ainsi que l'inventaire des stocks Etat.

Pour les professionnels de santé libéraux, la délivrance de leurs moyens de protection se fait par les officines qui sont approvisionnées par les filières habituelles reposant sur les grossistes répartiteurs pharmaceutiques.

4. Points d'attention :

- L'état contraint de la ressource (stocks, commandes en cours, réquisitions, possibilité d'acquisitions à l'étranger, dons) impose de procéder à des arbitrages réguliers au vu de la doctrine d'emploi des masques ;
- La pandémie impactera l'ensemble des opérateurs logistiques. L'absentéisme éventuel des agents pourra remettre en question les délais de livraison, la disponibilité des vecteurs, l'accès aux plateformes logistiques et plus sensiblement l'appareil de production français ;
- La gestion locale de la ressource par les différents opérateurs sera facilitée par la parfaite connaissance de la doctrine et plus particulièrement des quantités restrictives accordées à chaque acteur du système de santé.

Martial METTENDORFF-IGAS
Chef de la CCIL&MS

Original signé

DESTINATAIRES :

- Monsieur le professeur Jérôme SALOMON, directeur de crise Covid-19, directeur général de la santé.
- Monsieur le préfet Thomas DEGOS, chef de la task force interministérielle.