

## SOMMAIRE ANALYTIQUE

### COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES..... 10389

- *Audition de M. Éric Doligé, préalable à sa nomination par le Président du Sénat pour siéger au Haut Conseil des finances publiques (HCFP), en application de l'article 11 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques* ..... 10389
- *Audition de M. François Toujas, en application de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique, candidat à son renouvellement à la présidence du conseil d'administration de l'Établissement français du sang* ..... 10394
- *Désignation d'un rapporteur* ..... 10400

### COMMISSION DES FINANCES..... 10401

- *Contrôle budgétaire – Moyens du contrôle fiscal - Communication* ..... 10401
- *Audition de M. Éric Doligé, préalable à sa nomination par le Président du Sénat pour siéger au Haut Conseil des finances publiques (HCFP), en application de l'article 11 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques* ..... 10406

### 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..... 10413

- *Audition de Mmes Catherine Barbezieux Betinas, directrice générale du centre hospitalier de Mayotte, Dominique Voynet, directrice générale de l'ARS de Mayotte et Joëlle Rastami, membre de France Assos Santé Mayotte*..... 10413
- *Audition de M. Étienne Champion, directeur général de l'ARS des Hauts-de-France, Mme Marie-Cécile Darmois, directrice de l'hôpital Saint-Lazare de Crépy-en-Valois, MM. Bruno Fortier, maire de Crépy-en-Valois, Louis Le Franc, préfet de l'Oise et Mme Nadège Lefebvre, présidente du conseil départemental de l'Oise* ..... 10436
- *Table ronde de praticiens*..... 10465
- *Audition commune de M. François Baroin, maire de Troyes et président de l'Association des maires de France, 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, et Mme Anne Hidalgo, maire de Paris* ..... 10488

**COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES PROBLÈMES SANITAIRES ET ÉCOLOGIQUES LIÉS AUX POLLUTIONS DES SOLS QUI ONT ACCUEILLI DES ACTIVITÉS INDUSTRIELLES OU MINIÈRES ET SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET INDUSTRIELLES DE RÉHABILITATION DE CES SOLS ..... 10525**

- *Table ronde sur la reconversion des friches industrielles en région lilloise (en téléconférence) ..... 10525*
- *Audition de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé..... 10538*

**MISSION D'INFORMATION SUR LE FONCTIONNEMENT ET L'ORGANISATION DES FÉDÉRATIONS SPORTIVES..... 10549**

- *Audition de Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée auprès du ministre de l'Éducation nationale, de la jeunesse et des sports..... 10549*

**PROGRAMME DE TRAVAIL POUR LA SEMAINE DU 31 AOÛT ET A VENIR 10559**

**COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES****Mardi 28 juillet 2020**

- Présidence de M. Alain Milon, président et M. Vincent Éblé, président de la commission des finances -

*La réunion est ouverte à 13 h 30.*

**Audition de M. Éric Doligé, préalable à sa nomination par le Président du Sénat pour siéger au Haut Conseil des finances publiques (HCFP), en application de l'article 11 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques**

**M. Vincent Éblé, président de la commission des finances.** – Nous avons le plaisir d'entendre notre ancien collègue Éric Doligé, que le Président du Sénat envisage de nommer au Haut Conseil des finances publiques (HCFP). En effet, cette nomination ne peut avoir lieu qu'après une « audition publique conjointe » par la commission des affaires sociales et la commission des finances, en application de l'article 11 de la loi organique du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques. Notre audition fait l'objet d'une captation vidéo et elle est retransmise sur le site internet du Sénat.

Le HCFP est un organisme indépendant chargé d'apprécier le réalisme des prévisions macroéconomiques du Gouvernement et de se prononcer sur la cohérence de la trajectoire budgétaire gouvernementale avec les objectifs pluriannuels de finances publiques et les engagements européens de la France. Ce Haut Conseil est composé de onze membres, dont deux sont nommés respectivement par le Président du Sénat et le Président de la commission des finances du Sénat ; j'avais ainsi procédé à la nomination d'Éric Heyer en février 2018. Il est placé auprès de la Cour des comptes et présidé par le Premier président de cette dernière. Nous avons d'ailleurs récemment entendu Pierre Moscovici venu nous présenter l'avis du Haut Conseil sur le troisième projet de loi de finances rectificative pour 2020.

S'agissant des conditions à remplir pour être nommé au HCFP, l'article 11 de la loi organique précitée fixe trois principales exigences : l'absence d'exercice de fonctions publiques électives, la compétence « dans le domaine des prévisions macroéconomiques et des finances publiques » et, enfin, l'indépendance, puisqu'il est interdit aux membres du HCFP de « solliciter ou recevoir aucune instruction du Gouvernement ou de toute autre personne publique ou privée ».

Je vous propose de commencer cette audition par un bref exposé liminaire de M. Doligé, au travers duquel il pourrait nous présenter sa candidature et nous exposer sa conception du rôle du HCFP.

Mais avant que M. Doligé ne s'exprime, je cède la parole à M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** – Merci de nous accueillir pour cette audition en commun.

En matière de finances publiques, la commission des affaires sociales est attentive à ce que le sujet soit bien traité pour l'ensemble de ce que l'on appelle les « administrations publiques » et pas uniquement pour ce qui concerne le budget de l'État. Les finances sociales sont trop souvent traitées un peu rapidement au cours des débats d'orientation des finances publiques ou des lois de programmation, voire des avis du HCFP sur les textes financiers de l'automne. Toutefois, la crise sanitaire et le niveau préoccupant des déficits et de la dette de la sécurité sociale et de l'assurance chômage a fait évoluer ce point.

Mes questions porteront sans surprise sur les finances sociales.

La réflexion sur les finances publiques est aujourd'hui segmentée entre plusieurs instances, dont les missions et la composition sont très différentes. À vos yeux, un rapprochement du HCFP et du Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), que la loi du 3 août 2018 visant à garantir la présence des parlementaires dans certains organismes extérieurs au Parlement a élevé au rang législatif, est-il une perspective souhaitable, ou bien chaque instance devrait-elle, selon vous, conserver sa spécificité ?

Nous avons beaucoup parlé de la règle d'or lors de l'examen du projet de loi relatif à la dette sociale : au regard des déficits de l'ensemble des administrations publiques, l'objectif de l'atteinte d'un équilibre des comptes sociaux garde-t-il, selon vous, une pertinence particulière ?

**M. Vincent Éblé, président.** – Je vais également poser quelques questions à M. Doligé.

Le Premier président de la Cour des comptes a récemment plaidé pour renforcer « le rôle d'analyse et de pédagogie » du HCFP et augmenter « le coût politique d'un manquement » aux engagements pris par le Gouvernement en matière budgétaire. Partagez-vous cette ambition ? Si oui, quels seraient selon vous les moyens susceptibles de renforcer la portée des avis du Haut conseil ?

Le HCFP est chargé de veiller au respect des engagements pris par le Gouvernement dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques. Traditionnellement révisée tous les deux ans, cette dernière n'a pas été actualisée depuis son adoption à la fin de l'année 2017 et apparaît aujourd'hui obsolète. Plaidez-vous en faveur de l'adoption d'une nouvelle loi de programmation des finances publiques à la rentrée ou pensez-vous qu'il serait prématuré pour le Gouvernement de présenter ses objectifs pluriannuels en la matière, dans le contexte très incertain lié au covid-19 ?

**M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général.** – Je me réjouis de retrouver M. Doligé dans cette commission qu'il connaît bien et de la décision du Président du Sénat de le nommer à cette fonction car notre collègue a dirigé des entreprises, a été parlementaire et élu local pendant de nombreuses années. Et la question des finances publiques locales occupera le HCFP ces prochaines années.

Nous en sommes à un moment particulier avec un déficit budgétaire qui dépasse les 100 % du PIB : c'est le nouveau monde ! Les règles budgétaires sont-elles trop complexes, trop rigides ? Des améliorations doivent-elles intervenir alors que la dette est indolore ? Lorsque les circonstances le permettront, faudra-t-il en revenir à l'objectif de réduction de la dépense publique et de la dette ?

La biographie de M. Doligé, dont j'ai pu prendre connaissance, est impressionnante : nous avons besoin de lui au HCFP !

**M. Éric Doligé, candidat au HCFP.** – Merci de m'accueillir ici.

Vous m'avez demandé si je remplissais les conditions pour siéger au HCFP. Pour certaines, c'est le cas, pour d'autres, ce sera à vous d'en juger. Tout d'abord, je n'ai plus de fonctions publiques depuis que j'ai quitté le Sénat. Cela n'implique pas que je me sois désintéressé de la vie publique et notamment de celle du Sénat. Elle me concerne désormais en tant que citoyen.

J'ai acquis une certaine compétence en matière macroéconomique au fil de mes quarante années de vie publique électorale, dont dix-sept ans à la commission des finances du Sénat. J'ai en outre passé vingt-cinq ans en entreprise et j'y suis retourné récemment.

Comme parlementaire, j'essayais d'être indépendant tout en me trouvant dans un cadre bien défini ; désormais, le fait de ne plus être élu me permet de retrouver une totale liberté de parole. Ne craignez pas que je reçoive des instructions de qui que ce soit : j'écouterai bien sûr les propos des uns et des autres, mais je ne recevrai jamais d'instruction.

Les organismes créés pour éclairer le Gouvernement et le Parlement ne doivent pas se substituer à eux. En revanche, ils apportent une vision concrète de la réalité, ce qui n'est pas toujours l'apanage de l'exécutif. Comme j'ai pu le constater lorsque j'ai été nommé au Conseil des prélèvements obligatoires (CPO), la collégialité est indispensable pour fournir un travail de qualité.

Le Premier président de la Cour des comptes préside également le HCFP et le CPO : les liens sont donc étroits d'autant que l'administration est commune aux trois organismes. Les rapports sont passionnants, mais on retrouve le même style mesuré dans l'expression. Selon moi, ces organismes gagneraient à s'ouvrir sur l'extérieur et à accueillir des membres qui ne sortent pas tous du même moule.

Plutôt que de rapprocher le HCFP et le HCFiPS, il faut privilégier les vues d'ensemble car les déficits de l'État, de la protection sociale et des collectivités s'additionnent et pèsent lourd. En revanche, les spécificités sociales font que l'existence du HCFiPS est tout à fait justifiée. Je suis par ailleurs bien évidemment favorable au retour à l'équilibre des comptes. Si la règle d'or est difficilement atteignable aujourd'hui, des efforts seront nécessaires à l'avenir. N'oublions pas non plus de distinguer le fonctionnement de l'investissement : il me semble que les emprunts ne peuvent se justifier que s'ils servent à financer des dépenses d'investissement.

Les analyses du HCFP sont pertinentes, et elles reposent sur des études macroéconomiques réalisées par des organismes indépendants. Je ne suis pas certain que le Haut Conseil ait besoin de ses propres experts pour mener à bien ses travaux. En revanche, ses avis doivent être entendus, ce qui n'est pas toujours le cas, même si depuis quatre ou cinq ans, le Gouvernement semble leur apporter plus d'attention, puisqu'il s'écarte moins des trajectoires qu'il s'était fixé auparavant. Le HCFP se doit de donner des avis un peu plus tranchés pour rappeler au Gouvernement qu'il doit respecter les orientations fixées par l'Union européenne.

M. de Montgolfier m'a demandé s'il fallait simplifier les règles européennes : la Commission européenne y travaille mais nous devons également nous interroger pour savoir si les règles de 3 % de déficit et de 60 % d'endettement public par rapport au PIB sont encore d'actualité. Ce seuil me semble devoir être revu puisque quasiment aucun pays ne le respecte. En revanche, on ne peut accepter que des pays s'endettent pour combler leurs déficits de fonctionnement.

Pour l'instant, la France ne peut pas respecter les règles budgétaires en vigueur : attendons que la production reprenne à un niveau égal à ce qu'il était avant la crise avant d'imposer des carcans budgétaires. En revanche, la simplification des normes est indispensable car elle aide à la pédagogie : le public doit comprendre les objectifs du Gouvernement. Enfin, je ne suis pas certain qu'il faille imposer des règles identiques à tous les secteurs de l'économie, car certains d'entre eux n'arriveront pas à retrouver leur activité passée.

**M. Charles Guené.** – Je suis ravi de cette proposition de nomination. Chacun a pu mesurer le poids des collectivités locales dans la performance et la trajectoire de nos finances publiques. Depuis une dizaine d'années, avec la réforme de la taxe professionnelle et de la taxe d'habitation, on substitue des parts d'impôts nationaux à des impôts locaux et, demain, à la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE) va se substituer aussi, en large part, une fraction de TVA. Bref, la course à l'autonomie fiscale est très largement derrière nous. Tout au plus pouvons-nous espérer la libre administration. Que pensez-vous, dans le contexte actuel, de cette orientation prise par nos finances locales ? Nous vivons dans un parlementarisme rationalisé, qui laisse beaucoup de pouvoir à l'État. Si, en plus de cela, les impôts sont tous nationaux, ne faudrait-il pas mettre en place une nouvelle gouvernance, de nature plus systémique ? Il conviendrait de la fonder sur une relation plus équilibrée entre collectivités locales, Parlement et État. Sinon, la trajectoire des collectivités locales s'inscrira dans celle des finances de l'État.

**M. Yves Daudigny.** – Est-il pertinent, dans la période actuelle, de distinguer la dette sociale – alors que les autres pays n'en ont pas, quand la France choisit d'amortir la sienne – de la dette globale ? Je me demande si cela a encore un sens, vu les masses en jeu : 2 650 milliards d'euros d'un côté, quelque 130 milliards d'euros de l'autre. Sans doute vaudrait-il mieux globaliser l'ensemble de la dette à traiter, tout en conservant l'objectif consensuel de ne pas la faire rembourser par nos enfants et petits-enfants – mais les circonstances actuelles sont exceptionnelles.

**M. Marc Laménie.** – Si nous autres parlementaires sommes plus ou moins familiers du HCFP, l'opinion publique connaît moins son rôle et ses missions, qu'il exerce parallèlement à la Cour des comptes. Pourtant, il publie nombre d'avis et formule des observations, dans plusieurs domaines. Quelles sont vos suggestions pour rendre sa communication plus claire, transparente et efficace ? De quels moyens humains dispose-t-il ?

**M. Éric Doligé.** – Les collectivités locales ont en effet perdu de leur indépendance au fil du temps. Les budgets ont été de plus en plus gérés par l'État, puisque c'est lui qui capte quasiment toutes les recettes et les redistribue – et il peut changer les règles quand il veut, ce qui accroît la dépendance. Pour ma part, je suis favorable à un maximum d'autonomie fiscale, et je m'inquiète de voir la perte de liberté des présidents de département et des maires. Dès lors qu'on a fixé aux collectivités territoriales des règles budgétaires assez strictes, je ne vois pas pourquoi on continue à vouloir les encadrer encore plus ! Cela explique peut-être les difficultés que nous observons dans leurs relations avec l'État. Elles se sentent

ponctionnées toujours un peu plus, alors que nous savons tous que les déficits budgétaires ne se trouvent pas à leur niveau, puisqu'elles sont contraintes d'avoir un budget totalement équilibré en matière de fonctionnement et ne peuvent emprunter que pour l'investissement. De plus, les chambres régionales des comptes sont assez attentives dans leurs contrôles et, lorsqu'elles publient leurs analyses dans les médias, l'efficacité est redoutable – beaucoup plus que lorsque le HCFP rend un avis, ou même quand la Cour des comptes publie un rapport ...

Le montant de la dette sociale ne représente que 5 % environ de celui de la dette de l'État. On pourrait donc promouvoir une vision globale. Dans les périodes difficiles, on voit bien que, pour régler un certain nombre de problèmes de santé, il faut augmenter les déficits des comptes sociaux avant d'avoir pu faire des économies, ou même d'avoir trouvé des sources d'économies. C'est un choix national, qui impose au budget social d'augmenter son déficit. Il est donc toujours bon d'avoir l'œil sur les deux dettes, car les deux budgets sont extrêmement importants. La dette sociale a atteint un niveau important. Si elle était noyée dans une dette globale, il serait plus difficile de prendre la mesure du déficit social. Or, celui-ci avait presque disparu, et il refait son apparition, sans doute pour un certain temps. Il est bon d'avoir deux analyses. De toute façon, les deux dettes sont regroupées au plan européen.

Oui, le HCFP est mal connu du grand public. Il est vrai que, pour lire ses avis, il faut être déjà rompu aux concepts des finances publiques et de l'économie. Déjà, la lecture des rapports de la Cour des comptes n'est pas toujours aisée. Heureusement, les médias en font la vulgarisation, au moins sur quelques points particuliers – ce qui n'a guère d'effet en général, mais nos concitoyens sont ainsi un peu au courant ! Le HCFP, comme tous les organismes, gagnerait à plus de transparence dans la rédaction de ses documents, de manière à les rendre plus intelligibles. Faut-il davantage de moyens humains ? À ce stade, je ne peux pas en juger. Si l'on demande plus au HCFP, peut-être faudra-t-il accroître ses effectifs. Pour l'heure, ses compétences sont étroitement limitées. Faut-il les élargir ? Il faut en tous cas que ses avis soient vraiment pris en considération. À lui de prendre davantage d'autorité. La plus grande ouverture qui se manifeste dans le choix de ses membres, avec la nomination de responsables issus du secteur privé, aidera peut-être à ce que ses recommandations pèsent, ce qui réduira les marges d'erreur ou d'incertitude du Gouvernement lorsqu'il élabore ses budgets. Cela dit, pour avoir auditionné avec vous, monsieur le président, et avec vos prédécesseurs, un certain nombre de ministres des finances, je sais bien que ceux-ci ont les moyens de faire évoluer leurs trajectoires au fil de l'exécution des budgets.

**M. Vincent Éblé, président.** – La nomination d'Éric Doligé relève de la capacité d'appréciation du Président Larcher. Le fait que nous ayons organisé cette audition conjointe ne nous donne pas le pouvoir de censurer ses choix. Il n'y aura donc pas de vote, contrairement aux auditions pour application de l'article 13 de la Constitution. Je vous remercie.

*La réunion est close à 14 h 15.*

*Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible en ligne sur le [site du Sénat](#).*

- Présidence de M. Alain Milon, président -

*La réunion est ouverte à 18 heures.*

**Audition de M. François Toujas, en application de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique, candidat à son renouvellement à la présidence du conseil d'administration de l'Établissement français du sang**

**M. Alain Milon, président.** – Nous entendons cet après-midi, en application de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique, M. François Toujas, candidat à son renouvellement à la présidence du conseil d'administration de l'Établissement français du sang (EFS).

M. Toujas a été nommé président de l'EFS le 17 octobre 2012 par décret du Président de la République. Il a été reconduit dans ses fonctions le 16 octobre 2017 pour un nouveau mandat d'une durée de trois ans et notre commission l'a entendu le 11 octobre 2017 préalablement à sa nomination.

Cette audition avait donné lieu à un premier bilan de la transformation de l'établissement et cinq priorités avaient été dessinées : construire la collecte de demain, introduire davantage de démocratie sanitaire, garantir les équilibres financiers de l'EFS, mettre l'EFS au cœur de la filière plasma en France et défendre, préserver et promouvoir le modèle éthique français de non-marchandisation du corps humain.

Je vous laisse la parole, monsieur Toujas, pour nous présenter votre bilan et tracer de nouvelles perspectives pour l'EFS.

**M. François Toujas, candidat à son renouvellement à la présidence du conseil d'administration de l'Établissement français du sang.** – Je dois d'abord dire mon émotion et ma fierté de me trouver devant votre commission pour la troisième fois.

L'EFS est un établissement public qui a le monopole de la collecte, de la préparation, de la qualification et de la distribution de produits sanguins labiles et, avec le laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies (LFB), il participe à la collecte de plasma dit matière première destiné à fabriquer des médicaments dérivés du plasma. Nous sommes aussi un service public dans les territoires, puisque nous allons à la rencontre des donneurs, dont le nombre est d'environ 1,7 million chaque année. Nous collectons 3 millions de produits sanguins labiles par an grâce au déploiement de 40 000 collectes mobiles et sur 120 sites fixes. Nous disposons aussi de 160 sites d'immunohématologie et de délivrance au service des hôpitaux. Le chiffre d'affaires de l'EFS atteint environ un milliard d'euros et le nombre de collaborateurs approche dix mille.

Nous fêtons cette année les vingt ans de l'EFS. Je rappelle que l'établissement a été créé à la suite du scandale du sang contaminé. Les huit années que je viens de passer à la présidence de l'EFS ont été denses, exigeantes, enthousiasmantes, mais aussi difficiles. Nous n'avons pas été épargnés par les chocs externes : attentats terroristes de 2015-2016, crises arbovirales outre-mer et dans le sud de la France, cycle cyclonique majeur aux Antilles en 2017, épidémie du covid-19, etc.

L'EFS a aussi su, durant cette période, faire face à des défis internes. Par exemple, le plasma sécurisé par solvant-détergent a été requalifié comme médicament à la suite d'une jurisprudence européenne, si bien qu'il est sorti du monopole des produits sanguins labiles. Nous avons aussi subi des variations fortes sur le plasma dit matière première demandé par le LFB pour construire la filière de médicaments dérivés du plasma. Dernier exemple, notre modèle économique qui était déjà fragile a été fortement déséquilibré par le changement de régime de TVA que nous avons connu en 2019.

Je suis très fier de vous dire que, malgré ces chocs, l'EFS a été et est au rendez-vous de ses missions, en particulier garantir en permanence pour l'ensemble de nos concitoyens l'autosuffisance en produits sanguins labiles. Jamais, sur le territoire de la République, les équipes soignantes n'ont manqué de sang, alors même que la question des pénuries devient de plus en plus prégnante dans notre système de santé. Cette autosuffisance est le premier élément de la sécurité transfusionnelle. Nous avons aussi amélioré cette dernière en généralisant la technique d'atténuation des pathogènes dans les plaquettes sanguines, ce qui permet de faire disparaître le risque bactérien.

Nous avons mené la modernisation du service public, notamment en ce qui concerne nos plateaux de qualification biologique des dons – ils étaient quatorze en 2012, ils sont maintenant quatre sur le territoire métropolitain. Nous avons renforcé le lien entre l'immunohématologie et la délivrance des produits sanguins aux équipes cliniques.

Vous le voyez, les chantiers de transformation et d'innovation ont été nombreux. Je voudrais aussi citer l'optimisation de la collecte dans une relation exigeante, mais constructive, avec les associations de donneurs de sang. Un autre dossier important a été la possibilité pour les infirmières de procéder aux entretiens préalables aux dons qui ne pouvaient auparavant être réalisés que par des médecins.

Nous avons aussi mené diverses transformations informatiques. Ainsi, nous avons réussi à créer une base nationale unique des donneurs de sang et nous avons fortement digitalisé notre communication.

Au total, l'EFS est maintenant plus intégré, puisqu'il comporte treize établissements régionaux – il y en avait dix-sept à mon arrivée –, dix en métropole, trois en outre-mer, et leurs organigrammes ont été harmonisés. L'ensemble de nos équipes a été fortement mobilisé sur l'ensemble des objectifs et chantiers que je viens de citer. Je suis fier de ce bilan.

Pourquoi suis-je candidat à un troisième mandat ? Tout d'abord, j'aime ce métier et je me sens bien à la tête de cet établissement. Ensuite, il nous reste des chantiers à mener et ils doivent être revus à l'aune de la crise épidémique que nous connaissons.

Le premier chantier est de participer au renforcement de la souveraineté sanitaire, question dont l'acuité s'est renforcée ces derniers mois.

Nous devons d'abord garantir l'autosuffisance en produits sanguins labiles ; ce n'est nullement un acquis et nous devons nous mobiliser en permanence pour atteindre cet objectif. Les conditions de cette continuité pendant les crises majeures, qu'elles soient climatiques, épidémiques ou liées à des événements comme des attentats, montrent qu'il s'agit d'un défi important.

Nous devons ensuite participer au renforcement de la filière française du plasma destiné au fractionnement. Aujourd'hui, la prise en charge des patients par des médicaments dérivés du plasma est encore dépendante d'un approvisionnement étranger : 80 % du plasma utilisé pour fabriquer des médicaments est collecté aux États-Unis dans des conditions éthiques différentes de celles que nous appliquons en France. Nous devons donc absolument améliorer la collecte en France de ce plasma. Un effort a déjà été fourni, puisque nous sommes passés de 660 000 litres collectés en 2013 à 900 000 litres aujourd'hui. C'est cependant insuffisant, car la croissance de la demande est très importante : en dix ans, la consommation française d'immunoglobuline est passée de 5 à 9 tonnes. Il faut savoir que le marché mondial croît chaque année entre 8 % et 12 %, ce qui montre d'ailleurs que les réflexions sur la diminution de la dépendance dans l'approvisionnement pourraient aussi être menées au niveau européen.

Le deuxième chantier est de continuer la modernisation de la collecte. C'est un service public de proximité ; il n'y a pas d'EFS sans collecte ! Nous avons déjà engagé plusieurs axes de modernisation, notamment la capacité pour des infirmières de mener l'entretien préalable au don – 20 % des entretiens sont aujourd'hui réalisés ainsi. En outre, nous allons déployer dès 2020 la téléassistance médicale durant la collecte qui permet de se passer de la présence physique du médecin. Ces deux innovations permettent de pallier le déficit en capacités médicales. Nous devons aussi améliorer le renouvellement des donneurs. Chaque année, environ 10 % des donneurs quittent notre fichier soit par limite d'âge, 70 ans, soit en raison de problèmes de santé. Nous devons donc fidéliser et rajeunir notre public.

Le troisième chantier est de réinterroger nos relations avec les associations et avec les bénévoles – sans les bénévoles, nous ne pourrions pas faire de collecte. Il faut que nous fassions perdurer cet engagement citoyen, y compris lorsque nous sommes amenés à supprimer certains lieux de collecte.

Le quatrième chantier concerne le modèle économique – il doit être rééquilibré. L'effort d'efficience de l'EFS a été important. Or l'efficience est à mon sens au cœur de l'éthique, puisque nous faisons appel à un don précieux – le sang est une partie du corps humain. Un plan de modernisation est en cours, mais le modèle économique actuel qui repose sur le fait que l'EFS doit dégager entre 40 et 50 millions d'euros par an pour investir n'est viable que si nous percevons des recettes nouvelles. Depuis cinq ans, le niveau de cession des produits sanguins labiles n'a pas été revalorisé. Se pose aussi la question du prix du plasma pour fractionnement que l'EFS vend aujourd'hui à un niveau très en deçà du cours mondial.

Le cinquième chantier concerne les valeurs de l'EFS qui doit être un service public moderne. Nos concitoyens exigent de plus en plus de transparence en termes de gouvernance, de procédures ou d'allocation des moyens et nous devons absolument faire des progrès en matière de démocratie sanitaire. Pour répondre à cette exigence, nous avons créé il y a trois ans des comités nationaux d'échanges qui réunissent notamment les associations de donneurs, celles de patients et les cliniciens.

Nous devons défendre le modèle et les valeurs de l'EFS, sur lesquels il existe un très large consensus, y compris au sein de la représentation nationale. Il nous faut aussi promouvoir dans d'autres pays ce modèle qui repose sur l'unicité de l'opérateur et sur certaines valeurs. C'est pourquoi nous développons des actions de coopération internationale avec des pays très différents comme le Liban, le Chili, le Brésil ou la Chine. Ces aspects sont très importants au moment où les directives européennes sur ces sujets pourraient être révisées.

**Mme Catherine Deroche.** – Que savons-nous aujourd’hui de la sécurité transfusionnelle liée à la covid-19 ? Comment vous êtes-vous organisé sur cette question ? Procédez-vous à des dépistages ?

Le principal client de l’EFS est le LFB. Olivier Véran, qui est aujourd’hui ministre, avait publié en 2013 un rapport sur la filière sang, dans lequel il indiquait que la baisse des parts de marché du LFB en France face à des concurrents dont les modalités de collecte étaient différentes avait de fait réduit les commandes de plasma à l’EFS. Cette situation fragilise naturellement les deux établissements. L’EFS pourrait-il vendre du plasma à d’autres laboratoires ?

Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a exonéré l’EFS du versement de la taxe sur les salaires afin d’améliorer votre modèle économique. Quelle est aujourd’hui la situation financière de l’EFS ?

**M. Bernard Jomier.** – Lors de l’examen au Sénat du projet de loi relatif à la bioéthique, nous avons introduit une disposition pour abaisser à 17 ans la capacité de donner son sang. Cette seule mesure ne sera certainement pas suffisante pour améliorer sensiblement la collecte, mais qu’en pensez-vous ? Comment accompagner cette mesure pour qu’elle soit efficace ?

Par ailleurs, l’Assemblée nationale débat cette semaine en deuxième lecture de ce même projet de loi et a introduit en commission la suppression de la période d’abstinence de quatre mois pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Cette mesure fait débat entre les associations. Qu’en pensez-vous ?

**Mme Michelle Meunier.** – Je voulais également vous interroger sur ce dernier point. Comment trouver un équilibre entre les droits des personnes homosexuelles et la nécessaire prévention des risques sanitaires dans le don du sang ?

**M. René-Paul Savary.** – Avez-vous été sollicité pendant la crise du covid-19 sur l’intérêt des immunoglobulines dans le traitement contre ce virus ?

**Mme Victoire Jasmin.** – L’EFS ne fait plus de collecte en Guyane. Envisagez-vous de recommencer ?

Je voudrais également vous interroger sur le cas des patients atteints de drépanocytose : les praticiens que vous envoyez outre-mer sont-ils correctement informés sur cette question ? N’y aurait-il pas un intérêt à ce qu’ils travaillent en étroite collaboration avec les médecins installés outre-mer qui connaissent bien ce sujet ?

Enfin, travaillez-vous avec les comités d’entreprise pour améliorer la communication sur la collecte de sang et inciter les salariés au don ?

**M. Jean Sol.** – Le LFB connaît depuis quelques années des difficultés, car il perd des parts de marché face à des concurrents qui collectent du plasma dans des conditions éthiques différentes des nôtres – par exemple, aux États-Unis, la collecte a parfois lieu auprès de personnes vulnérables. Que pensez-vous du projet d’installation d’une usine du LFB à Arras ?

**Mme Muriel Cabaret.** – Le don du sang n'est pas anodin, c'est évidemment un engagement citoyen. Nous pourrions envisager de permettre aux salariés de s'absenter sur leur temps de travail pour donner leur sang. Qu'en pensez-vous ?

**M. François Toujas.** – En ce qui concerne la sécurité transfusionnelle liée au covid-19, nous avons été extrêmement précautionneux et nous avons travaillé avec les autorités sanitaires sur les connaissances scientifiques relatives à ce sujet. Nous avons aussi procédé à un certain nombre de tests et expériences et il n'existe aujourd'hui aucun cas connu de transmission du covid-19 par transfusion sanguine.

En ce qui concerne le LFB, je dois d'abord dire que je n'en suis pas le président et que je ne peux m'exprimer qu'au nom de l'EFS. Olivier Véran a effectivement écrit un rapport en 2013 sur ce sujet qui reste, pour partie, d'actualité. Nous devons faire des efforts sur ce dossier. Les produits fabriqués par le LFB sont des médicaments et ont donc un cadre juridique différent de celui des produits sanguins labiles qui font partie de notre monopole.

Les médicaments dérivés du plasma connaissent une croissance très importante, en partie liée au niveau de vie des pays – pour le dire crûment, ce sont des médicaments de pays riches. Il existe donc un enjeu mondial extrêmement important quant à l'accès à la matière première et nous connaissons une période très tendue de ce point de vue. Nous sommes aujourd'hui dépendants de la collecte nord-américaine, ce qui constitue, au-delà des enjeux éthiques, un risque. Nous devons donc accroître notre effort national et européen.

En 2012, l'EFS cédait 650 000 litres de plasma au LFB ; nous en sommes à 900 000 litres. Les deux tiers de cette collecte correspondent à du plasma issu du don de sang – nous séparons ensuite les globules rouges, les plaquettes et le plasma. Le tiers restant est collecté par plasmaphérèse, c'est-à-dire par circulation extracorporelle. Aujourd'hui, cette plasmaphérèse représente 300 000 litres contre 50 000 litres il y a encore quelques années. Cette progression est évidemment positive, mais elle n'est pas suffisante.

L'opération de plasmaphérèse est beaucoup plus coûteuse que la collecte totale de sang, ce qui crée un déficit pour l'EFS. En outre, les besoins en médicaments dérivés du plasma ne vont que croître à l'avenir. Nous sommes donc clairement devant de grandes difficultés. Il est nécessaire de moderniser l'appareil de production du LFB. La construction de l'usine d'Arras permettra à l'horizon de 2024 d'accroître sa capacité de fractionnement, ce qui est une bonne nouvelle. Pour autant, les besoins continueront d'augmenter très fortement. De ce fait, toutes les solutions permettant d'accroître la collecte doivent être recherchées, à condition cependant que le modèle économique soit équilibré.

Monsieur Jomier, j'ai tendance à dire que tout ce qui permet d'améliorer l'incitation des jeunes à donner leur sang est bon à prendre. Nous voyons d'ailleurs beaucoup de jeunes aujourd'hui lors des collectes. Pour autant, devons-nous élargir la collecte aux mineurs ? C'est évidemment intéressant, mais je suis réservé pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le don du sang doit continuer de correspondre à une volonté et il nécessite de s'interroger sur ses pratiques, notamment sexuelles ; or un mineur a besoin de l'autorisation de ses parents. Ensuite, les médecins de l'EFS disent que le nombre des malaises vagues s'accroît quand les donneurs sont jeunes – des alertes d'immunovigilance vont dans ce sens. Outre le problème que cela pose en termes de santé pour les personnes concernées, nous savons bien qu'un donneur qui fait un malaise a moins tendance à revenir qu'un autre. Dernier point, le don de sang pourrait entraîner des carences en fer pour les personnes de cet âge ; nous allons lancer une étude sur ce sujet.

S'agissant des homosexuels, toute mesure qui s'apparente à une dénonciation de la façon de vivre ou à une discrimination est évidemment condamnable. Il faut aussi savoir que les femmes homosexuelles ne se sont jamais vu interdire de donner leur sang. Du fait de la prévalence du sida dans la population des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, le don du sang était interdit, mais des évolutions importantes ont eu lieu, puisque depuis la décision prise par Marisol Touraine en juillet 2016 le don est interdit pour les hommes ayant eu une relation sexuelle avec un homme dans les douze mois précédents – ce délai est récemment passé à quatre mois. Une autre décision a aligné les conditions sur celles en vigueur pour les hétérosexuels en ce qui concerne le don de plasma sécurisé.

Pour revenir à la question que vous m'avez posée, je vais moi-même poser une question : est-ce que le don du sang est un droit ? Je pense que non. Il existe uniquement un droit pour les malades de recevoir les produits sanguins les plus sécurisés possible, ce qui fait écho au scandale du sang contaminé et aux conditions de création de l'EFS – je l'ai évoqué en introduction. Le sujet principal qui a justifié cette création est la sécurité transfusionnelle et – cela fait partie de l'originalité du modèle français – ce n'est pas l'EFS qui fait les règles.

Peut-on aller plus loin dans l'ouverture du don du sang pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ? Je pense que oui, à condition de démontrer que d'un point de vue épidémiologique le risque ne s'accroît pas. C'est d'ailleurs l'objet d'une étude qui est menée par Santé publique France et qui s'appelle Complidon. Aujourd'hui, le risque théorique de transmission du VIH au moment d'une transfusion est extrêmement faible, de l'ordre de 1 sur 6 millions de cas, et nous n'avons pas eu de cas avéré depuis 2005.

En tout cas, nous ne devons pas tant juger de l'ouverture du don sur des choix sexuels que sur des comportements à risques. Nous devons donc améliorer la détermination de ces comportements et la prise en charge individuelle. Donner son sang est un acte de solidarité et de générosité destiné à une ou plusieurs personnes ; il faut donc, en donnant son sang, que chacun s'interroge sur sa vie et sur les risques qu'il fait courir à ces personnes. Cela passe par la sexualité, mais aussi par les voyages. Chacun doit par exemple se demander, si ses voyages l'ont amené dans un pays qui connaît le paludisme, le zika ou une autre maladie de ce type.

Monsieur Savary, l'EFS ne produit pas de médicaments dérivés du plasma, mais il existe effectivement des projets pour collecter du plasma de personnes convalescentes du covid-19 pour fabriquer des immunoglobulines qui seraient le cas échéant efficaces contre le virus.

Madame Jasmin, aucun territoire de la République ne doit être exclu du don du sang, mais nous devons absolument vérifier les conditions épidémiologiques pour ne pas remettre en cause la sécurité des receveurs. Nous avons interrompu la collecte en Guyane en 2005 en raison de la progression de l'épidémie de Chagas en provenance du Brésil. Mayotte est dans la même situation que la Guyane. Fin janvier dernier, le directeur général de la santé a écrit à Santé publique France pour lui demander une étude sur la réalité épidémiologique de ces deux départements.

En ce qui concerne les personnes atteintes de drépanocytose, il faut savoir que l'Île-de-France a le nombre de malades le plus important de France. La République doit améliorer la collecte pour disposer de phénotypes qui correspondent à ces malades. Le conseil transfusionnel que peut donner l'EFS aux cliniciens est d'autant plus important qu'un

drépanocytaire n'a souvent comme seule solution que de recourir à des transfusions pour continuer à vivre dans de bonnes conditions.

Au sujet des comités d'entreprise, nous développons déjà des actions de communication envers ces structures. J'ajoute, madame Cabaret, que certaines entreprises permettent à leurs salariés de s'absenter pour donner leur sang.

La situation financière de l'EFS est effectivement préoccupante, car nous avons découvert il y a deux ans que le régime de TVA que nous appliquions depuis vingt ans était contraire à la réglementation européenne, ce qui a entraîné un coût de 80 millions d'euros pour l'EFS. Nous avons travaillé avec les ministères concernés pour trouver des solutions, mais celles-ci ne permettent de couvrir que la moitié de cette somme et on nous a demandé de trouver le reste par nous-mêmes... Une subvention exceptionnelle de 40 millions nous a quand même été versée, mais elle est censée diminuer de 10 millions d'euros chaque année – cette diminution n'a cependant pas eu lieu en 2020.

Je disais précédemment que l'efficacité fait partie de l'éthique et je comprends que nous devons faire des économies – le plan actuel prévoit d'ailleurs un montant de 50 millions d'euros sur cinq ans –, mais nous ne pourrons pas rééquilibrer nos comptes sans une revalorisation des tarifs. J'ajoute que la période que nous venons de vivre a naturellement occasionné des coûts supplémentaires liés aux mesures que nous devons prendre pour lutter contre le covid-19.

Un dernier mot : l'engagement citoyen est absolument essentiel et j'ai été très touché de voir la mobilisation des donneurs de sang après les attentats, que ce soit à Paris, Nice ou Strasbourg. Le don est anonyme, mais c'est aussi un geste politique d'appartenance à une communauté nationale.

**M. Alain Milon, président.** – Je vous remercie.

### **Désignation d'un rapporteur**

*La commission désigne Mme Frédérique Puissat rapporteur sur la proposition de loi relative au renforcement de l'inclusion dans l'emploi par l'activité économique et à l'expérimentation « territoire zéro chômeur de longue durée » (A.N., XV<sup>e</sup> lég., n° 3109).*

*La réunion est close à 19 heures.*

**COMMISSION DES FINANCES****Mercredi 22 juillet 2020****- Présidence de M. Vincent Éblé, président -****Contrôle budgétaire – Moyens du contrôle fiscal - Communication**

**M. Vincent Éblé, président.** – Nous passons à un sujet particulièrement intéressant du contrôle budgétaire : le contrôle fiscal.

**M. Thierry Carcenac, rapporteur spécial.** – Je vous prie tout d’abord de bien vouloir excuser notre collègue Claude Nougéin, qui n’a pu être présent aujourd’hui. Je m’exprimerai donc en nos deux noms pour vous présenter notre rapport d’information sur les moyens dédiés par la direction générale des finances publiques (DGFIP) à sa mission de contrôle fiscal.

Comment nous est venue l’idée de ce contrôle budgétaire ? Lorsque nous l’avons proposé au bureau de notre commission, nous disposions des résultats 2018, qui se sont avérés décevants : à 8,7 milliards d’euros de redressements encaissés, ils étaient en baisse pour la quatrième année consécutive. Pourtant, depuis 2017, le Gouvernement avait très largement communiqué sur sa nouvelle stratégie en matière de contrôle fiscal. Celle-ci s’appuie sur trois piliers : la priorité donnée au développement des nouvelles technologies au service du contrôle fiscal, comme l’intelligence artificielle, le *data mining* ou le *text mining* ; un arsenal de mesures législatives renforcé depuis l’adoption, en 2018, de la loi relative à la lutte contre la fraude ; et l’instauration, en parallèle, d’une nouvelle relation avec les contribuables, illustrée notamment par l’adoption de la loi pour un État au service d’une société de confiance (loi Essoc).

Dans le même temps, le Gouvernement est revenu sur la sanctuarisation des effectifs dédiés au contrôle fiscal – instaurée par Éric Woerth, alors ministre du budget – à l’exception peut-être des directions chargées des dossiers les plus complexes, internationaux ou à fort enjeu.

En tant que rapporteurs spéciaux de la mission « Gestion des finances publiques et des ressources humaines », nous voulions donc, avec Claude Nougéin, évaluer les moyens consacrés par la DGFIP à sa mission de contrôle fiscal, ce qui n’inclut pas les évolutions législatives telles que la levée du verrou de Bercy, sur laquelle s’est penché le groupe d’étude sur la fraude fiscale de notre commission.

Nos travaux ont dû s’adapter à la crise sanitaire et économique : nos auditions ont été remplacées par l’envoi de questionnaires écrits et les administrations ont mis beaucoup de temps à nous répondre, souvent de façon incomplète.

Difficulté majeure, nous n’avons pas de données sur les crédits budgétaires effectivement consacrés au contrôle fiscal, que ce soit en titre 2 ou hors titre 2. Cet effort de synthèse devrait être fait dans le cadre du document de politique transversale – ou « orange budgétaire » – consacré à la fraude fiscale. Le développement des outils technologiques est effectivement indispensable : les agents chargés du contrôle fiscal au sein de la DGFIP reçoivent une masse de données qui leur serait impossible de traiter à la main. Ces données

proviennent des fichiers et traitements informatiques mis en place, des données collectées au niveau local et, de plus en plus, des procédures d'échange automatique d'information mises en œuvre avec des dizaines de pays. Notre objectif n'est donc pas de critiquer le recours aux moyens technologiques, mais de proposer des pistes d'amélioration. Nous en distinguons trois : les investissements informatiques, les ressources humaines et l'organisation du contrôle fiscal.

Nous suivons tous avec attention le sujet des investissements informatiques ; notre commission attend ainsi un rapport demandé à la Cour des comptes sur les projets informatiques de l'État. Ce problème se pose avec encore plus d'acuité pour la DGFIP, qui possède plus de 700 logiciels, dont certains sont d'importance vitale pour la gestion des recettes et des dépenses de l'État. La plupart de ces logiciels sont obsolètes et, pour financer ses investissements, la DGFIP se retrouve à devoir faire appel au Fonds pour la transformation de l'action publique (FTAP) de la mission « Action et transformation publiques ». Les budgets informatiques de la DGFIP doivent être sanctuarisés. Après plusieurs années de baisse puis de stagnation, les budgets informatiques ont connu une première hausse d'ampleur en 2019, à près de 200 millions d'euros pour la seule DGFIP.

Par ailleurs, la Mission requêtes et valorisation (MRV) de la DGFIP, en charge du *data mining* et de l'intelligence artificielle, n'est pas exempte de critiques sur son fonctionnement. Elle est passée de 18 à 26 agents, quatre recrutements supplémentaires sont prévus en 2020. La MRV utilise un logiciel apprenant, qui nécessite de nombreuses remontées d'information depuis les brigades locales. Nous devons faire attention à ne pas aller vers une programmation des contrôles trop centralisée, qui ne prendrait pas en compte les particularités du tissu économique local. Le *data mining* prend de plus en plus de place, même si les agents peuvent sélectionner leurs dossiers. La programmation est de plus en plus importante, et concernera bientôt plus de 50 % des dossiers...

La seconde voie de réflexion est celle des ressources humaines, avec un double enjeu, la formation des agents en poste et l'attractivité des talents et des compétences rares et spécialisées au sein de la DGFIP. Ce défaut d'attractivité concerne l'État de manière générale, et de premières mesures ont été prises pour y remédier, par exemple par le biais de la loi pour la transformation de la fonction publique, de circulaires ou de la stratégie « Tech gouv ». Concrètement, la DGFIP doit revoir son mode de recrutement et sortir de la voie traditionnelle du concours, pour aller chercher des talents hors de la fonction publique, avec des rémunérations adaptées pour le secteur informatique. C'est un enjeu interministériel, qui doit devenir l'une des priorités du comité d'orientation stratégique interministériel du numérique. Tout comme les douanes, la DGFIP a des difficultés à recruter des informaticiens. Elle le faisait, jusqu'à présent, par la voie du concours général : des inspecteurs des impôts rejoignaient les services informatiques, sans avoir nécessairement toutes les compétences requises pour le faire...

La troisième voie de réflexion est celle de l'organisation du contrôle fiscal, avec aussi un double enjeu. Le premier est celui du ciblage des contrôles fiscaux. Les logiciels de *data mining*, d'intelligence artificielle et de *text mining* actuellement développés ont du mal à isoler et à détecter les cas de fraude complexe. Le recours accru à ces outils ne doit pas nous conduire à privilégier les cas les plus simples de fraude. Nous manquons d'indicateurs et de données nous permettant de comparer l'efficacité relative des méthodes traditionnelles de détection de la fraude et de ces nouvelles méthodes ; or sur 12 milliards d'euros de redressement, 756 millions proviennent du *data mining*...

Devons-nous plutôt allouer les ressources contraintes du contrôle fiscal au ciblage des dossiers à fort enjeu ou aux dossiers dont les pénalités sont les plus faciles à recouvrer ? La loi Essoc a eu des effets non anticipés : elle privilégie les régularisations en cours de contrôle, sur les dossiers souvent les plus simples. Il faut à tout le moins que les agents en charge de ces nouveaux partenariats fiscaux soient bien séparés de ceux en charge du contrôle.

Le second enjeu, c'est la coordination entre les services et l'organisation sur place du contrôle fiscal. Nous partageons le constat de la Cour des comptes sur l'absence d'impulsion et de coordination interministérielle en matière de lutte contre la fraude fiscale : un décret a enfin été signé le 15 juillet 2020 afin de mieux coordonner la lutte contre la fraude, avec la création d'une mission interministérielle. On l'a appris par un communiqué du conseil des ministres du même jour.

Cette coopération doit trouver son pendant au niveau des administrations : certains protocoles de coopération ne suffisent pas. La création du nouveau service d'enquêtes judiciaires des finances (SEJF) visait en partie à répondre à ce problème : maintenant, des officiers judiciaires des douanes et de la DGFIP travaillent ensemble. C'est aussi un bon exemple de l'équilibre à trouver entre centralisation et régionalisation, avec une organisation par pôles spécialisés, pour traiter des schémas de fraude les plus complexes ou difficiles à détecter et prouver. Quant à l'organisation des brigades, il ne nous semble pas opportun que certains vérificateurs soient seuls en charge de dossiers. Actuellement, ces brigades sont organisées autour d'un inspecteur principal, accompagné d'une douzaine de vérificateurs. Chacun suit ses dossiers individuellement. Il nous semble au contraire plus judicieux de revoir l'organisation de ces brigades autour de trois à quatre personnes, avec des compétences spécialisées. Il est impossible pour un seul vérificateur de pouvoir appréhender l'ensemble des impôts et taxes sur lesquels porte le contrôle, il faut des équipes pluridisciplinaires. Ce serait alors à la fois un avantage pour l'administration, plus à même de déceler la fraude, et pour les entreprises, qui trouveraient face à elles des interlocuteurs mieux formés, plus spécialisés. Dans notre rapport spécial pour le PLF 2018, Claude Nougéin et moi préconisons des réorganisations : certaines brigades étaient encore organisées sur un tissu fiscal ancien, ce qui compliquait le contrôle des entreprises dans des territoires en croissance. Dans les territoires en déprise, les contrôles étaient plus fréquents que dans les territoires en croissance récente – le rapport allait de 1 à 50. Dans certains territoires, les contrôles fiscaux interviennent tous les cinq ans, contre tous les 90 à 100 ans dans des territoires désormais de très forte densité – même si parfois des contrôles spécifiques sur la TVA sont menés.

Nous avons un autre enjeu, le recouvrement. À cet égard, nous sommes favorables à la nouvelle présentation des résultats du contrôle fiscal, qui s'intéresse davantage aux montants recouverts qu'aux montants notifiés. Si cela donne une vision plus juste des résultats du contrôle fiscal - le but, c'est que toute la chaîne fonctionne, de la recherche de la fraude au recouvrement effectif des montants éludés et des pénalités – il ne faut pas oublier que ces deux résultats donnent des indications différentes et utiles. Depuis plusieurs années, les taux de recouvrement stagnent, autour de 67 %. Plusieurs mesures ont été introduites comme l'instauration d'un outil unique de mise en recouvrement forcé, la saisie administrative à tiers détenteur (SATD), ou encore la possibilité pour le contribuable de procéder à une régularisation en cours de procédure. La SATD ayant été lancée le 1<sup>er</sup> janvier 2019, nous devons attendre encore un peu avant d'avoir les premiers résultats. Néanmoins, le recouvrement est un enjeu clé pour améliorer les résultats du contrôle fiscal.

Les résultats de 2019 ont mis fin à plusieurs années de résultats décevants en matière de contrôle fiscal et ont été qualifiés par le Gouvernement de résultats records. Le montant total des encaissements est passé de 8,7 milliards d'euros en 2018 à 11,3 milliards d'euros en 2019, ce qui représente 4 % des recettes nettes de l'État en 2019. Nous ne pouvons que nous féliciter de tels résultats même si nous devons être prudents. Le chef du service du contrôle fiscal a rappelé que la comparaison des résultats d'année en année était un exercice difficile, ces résultats dépendant pour beaucoup de dossiers exceptionnels. Il est curieux que le Parlement ne dispose pas de davantage de données sur ces contentieux à enjeux – nous les découvrons souvent dans la presse – ce qui permettrait de mieux appréhender les résultats du contrôle fiscal. Par ailleurs, nous apprécions les montants recouverts *in abstracto*, en absolu : nous ne savons pas combien nous recouvrons par rapport au montant total de la fraude fiscale. Nous partageons le constat de la Cour des comptes dans son rapport sur la fraude aux prélèvements obligatoires : il n'est pas normal que la France ne dispose pas, au contraire d'autres pays européens, d'une évaluation institutionnelle de la fraude, aussi difficile et critiquable soit-elle. Le Gouvernement a confié cette mission à l'Insee : il sera important que nous disposions des hypothèses sur lesquelles s'appuiera cette évaluation et que ces premières estimations soient progressivement fiabilisées. L'observatoire de la fraude fiscale, annoncé par Édouard Philippe en 2018, n'est pas encore en état de fonctionner. Transparence et évaluation, voilà deux recommandations que nous souhaitons également porter dans notre rapport. Ce dernier montre que l'investissement technologique ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les ressources humaines – un contrôleur rapporte beaucoup – et l'organisation du contrôle fiscal.

**M. Vincent Éblé, président.** – Je vous remercie. La loi relative à la lutte contre la fraude prévoyait plusieurs innovations, dont le SEJF, créé à l'été 2019, qui suscitait beaucoup d'interrogations de notre part. Avez-vous eu des retours sur les apports de ce nouveau service ?

**M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général.** – Je remercie MM. Nougéin et Carcenac. Les ministres aiment beaucoup communiquer à coups de milliards d'euros sur le contrôle fiscal et, jusqu'à peu, ils ne communiquaient pas sur la réalité des chiffres recouverts, juste les sommes redressées, ce qui est très différent. De plus sont mélangés des transactions, notamment avec les Gafam (Google, Amazon, Facebook, Apple, Microsoft) et des contrôles fiscaux courants...

Comment la lutte contre le blanchiment est-elle organisée ? Les services fiscaux rechignent parfois à s'y participer, même s'il existe des dispositifs d'échange d'informations entre la DGFIP et Tracfin par exemple... Y a-t-il une stratégie de lutte contre la fraude à la TVA sur Internet ? Le e-commerce est le grand bénéficiaire de la crise sanitaire, et certains vendeurs n'y ont même pas de numéro de TVA, alors qu'on embête les commerçants ayant pignon sur rue, et qui peinent à survivre ! Après la réforme du verrou de Bercy, un contrôle sur place mené avec le président Éblé nous a donné le sentiment que les dossiers ne concernaient pas les gros poissons... La TVA est le premier impôt, le plus fraudé aussi, et je n'ai pas l'impression que des recherches systématiques soient menées sur internet pour détecter les fraudeurs.

**M. Jean-François Husson.** – Dans quels secteurs d'activité cette fraude est-elle la plus massive ? Il faut sans doute des moyens humains importants pour faire des investigations en ligne. À combien évaluez-vous le manque d'agents ? Le prélèvement à la source devait libérer des ressources humaines, d'après M. Darmanin...

**M. Patrice Joly.** – A combien évalue-t-on le montant de la fraude ? On la confond souvent avec l'évasion fiscale. S'agit-il d'une centaine de milliards d'euros ? Quel est le rendement moyen de chaque agent chargé du contrôle ? Combien en faudrait-il pour que le recouvrement soit optimal ? Il s'agit d'un véritable enjeu de cohésion sociale : chacun doit contribuer à hauteur de ses facultés, sans passe-droit...

**M. Jérôme Bascher.** – J'ai interrogé le Gouvernement, sans obtenir de réponse satisfaisante, sur la suppression de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude, structure interministérielle créée en 2008, qu'on remplace par une autre mission, dotée de moitié moins de personnel, ce qui peut surprendre quand on parle de transversalité et de renforcement de la lutte contre la fraude !

**M. Jean Bizet.** – Vous l'avez dit : la TVA est le premier impôt, et il revêt une dimension européenne. Justement, l'accord trouvé ce week-end conduira l'Union européenne à rechercher davantage de ressources propres. Pourquoi ne pas inscrire la rationalisation de la lutte contre la fraude à la TVA à l'échelle communautaire ? Et nous pourrions prélever un pourcentage de ses résultats pour contribuer au remboursement des 750 milliards d'euros du plan de relance européen.

**M. Vincent Segouin.** – Vous avez dit que les moyens humains manquent. Mais que sont devenus les agents libérés par la mise en place du prélèvement à la source ? Le management de la DGFIP est-il efficace, et permet-il de réallouer les agents en fonction des besoins ? J'entends parler de deux États – Trésor et Finances – dans l'État...

**M. Philippe Dallier.** – Les nouvelles technologies devraient aider : pourquoi ne sommes-nous pas plus efficaces ? Peut-on recourir à des prestataires extérieurs, ou cela est-il rendu impossible par le secret fiscal ? Est-ce envisagé ? Mme Pannier-Runacher a évoqué un montant global de fraude de 10 à 15 milliards d'euros en France. Nous avons envisagé une forme de prélèvement à la source en matière de TVA, mais on nous a dit que cela devait être fait au niveau européen. S'il s'agit, en effet, d'un montant de 80 milliards d'euros, il s'agit d'une ressource considérable pour les États ou l'Union européenne.

**M. Thierry Carcenac, rapporteur spécial.** – Il y a eu des difficultés pour savoir à quoi rattacher le service d'enquêtes judiciaires des finances (SEJF). Le SEJF a reçu 922 affaires en 2019, 602 affaires ont été clôturées, 87 millions d'euros d'avoirs ont été saisis, et le préjudice identifié pour les finances publiques s'élève à près de 340 millions d'euros. Quant à la Délégation nationale, le décret du 15 juillet la remplace par une mission interministérielle de coordination anti-fraude. Quelle stratégie ? Alors qu'autrefois les contrôles étaient globaux, on peut désormais se focaliser sur la TVA. L'un des syndicats de Bercy évalue le montant global de la fraude et de l'évasion fiscale entre 60 et 80 milliards d'euros. Au niveau européen, la fraude à la TVA représente une dizaine de milliards d'euros – la Commission européenne parle de 15 milliards d'euros. Les moyens sont-ils suffisants ? Sur les quelque 100 000 agents de la DGFIP, 10 000 environ font du contrôle fiscal. Leur rendement, par rapport à leur rémunération, est important : ce sont des agents qui rapportent plutôt qu'ils ne coûtent.

**M. Patrice Joly.** – Tous les agents rapportent dans la fonction publique !

**M. Thierry Carcenac, rapporteur spécial.** – En 2018, nous avons montré que la répartition territoriale des agents n'était plus adaptée au tissu fiscal : certaines zones de vieille tradition industrielle comptent beaucoup d'agents quand d'autres, qui se sont beaucoup

développées, en ont moins. Tant que l'affectation des agents était infradépartementale, il était difficile de les déplacer. Celle-ci est désormais départementale. Surtout, l'informatique permet de faire des vérifications de comptabilité à distance. Il y a donc moins un problème de moyens que de recrutement et d'affectation : seuls 1 200 agents sont affectés à l'informatique, et seulement 26 au *data mining* ! De plus, les rémunérations offertes dans le privé rendent difficiles certains recrutements. Il y a du recours à des prestataires extérieurs, notamment pour héberger des données, même si les douanes ont désormais un vaste *data center* ouvert à plusieurs ministères. Une équipe importante travaille à Noisy-le-Grand sur l'informatique et la statistique. Certains logiciels encore en fonction datent des années 1970...

**M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général.** – Lorsque je me suis rendu pour un contrôle à l'aéroport Roissy-Charles de Gaulle avec Philippe Dallier, nous avons vu le flot de paquets qui arrivaient, auquel devaient faire face quatre malheureux douaniers. Effrayant. Nous ne pourrions pas mettre un agent derrière chaque colis. Il faut donc innover, et développer des moyens de contrôle faisant appel au numérique. Les Anglais ont trouvé des solutions. L'administration fiscale française est très compétente, sérieuse et hiérarchisée, mais pas toujours agile pour faire face aux nouvelles fraudes. Les méthodes doivent évoluer : face à une fraude d'une telle ampleur, il faut des processus automatisés.

**M. Jean Bizet.** – J'insiste sur la dimension européenne de la question. Le e-commerce ne fera que se développer, et pas seulement au profit des grandes entreprises : les circuits courts s'organisent aussi comme cela. Et nous devons trouver de nouvelles ressources propres pour l'Europe, puisque les États ne veulent pas porter leurs contributions nationales au-delà de 1 % de leur PIB. Or la taxe sur les plastiques usagés ne rapportera que 3 milliards d'euros... Encore a-t-elle vocation à faire disparaître son assiette ! La lutte contre la fraude à la TVA offre davantage de perspectives, et serait presque indolore pour le contribuable moyen. La directive TVA doit être réformée en 2022. Ce sera l'occasion.

**M. Thierry Carcenac, rapporteur spécial.** – Le décret prévu sur la coordination interministérielle évoque bien la protection des intérêts financiers de l'Union européenne, et la coopération avec l'Office européen de lutte contre la fraude.

*La commission autorise la publication de la communication des rapporteurs spéciaux sous la forme d'un rapport d'information.*

**Mardi 28 juillet 2020**

- Présidences de M. Vincent Éblé, président de la commission des finances et de M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales -

*La réunion est ouverte à 13 h 30.*

**Audition de M. Éric Doligé, préalable à sa nomination par le Président du Sénat pour siéger au Haut Conseil des finances publiques (HCFP), en application de l'article 11 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques**

**M. Vincent Éblé, président de la commission des finances.** – Nous avons le plaisir d'entendre notre ancien collègue Éric Doligé, que le Président du Sénat envisage de nommer au Haut Conseil des finances publiques (HCFP). En effet, cette nomination ne peut

avoir lieu qu'après une « audition publique conjointe » par la commission des affaires sociales et la commission des finances, en application de l'article 11 de la loi organique du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques. Notre audition fait l'objet d'une captation vidéo et elle est retransmise sur le site internet du Sénat.

Le HCFP est un organisme indépendant chargé d'apprécier le réalisme des prévisions macroéconomiques du Gouvernement et de se prononcer sur la cohérence de la trajectoire budgétaire gouvernementale avec les objectifs pluriannuels de finances publiques et les engagements européens de la France. Ce Haut Conseil est composé de onze membres, dont deux sont nommés respectivement par le Président du Sénat et le Président de la commission des finances du Sénat ; j'avais ainsi procédé à la nomination d'Éric Heyer en février 2018. Il est placé auprès de la Cour des comptes et présidé par le Premier président de cette dernière. Nous avons d'ailleurs récemment entendu Pierre Moscovici venu nous présenter l'avis du Haut Conseil sur le troisième projet de loi de finances rectificative pour 2020.

S'agissant des conditions à remplir pour être nommé au HCFP, l'article 11 de la loi organique précitée fixe trois principales exigences : l'absence d'exercice de fonctions publiques électives, la compétence « dans le domaine des prévisions macroéconomiques et des finances publiques » et, enfin, l'indépendance, puisqu'il est interdit aux membres du HCFP de « solliciter ou recevoir aucune instruction du Gouvernement ou de toute autre personne publique ou privée ».

Je vous propose de commencer cette audition par un bref exposé liminaire de M. Doligé, au travers duquel il pourrait nous présenter sa candidature et nous exposer sa conception du rôle du HCFP.

Mais avant que M. Doligé ne s'exprime, je cède la parole à M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** – Merci de nous accueillir pour cette audition en commun.

En matière de finances publiques, la commission des affaires sociales est attentive à ce que le sujet soit bien traité pour l'ensemble de ce que l'on appelle les « administrations publiques » et pas uniquement pour ce qui concerne le budget de l'État. Les finances sociales sont trop souvent traitées un peu rapidement au cours des débats d'orientation des finances publiques ou des lois de programmation, voire des avis du HCFP sur les textes financiers de l'automne. Toutefois, la crise sanitaire et le niveau préoccupant des déficits et de la dette de la sécurité sociale et de l'assurance chômage a fait évoluer ce point.

Mes questions porteront sans surprise sur les finances sociales.

La réflexion sur les finances publiques est aujourd'hui segmentée entre plusieurs instances, dont les missions et la composition sont très différentes. À vos yeux, un rapprochement du HCFP et du Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), que la loi du 3 août 2018 visant à garantir la présence des parlementaires dans certains organismes extérieurs au Parlement a élevé au rang législatif, est-il une perspective souhaitable, ou bien chaque instance devrait-elle, selon vous, conserver sa spécificité ?

Nous avons beaucoup parlé de la règle d'or lors de l'examen du projet de loi relatif à la dette sociale : au regard des déficits de l'ensemble des administrations publiques, l'objectif de l'atteinte d'un équilibre des comptes sociaux garde-t-il, selon vous, une pertinence particulière ?

**M. Vincent Éblé, président.** – Je vais également poser quelques questions à M. Doligé.

Le Premier président de la Cour des comptes a récemment plaidé pour renforcer « le rôle d'analyse et de pédagogie » du HCFP et augmenter « le coût politique d'un manquement » aux engagements pris par le Gouvernement en matière budgétaire. Partagez-vous cette ambition ? Si oui, quels seraient selon vous les moyens susceptibles de renforcer la portée des avis du Haut conseil ?

Le HCFP est chargé de veiller au respect des engagements pris par le Gouvernement dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques. Traditionnellement révisée tous les deux ans, cette dernière n'a pas été actualisée depuis son adoption à la fin de l'année 2017 et apparaît aujourd'hui obsolète. Plaidez-vous en faveur de l'adoption d'une nouvelle loi de programmation des finances publiques à la rentrée ou pensez-vous qu'il serait prématuré pour le Gouvernement de présenter ses objectifs pluriannuels en la matière, dans le contexte très incertain lié au covid-19 ?

**M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général.** – Je me réjouis de retrouver M. Doligé dans cette commission qu'il connaît bien et de la décision du Président du Sénat de le nommer à cette fonction car notre collègue a dirigé des entreprises, a été parlementaire et élu local pendant de nombreuses années. Et la question des finances publiques locales occupera le HCFP ces prochaines années.

Nous en sommes à un moment particulier avec un déficit budgétaire qui dépasse les 100 % du PIB : c'est le nouveau monde ! Les règles budgétaires sont-elles trop complexes, trop rigides ? Des améliorations doivent-elles intervenir alors que la dette est indolore ? Lorsque les circonstances le permettront, faudra-il en revenir à l'objectif de réduction de la dépense publique et de la dette ?

La biographie de M. Doligé, dont j'ai pu prendre connaissance, est impressionnante : nous avons besoin de lui au HCFP !

**M. Éric Doligé, candidat au HCFP.** – Merci de m'accueillir ici.

Vous m'avez demandé si je remplissais les conditions pour siéger au HCFP. Pour certaines, c'est le cas, pour d'autres, ce sera à vous d'en juger. Tout d'abord, je n'ai plus de fonctions publiques depuis que j'ai quitté le Sénat. Cela n'implique pas que je me sois désintéressé de la vie publique et notamment de celle du Sénat. Elle me concerne désormais en tant que citoyen.

J'ai acquis une certaine compétence en matière macroéconomique au fil de mes quarante années de vie publique électorale, dont dix-sept ans à la commission des finances du Sénat. J'ai en outre passé vingt-cinq ans en entreprise et j'y suis retourné récemment.

Comme parlementaire, j'essayais d'être indépendant tout en me trouvant dans un cadre bien défini ; désormais, le fait de ne plus être élu me permet de retrouver une totale

liberté de parole. Ne craignez pas que je reçoive des instructions de qui que ce soit : j'écouterai bien sûr les propos des uns et des autres, mais je ne recevrai jamais d'instruction.

Les organismes créés pour éclairer le Gouvernement et le Parlement ne doivent pas se substituer à eux. En revanche, ils apportent une vision concrète de la réalité, ce qui n'est pas toujours l'apanage de l'exécutif. Comme j'ai pu le constater lorsque j'ai été nommé au Conseil des prélèvements obligatoires (CPO), la collégialité est indispensable pour fournir un travail de qualité.

Le Premier président de la Cour des comptes préside également le HCFP et le CPO : les liens sont donc étroits d'autant que l'administration est commune aux trois organismes. Les rapports sont passionnants, mais on retrouve le même style mesuré dans l'expression. Selon moi, ces organismes gagneraient à s'ouvrir sur l'extérieur et à accueillir des membres qui ne sortent pas tous du même moule.

Plutôt que de rapprocher le HCFP et le HCFiPS, il faut privilégier les vues d'ensemble car les déficits de l'État, de la protection sociale et des collectivités s'additionnent et pèsent lourd. En revanche, les spécificités sociales font que l'existence du HCFiPS est tout à fait justifiée. Je suis par ailleurs bien évidemment favorable au retour à l'équilibre des comptes. Si la règle d'or est difficilement atteignable aujourd'hui, des efforts seront nécessaires à l'avenir. N'oublions pas non plus de distinguer le fonctionnement de l'investissement : il me semble que les emprunts ne peuvent se justifier que s'ils servent à financer des dépenses d'investissement.

Les analyses du HCFP sont pertinentes, et elles reposent sur des études macroéconomiques réalisées par des organismes indépendants. Je ne suis pas certain que le Haut Conseil ait besoin de ses propres experts pour mener à bien ses travaux. En revanche, ses avis doivent être entendus, ce qui n'est pas toujours le cas, même si depuis quatre ou cinq ans, le Gouvernement semble leur apporter plus d'attention, puisqu'il s'écarte moins des trajectoires qu'il s'était fixé auparavant. Le HCFP se doit de donner des avis un peu plus tranchés pour rappeler au Gouvernement qu'il doit respecter les orientations fixées par l'Union européenne.

M. de Montgolfier m'a demandé s'il fallait simplifier les règles européennes : la Commission européenne y travaille mais nous devons également nous interroger pour savoir si les règles de 3 % de déficit et de 60 % d'endettement public par rapport au PIB sont encore d'actualité. Ce seuil me semble devoir être revu puisque quasiment aucun pays ne le respecte. En revanche, on ne peut accepter que des pays s'endettent pour combler leurs déficits de fonctionnement.

Pour l'instant, la France ne peut pas respecter les règles budgétaires en vigueur : attendons que la production reprenne à un niveau égal à ce qu'il était avant la crise avant d'imposer des carcans budgétaires. En revanche, la simplification des normes est indispensable car elle aide à la pédagogie : le public doit comprendre les objectifs du Gouvernement. Enfin, je ne suis pas certain qu'il faille imposer des règles identiques à tous les secteurs de l'économie, car certains d'entre eux n'arriveront pas à retrouver leur activité passée.

**M. Charles Guené.** – Je suis ravi de cette proposition de nomination. Chacun a pu mesurer le poids des collectivités locales dans la performance et la trajectoire de nos finances publiques. Depuis une dizaine d'années, avec la réforme de la taxe professionnelle et

de la taxe d'habitation, on substitue des parts d'impôts nationaux à des impôts locaux et, demain, à la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE) va se substituer aussi, en large part, une fraction de TVA. Bref, la course à l'autonomie fiscale est très largement derrière nous. Tout au plus pouvons-nous espérer la libre administration. Que pensez-vous, dans le contexte actuel, de cette orientation prise par nos finances locales ? Nous vivons dans un parlementarisme rationalisé, qui laisse beaucoup de pouvoir à l'État. Si, en plus de cela, les impôts sont tous nationaux, ne faudrait-il pas mettre en place une nouvelle gouvernance, de nature plus systémique ? Il conviendrait de la fonder sur une relation plus équilibrée entre collectivités locales, Parlement et État. Sinon, la trajectoire des collectivités locales s'inscrira dans celle des finances de l'État.

**M. Yves Daudigny.** – Est-il pertinent, dans la période actuelle, de distinguer la dette sociale – alors que les autres pays n'en ont pas, quand la France choisit d'amortir la sienne – de la dette globale ? Je me demande si cela a encore un sens, vu les masses en jeu : 2 650 milliards d'euros d'un côté, quelque 130 milliards d'euros de l'autre. Sans doute vaudrait-il mieux globaliser l'ensemble de la dette à traiter, tout en conservant l'objectif consensuel de ne pas la faire rembourser par nos enfants et petits-enfants – mais les circonstances actuelles sont exceptionnelles.

**M. Marc Laménie.** – Si nous autres parlementaires sommes plus ou moins familiers du HCFP, l'opinion publique connaît moins son rôle et ses missions, qu'il exerce parallèlement à la Cour des comptes. Pourtant, il publie nombre d'avis et formule des observations, dans plusieurs domaines. Quelles sont vos suggestions pour rendre sa communication plus claire, transparente et efficace ? De quels moyens humains dispose-t-il ?

**M. Éric Doligé.** – Les collectivités locales ont en effet perdu de leur indépendance au fil du temps. Les budgets ont été de plus en plus gérés par l'État, puisque c'est lui qui capte quasiment toutes les recettes et les redistribue – et il peut changer les règles quand il veut, ce qui accroît la dépendance. Pour ma part, je suis favorable à un maximum d'autonomie fiscale, et je m'inquiète de voir la perte de liberté des présidents de département et des maires. Dès lors qu'on a fixé aux collectivités territoriales des règles budgétaires assez strictes, je ne vois pas pourquoi on continue à vouloir les encadrer encore plus ! Cela explique peut-être les difficultés que nous observons dans leurs relations avec l'État. Elles se sentent ponctionnées toujours un peu plus, alors que nous savons tous que les déficits budgétaires ne se trouvent pas à leur niveau, puisqu'elles sont contraintes d'avoir un budget totalement équilibré en matière de fonctionnement et ne peuvent emprunter que pour l'investissement. De plus, les chambres régionales des comptes sont assez attentives dans leurs contrôles et, lorsqu'elles publient leurs analyses dans les médias, l'efficacité est redoutable – beaucoup plus que lorsque le HCFP rend un avis, ou même quand la Cour des comptes publie un rapport ...

Le montant de la dette sociale ne représente que 5 % environ de celui de la dette de l'État. On pourrait donc promouvoir une vision globale. Dans les périodes difficiles, on voit bien que, pour régler un certain nombre de problèmes de santé, il faut augmenter les déficits des comptes sociaux avant d'avoir pu faire des économies, ou même d'avoir trouvé des sources d'économies. C'est un choix national, qui impose au budget social d'augmenter son déficit. Il est donc toujours bon d'avoir l'œil sur les deux dettes, car les deux budgets sont extrêmement importants. La dette sociale a atteint un niveau important. Si elle était noyée dans une dette globale, il serait plus difficile de prendre la mesure du déficit social. Or, celui-ci avait presque disparu, et il refait son apparition, sans doute pour un certain temps. Il

est bon d'avoir deux analyses. De toute façon, les deux dettes sont regroupées au plan européen.

Oui, le HCFP est mal connu du grand public. Il est vrai que, pour lire ses avis, il faut être déjà rompu aux concepts des finances publiques et de l'économie. Déjà, la lecture des rapports de la Cour des comptes n'est pas toujours aisée. Heureusement, les médias en font la vulgarisation, au moins sur quelques points particuliers – ce qui n'a guère d'effet en général, mais nos concitoyens sont ainsi un peu au courant ! Le HCFP, comme tous les organismes, gagnerait à plus de transparence dans la rédaction de ses documents, de manière à les rendre plus intelligibles. Faut-il davantage de moyens humains ? À ce stade, je ne peux pas en juger. Si l'on demande plus au HCFP, peut-être faudra-t-il accroître ses effectifs. Pour l'heure, ses compétences sont étroitement limitées. Faut-il les élargir ? Il faut en tous cas que ses avis soient vraiment pris en considération. À lui de prendre davantage d'autorité. La plus grande ouverture qui se manifeste dans le choix de ses membres, avec la nomination de responsables issus du secteur privé, aidera peut-être à ce que ses recommandations pèsent, ce qui réduira les marges d'erreur ou d'incertitude du Gouvernement lorsqu'il élabore ses budgets. Cela dit, pour avoir auditionné avec vous, monsieur le président, et avec vos prédécesseurs, un certain nombre de ministres des finances, je sais bien que ceux-ci ont les moyens de faire évoluer leurs trajectoires au fil de l'exécution des budgets.

**M. Vincent Éblé, président.** – La nomination d'Éric Doligé relève de la capacité d'appréciation du Président Larcher. Le fait que nous ayons organisé cette audition conjointe ne nous donne pas le pouvoir de censurer ses choix. Il n'y aura donc pas de vote, contrairement aux auditions pour application de l'article 13 de la Constitution. Je vous remercie.

*La réunion est close à 14 h 15.*

*Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible en ligne sur le [site du Sénat](#).*



**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**

**Mercredi 22 juillet 2020**

- Présidence de M. Alain Milon, président -

*La réunion est ouverte à 16 h 35.*

**Audition de Mmes Catherine Barbezieux Betinas, directrice générale du  
centre hospitalier de Mayotte, Dominique Voynet, directrice générale de  
l'ARS de Mayotte et Joëlle Rastami, membre de France Assos Santé Mayotte**

**M. Alain Milon, président.** – Nous poursuivrons nos travaux sur la gestion de la crise sanitaire par une réunion consacrée à la situation à Mayotte. Nous entendons Mme Catherine Barbezieux Betinas, directrice générale du centre hospitalier de Mayotte (CHM), Mme Dominique Voynet, directrice générale de l'agence régionale de santé (ARS) de Mayotte et Mme Joëlle Rastami, membre de France Assos Santé Mayotte.

Si la situation à Mayotte semble globalement s'améliorer, elle a représenté une source de préoccupation majeure dans un territoire où la situation sanitaire est, en temps ordinaire, déjà marquée par de nombreuses fragilités. La gestion de la crise à Mayotte nous offre une nouvelle occasion de nous interroger sur la différenciation de la réponse apportée entre les territoires selon le moment de leur entrée dans la crise.

Les expériences d'autres territoires ont-elles pu être mises à profit ? Le triptyque « tester, protéger, isoler » a-t-il pu être mis en place dans des conditions adaptées compte tenu de la situation sanitaire et sociale particulière de Mayotte et de son environnement régional ?

Qui a piloté la crise dans le département ? Les services de l'État ont-ils rencontré des difficultés de coordination comme dans d'autres régions ? La place singulière de l'hôpital dans le système de santé a-t-elle été un plus ou une difficulté ?

Enfin, même si cette question est sans doute encore prématurée, quels enseignements en avez-vous tirés ?

Telles sont notamment les questions que nous souhaitons vous poser.

Comme pour les auditions précédentes, nous avons souhaité que différents points de vue puissent s'exprimer et, le cas échéant, se répondre. C'est pourquoi j'ai accédé à la demande de France Assos Santé Mayotte, fédération d'associations de création récente à Mayotte, mais reconnue au niveau national, d'être entendue aujourd'hui.

Il existe à l'évidence d'autres acteurs associatifs et bien d'autres acteurs à Mayotte qui auraient pu légitimement s'exprimer. J'ai bien noté que la lettre ouverte de France Assos Santé du 11 juin avait reçu une réponse circonstanciée de l'ARS le 16 juin. Ces deux courriers ont été diffusés à l'ensemble des commissaires.

Je vais vous demander de prêter serment. Je rappelle que tout témoignage mensonger devant une commission d'enquête parlementaire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

*Conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, Mmes Catherine Barbezieux Betinas, Dominique Voynet et Joëlle Rastami prêtent serment.*

**Mme Dominique Voynet, directrice générale de l'ARS de Mayotte.** – J'ai prévu une petite intervention liminaire pour permettre à tous les membres de la commission de rafraîchir leurs connaissances sur la situation à Mayotte au-delà même de l'épidémie.

Je commencerai par donner quelques données épidémiologiques sur la situation aujourd'hui : nous avons eu 16 nouveaux cas de covid le 20 juillet, 15 nouveaux cas le 21 juillet. Nous avons un taux de positivité hebdomadaire qui tourne autour de 10 depuis plusieurs semaines ; nous étions à 9,4 en semaine 29, nous sommes un peu au-dessus depuis quelques jours.

L'incidence sur sept jours est également en train de remonter de toute façon assez modeste : nous étions en dessous de 30 cas pour 100 000 habitants par semaine en semaine 28 ; nous sommes repassés un tout petit peu au-dessus de 30 depuis quelques jours, ce qui veut dire que le virus circule beaucoup moins qu'à l'époque où nous avons été classés en zone rouge, mais que nous ne sommes pas encore totalement sortis d'affaire.

Nous avons connu des situations plus préoccupantes en mai et en juin. Il y a quelques semaines, nous avons eu un cluster très spectaculaire à la prison de Majicavo, où environ 500 détenus et personnels de l'administration pénitentiaire ont été contaminés. Environ 80 % des détenus ont été atteints par le covid. Ce pourcentage est inférieur au sein du personnel, mais réaliser le *contact tracing* de ces dizaines et dizaines de personnes nous a donné beaucoup de travail.

Depuis, nous n'avons pas réellement eu de cluster, même si nous constatons des cas groupés jusqu'à cette semaine, où près de 10 cas ont été constatés à la mairie de Mtsamboro, dans le Nord.

Si nous avons connu des milliers de cas de covid, souvent asymptomatiques ou paucisymptomatiques, nous avons été confrontés à peu de situations graves, sans doute en raison de l'âge moyen de la population, de la possibilité d'immunité croisée, peut-être en raison des caractéristiques génétiques, même si cette dernière hypothèse a du plomb dans l'aile depuis la flambée de la covid sur le continent africain ces dernières semaines.

Nous avons tout de même enregistré 403 hospitalisations, la plupart en médecine, en réanimation et en obstétrique – nous avons eu beaucoup de femmes enceintes positives au plus fort de l'épidémie –, et 38 décès dont trois lors d'évacuations sanitaires (évasan) à la Réunion.

Je ne vous infligerai pas par le menu la description de la situation démographique, sociale et sanitaire de Mayotte. J'évoquerai seulement les trois points qui ont possiblement interféré dans la gestion de crise.

Le premier concerne les caractéristiques de la population : une densité et une précarité très fortes, des difficultés d'accès à l'eau, de mauvaises conditions de logement, une

tradition de cohabitation intergénérationnelle qui a pu contribuer à certains moments et dans certaines situations à la diffusion du virus.

Je tiens à souligner la jeunesse de la population : il n'y a que 4 % de personnes âgées de plus de 60 ans à Mayotte, mais un nombre important de personnes atteintes par des pathologies chroniques lourdes – les maladies qu'on trouve chez des personnes de 60 à 70 ans en métropole touchent souvent à Mayotte des personnes de 40 ou 50 ans.

Je voudrais aussi pointer la place de la religion musulmane à Mayotte, la confiance étant plus facilement accordée aux imams, qui ont d'ailleurs été mobilisés à nos côtés au cours de l'épidémie, qu'aux médecins. Le faible niveau d'éducation dans une partie importante de la population, la grande diversité linguistique, la grande confiance placée dans les réseaux sociaux et dans les rumeurs sont aussi des éléments importants.

Le deuxième point est l'offre de soins limitée, la faiblesse de la médecine libérale, la saturation tous les jours de l'année de l'unique établissement public de santé, qui assure, faute de médecine de ville et faute d'un système abouti de protection sociale, plus de 80 % des soins ambulatoires de premier recours. Avant même l'épidémie de coronavirus, nous étions confrontés à une épidémie de dengue dont les signes cliniques sont proches de ceux du coronavirus, avec un double impact, à la fois sur le nombre des arrêts de travail au CHM comme à l'ARS, et sur le nombre de patients dans les dispensaires et à l'hôpital, avec de nombreuses hospitalisations dans les mêmes services que ceux qui seront concernés par la covid. Nous avons eu la grippe, la leptospirose, et une compétition sur les tests PCR. Par ailleurs, nous avons dû faire face à la saturation saisonnière des capacités du CHM en obstétrique et néonatalogie.

La troisième caractéristique est la jeunesse du département : Mayotte n'est un département que depuis 2011, et cette jeunesse marque l'activité des collectivités, qu'il s'agisse du département qui s'est toutefois mobilisé aux côtés de l'État – je pense à la commande de masques –, ou des communes dont les outils ne sont qu'imparfaitement opérationnels – certaines communes ont des centres communaux d'action sociale (CCAS) qui ne se sont mis en place que très récemment.

L'ARS est également très jeune puisqu'elle a été créée au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Elle ne disposait pas au début de la crise d'un plan de continuité de l'activité, plan qui sera construit en un week-end et adapté à plusieurs reprises, ni d'ailleurs d'un plan d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (Orsan) et d'accueil massif de victimes non contaminées (Amavi).

Au début de l'épidémie, on ne sait rien ou presque. Quand je lis les articles rédigés en juin ou en juillet, je me dis qu'il est facile de juger *a posteriori*. Au début de l'épidémie, la définition de cas est simple – trop simple : on prend en compte les personnes qui ont voyagé en Chine ou dans un autre pays de circulation du virus – à Singapour, en Iran –, les personnes qui présentent de la fièvre, de la toux, des difficultés respiratoires. Le tableau clinique va s'enrichir au fil des semaines et des mois avec l'agueusie, l'anosmie et les signes digestifs.

Il en va de même pour les modalités de transmission du virus : au début de l'épidémie, on parle des gouttelettes et des mains. Le rôle des enfants est présenté comme privilégié dans la transmission, avant qu'on ne rende compte, quelques semaines ou quelques mois plus tard, que ce n'est pas forcément le cas. Au début de l'épidémie, on dit aussi qu'on

est contagieux dans les heures qui précèdent l'apparition des signes cliniques, avant de se rendre compte que la plupart des gens ne présentent pas de signes cliniques.

J'en viens à la dynamique de l'épidémie à Mayotte. Le 24 janvier, on note les premiers cas métropolitains. On commence à tester à Mayotte, on commence à être très attentifs et à surveiller les vols qui arrivent de métropole, mais aussi des Comores, de Madagascar, d'Éthiopie, du Kenya, car les passagers qui transitent par les hubs de Nairobi et d'Addis-Abeba peuvent croiser des voyageurs qui reviennent de Chine.

Les premiers cas mahorais ne seront avérés que le 13 mars – le premier étant un professionnel de santé importé du cluster de l'Oise la veille du passage au stade 3 en métropole. Nous avons donc un décalage de sept semaines avec la métropole, si bien que nous avons eu l'espoir d'y échapper pendant plusieurs semaines. En effet, la suspension des vols de et vers la Chine se fait rapidement, les informations aux voyageurs sont largement diffusées à Mayotte et les premiers cas concernent pour l'essentiel des personnes qui reviennent de zones de cluster, qui ont respecté les consignes d'isolement et qui ont eu peu de cas contacts.

L'espoir sera déçu dès le cinquième cas. Plusieurs semaines après le début de la crise, nous serons dans l'incapacité de retrouver le contact contaminant d'un patient qui n'a pas voyagé et qui aura été très actif pendant la campagne électorale et le premier tour des municipales.

Ce décalage de sept semaines va avoir un impact considérable sur la prise en charge de l'épidémie à Mayotte. Dans un premier temps, alors que le virus circule activement en métropole, Mayotte ne bénéficie pas d'un soutien particulier. Tous, y compris nous, admettent que respirateurs, masques, tests et curare doivent être fléchés en priorité vers les territoires les plus impactés. Ce sera très différent dans un deuxième temps, quand l'épidémie refluera en métropole et que Mayotte sera, de fait, le département le plus impacté de France. Nous recevrons alors – je tiens à le souligner – l'aide nécessaire.

Ce décalage a d'autres conséquences, positives et négatives.

J'aborderai d'abord les conséquences positives : nous avons pu tirer les enseignements de l'évolution de l'épidémie ailleurs ; nous avons pu préparer le plan blanc du CHM et l'équipement d'un lieu d'isolement ; nous n'avons jamais interrompu la recherche des cas contacts – nous étions en phase 2 quand la métropole était en phase 3, et au moment où nous sommes passés en phase 3, la métropole reprenait le *contact tracing* systématique et passait en phase 4 ; nous avons alors décidé de ne pas arrêter le *contact tracing*.

Ce décalage a également eu des conséquences négatives : une forte pression populaire, médiatique, politique, a conduit à l'adoption des mesures aux mêmes dates et aux mêmes conditions qu'en métropole, à savoir la fermeture des écoles le 16 mars et le confinement généralisé dès le 17 mars, ce qui contribuera à les rendre insupportables quelques semaines plus tard, au moment même où on en aurait le plus besoin. Comme le montre l'évolution du R0, qui passe de 3 à 1 dans cette période, le confinement sera bien, et même très bien respecté pendant trois semaines, ce qui doit être salué, compte tenu des conditions de vie très dures d'une partie de la population, mais il aura des conséquences très négatives sur le plan social et sanitaire.

Sur le plan social, 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 qui assuraient la distribution des masques, du savon, l'éducation sanitaire, la détection des cas symptomatiques ou l'identification des cas contacts. Les distributions alimentaires donnent lieu à des affrontements. Bien des familles n'ont plus rien.

La deuxième difficulté d'ordre social est l'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. L'ARS a été très présente : distribution de cartes donnant accès aux bornes-fontaines monétiques, installation de rampes d'eau, ouverture d'établissements accueillant du public, le tout sous surveillance d'associations de terrain, grandes comme la Croix-Rouge ou petites comme beaucoup d'associations de quartier.

Le confinement a aussi un impact sur le suivi des patients chroniques et âgés. Comme dans bien des régions métropolitaines, les difficultés d'accès aux services de santé, liées par exemple à la suppression des taxis et à l'absence de moyens de transport public, seront amplifiées par la peur et les rumeurs.

De fait, le confinement va se relâcher dès l'annonce du déconfinement en métropole, dès le discours du Président de la République le 13 avril, et plus vite encore dès le début du ramadan le 25 avril, malgré la décision prise par le Gouvernement, en accord avec la préfecture et l'ARS, de reporter à Mayotte la date du déconfinement au 18 mai, puis de le lever par étapes.

Au plan sanitaire, le déclenchement du plan blanc conçu pour des crises intenses et de courte durée, qui permet de se préparer à un afflux massif de patients, a conduit à fermer les dispensaires pour redéployer les effectifs dans les services plus intensifs, à alléger ou à déprogrammer des prises en charge de malades chroniques. Le plan blanc n'est pas réellement conçu pour une crise qui dure, en tout cas pas pour une situation d'incertitude qui dure.

Nous nous sommes d'emblée préoccupés de la modestie de nos moyens en réanimation, observant ce qui se passait en métropole, à savoir l'augmentation rapide des admissions en réanimation pour syndrome de détresse respiratoire aiguë avec des décès en quelques heures. Le CHM s'est préparé à accueillir des dizaines ou des centaines de patients lourds. On peut se demander, de façon rétrospective, s'il n'y a pas eu un emballement excessif. C'est facile de le dire maintenant, mais au même moment, l'épidémie faisait rage en Alsace où le service de santé des armées était déployé à Mulhouse, on triait les patients à Bergame et dans le Nord de l'Italie, et je n'ose pas penser à la virulence des critiques que nous aurions essuyées si on ne s'était pas préparé au pire.

Quelles sont les principales difficultés rencontrées ? J'ai choisi, parce que c'est le principe d'une commission d'enquête, mais aussi parce que je ne désespère pas qu'on puisse faire mieux, de dire tout ce que je pense.

Les plus importantes de ces difficultés relèvent de décisions qui ont été prises de façon brutale et inexplicable, et qui ont contribué à rendre notre travail pénible et plus complexe. 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.

Je veux également souligner le flottement accompagnant la mise en place d'un pont aérien sous-dimensionné et complexe, avec une concurrence avec La Réunion sur le tronçon Paris Saint-Denis de la Réunion, avec deux vols seulement par semaine entre Saint-Denis et Dzaoudzi et zéro vol direct Paris-Mayotte. Il n'est pas exagéré de dire que cette situation, qui a généré la mise en place de lourdes cellules logistiques à la préfecture comme l'ARS ou au CHM, nous a bien plus pénalisés que la prise en charge des cas de covid.

Alors que la plupart des régions ont connu des tensions sur l'approvisionnement en masques, en surblouses, en tests, nous avons également connu une tension sur la plupart des biens de consommation courante, du papier toilette au riz, aliment de base à Mayotte, et sur des matériels médicaux – appareillage, pièces détachées, consommables, médicaments – en dépit de la spécificité insulaire qui nous impose d'avoir des stocks de trois à six mois.

C'est une fierté que d'avoir réussi à assurer dans la quasi-totalité des cas la continuité des approvisionnements. Nous sommes devenus très « pro » sur la chaîne de logistique civile et militaire, aérienne et maritime, sur le rôle des transitaires, les lettres de transport aérien (LTA), les procédures de dédouanement, les contraintes techniques – palettes ou conteneurs. Nous avons harcelé les cellules de crise des différents ministères, justifiant chaque demande, plus ou moins urgente, plus ou moins sensible. Nous nous sommes arraché les cheveux quand un colis urgent, suite aux caprices d'un pilote ou d'un gestionnaire d'entrepôt, n'était pas chargé.

Nous avons trouvé des solutions locales seuls. Je pense par exemple à l'acheminement de la citerne à oxygène : le pharmacien du CHM a trouvé la citerne supplémentaire, la Légion étrangère de Mayotte l'a transportée et l'industriel qui loue la citerne a accepté de payer la grue. Au moment où certains se défoulaient sur les ARS, je tiens à dire solennellement que nous sommes sortis de notre zone de confort et que nous avons appris des métiers qui ne sont pas les nôtres.

L'une des conséquences les plus graves de la suppression des vols fut l'impossibilité, concrète et dramatique, de procéder aux évacuations sanitaires des patients dont le pronostic vital et fonctionnel s'évaluait parfois à quelques heures. Les évacuations étaient plus faciles que d'habitude deux jours par semaine, c'est-à-dire les jours de pont aérien, et impossibles tous les autres jours de la semaine. Le CHM a mobilisé occasionnellement des avions basés à la Réunion à ou à Mayotte, avec des délais, des indisponibilités, des temps de vol très longs, des coûts extravagants – 25 000 euros pour un ATR 72 entre Dzaoudzi et Saint-Denis, soit le même coût qu'un Boeing 737 pour le même trajet.

Dans ces conditions, avec l'accord du ministère de la santé, nous avons affrété un avion sanitaire positionné à Mayotte. Le premier vol date du 25 mai ; 37 rotations ont été effectuées depuis, permettant le transport de centaines de patients. Un hélicoptère de transport sanitaire a également été mis en service le 12 mai, dans le respect des règles de marché de l'état d'urgence sanitaire, pour permettre les évacuations sept jours sur sept et alléger les temps de travail des équipes du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Les décisions brutales et imposées sans discussion par le ministère des outre-mer n'ont pas concerné que les vols. Je pense au rapatriement des Français de Madagascar ou des Comores, annoncé quelques heures à peine avant l'arrivée des voyageurs, alors qu'il fallait organiser l'accueil sanitaire, l'hébergement, le suivi des quatorzaines. D'une façon générale, nous avons eu l'impression d'une interférence permanente avec la décision sanitaire, d'une forme d'amateurisme, et même de caprice dans la prise de décision.

La deuxième difficulté est liée au rythme de production des instructions et à la lourdeur de l'interministériel. Nous avons eu des dizaines et des dizaines d'instructions, parfois redondantes, parfois contradictoires et inadaptées à notre territoire. La multiplicité des canaux de remontée des informations s'est avérée très consommatrice en temps à un moment où nous étions sous l'eau, de même que le rythme des visioconférences, parfois concrètes et productives, parfois bavardes et inutiles, convoquant trop souvent préfets, recteurs et directeurs généraux d'ARS comme autant de figurants.

Il faut pointer également les difficultés d'arbitrage interministériel. Je pense par exemple à l'arrivée tardive, reportée de jour en jour et de semaine en semaine, des instructions « tester, tracer, isoler », ou encore de décisions concernant les liaisons entre la métropole et les DOM. Le feuilleton des tests – obligatoires ou non – n'est encore que très provisoirement réglé.

La troisième difficulté tient aux tensions sur les matériels. Je pense à la préemption, jamais expliquée, de respirateurs Hamilton commandés avant la crise par le CHM, et jamais livrés, la décision de réorienter ces respirateurs vers un autre client ayant été prise par l'entreprise ; à l'annonce de la livraison de respirateurs Monal T60, reportée de semaine en semaine ; ou à la livraison de respirateurs Osiris, arrivés après la bataille.

Je pense aussi aux équipements de protection individuelle (EPI). Nous n'avons jamais été en rupture de masques. Nous avons pu prendre la décision d'équiper les services en contact avec les patients du CHM dès le premier cas, et d'équiper assez vite de nombreux professionnels, qu'ils relèvent du secteur sanitaire, et donc du champ de responsabilité de l'ARS, ou non.

Ces tensions ont été moins importantes à Mayotte qu'en métropole grâce aux réserves importantes du CHM, grâce aux dons d'entreprises, de la gendarmerie, de masques périmés ou non, grâce aux stocks stratégiques de zone périmés, mais vérifiés et parfaitement utilisables, grâce à la fabrication locale de visières et de masques en tissu, puis grâce à la commande de masques en quantité à Madagascar, commande financée par la préfecture et le conseil départemental, et aussi à la commande de surblouses lavables par l'ARS distribuées au CHM comme aux libéraux. Tout cela a permis de faire la jonction avec la reprise, début mai, des approvisionnements du CHM par le national, puis avec le don, mi-mai, de 500 000 masques chirurgicaux et de 100 000 masques FFP2 par le conseil départemental dont nous avons équipé les agents de la protection maternelle et infantile (PMI) et du service départemental d'incendie et de secours (SDIS) en début de crise.

Les procédures en référé auxquelles nous avons dû faire face, engagées par une entreprise de pompes funèbres, l'une devant le tribunal administratif de Mayotte, l'autre devant le Conseil d'État, pour forcer l'ARS à équiper ses agents, ont constitué une troisième difficulté. Cette procédure a été l'occasion de démontrer que l'ARS avait pu réaliser à Mayotte ce qui n'avait pas pu l'être ailleurs.

La quatrième difficulté tient aux faiblesses structurelles du territoire de Mayotte, notamment au déficit structurel en personnels de santé dans le champ de la médecine libérale, au *turn-over* habituel des personnels et à la modestie des équipes dans certaines spécialités en tension nationale – les néonatalogistes, les anesthésistes-réanimateurs, les pédiatres, les urgentistes. Mais une équipe petite ne veut pas dire une équipe médiocre : je tiens à saluer la qualité exceptionnelle des services que je viens de citer, qui font des prouesses tous les jours de l'année, comme ils l'ont fait pendant le covid. Il reste qu'il y a deux fois moins de

biologistes à Mayotte qu'à Saint-Denis de La Réunion pour le même volume d'activité, ce qui pose d'autant plus problème lorsqu'il faut mobiliser des personnels pour prélever ou pour convaincre chaque habitant de la nécessité de se faire tester.

Nous avons eu le renfort de la réserve sanitaire sur des métiers variés, et du service de santé des armées dans des modalités qui ont été débattues avec le ministère de la santé et le ministère des outre-mer comme avec les forces armées de la zone Sud de l'océan Indien.

Un autre déficit structurel est celui des lieux d'hébergements et d'isolement. Je tiens à saluer l'engagement du rectorat, qui a mis à notre disposition l'internat du lycée de Tsararano, et du régiment du service militaire adapté (RSMA) qui a été un partenaire précieux tout au long de la crise dans bien des domaines. La totalité des modestes capacités hôtelières de Mayotte étant utilisées par les renforts de gendarmerie et de police, par la réserve sanitaire et par le service de santé des armées, il est impossible d'isoler des personnes qui ne peuvent pas s'isoler à domicile.

J'ai évoqué tout à l'heure l'isolement et la misère d'une partie importante de la population. Je veux insister sur d'autres spécificités mahoraises, qui ne sont pas des difficultés, mais plutôt des singularités. Je pense par exemple à la nécessité de traiter la question de la fréquentation des mosquées, le Conseil français du culte musulman n'étant pas du tout influent à Mayotte. Je pense aussi à la préparation du ramadan et à la gestion de cette fête qui est à Mayotte une fête communautaire. Je pense au rituel d'accompagnement des mourants et à l'organisation des obsèques.

Je pense aux difficultés de communication avec une population qui privilégie une communication orale et visuelle et dans toutes les langues vernaculaires. C'est pourquoi nous avons privilégié tout au long de la crise des messages vocaux, des films et des affiches diffusés à la radio, à la télévision ou par les réseaux sociaux plutôt que des tracts. Les difficultés de communication avec la population la moins instruite expliquent une très forte réticence persistante à aller à l'hôpital, mais aussi à accepter de se faire tester quand on ne se sent pas malade et qu'on ne comprend pas les modalités de transmission du virus.

La dernière difficulté tient aux tensions diplomatiques avec les Comores suite à la mise en évidence par le CHM et la communication par l'ARS de premiers cas de covid-19 non admis par le gouvernement comorien, à la suspension des liaisons aériennes et maritimes. Si ces difficultés sont derrière nous, la reprise du trafic des kwassas se traduit par une arrivée de patients positifs au coronavirus. Ces derniers ne sont pas très nombreux, mais nous avons tout de même eu deux décès à l'arrivée d'un kwassa et un cluster au centre de rétention administrative.

D'une certaine façon, le coronavirus a été aussi une opportunité à Mayotte. Je tiens à saluer la mobilisation d'une partie des associations et de nombreux bénévoles qui ont permis, en lien avec les équipes mobiles de l'ARS, de développer un véritable réseau de santé communautaire espéré depuis longtemps. Je salue également la mobilisation des agents de l'ARS et des professionnels de santé, qui sont sortis de leur zone de confort, ainsi que celle des équipes mobiles de terrain. Je souhaite pointer la mise en place en quelques semaines de services inexistantes à Mayotte, notamment d'hospitalisation à domicile, qui ont contribué à alléger la charge des services. Dans le secteur libéral, nous avons mis en place une garde ambulancière, une garde des pharmaciens, des services de télé-médecine – sept sites mobiles et

deux sites fixes, sans compter le site de télé-médecine installé au centre pénitentiaire de Majicavo.

Je ne laisserai plus personne dire que les gestes barrières et le respect du confinement ont été médiocres à Mayotte. Compte tenu des conditions de vie des personnes, de la modestie de leurs moyens et des difficultés d'accès aux biens de consommation courante qui les frappaient, je suis pleine d'admiration pour cette population de Mayotte qui a affronté cette épidémie dans des conditions très dures avec beaucoup de courage et de sagesse.

**M. Alain Milon, président.** – Vous avez une liberté de langage qu'on ne rencontre pas souvent, et je vous en remercie.

**Mme Catherine Barbezieux Betinas, directrice générale du centre hospitalier de Mayotte.** – Je donnerai des éléments complémentaires autour de quelques mots clés.

Le premier est l'inconnu : la crise a débuté au CHM le 13 mars avec la détection du premier cas de covid confirmé après plusieurs semaines d'attente pendant lesquelles nous ne savions pas si l'épidémie allait arriver ou pas.

Nous étions également dans l'inconnu parce qu'il s'agissait d'une première crise concernant l'infectiologie. Le centre hospitalier de Mayotte est très rompu à la gestion de crise – nous en avons quasiment tous les ans : barrages sur l'ensemble de l'île en 2018 pendant deux mois, mouvements sociaux en 2016... Nous avons donc l'impression d'être rompus à l'exercice. Cette nouvelle crise nous a montré que l'exercice devait être totalement différent.

Le deuxième mot clé est l'inquiétude, parce que nous étions face à l'inconnu quant au coronavirus et que nous avons conjointement une épidémie de dengue, de grippe, de bronchiolite. Or nous n'avions plus la maîtrise, car contrairement aux crises que nous avons déjà connues, la gestion de celle-ci a été nationale et régionale. Nous avons des interlocuteurs beaucoup plus diversifiés, même si l'ARS a joué le rôle d'intermédiaire avec les instances nationales et s'est occupée de l'ensemble de la communication, ce qui fut une très bonne chose.

L'inquiétude a touché le personnel, qui a eu un moment de désarroi – heureusement vite maîtrisé – causé par la peur d'être contaminé, et de ne pas être suffisamment protégé, mais aussi nos usagers.

Nous avons déclenché le plan blanc très rapidement, le 17 mars, et avons donc été dans l'obligation d'arrêter toute activité programmée. La nécessité de maintenir des capacités pour faire face à l'urgence et la peur des usagers de venir à l'hôpital ont entraîné des hospitalisations en urgence qui n'auraient pas eu lieu si ces usagers s'étaient présentés à l'hôpital. En effet, Mayotte connaît une prévalence de pathologies chroniques, comme le diabète ou l'hypertension artérielle, qui sont prises en charge au centre hospitalier de Mayotte.

Nous nous sommes sentis sur le fil du rasoir en permanence. Nous avons l'avantage, par rapport à la métropole, de disposer d'environ quatre à six mois de stock. En début de crise, nous avons environ 225 000 masques chirurgicaux et FFP2. En revanche, nous nous sommes très vite rendu compte – c'est une leçon à tirer pour d'éventuelles crises futures – qu'il fallait absolument mettre en place des mesures de sécurité. Environ 20 000 masques ont disparu la première semaine. Nous avons donc renforcé les services de

sécurité de façon assez conséquente sur les différents sites, jusqu'à faire de la fouille de sacs. Dès le début de la crise, nous avons mis un point d'honneur à mettre à disposition de l'ensemble des professionnels de l'hôpital des équipements de protection – masques, surblouses – conformément aux protocoles qui ont été établis avec le service d'hygiène.

Nous avons également eu des inquiétudes sur les évacuations et une charge de travail accrue lorsque le pont aérien a été mis en place brutalement un week-end, entraînant la fermeture du ciel aux vols commerciaux. Or un avion dans lequel nous avions affrété les professionnels qui rentraient de vacances de métropole et énormément de marchandises pour assurer nos stocks devait atterrir le samedi soir. L'annulation de ce vol a entraîné la création d'une cellule qui a été mobilisée sept jours sur sept en lien avec la préfecture, qui nous a beaucoup aidés.

Le troisième mot clé, c'est la réactivité, puisqu'il y a eu une mobilisation sans précédent de la part des professionnels de l'hôpital. Juste avant la crise, nous avions l'exemple de la métropole et nous étions très inquiets. Nous ne disposions que de 16 lits de réanimation en tout et pour tout sur le territoire. Nous n'avions pas vraiment la possibilité d'être aidés par un hôpital voisin, puisque La Réunion est à deux heures de vol. En quelques jours, nous nous sommes réorganisés pour pouvoir offrir une quarantaine de lits de réanimation. Nous avons créé des unités spécifiques covid pour éviter les infections nosocomiales d'autres patients. Nous avons créé une deuxième unité d'urgence pour accueillir les enfants au plus fort de la crise et nous avons créé l'unité post-urgence, qui n'existait pas.

Bref, c'est assez bluffant, car ce qui a été fait en à peine trois semaines aurait pris plusieurs semaines, voire plusieurs mois en temps normal.

Le quatrième mot clé, c'est la solidarité, notamment avec le CHU de La Réunion, qui est notre établissement de recours. Grâce au travail qui s'est engagé entre les différentes ARS, nous avons pu bénéficier d'assistance en matériel (respirateurs, masques) et nous avons pu réaliser des évacuations, puisque La Réunion n'avait pas de cas identifiés hospitalisés à ce moment-là.

L'aide de la réserve sanitaire a été également essentielle, car nous avons eu jusqu'à 15 % d'absentéisme dans des services à certaines périodes, de nombreux agents ayant été contaminés. De même, le service de santé des armées, qui est venu installer une unité de réanimation supplémentaire, a été déterminant au plus fort de la crise. Enfin, je dirai que tous les professionnels de santé ont été à la hauteur.

Le cinquième mot clé, c'est l'innovation. Nous avons créé en quelques semaines avec l'ARS une hospitalisation à domicile, avec une particularité par rapport à beaucoup d'autres services de style en métropole, qui est la coordination entre le personnel de l'hôpital et les professionnels libéraux. C'est très nouveau à Mayotte, où, malgré quelques rapprochements, on ne pouvait pas dire qu'il y avait une collaboration fluide entre le public et le secteur libéral. La crise nous a permis de nous rencontrer, de nous parler et de nous rendre compte des potentialités d'une telle collaboration. Nous sommes aujourd'hui à 21 patients suivis, et cela fonctionne très bien. Nous avons mené quelques expériences en télé-médecine, qui se sont parfaitement passées, malgré la faiblesse de nos moyens. Nous avons également monté des équipes mobiles de prélèvement en collaboration avec les biologistes.

Cette crise nous a demandé beaucoup d'énergie. Elle a révélé certaines de nos faiblesses, mais elle nous a aussi permis de développer des dispositifs novateurs pour faire face à une situation, qui, à un moment donné, était très inquiétante.

Nous n'avons eu qu'une seule admission en réanimation depuis trois semaines, et très peu en médecine. Nous avons fermé nos unités spécifiques covid médecine et gynécologie-obstétrique et nous sommes revenus à notre capacité de réanimation habituelle. Le Plan blanc a été suspendu depuis lundi, mais nous restons en alerte. De toute façon, il nous est apparu que le Plan blanc était inadapté pour des périodes aussi longues, du fait notamment de l'arrêt d'un certain nombre d'activités programmées, ce qui se révèle assez lourd pour les usagers.

**Mme Joëlle Rastami, membre de France Assos Santé Mayotte.** – Au nom de tous les usagers du système de santé, je souhaite remercier la commission d'enquête du Sénat de cette invitation à nous exprimer. Je salue également la mobilisation et l'implication quotidienne de l'ensemble des professionnels de santé publics et libéraux, ainsi que de toutes les associations.

Je représente ici France Assos pour Mayotte et non de Mayotte, le maillage territorial de l'association étant en voie de réorganisation. Nous avons vocation à défendre les intérêts des usagers du système de santé. Notre volonté est de permettre que s'exprime la vision des usagers sur les problématiques de santé.

La présentation que je vais vous faire s'appuie sur les données connues des usagers. Bien entendu, nous ne maîtrisons pas tout, et j'ai encore appris des choses aujourd'hui en entendant les oratrices précédentes.

Je me permettrai de vous rappeler que le Conseil pour l'engagement des usagers de la Haute Autorité de santé a émis cinq recommandations. La première est de mobiliser les processus de démocratie en recourant notamment au numérique. Les principes de la démocratie en santé impliquent la participation des représentants des usagers aux décisions de santé. Le numérique permet de recenser les témoignages et les retours d'expérience, d'en tirer les enseignements, d'une part, et de s'assurer de l'adhésion de l'opinion aux solutions proposées, d'autre part. Or depuis le début de la crise sanitaire sur notre territoire de Mayotte les représentants des usagers n'ont pu exprimer leurs droits collectifs auprès de l'ARS, et de façon réduite uniquement auprès du centre hospitalier de Mayotte, par conférence téléphonique. Nous avons également participé à une réunion du comité d'éthique par voie numérique.

Notre délégation sur Mayotte, comme l'ensemble des délégations de notre association, réclame une plus grande implication dans la politique de gestion de crise. Il faut permettre l'expression d'une parole collective, celle des populations qui subissent les effets de l'épidémie, ainsi que ses conséquences psychologiques et sociales. C'est pour cela que nous avons fait un premier courrier, le 11 mai, à Mme la directrice de l'ARS, que nous allons rencontrer le 29 juillet. En aucun cas, j'y insiste, les représentants des usagers n'ont dénigré le travail réalisé par l'ARS et les autres services.

Quelle leçon tirer de cette crise ? Quelle stratégie devons-nous adopter pour faire face à une nouvelle ou comment le système de santé de Mayotte doit-il évoluer ? Quelle place pour la démocratie en santé ? Telles sont les questions qui doivent nous mobiliser.

D'abord, nous pensons que la communication institutionnelle a produit des effets très limités sur le comportement des populations. À Mayotte, les usagers ne sont pas homogènes en ce qui concerne la représentation de la maladie, de la santé, les origines linguistiques, le mode de vie, les rites culturels, notamment au moment des décès – obsèques, lavages mortuaires – et des mariages. Certaines de ces spécificités ont pu contribuer à la dynamique de l'épidémie.

Les messages sont parfois peu suivis d'effet. Les distributions d'aide alimentaire ont certes répondu aux situations d'urgence sociale, mais elles ont provoqué des cohues favorisant la propagation du virus. Les messages en alphabet latin n'ont pu en effet être compris des populations, souvent analphabètes, ou bien ont été mal traduits en alphabet arabe. Notre proposition serait d'organiser une communication grand public claire et adaptée aux populations de Mayotte sur les épidémies, en s'appuyant sur les ressources locales et les spécialistes en linguistique.

Nous souhaitons ensuite aborder la stratégie de dépistage. Les annonces faites par l'ARS sur le manque de réactifs et le refus de beaucoup de se faire dépister ont contribué à la propagation des rumeurs les plus folles sur les réseaux sociaux. Je suis convaincue que l'absence d'annonces claires a entraîné bien des interrogations quant à la capacité des autorités sanitaires locales à gérer efficacement cette crise sanitaire.

Nous avons bien entendu le message du ministre de la santé pour tendre vers un dépistage massif, mais, à l'heure où nous sommes, seuls 14 100 tests ont été réalisés par les deux uniques laboratoires hospitaliers privés de Mayotte. Depuis le 14 mars, date du premier cas déclaré, on compte une moyenne de 688 tests par semaine, soit 90 tests par jour, loin des 1 000 tests annoncés à l'Assemblée nationale par la ministre des outre-mer le 2 juillet.

Santé Publique France a communiqué au mois de juin sur une probable sous-estimation de l'épidémie à Mayotte, une recrudescence ayant été constatée à la suite de l'Aïd et de la réouverture des commerces. La directrice de l'ARS n'a cessé d'alerter sur le manque de moyens pour tester, mais les ressources supplémentaires annoncées par la ministre le 19 mai n'étaient toujours pas arrivées à l'hôpital le 18 juin. Nous restons toujours en grande difficulté pour effectuer un nombre de dépistages suffisant.

La stratégie des pouvoirs publics est restée incomprise des usagers. Nous avons recueilli nombre de témoignages de personnes qui se sont vu opposer un refus de dépistage, voire dont les résultats n'ont pas été communiqués, ou alors seulement 4 ou 5 jours après.

Au niveau des matériels de protection, nous avons une autre version que celle des professionnels de santé. Pour les masques grand public, c'est la débrouille qui prévaut. Il faut savoir que 50 % de la population vit avec moins de 250 euros par mois, et ne peut se permettre de s'acheter une boîte de masques à 60 euros. Il est de surcroît difficile de laver les masques en tissu quand on a un accès à l'eau limité.

Pour conclure, je dirai que cette crise a été révélatrice des problèmes récurrents de notre système de santé. Pour nous, la place de la démocratie en santé reste à valoriser.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Madame Voynet, nous pouvions craindre que vous vous exprimiez comme les autres directeurs d'ARS, pour qui tout a bien fonctionné, mais je dois saluer votre franchise *in fine*.

Dans les autres départements, la place du préfet était clairement définie. Ce commandement bicéphale a d'ailleurs souvent été vécu comme un problème. Là, nous n'en avons pas entendu parler. Comment la collaboration s'est-elle passée ? De même, quelles ont été les coordinations avec la médecine de ville ?

Sans la suspension des vols, étiez-vous en mesure de contrôler ceux qui entraient et ceux qui sortaient ? Quelle solution auriez-vous retenu ?

Vous avez dit que la gestion par le ministère des outre-mer était frappée du sceau de l'amateurisme. Quel aurait été, selon vous, le ministère le plus à même de gérer la crise à Mayotte ? Serait-ce le ministère de l'intérieur, comme l'ont suggéré certains acteurs de la crise en métropole ?

Qu'en est-il de la reprise des soins ? Que vous manque-t-il actuellement ?

Selon vous, pourquoi y a-t-il eu cette différence de propagation entre Mayotte et La Réunion ?

**Mme Dominique Voynet.** – Si je n'ai pas évoqué de façon très détaillée la place du préfet, c'est parce que je savais que la question viendrait, mais c'est aussi parce que la relation avec le préfet n'a pas été réellement une difficulté pour nous, dans l'écrasante majorité des cas. Nous sommes beaucoup parlé et nous avons signé ensemble plusieurs courriers au Premier ministre pour demander des adaptations de la stratégie nationale à la situation particulière de Mayotte. Nous n'avons eu des divergences d'appréciation que lorsqu'il a dû mettre en œuvre des injonctions formelles du ministère des outre-mer qu'il lui était difficile d'appliquer. Je pense que ce n'est pas aller trop loin de préciser que, dans ces situations, la tendance est forte de partager la pression avec l'ARS.

Un centre opérationnel départemental (COD) a été mis en place dès que la situation a commencé à se dégrader en métropole. Il s'est réuni tous les jours pendant plusieurs semaines, d'abord sous l'autorité du préfet, puis sous l'autorité d'un sous-préfet. Un COD plénier élargi était de surcroît réuni toutes les semaines. Même si j'étais un peu agacée de voir tout cet aréopage, je dois reconnaître que ce mode de réunion a facilité la circulation de l'information.

Concernant les relations avec la médecine de ville, compte tenu du fait que nous avons peu de médecins, nous avons réorganisé beaucoup de réunions avec les infirmiers, dès avant le premier cas apparu à Mayotte, pour essayer de transmettre un maximum d'informations sur les précautions à prendre dans la pratique professionnelle. Par ailleurs, nous avons mis en place une lettre d'information quotidienne diffusée à tous les professionnels de santé de Mayotte. J'organise également une réunion téléphonique hebdomadaire avec les médecins sur des sujets très variés, comme la façon de suivre les malades chroniques, d'équiper les professionnels ou de gérer les obsèques. Cela a permis aussi aux médecins de faire remonter des propositions.

Concernant les vols, vous avez parfaitement raison, madame la rapporteure, de dire que le contrôle strict des arrivées humaines sur le territoire était de nature à nous aider à contrôler la diffusion de l'épidémie, et nous avons été soulagés des décisions prises en la matière, mais cela ne supposait pas l'arrêt des vols. Il fallait se limiter à encadrer la libre circulation des personnes, car nous avons besoin de faire venir du matériel et des renforts. Autre exemple : nous avons besoin de faire partie régulièrement les tests qui permettent de

diagnostiquer la mucoviscidose chez les enfants ou les tests prévenant les risques de trisomie 21. En plus, je ne suis pas sûre que l'on y ait gagné sur le plan financier, car le pont aérien mis en place sur la base d'une délégation de service public avec Air Austral, avec une garantie de ressources, a été très coûteux. Ainsi, la compagnie a une enveloppe de 25 000 euros pour chaque vol entre Dzaoudzi et La Réunion. Je trouve extrêmement dommageable ce qui s'est passé, alors que nous avons les pires difficultés à faire venir notre fret.

J'y suis allée un peu fort en parlant d'amateurisme au sujet de la gestion du ministère des outre-mer. C'est plutôt l'impression d'une difficulté à arrêter une position interministérielle robuste fondée sur les seules considérations sanitaires. J'ai eu l'impression que, finalement, le ministère voulait marquer de son empreinte l'évolution de la crise, parfois de façon redondante avec le ministère de la santé, parfois de façon imparfaitement cohérente.

Je me suis réjouie que la gestion de la crise ait été confiée au début au ministère de la santé, avec la création d'une cellule de crise sanitaire. Ensuite, j'ai trouvé juste la création d'une cellule interministérielle de crise (CIC), au moment où l'on comprend que la crise va durer plusieurs semaines, plusieurs mois, voire plusieurs années. Cette structure a vocation à traiter non seulement les questions sanitaires, mais également les questions économiques et sociales. Dans une troisième phase, et parce que le CIC ne fonctionnait pas bien, il a été décidé de faire en sorte que le ministère le plus directement concerné, c'est-à-dire le ministère de la santé, soit représenté fortement au CIC. Cela m'a semblé juste aussi. On aurait pu imaginer raccourcir les séquences, mais je n'ai pas beaucoup d'éléments pour voir comment les choses se sont passées réellement au niveau national. Cependant, je pense que ces trois séquences étaient à peu près inévitables.

Lorsqu'il y a une crise courte – tremblement de terre ou cyclone –, le préfet est naturellement le coordonnateur général. En l'espèce, le préfet a veillé, au niveau du COD, à prendre en compte de façon prioritaire les préoccupations sanitaires, et je l'en remercie. Je lui ai renvoyé la pareille quand j'ai eu l'impression que les difficultés sociales, sécuritaires, économiques du département l'emportaient sur la gravité de l'épidémie. On a alors travaillé ensemble à assouplir les modalités du confinement et à faciliter la vie des Mahorais.

**Mme Catherine Barbezieux Betinas.** – La reprise d'activité s'est faite de façon progressive depuis à peu près un mois.

Le CHM est organisé ainsi : un plateau technique à Mamoudzou est spécialisé dans la chirurgie et la médecine ; cinq centres de référence sont répartis sur le territoire dans lesquels il y a des maternités ou des consultations de médecine, qui n'ont jamais fermé pendant la crise. Durant celle-ci, nous avons mis en place des unités spécifiques de prélèvement et des circuits spécifiques à l'attention de la population. Il y a aussi treize dispensaires.

Actuellement, nous avons repris une activité normale sur la quasi-totalité de l'établissement, à l'exception de certains dispensaires, dont certains sont en train de rouvrir progressivement. Nous retrouvons une activité de médecine et de pansements, réalisés par des infirmiers diplômés d'État (IDE). Actuellement, il nous manque, pour tout rouvrir, des moyens en personnel, car nous avons dû redéployer au plus fort de la crise le personnel qui travaillait dans ces petites structures de proximité. Les équipes ont été fortement sollicitées pendant deux mois. Elles ont fait beaucoup d'heures supplémentaires et il y a beaucoup d'absentéisme. Nous avons un gros *turn over*, avec des professionnels qui restent en moyenne un an. Autant il y a eu de la solidarité, du personnel s'est porté volontaire pour venir nous

aider, autant nous avons beaucoup moins de propositions de remplacement pour la période d'été, jusqu'à septembre-octobre, par rapport à l'année précédente. L'activité a repris à plus de 90 %, à l'exception de quelques dispensaires.

Pour les cas résiduels, nous avons eu une admission en réanimation depuis le dernier mois pour cause de covid-19. En médecine, il y avait entre 28 et 30 patients hospitalisés chaque jour, nous en sommes à 3 ou 4 actuellement.

**M. Bernard Jomier, rapporteur.** – Je remercie les trois intervenantes. Les questions posées visent à comprendre comment la crise pourrait être mieux gérée la prochaine fois. Elles ne visent, en aucun cas, à mettre en cause votre travail.

Mme Voynet a été très franche dans son exposé sur la question institutionnelle. J'ai compris que localement, cela a plutôt bien fonctionné avec le préfet, mais que cela avait été plus compliqué dans la verticalité...

En réponse à France Assos Santé, vous avez écrit que « l'ARS ne saurait être tenue responsable du désordre général par des initiatives mal préparées, mal conduites, maintenues en dépit de ses conseils et dont elle s'est désolidarisée, initiées par d'autres acteurs institutionnels auxquels je vous demande de vous adresser directement. » Quels sont ces acteurs institutionnels qui mettent en place des actions aussi chaotiques ? C'est pour que nous puissions mieux comprendre les liens entre les acteurs locaux.

Quels sont les liens avec les autres acteurs régionaux ? Nous avons un peu parlé de La Réunion, vous nous avez cité les autres États autour, Mme Voynet nous a parlé des Comores, mais pour dire qu'il y avait eu un incident diplomatique et que cela n'avait pas fonctionné. Avez-vous des idées pour une meilleure insertion de Mayotte dans le bassin de l'océan Indien, compte tenu des difficultés de la verticalité des relations avec une métropole qui est loin ?

Dans l'échange de courriers entre France Assos Santé et la directrice générale de l'ARS, on comprend bien que vous prônez une approche de santé communautaire – et Mme Voynet a prononcé ce mot dans son exposé introductif. Cette approche n'est pas celle qui a été faite en métropole dans les premiers temps de la crise ; elle est maintenant développée par le ministre de la santé, avec des approches ciblées selon les populations, les territoires, avec des opérations de dépistage, à mesure qu'on a appris à connaître un peu la répartition de l'épidémie. Estimez-vous avoir été appuyés dans cette approche en santé communautaire, ou vous sentez-vous gênés par ce que la directrice de l'ARS a appelé les « multiples instructions », reçues *a priori* depuis Paris ?

Vous avez parlé d'évasan qui ont été empêchés. Des vies ont-elles été mises en danger par l'absence d'évasan ?

Madame la directrice du CHM, vos capacités de réanimation ont-elles atteint, à un moment ou à un autre, la saturation ?

**Mme Dominique Voynet.** – La crise a duré longtemps, et elle n'est pas réellement terminée puisque nous continuons à avoir toutes les semaines une réunion du COD. Certes, elle s'est allégée, mais elle a duré quatre mois.

Si les choses se sont bien passées localement, cela ne veut pas dire que nous avons toujours été d'accord sur tout avec le préfet. Nous avons parfois des préoccupations

différentes que lui, ainsi qu'avec le recteur qui aurait aimé rouvrir les écoles beaucoup plus tôt – avec des arguments que je comprends tout à fait, lorsqu'il insiste sur le risque de décrochage scolaire d'enfants vivant dans des quartiers où l'école est vraiment la chance de s'en sortir. C'est aussi le lieu où l'on fournit parfois le seul repas de la journée. Dire que nous nous sommes entendus sur 90 % des sujets ne veut pas dire que nous n'ayons pas eu de discussions sur d'autres. Je trouve cela normal, et cela s'est toujours réglé avec respect.

Lorsque j'évoquais des « actions chaotiques », je faisais directement allusion à un point évoqué par la représentante des associations qui concernait les distributions alimentaires, souhaitées par le rectorat, portées par la préfecture, à la demande de communes qui auraient aimé pouvoir distribuer effectivement aux populations les plus déshéritées des aliments. L'ARS n'a pas soutenu cette hypothèse, même si nous avons accepté d'en financer certaines. Nous avons été soulagés quand nous avons appris que les différents partenaires renonçaient à cette façon de distribuer l'aide alimentaire et privilégiaient désormais la distribution de bons, permettant aux personnes d'aller s'approvisionner au Douka Bé local. Pour moi, c'était important. Voilà un exemple des situations dans lesquelles nous n'avons pas été d'accord. Mais je comprends aussi le préfet : les gens avaient faim, c'était urgent et les communes étaient demandeuses. C'est facile après coup de réécrire l'histoire. La réalité, c'est qu'on n'arrive pas toujours à éviter les attroupements. Je pense notamment aux attroupements auprès des centres de santé. La directrice du CHM fait de son mieux pour imposer le port du masque et le lavage des mains. On a fermé la rue pendant des semaines, mis en place un lavage des mains systématique avant l'accès aux centres de santé. Mais la réalité, c'est que les personnes s'agglutinent devant le centre de santé depuis trois heures du matin. En dépit des mesures de sécurité, on n'évite pas toujours ces attroupements qui ne permettent pas de respecter les gestes barrières.

Avec La Réunion, la situation est assez singulière. Le CHM est le seul établissement hospitalier français à ne pas être membre d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), tout simplement parce qu'avec 1 800 kilomètres qui séparent La Réunion de Mayotte, les situations n'ont rien à voir. Personne n'aurait eu l'idée de faire un GHT entre le centre hospitalier de Lille et la Corse ; nous n'avons pas trouvé fonctionnel de mettre en place un GHT entre Mayotte et La Réunion. Cela ne veut pas dire que nous ne travaillons pas ensemble. La séparation entre l'ARS de La Réunion et l'ARS de Mayotte n'a pas été très simple. Elle a été douloureuse pour les agents de La Réunion, mais elle a été accueillie avec enthousiasme à Mayotte. La crise, tant pour les relations entre les établissements hospitaliers que pour les relations entre les ARS, a été l'occasion de vérifier que nous étions capables de bien travailler ensemble. Je dois remercier ma collègue de La Réunion, qui, au moment où nous avons réfléchi à la façon de se partager le stock stratégique de masques, a attribué la plus grande partie de ce stock à Mayotte parce que nous en avions besoin, dans des conditions tout à fait amicales. Je dois aussi remercier le CHU qui, à plusieurs reprises, a avancé des écouvillons et des curares, des kits réactifs, *etc.*, pour nous permettre de faire la jonction. Nous avons conclu un protocole de coopération pour les évacuations avec l'hôpital de La Réunion, dans un contexte assez compliqué parce que l'opinion publique à La Réunion était extrêmement sensible à la présence mahoraise. Les plus prudents sont juste attentifs à ne pas laisser réintroduire la covid, mais certains vont jusqu'à des jugements racistes extrêmement pénibles envers les Mahorais. Ce protocole illustre magnifiquement l'engagement des professionnels pour une solidarité active avec Mayotte. Vous allez me dire que c'est bien normal, car le CHU est notre établissement de recours et il est financé pour cela.

L'ancrage de Mayotte existe dans l'océan Indien, de fait, car la moitié de la population de Mayotte est d'origine comorienne. Les liens sont constants, tant avec les

Comores que Madagascar. Nous avons deux difficultés importantes : la première, ce sont les distorsions de niveaux de développement et de vie. Mayotte, plus pauvre des départements français, apparaît comme un îlot de richesses, de bien-être et de confort pour les autres États de l’océan Indien. Avant la survenue de la covid, j’étais engagée dans l’élaboration d’un programme de coopération sanitaire auquel participe activement le CHM, qui a lui-même un programme Interreg de coopération sanitaire avec les Comores. Je suis un peu perplexe quant au déploiement de ce programme dans le contexte actuel ; il me paraît évident que le gouvernement comorien est prêt à utiliser aussi la crise du coronavirus comme un instrument de pression sur le Gouvernement français. Par exemple, le Gouvernement comorien exige, pour reprendre des personnes reconduites aux Comores, la réalisation d’un test PCR. C’est un peu fort de café ! Nous accueillons à Mayotte les personnes qui arrivent et qui sont positives à la covid, et nous sommes censés faire un test négatif si l’on souhaite les renvoyer. Je précise que cette remarque, purement factuelle et technique, ne constitue pas une évaluation politique, stratégique ou tactique de la politique française en matière migratoire ou en matière de coopération avec ses voisins.

L’approche en matière de santé communautaire n’a été ni gênée ni appuyée au niveau national. Elle a été jugée absolument nécessaire, soutenue par le ministère de la Santé – pas encore de façon explicite – mais nous avons été autorisés à dépasser notre plafond d’emplois pour recruter des agents supplémentaires. Nous avons affiché très fortement l’idée qu’il s’agissait de mettre en place un réseau de santé communautaire et d’être plus présents sur le terrain. C’est une des faiblesses structurelles des ARS que d’être peu territorialisées. C’est moins vrai à Mayotte qu’ailleurs. Dans de très grandes régions comme l’Occitanie, la Nouvelle-Aquitaine ou les Hauts-de-France, il y a peu d’agents de l’ARS présents sur le terrain, contrairement aux agents du ministère de l’agriculture, ou du ministère de l’équipement. Mais à Mayotte, le territoire est assez petit, les distances ne sont pas importantes, nous nous connaissons tous. C’est plus facile d’être présents sur le terrain. Ce sera le seul point sur lequel je souhaite répondre à la représentante des usagers, parce que nous avons beaucoup échangé avec les associations qui nous ont aidés sur le terrain. Elles ont été présentes sur les bornes-fontaines, dans les quartiers ; elles nous ont aidés à aller dans des endroits où il est difficile, pour des agents non mahorais, de se rendre. Elles nous ont fait remonter énormément de témoignages de terrain qui nous ont permis aussi d’adapter nos dispositifs à la réalité sociale et territoriale de Mayotte. Elles nous ont beaucoup aidés à transmettre les messages qu’appelait de ses vœux la responsable associative. Tous les messages, en plus des films, des messages radio et du travail sur les réseaux sociaux traitent de points très spécifiques de la vie mahoraise : « Comment je fais avant d’aller à la mosquée ? » « Comment je porte mon masque ? » « Comment je me comporte quand plusieurs générations cohabitent ? » « Qu’est-ce qu’un mètre de distance ? » On leur dit : c’est cela. (*Mme Voynet écarte les bras pour en montrer la longueur*). Je vous ferai passer ces plaquettes par internet. Le monde associatif nous a aidés, et il va nous aider à transmettre les bons messages en matière alimentaire, de diabète, de santé sexuelle et reproductive, de lutte contre le VIH, etc. Cela intéresse beaucoup le ministère et je souhaite pouvoir le développer, en utilisant tous nos agents qui se sont montrés très volontaires et très crédibles sur le terrain.

Oui, bien sûr, des vies ont été mises en danger par l’absence d’évasan. Oui, je ne devrais pas le dire de façon si virulente. C’est aussi pour cela que nous plaidons pour que l’avion sanitaire reste à Mayotte à l’issue de la crise. Parce que lorsqu’on doit faire l’évacuation sanitaire d’un patient qui a une compression médullaire ou qui a eu un problème de compression neurologique centrale, on a quatre heures pour qu’il rejoigne la Réunion. Lorsqu’on veut déboucher l’artère d’un patient qui a un infarctus du myocarde, on a entre quatre et six heures. Si l’on doit déjà faire venir l’avion de la Réunion, c’est terminé. Je ne

veux pas que nous soyons soumis au rythme aléatoire de la disponibilité des avions d'Air Austral, qui fait son possible en général, mais qui est parfois confronté à une vraie saturation en période de vacances. Je plaide vraiment pour que nous ayons des moyens budgétaires et l'autorisation de garder cet avion à l'issue de la crise.

**Mme Catherine Barbezieux Betinas.** – Nous avons seize lits de réanimation sur Mayotte. C'est très peu finalement, par rapport à la population. Au plus fort de la crise, nous sommes montés jusqu'à 22 patients en réanimation : il y avait non seulement les patients covid, mais aussi les autres patients qui avaient besoin d'être admis en réanimation.

Nous n'avons pas eu de saturation pour deux raisons : d'abord, le protocole avec le CHU de La Réunion nous a permis de procéder à des évacuations sanitaires des patients atteints du coronavirus, y compris en réanimation ; ensuite, nous avons eu l'aide du service de santé des armées, qui y a installé, de manière un peu différente de ce qu'il a fait dans le Grand Est, une unité de réanimation dans les murs de l'hôpital à proximité de notre service, et qui a permis d'aider ce service au plus fort de la crise. Il n'y a pas eu de saturation, mais vraiment grâce à ces aides. Cela montre qu'en situation vraiment exceptionnelle, les seize lits dont nous disposons aujourd'hui sont particulièrement insuffisants.

**Mme Joëlle Rastami.** – Les associations ont participé, notamment les associations humanitaires, comme la Croix-Rouge, mais aussi l'Union départementale des associations familiales (UDAF), membre de France Assos Santé. Les représentants d'usagers sont nommés par le ministère de la santé, par les institutions, et nous avons été très étonnés de n'avoir à aucun moment été invités aux cellules de crise, comme cela a été fait dans le département voisin de La Réunion. Nos collègues de France Assos Santé Océan Indien faisaient partie de la cellule de crise et pouvaient faire remonter des informations.

Il manque encore beaucoup, pour les usagers, un accès aux masques. Les masques jetables n'ont plus de couleur, pour certains, les masques en tissu sont arrivés à épuisement de l'utilisation qui devrait en être faite. Il n'y a plus de distribution gratuite parce que compte tenu du contexte économique et social, il faut pouvoir redistribuer des masques gratuitement, les mettre à disposition des associations qui s'occupent du diabète comme Rediab Ylang, du VIH, de l'hépatite B, des centres communaux d'action sociale, en direct avec la population... Il faut continuer à pouvoir donner des masques pour faire effectivement barrage au coronavirus.

J'habite en Petite-Terre, et j'ai encore pris la barge tout à l'heure pour participer à une réunion sur le centre hospitalier de Mayotte. La distanciation n'est pas comprise de la population. Il y a des lieux stratégiques, qui nécessiteraient un accompagnement. Les agents de la société de transport maritime devraient pouvoir arriver à accompagner la population dans ces distanciations. Il en est de même dans les commerces, où la distanciation n'est pas respectée. Les masques ne sont pas mis non plus.

Nous souhaiterions avoir un accès au dépistage plus facile. Santé publique France l'écrivait le 9 juillet, « encore aujourd'hui, les personnes contacts de covid + ne sont pas dépistées. » Cela risque de laisser propager le virus.

Des associations ou les CCAS qui ont participé à cette distribution d'aliments ou de bons alimentaires nous font remonter leur demande d'avoir des dépistages. Mme Voynet l'a bien rappelé, notre population est jeune, avec beaucoup de cas asymptomatiques. Santé publique France insiste sur le fait qu'il y ait un dépistage à plus large spectre pour détecter les

personnes qui seraient asymptomatiques et susceptibles de contaminer. D'autant qu'à Mayotte, nous rentrons dans la période des « Grands mariages ». Il est très difficile, pour la population, de pouvoir respecter les distances. En matière de santé communautaire, on pourrait s'appuyer sur les associations d'usagers. Nous connaissons des personnes ressources qui pourraient intervenir dans des manifestations traditionnelles, communiquer auprès de la population et essayer de les accompagner dans l'application de ces messages.

**Mme Dominique Voynet.** – Je ne sais pas s'il y a eu un autre département qui a pu équiper dès le 17 mars, sur l'ensemble du territoire, tous les professionnels de santé – tous les médecins libéraux, les infirmiers, les pharmaciens, les agents du service d'incendie et de secours, tous les ambulanciers, *etc.* Nous avons équipé les agents des CCAS, les agents des services d'aide à domicile, tout le secteur médico-social, et nous continuons à le faire. Nous disons entre nous que nous sommes « ARS Logistics », car certains agents ne font que cela : ils gèrent des cartons et livrent des masques, encore maintenant, toutes les semaines. Dès le début, nous avons pu équiper en masques tous les cas positifs et tous les cas contacts. Cela a été un travail absolument considérable que d'emmener ces masques à toutes les personnes dans les quartiers. Oui, il faut continuer à distribuer des masques – et ce n'est pas une critique pour l'ARS – parce que ce département a été le premier, et je crois le seul, à pouvoir équiper en masques en tissu toute sa population, grâce à la mobilisation du conseil départemental et de la préfecture : 450 000 masques ont été distribués dans une première commande, 800 000 sont en cours de distribution, ce n'est pas terminé. Parfois, il fallait aller dans certains quartiers déshérités distribuer les masques, un à un, de famille en famille, de maison en maison, parce que les gens n'ont pas d'adresse postale et qu'ils ont peu accès à l'information. Si Rediab Ylang demande des masques à la préfecture, je ne doute pas qu'ils en auront.

Pour le respect des règles de distanciation, chacun doit prendre ses responsabilités : la gestion de la barge relève du conseil départemental, celle des commerces, c'est la chambre de commerce et d'industrie et la chambre des métiers. Nous formons les formateurs : plus de mille personnes ont été formées par l'ARS en cette période : ce sont les formateurs des entreprises ou des milieux professionnels, qui vont permettre d'aller à la rencontre des usagers. Mais nous ne pouvons pas être les garants du fait que l'ARS est présente partout... J'ai appris, la semaine dernière, qu'en violation des règles, certaines boîtes de nuit ont repris leurs activités. Je l'ai tout de suite signalé au préfet, qui a mobilisé des moyens pour s'assurer que ces boîtes de nuit ne continuent pas leur activité. C'est une coopération quotidienne qui permet de respecter ces distances.

Quant à la phrase de Santé publique France que vous citiez, toutes les personnes contacts ne sont pas dépistées : en effet, de nombreuses personnes refusent de se faire dépister, disant qu'elles ne sont pas malades... Si jamais elles sont dépistées positives, elles devront s'isoler chez elles, mettre un masque, s'isoler de leur famille, et arrêter leur travail... Du coup, elles refusent. Dans les textes, rien ne nous permet d'imposer à une personne qui le refuse d'être dépistée.

Nous avons engagé beaucoup d'actions de dépistage systématique. C'est très étonnant. Parfois, avec une personne symptomatique, nous nous attendons à trouver beaucoup d'autres cas positifs. Dans une grosse association mahoraise, par exemple, on a trouvé zéro cas positif. À la Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DJSCS), qui a beaucoup d'agents présents sur le terrain, il y avait aussi zéro cas positif. Et parfois, presque par hasard, dans les dépistages de voyageurs, on trouve des cas positifs qui affirment n'avoir aucun symptôme, et on trouve des cas positifs autour d'eux alors qu'on les cherchait à peine... Nous cherchons à déployer plus de tests et nous avons actuellement les moyens de le

faire ; le facteur limitant, par contre, c'est le personnel, comme le disait Mme Barbezieux Betinas.

**Mme Victoire Jasmin.** – La directrice de l'ARS a évoqué la coopération régionale sur le sanitaire. Avez-vous suffisamment avancé ? La Réunion était trop lointaine pour les actions que vous vouliez faire ensemble. Avec qui comptez-vous les faire ? Y a-t-il des possibilités de complémentarités dans le cadre des projets Interreg ? Sont-elles formalisées ou non ?

Vous avez évoqué le conseil départemental pour les déplacements, mais y a-t-il d'autres actions menées ensemble dans le cadre de la démocratie sanitaire ? Seule la représentante des usagers a évoqué les maires, qui sont présents, avec d'autres élus locaux et des représentants d'associations et des structures médico-sociales dans les conférences de la santé et de l'autonomie. Quelles relations avez-vous avec ces partenaires ? À Mayotte, il y a des problèmes sociaux et économiques. Gérer la situation, ce n'est pas facile pour vous. Vous avez évoqué les difficultés que vous pouviez avoir avec les ministères de la santé ou de l'outre-mer, mais vous n'avez pas cité certains représentants, comme ceux de la sécurité civile ou le SDIS. Qu'en est-il ?

Madame Rastami, l'ARS a évoqué les différentes distributions de masques pour protéger les populations mahoraises. Des associations pourraient-elles confectionner des masques en tissu de type Afnor, pour un usage quotidien ? Pourriez-vous les inciter à cela ?

**Mme Annie Guillemot.** – Vous indiquez avoir distribué beaucoup de masques à la population. Rapporteuse pour avis, avec Dominique Estrosi-Sassone, sur le logement, nous avons constaté que de nombreux foyers d'hébergement n'avaient pas de masques. Cela a été un gros problème, notamment dans la métropole de Lyon, qui est pourtant riche.

Selon Mme Rastami, la moitié de la population touche moins de 250 euros par mois. On débat actuellement de la gratuité des masques et de l'accès de la population aux masques. Quelle est votre position sur ce sujet, même si vous avez agi bien avant les autres ?

Faut-il rendre les tests obligatoires ?

**Mme Angèle Prévaille.** – Pour le confinement généralisé, il y a eu un décalage de sept semaines avec la métropole. Vous avez souligné les difficultés importantes d'accès à l'eau et de faim. Selon vous, ce confinement n'était pas adapté. Dorénavant, s'il devait y avoir un reconfinement, avez-vous signalé que ce n'était pas adapté ? Quelles adaptations préconiseriez-vous pour Mayotte ?

Quelle proportion de la population a été touchée par la faim ? Combien de temps cela a-t-il duré ?

**Mme Michelle Meunier.** – Madame la directrice de l'ARS, vous avez été agacée devant « l'aréopage » de participants au comité de pilotage. Que voulez-vous dire ainsi ?

**M. Olivier Paccaud.** – J'ai été surpris d'entendre que dès le 17 mars, tous les professionnels de santé et toutes les personnes en ayant besoin avaient été fournis en masques. Dans mon département de l'Oise, ce n'était pas du tout le cas. Comment avez-vous pu faire ? Aviez-vous des stocks ? Si oui, aviez-vous anticipé, demandé ces masques ? Bravo, mais expliquez-nous !

**M. Thani Mohamed Soilihi.** – Je salue les trois intervenantes, avant de vous retrouver à Mayotte. Je ferai quatre observations. Le personnel soignant a fait de son mieux avec les moyens du bord. Certes, tout ne s'est pas bien passé, comme l'a rappelé Mme Rastami.

Déjà en temps normal, les moyens sont sous-dimensionnés par rapport à la population réelle. Je l'ai souvent dit devant le Sénat. À plus forte raison, durant cette double crise de la covid-19 et de la dengue, les moyens étaient amplement dépassés. Il faut mettre en exergue ce sous-dimensionnement des moyens.

Nous avons assisté, contrairement à d'autres zones de la métropole, à une montée voire à une flambée des violences, notamment dans les quartiers. Une caserne de pompiers à Kahani a été pillée, et un dispensaire attaqué. Cette montée de violences, peut-être pas si conséquente que cela, a été très mal ressentie par la population, et a motivé la venue en urgence de la ministre des outre-mer pour qu'elle « éteigne le feu ».

Il est dommage que le préfet et les exécutifs locaux, l'association des maires ne soient pas là. En cas de nouvelle vague, comment allons-nous nous organiser ?

**Mme Dominique Voynet.** – Madame Jasmin, j'ai pointé les limites non pas de la coopération régionale, mais de l'intérêt d'un GHT. Les coopérations existent : nous recevons à Mayotte très régulièrement des missions de médecins, de chirurgiens, d'intervenants divers qui nous aident à prendre en charge des patients de Mayotte. Nous coopérons dans la gestion des matériels et des équipements. La crise a permis de mettre en évidence la bonne volonté partagée de renforcer des coopérations.

La situation des maires n'était pas simple : au soir du premier tour des municipales, ils étaient suspendus à la décision des électeurs, comme cela a été le cas dans plusieurs milliers de communes métropolitaines. Les communes étant jeunes à Mayotte, elles disposent souvent de moyens très limités. Je dois souligner la bonne qualité des relations avec les maires, dans plusieurs communes, confrontés à la covid. Cela nous a permis de déployer, avec leurs services et avec eux, des actions de terrain tout à fait utiles, et de former leurs agents. Je souligne le travail fait à la mairie de Mamoudzou, ville où il y a beaucoup de bidonvilles et d'habitats précaires. L'accord donné pour installer rapidement des rampes d'eau et faire des distributions alimentaires, de masques, former des agents, a été intéressant. Il en a été de même à Chirongui, Mtsamboro, Sada, où les maires se sont fortement mobilisés.

Concernant les relations avec les associations, l'ARS est très jeune ! Comme l'a dit la représentante des usagers, France Assos Santé existait à l'échelle de l'Océan Indien, vous étiez vice-présidente. Nous n'avons pas eu le temps de nouer des relations approfondies. Nous nous sommes vues deux ou trois fois, dans des occasions variées, mais ces relations ne sont pas stabilisées.

Je n'ai pas évoqué de difficultés avec le ministère de la santé. Mais il est parfois difficile de recevoir des instructions traitant de sujets extrêmement importants au niveau métropolitain, mais qui s'adaptent mal à la situation de Mayotte – ce n'est pas la même chose. Lorsqu'on reçoit des instructions sur les modalités de suivi des personnes dans les Ehpad – nous n'avons pas d'Ehpad à Mayotte – ou nous enjoignant de mettre en bière systématiquement chaque personne décédée alors que la tradition mahoraise consiste à laver les corps, utiliser des linceuls et procéder très vite à l'ensevelissement, c'est difficile.

Les relations avec la protection civile et le SDIS ont été fluides. Le préfet, grand ensemblier de ces questions, vous aurait décrit cela par le menu. Mes relations avec eux ont été essentiellement fonctionnelles et pratiques, puisque nous avons équipé les pompiers du SDIS très tôt dans la crise, alors même que les textes ne nous l'imposaient pas.

Pour les masques, nous avons pu équiper dès le 17 mars les professionnels de santé du CHM, avec un nombre limité de masques par jour au début, car nous étions prudents et ne savions pas si et quand nous aurions du réassort... Nous sommes passés de deux à trois masques par jour à quatre ou cinq. Je vous le confirmerai – je suis sous serment. Au départ, j'ai équipé les infirmiers libéraux, les pompiers, les ambulanciers *etc.*, avec un nombre limité de masques par jour (deux masques par jour), dans le respect des normes nationales. Lorsque nous avons réalisé que nous avions des dons, parfois de masques périmés, mais testés avant de les distribuer, nous avons augmenté le nombre de masques distribués.

C'est avec des masques en tissu que nous avons équipé tout le monde. Nous sommes passés de la distribution de masques chirurgicaux ou FFP2 aux professionnels de santé et aux cas positifs et cas contacts à une distribution populationnelle de masques en tissus, fabriqués en partie à Mayotte. J'en ai commandé des milliers et des milliers. Mais ensuite nous avons commandé 450 000 masques à Madagascar, tout simplement, car on ne trouvait plus de tissu, et surtout plus d'élastique, à Mayotte. Puis nous avons commandé 800 000 masques. La deuxième salve de masques n'est pas encore totalement distribuée. Mon directeur de cabinet est en lien étroit avec la préfecture pour organiser la fin de cette distribution.

Faut-il rendre obligatoires les tests ? Je suis très ennuyée car je prends au sérieux ce que l'on me dit : nous avons toutes les chances, si le test est négatif, de ne pas pouvoir rassurer la personne, qui peut être positive 48 heures plus tard, ou avoir été positive quatre jours avant et avoir contaminé largement autour d'elle des personnes qui déploieront ou non des signes cliniques. Un test ne renseigne que sur l'état virologique de la personne au moment où on le fait. C'est tout. Généraliser ou rendre obligatoire les tests est compliqué. Pour les vols vers la métropole, il est déraisonnable d'imposer des tests à tous les Mahorais, car nous avons une capacité de tests limités. Nous n'avons pas les matériels, les réactifs ou le personnel pour prélever et pour gérer ces dossiers. Imaginez une seconde : vous demanderez aux Mahorais de faire un test systématique avant de prendre l'avion pour la métropole, alors que le nombre de cas de covid à Mayotte n'est même pas le tiers du nombre de cas constatés dans la région Grand Est. À ma connaissance, on ne demande pas aux habitants de Strasbourg ou de Metz de faire un test avant de prendre le TGV pour Paris ou de partir en vacances en Bretagne... Je trouverai discriminatoire d'imposer cela aux Mahorais. Par contre, je comprends la demande des Réunionnais, car La Réunion est une île, qui souhaite se protéger et avoir des garanties sur la situation sanitaire et sur l'impact éventuel des afflux de passagers vers l'île. Mais d'un côté il y a trois îles – Guadeloupe, Martinique et la Réunion – touristiques avec un afflux important de personnes pouvant déstabiliser le système de santé, de l'autre, deux territoires plutôt fragiles – un continental, la Guyane, et un insulaire, Mayotte – avec des capacités limitées et qui ne constituent pas nécessairement un danger pour le territoire métropolitain.

Les sept semaines de confinement ont en partie aidé à limiter le pic épidémique, mais ont été très pénalisantes dans le temps. Je ne sais pas quel est le pourcentage des habitants qui ont eu faim. La faim n'est pas uniquement quantitative, avec la sensation de faim dans le ventre, c'est aussi qualitatif : certaines personnes ont mangé seulement du riz et

des bananes pendant des semaines, sans rien d'autre. Cela a un impact sur la santé des enfants ou de personnes diabétiques...

Pour l'eau, la solution est dans le long terme. Il est inacceptable qu'un tiers de la population n'ait pas accès à l'eau potable. C'est un sujet très sensible politiquement : certains soulignent deux difficultés : c'est dans les quartiers informels, de développement rapide, totalement exorbitants des maires pour mettre en place des plans locaux d'urbanisme, que le besoin d'accès à l'eau est le plus aigu et le plus important quantitativement. Certains maires nous disent que s'ils veulent avoir une politique d'aménagement du territoire, ils ne peuvent pas valider, après coup, par l'installation de rampes d'eau, l'implantation non choisie de populations nouvelles. Par ailleurs, il sera nécessaire d'améliorer l'accès à l'eau, dans le contexte plus général de raréfaction de la ressource en eau à Mayotte. Nous nous attendons tous à devoir gérer une pénurie d'eau en novembre, avant l'arrivée de la saison des pluies. C'est un sujet de fond, et non uniquement de crise.

Pourquoi ai-je déploré le large aréopage de participants au COD ? Soit celui-ci est un lieu de diffusion d'informations, auquel cas ce n'est pas gênant qu'il y ait énormément de monde ; soit c'est un lieu où des sujets difficiles peuvent être abordés, où l'on peut argumenter, construire des positions et nouer des compromis, auquel cas le fait d'être si nombreux pénalise. On ne peut pas dire tout, devant tout le monde, tout le temps. C'est pourquoi, à côté de ce COD très large, nous avons pris l'habitude, avec le préfet, de nous réunir quasiment en tête-à-tête, chaque fois que c'était nécessaire, pour arrêter les décisions qui devaient l'être.

**Mme Joëlle Rastami.** – Mme Voynet insiste beaucoup sur le travail réalisé avec les associations. Avec des outils visio, on aurait pu travailler ensemble et collaborer sur cette crise du coronavirus.

Lors d'une réunion avec les membres de la direction qualité et la direction générale de l'hôpital, on nous avait dit que 2 700 agents de l'hôpital avaient bénéficié de masques. Les services aigus ont été davantage pourvus, avec trois masques par jour, contre deux pour les autres. Après, il y a eu une montée en charge de la mise à disposition de masques. Je reviendrai aussi sur la qualité des masques. Certains masques en tissu étaient de vraies passoires. Le test de l'OMS, de la flamme, le prouvait. Cela a été publié sur Mayotte Première. Des masques jetables ont été distribués et ont été montrés du doigt par les professionnels de santé parce qu'ils n'avaient rien d'autre. Des reportages, dernièrement, montraient des équipes du SAMU de l'hôpital, une infirmière et un médecin, qui portaient voir un patient positif au covid qui n'allait pas bien. Ils n'étaient pas équipés d'un masque FFP2, mais d'un masque chirurgical...

Pour laver ces masques en tissu, il faut de l'eau et du savon. Comment distribuer des masques en tissu s'ils sont mis tous les jours, pendant six à dix jours, sans être lavés... Ils n'ont alors plus aucun effet !

Les représentants des usagers s'interrogent sur le suivi des cas positifs, et de ceux qui sont dits guéris. Sur quels critères sont-ils guéris ? En métropole, des centres spécialisés se mettent en place pour accompagner. Quels moyens seront donnés à l'hôpital pour accompagner tant psychologiquement – cela a fait beaucoup de dégâts – que physiquement ceux qui doivent récupérer ?

**M. Alain Milon, président.** – Merci d’avoir exposé tous les problèmes et solutions que vous avez trouvés pour vous en sortir au mieux. Nous vous recontacterons si nous avons besoin d’autre chose, mais n’oubliez pas de répondre aux questions écrites. Nous vous souhaitons bon courage pour la suite.

*Ce point de l’ordre du jour a fait l’objet d’une captation vidéo qui est disponible en ligne sur le site du Sénat.*

*La réunion est close à 18 h 40*

**Jeudi 23 juillet 2020**

**- Présidence de M. René-Paul Savary, vice-président -**

*La réunion est ouverte à 9 h 30.*

**Audition de M. Étienne Champion, directeur général de l’ARS des Hauts-de-France, Mme Marie-Cécile Darmois, directrice de l’hôpital Saint-Lazare de Crépy-en-Valois, MM. Bruno Fortier, maire de Crépy-en-Valois, Louis Le Franc, préfet de l’Oise et Mme Nadège Lefebvre, présidente du conseil départemental de l’Oise**

**M. René-Paul Savary, vice-président.** – Mes chers collègues, je tiens tout d’abord à vous présenter les excuses du président Milon, retenu, qui m’a chargé de présider cette réunion.

Nous poursuivons aujourd’hui nos travaux en examinant la gestion de la crise dans le département de l’Oise, avec M. Étienne Champion, directeur de l’ARS des 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. le préfet de l’Oise, Louis Le Franc, Mme la présidente du conseil départemental, Nadège Lefebvre et le professeur Arnaud Fontanet, qui est directeur du département de santé globale de l’Institut Pasteur.

Par rapport à notre audition d’hier, consacrée à Mayotte, nous revenons un peu en arrière dans la chronologie, puisque le département de l’Oise a été touché très tôt par la crise, avec la première victime française du covid-19, un enseignant du collège de Crépy-en-Valois, décédé dans la nuit du 25 au 26 février dernier. L’Oise a été traitée comme le serait un foyer épidémique d’aujourd’hui, avant que le passage en phase 3 ne conduise à renoncer à des modes opératoires qui n’ont été réintroduits qu’au moment du déconfinement, notamment en matière de *contact tracing*.

Ce foyer épidémique a fait l’objet d’une étude d’une équipe de l’Institut Pasteur, sous la direction du professeur Fontanet, qui pourra nous apporter un éclairage intéressant au côté des différents acteurs de la crise.

Comment la gestion de la crise s’est-elle organisée dans le département ? Quels sont les retours d’expérience ? Quels enseignements avez-vous tirés, les uns et les autres, de cet épisode, si une autre crise devait survenir ? Telles sont les questions que nous vous poserons.

Je vais demander à chacun de se présenter brièvement en essayant d'être très synthétique. Ensuite, nos rapporteurs et collègues vous interrogeront, en tâchant également d'être concis.

Auparavant, et conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, je vais vous demander de prêter serment. Je rappelle que tout témoignage mensonger devant une commission d'enquête parlementaire est puni de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende.

*Conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, Mmes Marie-Cécile Darmois et Nadège Lefebvre, ainsi que MM. Étienne Champion, Bruno Fortier, Louis Le Franc et Arnaud Fontanet prêtent serment.*

**M. Louis Le Franc, préfet de l'Oise.** – Ma première pensée va vers toutes les personnes qui, malheureusement, ont perdu la vie dans ce département de l'Oise – nous sommes à 591 personnes décédées. Je veux aussi remercier tous celles et ceux qui ont contribué à faire en sorte que cette pandémie ne soit pas encore plus grave que ce qu'elle a pu être.

Pour moi, il y a quatre maîtres mots qui sous-tendent l'action publique, tant de l'État que des collectivités territoriales dans le département de l'Oise.

Tout d'abord la cohérence. Dès l'apparition des premiers symptômes des personnes contaminées, la stratégie a été de ralentir la propagation du virus, qui était concentré dans le quart sud-est de l'Oise, afin de disposer des délais nécessaires à la mise en œuvre des mesures de protection de l'ensemble de la population de l'Oise. Tout l'État territorial a alors fait bloc pour définir les orientations nous permettant de mettre en application cette stratégie. Ensuite, on l'a partagée avec les élus, au premier rang desquels la présidente du conseil départemental, puis les maires, notamment celui de Crépy-en-Valois, qui a été l'épicentre de cette crise, pas uniquement sanitaire, mais aussi médiatique, sociale et économique. Il a fallu se concerter tous les jours pour adapter les mesures nécessaires à la gestion de cette pandémie, qui a été extraordinairement longue dans le département.

Le deuxième maître mot, c'est l'anticipation. Par exemple, j'ai été confronté à un problème de gestion des personnes décédées. Il a fallu faire passer de 6 à 10 jours les délais d'inhumation et augmenter la capacité de crémation des corps. Sur deux week-ends du mois de mars, nous avons eu des pics jusqu'à 25 ou 30 morts. Il a fallu réajuster les mesures réglementaires et gérer cela avec les opérateurs funéraires, qui, à un moment, ont menacé de laisser les cercueils sur les routes. Il a fallu anticiper les rassemblements pour la rupture du jeûne du ramadan sur le plateau de Creil avec les autorités religieuses. Tel est le type d'événement que j'ai eu à gérer dans l'anticipation.

La réactivité, troisième maître mot, s'est traduite par une nouvelle manière innovante de réglementer. Plutôt que de prendre des arrêtés préfectoraux chaque jour en dur, j'ai préféré opter pour du droit souple et mettre en place un dispositif de foire aux questions afin d'informer le plus précisément la population et de coller à la situation du terrain. Nous visons notamment les chefs d'entreprise et les responsables d'association. Un bulletin quotidien était également publié conjointement avec le directeur de l'ARS pour le grand public. J'ai été en contact permanent avec la présidente du conseil départemental, notamment pour gérer la situation des collèges et de la petite enfance, et j'informais chaque fin de semaine les parlementaires sur la gestion de la crise.

Nous avons fait cela en toute transparence, qui est le quatrième maître mot. Un dernier mot sur la presse. Le département a fait l'objet d'une pression médiatique inouïe, avec 300 journalistes en permanence sur le terrain. Je le sais, cela fait partie du jeu, mais cette attention permanente a été une difficulté supplémentaire à gérer pour nous. Il faut faire attention à ce que l'on dit, à ce que l'on ne dit pas, à ce que l'on fait, et il y a toujours des risques de dérapage.

**M. Étienne Champion, directeur général de l'ARS des Hauts-de-France.** – Je veux évidemment commencer par un hommage aux victimes du covid, notamment l'enseignant de Crépy-en-Valois, première victime française du covid, et le premier médecin décédé du virus, également dans l'Oise. Il y a eu beaucoup de premiers dans l'Oise.

Au plus fort de la crise, c'est évidemment dans les hôpitaux, dans les cabinets de ville, dans les Ehpad que s'est trouvée la réponse à cette situation qui était inédite. Ce sont les équipes soignantes et plus largement les professionnels qui, par leur mobilisation extraordinaire, ont permis de faire front. C'est l'occasion aussi de saluer aujourd'hui leur professionnalisme, et notamment celui de Mme Darmois, qui a été certainement l'une des toutes premières Françaises confrontées en tant que directrice d'établissement à ce qui était totalement inattendu.

Cette crise a aussi été gérée par l'Agence régionale de santé. Je conçois l'agence avant tout comme une facilitatrice, comme une instance qui doit introduire de la souplesse dans le rapport entre le national et le local. Elle doit avoir une certaine autonomie dans le respect, évidemment, des règles nationales, mais elle doit se nourrir du terrain. Je me permets donc de rendre hommage aux équipes de l'ARS, qui sont mobilisées dans les coulisses depuis les premières heures. Au sein des pouvoirs publics, l'ARS n'est évidemment pas seule, et elle doit mener avant tout un travail de coordination avec le préfet, le recteur et d'autres acteurs. Dans ce genre de crise, elle doit être à l'origine d'un pacte avec l'ensemble des pouvoirs publics, notamment les collectivités locales.

La crise n'a pas commencé dans la nuit du 25 au 26 février, quand nous avons appris ce premier décès d'un cas autochtone. Dès le 23 janvier, nous avons commencé à préparer la crise. Nous l'avons préparée avec les préfets, avec les établissements hospitaliers. Nous avons commencé à organiser régulièrement des conférences, qui nous ont permis de nous préparer, avec les professionnels de santé de ville, les fédérations médicales, les établissements médico-sociaux.

Comme l'a dit M. le préfet, nous étions à ce moment-là dans un cas totalement nouveau. Il y avait eu un cluster en Rhône-Alpes, mais il était lié à une importation de cas. Là, nous découvrons que le virus circule sur notre territoire, et notamment dans les hôpitaux, sans que des mesures soient prises, parce que les malades ne sont pas formellement identifiés. C'est pourquoi l'enjeu important a été d'organiser le *contact tracing*, en ville, mais aussi dans les hôpitaux. Nous avons aussi dû fermer le service de réanimation de l'hôpital de Creil.

Dès le 23 février, j'ai sollicité l'appui de la réserve sanitaire, qui nous a fourni 110 personnes en renfort. Un travail de dépistage a ensuite été entrepris en deux temps, notamment sur les établissements scolaires, avec l'appui du conseil départemental.

Cette première expérience m'a permis de dégager plusieurs principes que nous avons ensuite essayé d'appliquer à l'ensemble de la gestion de la crise dans l'Oise. Tout d'abord, penser et agir à 360° sur le champ de la santé, mais aussi du médico-social, du

régional au local, toujours en lien avec le national. Nous avons aussi dû miser sur la mobilisation de tous les acteurs publics et privés, de l'ensemble des acteurs de l'urgence et du secours, avec une consolidation des passerelles public-privé. Il a fallu accompagner les professionnels de tous les secteurs, notamment les médecins de ville, notamment grâce au développement de la télémédecine. Par ailleurs, nous avons protégé les publics les plus fragiles, à savoir les personnes âgées dans les Ehpad et les personnes handicapées.

Enfin, il est apparu indispensable de rester en permanence connecté avec les territoires. À cet effet, dès le 2 mars, sur l'initiative du préfet de région, s'est tenue chaque lundi une conférence stratégique avec l'ensemble des préfets, des présidents de conseil départemental, des représentants des associations de maires pour faire un point précis sur la gestion de la crise. Ces réunions ont donné lieu à la diffusion de bulletins, notamment auprès des parlementaires.

Le maître mot, c'est de faire face collectivement à l'imprévu. Cette capacité de mettre en œuvre un certain nombre d'instructions qui nous venaient du national, mais aussi d'être créatifs collectivement avec les professionnels, nous a permis, je crois, de répondre au mieux aux défis qui nous étaient posés.

**Mme Nadège Lefebvre, présidente du conseil départemental de l'Oise.** – Je vous remercie de m'avoir invitée à témoigner devant votre commission d'enquête. Le département de l'Oise, en effet, a été, au tout début du mois de mars, le premier territoire métropolitain véritablement touché par l'épidémie. C'est dans l'Oise que les premiers regroupements de personnes contaminées, les fameux clusters, ont été identifiés. Ainsi, des mesures de confinement, touchant en particulier les établissements scolaires, ont visé les zones clusters de l'Oise dès le 2 mars. Une semaine plus tard, c'est-à-dire le 9 mars, les écoles, collèges, lycées de l'ensemble du département étaient fermés, avec une semaine d'avance sur le reste du territoire national. Notre territoire a été pris très tôt dans la tourmente de l'épidémie, ce qui nous a placés, sans que nous y soyons préparés, sous les feux de l'actualité. Il faut savoir que des entreprises ont été discriminées par leurs clients au seul motif qu'elles étaient localisées dans l'Oise.

Nous avons dû faire face aux assauts médiatiques, ce qui ne rendait pas les choses faciles au quotidien. Nous avons aussi affronté, avec quelques jours ou semaines d'avance sur les autres territoires, des problématiques complexes, telles que la pénurie de masques, qui touchait, bien sûr, les médecins généralistes, mais aussi d'autres services comme les services d'aide à domicile, ces derniers rentrant souvent bredouilles des pharmacies censées leur fournir cette protection minimale.

J'ai dû également gérer le traitement de la situation particulière des assistantes maternelles, d'abord sur des questions liées à la prise en charge des enfants, puis sur l'indemnisation des journées non travaillées. J'ai été, je crois, la première à saisir le Gouvernement pour qu'elles puissent, comme les autres salariés, bénéficier d'une sorte de chômage partiel, ce qui leur avait été initialement refusé.

Je tiens à saluer aujourd'hui, bien sûr, l'attitude des habitants de l'Oise durant cette période, mais aussi pendant tout le confinement qui a suivi. Je veux souligner, en particulier, l'engagement de nombreux élus locaux, dont le maire de Crépy-en-Valois, qui est à mes côtés, et dont la commune a été parmi les plus durement touchées en France. Ils ont été sur le pont pour aider leurs administrés, en particulier les plus fragiles. Je tiens enfin à saluer

l'action du préfet de l'Oise, qui a cherché à nos côtés à apporter les réponses les plus adaptées à des besoins aussi urgents que difficiles à satisfaire.

L'action du conseil départemental s'est concentrée autour de 5 axes.

Tout d'abord, la prise en charge des personnes âgées, qu'elles soient en Ehpad, dans d'autres établissements ou à domicile.

Ensuite, l'aide aux autres publics fragiles, qu'il s'agisse des personnes handicapées, en difficulté sociale ou des jeunes de l'aide sociale à l'enfance. N'oublions pas que, durant toute cette période, tous ces enfants étaient dans les foyers, ce qui a été difficile à gérer.

Enfin, il a fallu organiser l'accueil dans les collèges des enfants des personnels prioritaires pendant le confinement, puis l'accompagnement des établissements scolaires pour la mise en œuvre du protocole sanitaire pendant la phase de déconfinement.

Ces trois axes sont évidemment au cœur des compétences de la collectivité.

Pour autant, nous avons dû plus d'une fois aller au-delà de nos strictes compétences pour faire face à l'urgence.

À ceci s'est ajoutée une aide d'urgence que nous avons décidée pour les travailleurs non-salariés, qui ne pouvaient pas bénéficier de mesures de chômage partiel. Il y en avait énormément dans le département. L'aide de 1 500 euros mise en place par l'État servait pour nombre d'entre eux à payer les charges de l'entreprise, de sorte qu'ils n'avaient pas la possibilité de nourrir leur famille ou de payer leur loyer. Nous avons octroyé 3 500 aides de cette nature à des chefs d'entreprise.

Nous avons aussi mis l'accent sur le soutien aux personnes en première ligne, à savoir les personnels des Ehpad, des services d'aide et d'accompagnement à domicile, mais aussi les ambulanciers, les pompes funèbres ou encore les chauffeurs de taxi. Notre action dans ce domaine a permis, à une époque où les masques manquaient partout, que ce soit dans les cabinets médicaux ou dans les établissements sociaux, de collecter des milliers de masques, conservés dans des mairies ou des entreprises parfois depuis des années.

Ces deux derniers axes ne relevaient pas spécifiquement du conseil départemental – notamment le soutien des personnes en première ligne, qui a le plus souvent consisté à fournir des masques et du matériel de protection en attendant les livraisons de l'ARS, ou en complément de dotations qui étaient parfois un peu juste, durant la première période. Bien sûr, cela s'est sérieusement amélioré pendant toute cette longue période.

J'ai souhaité que le conseil départemental mène de front deux batailles : la première consistait à faire face à une situation d'urgence particulièrement critique dans les Ehpad et plus largement, pour les personnes âgées, isolées par les mesures de confinement. Je pense aussi aux enfants qui n'étaient plus scolarisés ; 2 800 enfants de l'Oise ont perdu tout contact avec le système éducatif. Devant la gravité de cette situation, j'ai interpellé le secrétaire d'État chargé de la protection de l'enfance, mais j'attends encore la réponse...

La seconde bataille était pour préparer l'après-crise, et qui s'est traduite par le maintien de notre calendrier de réunions, notamment de nos commissions, de façon à toujours

accorder des marchés, signe fort pour les entreprises, afin de leur montrer que la reprise pouvait s'opérer rapidement dès le déconfinement.

La gestion de cette crise n'a pas été sans difficulté. Il est essentiel de mettre le doigt sur les difficultés rencontrées, de les analyser pour tirer les leçons de cette expérience que nous ne souhaitons pas revivre. Cette crise a mis en lumière quelques faiblesses dans l'organisation régionalisée de certains services de l'État, qui a montré ses limites alors que l'Oise était bien plus touchée que les autres départements de la région. En mars, beaucoup de temps a été perdu en échanges régionaux avec des préfets ou des présidents de conseils départementaux confrontés à des situations très différentes de la nôtre. Il aurait fallu des points précis, département par département, surtout dans la première partie de cette crise pour l'Oise, afin de ne pas s'éparpiller sur l'ensemble de la région.

Malgré la force de frappe de l'ARS, nous avons eu quelques difficultés pour l'approvisionnement en masques des Ehpad et des établissements sociaux et médico-sociaux ; je pense aussi aux ambulanciers, aux taxis conventionnés par l'assurance maladie, et surtout aux pompes funèbres, qui sont venus frapper à la porte du département pour obtenir quelques milliers de masques et protéger ainsi des centaines de personnes particulièrement exposées au virus. La proximité du département et notre connaissance des acteurs locaux ont permis de collecter et de distribuer des milliers de masques éparpillés sur tout le territoire.

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. J'ai noté que cet éloignement n'avait pas été perçu de la même manière par les élus d'Alsace, autre territoire lourdement touché par l'épidémie. Si j'insiste sur ce point, c'est que cela tient peut-être de la proximité du département et de la ville de Strasbourg où se trouve le siège de la région. Autrement dit, la régionalisation n'a sans doute pas les mêmes conséquences pour les territoires proches de la capitale régionale où les acteurs travaillent de longue date ensemble, que pour ceux comme l'Oise dans les Hauts-de-France qui sont très éloignés de Lille. En dépit de ces difficultés, je mesure bien sûr l'engagement de tous les acteurs publics, que ce soit les services de l'État, l'ARS et tous les élus locaux. C'est une crise sans précédent que nous souhaitons bien sûr ne jamais revivre. Nous espérons qu'il n'y aura pas de deuxième vague et devons tirer de cette crise les leçons qui s'imposent. Je suis certaine que le travail de votre commission pourra y remédier.

**M. Bruno Fortier, maire de Crépy-en-Valois.** – Mon propos liminaire va raconter mon histoire. Jeudi 13 février s'est déroulé le dernier conseil communautaire de notre communauté de communes à Crépy-en-Valois, avec 91 conseillers communautaires. Mardi 25 février, je dis à mon épouse que je n'aime pas du tout cette histoire de coronavirus – on parlait de la Chine, de l'Italie, on commençait à parler de la France... Ce même jour, je demande à mon directeur général des services de faire le point sur le stock de masques depuis l'épidémie de grippe A H1-N1. Résultat : plus de masques en stock. Jeudi 27 février à 7 h 30, je reçois un appel téléphonique du directeur général de l'ARS, M. Champion, que je ne connaissais pas, et qui m'annonce malheureusement le décès de M. Dominique Varoteaux, premier mort français de cette « cochonnerie », comme je l'ai appelée et je continuerai de l'appeler ainsi. Il me demande d'organiser une réunion à 14 heures en mairie avec le préfet, le sous-préfet, le député, lui-même et quelques autres personnes. À 8 h 30, je suis en mairie pour réunir tout le personnel d'accueil et prévenir qu'une affluence de journalistes – je connaissais bien le système – allait certainement arriver. Bien sûr, comme je connais tout le monde à la mairie, je serre des mains, je fais des bises... Ce même jour, il y a la réunion avec l'ARS à

14 heures. Le 28 février, l'ARS m'appelle et me demande de faire une liste des membres du conseil communautaire, puisqu'une des conseillères communautaires de la petite commune de Rouville, Mme Valérie Méron, était malade et se trouvait à l'hôpital de Tourcoing. Je lui donne cette liste. Comme j'étais malade et toussais fortement, cette personne me recommande de faire un test à l'hôpital d'Amiens. Samedi 29 février, je réalise donc ce test, avec une conseillère municipale, très malade, qui fait un malaise dans la salle d'attente. Dimanche 1<sup>er</sup> mars, le résultat tombe vers 20 heures. (*La voix de l'orateur se brise sous le coup de l'émotion*). Je suis positif à cette cochonnerie, et la galère commence, un engrenage terrible se met en route. Je vous lis le message que j'ai fait passer sur les réseaux sociaux : « Bonsoir à tous, après avoir subi un test hier à l'hôpital d'Amiens, mon résultat vient de tomber. Mon test est positif et je suis porteur de cette cochonnerie. Je suis donc en train d'établir une liste des personnes que j'ai rencontrées depuis les 14 derniers jours. Je pense que beaucoup de cas vont apparaître dans les jours qui viennent. Je ne suis pas hospitalisé, je ne me sentais pas malade, pas de fièvre, mais je suis porteur de ce satané virus. Chères Crépynoises, chers Crépynois, nous entrons dans une période difficile. Gardons notre calme, respectons les mesures imposées par la préfecture et soyons solidaires. Merci encore de votre soutien. »

Je vais vous lire un dernier texte, et puis je m'arrêterai là et je répondrai à toutes les questions. C'est un message de présentation de ma commune au professeur Bruno Hoen, directeur de la recherche médicale de l'Institut Pasteur. « Crépy-en-Valois est une ville charmante de 15 357 habitants. Il y a eu en 1982 un drame national. C'est la ville de l'accident de Beaune, le 31 juillet 1982 : 44 enfants de Crépy et de la région sont décédés, brûlés dans deux autocars qui emmenaient ces enfants dans le sud. » Je vous dis tout cela pour vous situer le contexte de Crépy, très particulier, qui perdure pour ses habitants.

« Élu en 1983, j'ai fait la promesse aux parents de toujours être avec eux le jour des commémorations, chaque 31 juillet. Crépy-en-Valois, c'est aussi la ville où le 20 novembre 1981, un collège Pailleron a brûlé entièrement ; le collège Jean-de-La-Fontaine où enseignait M. Dominique Varoteaux.

Le 8 juillet 2015, les frères Kouachi sont passés à Crépy-en-Valois. La ville a vécu pendant une journée complète en état de siège, avec le GIGN et le Raid comme compagnons. J'ai moi-même passé la nuit en voiture avec la photo de ces deux fous. En juin 2019, il y a eu la pollution de notre étang de Géresme dans le magnifique parc de 21 hectares avec 6 000 litres de shampoing concentré déversés. Le 21 juin 2019, c'était l'effondrement d'une partie de notre collégiale Saint-Thomas, 300 tonnes d'un monument classé en 1875, et maintenant le covid avec le premier mort français, atteint par cette cochonnerie. Tout cela pour vous dire que Crépy-en-Valois ne souhaite pas être le centre de la presse nationale, car c'était déjà le cas, et a subi son lot de catastrophes, ainsi que les habitants qui restent fiers de leur commune. Crépy-en-Valois reste un endroit splendide, calme reposant, nous voudrions maintenant un peu de calme, mais l'histoire reste l'histoire. »

Cela a été un moment difficile. Nous avons eu des décès, certes pas autant que certaines communes, mais c'était important, ramené à la proportion de notre commune. Le nombre de décès a été multiplié par deux sur la période entre 2019 et 2020. Je n'ai jamais voulu donner le nombre des décès – mais je répondrai à la question, puisque vous me l'avez posée. On était en période électorale, les opposants voulaient absolument savoir. J'ai considéré qu'il n'y avait pas lieu de donner ce chiffre, qui n'apportait rien à personne et je suis resté muet sur ce sujet.

**M. René-Paul Savary, président.** – Merci pour ce témoignage très émouvant.

**Mme Marie-Cécile Darmois, directrice de l'hôpital Saint-Lazare de Crépy-en-Valois.** – L'hôpital de Crépy-en-Valois se situe à la frontière du sanitaire – puisque nous avons une autorisation de 30 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) – et du médico-social, avec 30 lits de soins de longue durée (SLD) et 179 lits d'Ehpad. Cette capacité totale de 239 lits est répartie sur trois sites : l'hôpital Saint-Lazare, qui regroupe le service de SSR, le service du SLD et 10 lits d'Ehpad. L'Ehpad Étienne-Marie de La Hante, juste en face, comporte 81 lits. L'Ehpad Les Primevères dispose de 88 lits, dont 30 lits en unité protégée pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. L'établissement dispose de 170 ETP médicaux et non médicaux. Nous faisons partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) Oise Nord-Est. L'établissement support est le centre hospitalier de Compiègne-Noyon. Je préciserai l'ensemble des autres éléments au fur et à mesure des questions.

**M. Arnaud Fontanet, directeur du département de santé globale à l'Institut Pasteur.** – Je travaille à l'institut Pasteur, je suis directeur du département de santé globale, directeur d'une unité de recherche en maladies infectieuses émergentes. Je suis également membre du conseil scientifique covid-19 pour mes compétences en épidémiologie, notamment des coronavirus, puisque j'ai travaillé dans le passé sur le coronavirus du SRAS en Chine, le MERS-CoV dans les pays du Golfe et en France et maintenant sur ce nouveau coronavirus SARS-Cov-2.

Mon implication dans le département de l'Oise a débuté avec une lettre du directeur général de la Santé (DGS), datée du 2 mars, qui me demandait, en qualité de chercheur à l'Institut Pasteur, de mener une enquête dans le département de l'Oise, où l'on savait que le virus circulait activement, en utilisant un test sérologique – en réalité, plusieurs – qui étaient développés à l'Institut Pasteur. Nous étions parmi les premiers instituts en France à être en mesure de développer ces tests sérologiques et donc être capable de dépister des anticorps qui permettaient de savoir si les personnes avaient été infectées ou non dans le passé. C'est un outil extrêmement important, à la fois à titre de diagnostic, mais plutôt rétrospectif, mais surtout pour ces fameuses enquêtes épidémiologiques afin de savoir quelle était l'étendue de la première vague épidémique. Le DGS m'a suggéré de travailler à Crépy-en-Valois, notamment autour du collège et du lycée où l'on savait que le virus avait récemment circulé activement. J'ai pris contact rapidement avec le directeur de l'ARS, M. Étienne Champion, et nous avons mis en place avec le Pr Bruno Hoen, directeur de la recherche médicale à l'institut Pasteur, un premier protocole de recherche, monté en trois jours pour pouvoir intervenir les 5 et 6 mars dans le collège et le lycée afin de faire des dépistages de forme active de l'infection.

Même si ce n'était pas l'objet de notre recherche, il n'était pas pensable d'aller sur place pour faire des prélèvements sanguins sans en même temps assurer une activité de diagnostic pour identifier les personnes activement touchées par le virus, et donc qui devaient être isolées pour protéger les autres et être prises en charge médicalement. Nous avons donc effectué en parallèle de notre activité de recherche des prélèvements chez des personnes symptomatiques, qui nous ont permis d'identifier 13 personnes contaminées sur 90 testées. Nous avons transmis immédiatement ces résultats à l'ARS afin qu'elle puisse prendre toutes les mesures d'isolement pour ces personnes et de prise en charge médicale. En parallèle, nous avons prélevé toutes les personnes symptomatiques depuis la mi-janvier, date présumée du début de l'épidémie ; on savait que de premières personnes symptomatiques avaient été clairement identifiées début février. Les prélèvements réalisés à cette occasion nous ont permis effectivement, avec d'autres prélèvements réalisés dans le cas d'études dans les hôpitaux de France et d'ailleurs, de mettre au point de tests sérologiques qui sont maintenant

très performants. Nos tests sont capables de détecter avec beaucoup de fiabilité la présence d'anticorps. Cette première étude a rempli ses objectifs.

Lorsque nous avons vu l'intensité de la circulation du virus dans cette période du 5 et 6 mars à Crépy-en-Valois, nous avons repris contact avec M. Bruno Fortier, qui nous a ouvert les portes de Crépy-en-Valois. Il nous a beaucoup soutenus pour la suite des enquêtes que nous avons pu mener, d'abord entre le 30 mars et le 4 avril dans le lycée de Crépy-en-Valois, où nous avons invité les lycéens, les enseignants, les personnels non enseignants. Comme les lycéens étaient mineurs, on leur demandait d'être accompagnés d'un parent et éventuellement d'un proche qui pouvait être testé. Nous avons ainsi eu une première enquête sur près de 700 personnes, ce qui nous a permis de documenter effectivement une circulation très active du virus dans le lycée, dans les 15 premiers jours de février. Cette circulation a été stoppée par les vacances scolaires, puis a légèrement repris, avant d'être définitivement stoppée avec le confinement. Un mois plus tard, nous sommes allés entre le 28 mars et le 30 avril répéter cette même opération, cette fois-ci dans les 6 écoles primaires de Crépy-en-Valois, pour voir si le virus avait circulé de la même façon dans les écoles. Nous voulions documenter la circulation du virus dans cet environnement, mais également répondre aux questions qui se posaient sur la circulation du virus dans les écoles et à différents âges. Se posait la question de la réouverture des écoles. L'ensemble de ces études a été très riche d'enseignements. Je pourrai revenir sur les résultats si vous le souhaitez.

Nous avons communiqué les résultats sous forme de webinaire avec la population à deux reprises. Grâce à l'aide de M. Bruno Fortier, nous avons ainsi pu transmettre les résultats globaux à la communauté, avant qu'elle ne l'apprenne par les journaux. Nous pensions qu'il était préférable qu'ils connaissent ces résultats directement et qu'ils puissent nous interroger. Immédiatement après, une communication plus générale était réalisée auprès de la presse. Nous avons donné les résultats individuels à toute personne qui le souhaitait.

Cela a été possible grâce à l'aide de M. Bruno Fortier, de la directrice des établissements scolaires, de la rectrice d'Amiens... M. Étienne Champion aussi est intervenu plusieurs fois pour nous faciliter la tâche. Grâce à ce soutien, nous avons eu à la fois des contacts individuels et avec la presse. Ma grande fierté a été de pouvoir, aux côtés de MM. Fortier et Champion, et de tous les acteurs locaux, de permettre à la population de Crépy-en-Valois, très meurtrie par cette épidémie, de participer activement à une recherche qui a eu un impact considérable, non seulement à l'échelon local, mais également national et même international. Pour la petite histoire, j'ai la semaine dernière donné des interviews au *Wall Street Journal*, *New York Times*, *Washington Post*, je suis passé sur *CNN* et sur *CBS News* pour parler des résultats de Crépy-en-Valois. Monsieur le maire, je vous enverrai ces entretiens parce que ces résultats publiés à l'international sont parmi les toutes premières études qui nous donnent des informations sur les lycéens et sur les enfants d'écoles primaires et le risque d'être infecté dans ces environnements. Je tiens une fois de plus, monsieur le maire, à vous remercier pour votre contribution qui nous a permis, d'une part, de répondre à quelques questions localement, mais aussi, grâce à la participation de toutes les personnes de la municipalité, de répondre à des questions qui sont d'importance capitale face à cette terrible épidémie à l'échelle mondiale.

**M. Bruno Fortier.** – À la suite de ce qui nous est arrivé sur Crépy, quinze jours avant tout le monde, toute la mairie a été confinée. Le préfet, le sous-préfet, le député, ont été confinés à cause de moi. L'image de Crépy était terrible. Nous avons entre 2 000 et 3 000 personnes qui prennent le train tous les matins, car nous sommes à 35 minutes de la gare du Nord. Dès le jour de l'annonce de la mort de ce pauvre M. Varoteaux, les employeurs

téléphonaient à leurs employés pour leur demander de ne pas venir, parce qu'ils étaient de Crépy-en-Valois ou de l'Oise – rendez-vous compte, quinze jours avant tout le monde. L'image de Crépy était terriblement détériorée, et cela, je ne le supportais pas. J'ai donc demandé à l'Institut Pasteur, au Pr Arnaud Fontanet et au Pr Bruno Hoen. Le Pr Arnaud Fontanet m'a dit qu'on pouvait donner une autre image de Crépy, premier lieu de contamination, en faisant des tests, afin de donner l'image d'un lieu de recherche sur cette cochonnerie. J'ai dit oui, on continue, on y va encore, et il y aura peut-être des suites.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Je vous remercie, et souhaite vous dire combien nous partageons ce qu'ont dû être les difficultés et la douleur de votre département. Nous avons bien senti, monsieur le maire, la place importante des élus locaux et des maires en particulier, qui sont vraiment au cœur de la population, avec leurs habitants, et qui souffrent comme leurs habitants. Merci pour ce témoignage et pour tout ce que vous avez fait durant cette période.

Comment se faisaient les allers-retours entre l'échelon local et l'échelon national ? Monsieur Fontanet, vous nous dites que le virus circulait de façon très active dans certaines communes de l'Oise depuis la fin du mois de février, alors qu'au niveau national, on nous incitait le 6 mars à sortir, à aller au restaurant, au cinéma et dans les théâtres. Comment expliquez-vous ce décalage ? Cherchait-on alors une forme d'immunité collective ?

Pourriez-vous nous donner des précisions sur le retour de Chine des militaires de Creil ? Quelles ont été les relations avec Santé Publique France ?

Le patient n° 1 dans votre département, qui est décédé, a-t-il été testé dès les premiers symptômes ?

Lorsque les habitants de Crépy-en-Valois prenaient les transports en commun, l'application des gestes barrière était-elle possible ?

Comment avez-vous vécu le double pilotage ? Quelle a été la place de la direction territoriale de l'Oise et de l'ARS en son sein ?

**M. Étienne Champion.** – Nous avons commencé à nous préparer à partir du 23 janvier. Nous avons reçu dans le courant du mois de janvier des « min sant », c'est-à-dire des informations et instructions du ministère de la santé, sur l'évolution de l'épidémie dans le monde. La définition de cas est à la fois une question clinique et géographique.

Le pilotage national est passé par une visioconférence quotidienne.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – À partir de quelle date ?

**M. Étienne Champion.** – Je vous donnerai la date exacte.

Dès la fin janvier, une chaîne de réactivité extrêmement forte s'est mise en place sur l'ensemble du territoire de la région. Tous les jours, une cellule de crise se réunit dans chacun des établissements, tous les jours ou un jour sur deux, nous avons une audioconférence avec les principaux établissements, et une fois sur deux, avec l'ensemble des établissements, et tous les jours, nous avons une visioconférence nationale. Un problème évoqué dans un établissement le matin peut donc être réglé le soir.

Il s'agit d'une boucle qui va dans les deux sens. J'ai organisé des audioconférences très tôt avec les chefs de Samu et des infectiologues parce qu'à mes yeux, l'ARS ne peut pas avoir toutes les expertises, mais elle doit les articuler. Nous avons d'ailleurs inclus les Ehpad et les professionnels de santé dans ce système. L'expertise vient tout autant du terrain que du national.

Santé publique France a un nombre varié de missions. L'ARS héberge les équipes de la cellule d'intervention en région (CIRE), qui a des missions épidémiologiques et participe au travail de *tracing* avec les équipes de veille sanitaire de l'ARS. Il n'est pas vrai que la sécurité sanitaire n'est pas au cœur des missions des ARS. La direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale est la première direction de l'ARS des Hauts-de-France. La culture de la gestion de crise au sein de l'ARS est très forte – les crises de Lubrizol puis du covid l'ont montré.

Santé publique France s'occupe notamment de l'agrégation des données des Ehpad, mais aussi de certaines questions relatives à l'approvisionnement en masques.

Je tiens à redire publiquement les ARS n'ont pas été chargées de la logistique des masques. Il y a deux flux de masques : le flux dit GHT (pour groupement hospitalier de territoire), qui, tout au long de la crise, a distribué des masques par transporteur privé aux établissements médico-sociaux et sanitaires et aux services à domicile – les ARS n'ont pas géré ce flux, mais elles disposaient des fichiers et pouvaient remonter des problèmes –, et le flux officine pour les professionnels de santé de ville. Ces deux flux sont gérés à l'échelon national, mais les ARS ont souhaité aider. Nous avons notamment fait des distributions de dons. Dans l'Oise, nous avons très vite pu distribuer 32 000 masques aux établissements – et jusqu'à 500 000 masques sur la toute la période. Il convient toutefois de comparer ces chiffres à ceux des chaînes nationales : 4,5 millions pour les GHT et 2,9 millions pour les officines.

M. Varoteaux a été testé tardivement, car il ne correspondait pas à la définition de cas. À ce jour, les épidémiologistes n'ont toujours pas déterminé la chaîne de transmission.

Vous parlez de dualité de pilotage, madame la rapporteure. Le préfet a préféré parler de duo, voire de trio. Je crois que le travail s'est fait en coordination avec les préfets et les élus. C'était un duo et non un duel. Je retiens l'expérience très forte d'une intégration permanente, chacun apportant son expérience et sa compétence.

En revanche, la double tutelle sur les Ehpad est un vrai sujet. Il faut mieux s'articuler, mais je crois que cette crise a montré que l'imbrication du sanitaire et du médico-social, l'apport du sanitaire dans les Ehpad et d'une manière générale, dans les établissements médico-sociaux, a été fondamentale. Cette double tutelle est certes complexe, mais elle marque un ancrage local très important.

La déléguée départementale de l'Oise a toujours été présente. Elle est en permanence auprès du préfet avec les élus. Je me suis rendu sur place au début de la crise. Nous avons renforcé les équipes de l'ARS sur place, et par exemple, le directeur adjoint de l'offre médico-sociale est venu s'installer dans l'Oise pendant plusieurs jours au moment des dépistages pour renforcer notre approche locale.

**M. Louis Le Franc.** – Nous avons pratiqué dans l'Oise, notamment dès le premier mois, une forme d'interministérialité locale déconcentrée. Nous n'avons pas attendu que tout tombe des étages supérieurs, mais nous avons pris notre sort en main, et avec le

directeur général de l'ARS et la rectrice de l'académie d'Amiens, puisqu'ils sont en compétence directe sur les problématiques hospitalières et relatives aux établissements médico-sociaux et aux établissements scolaires, il est évident que nous nous sommes inscrits d'emblée dans une logique de complémentarité.

Le maire a été un élément central dans la gestion de la pandémie dans le département de l'Oise. Je suis en poste depuis trois ans ; je ne connais pas les 680 maires du département personnellement, mais j'en connais un grand nombre. La qualité de relation entre le préfet et le maire est déterminante.

En l'absence de mesures nationales, j'ai dû prendre des décisions locales. Mes échanges avec le responsable sanitaire, avec le responsable académique, avec la présidente du conseil départemental, avec l'Union des maires de l'Oise et avec les présidents des trois agglomérations du département ont permis de faire accepter ces mesures coercitives.

J'ai notamment été amené dès le départ à interdire tout rassemblement dans le département pour éviter que le virus se propage vers la partie ouest du département, puisqu'il était concentré dans le quart sud-est. De la même manière, j'ai dû interdire que les marchés se tiennent, même si j'ai rapidement desserré l'étau car cela était nécessaire tant à la survie des producteurs agroalimentaires que pour les consommateurs des communes isolées en milieu rural.

La base de Creil a été considérée, un petit peu trop vite d'ailleurs, comme le foyer de propagation du virus en France. La première mission du 31 janvier depuis l'aéroport de Wuhan a jeté une forme de discrédit sur la base. Heureusement, l'Institut Pasteur – je l'en remercie – a écarté cette piste, mais pas tout de suite, puisque le virus a muté six fois sur M. Jean-Pierre Goussart, personnel civil qui a fait l'objet d'une hospitalisation à Compiègne puis au CHU d'Amiens. Il reste que cette hypothèse a été écartée scientifiquement, mais la situation a été difficile à vivre pour le maire de Creil, qui est aussi le président de l'agglomération de Creil.

Le commandant de la base de Creil m'a informé régulièrement de l'évolution de la situation sanitaire : le nombre de malades et leur état, le nombre de cas confirmés, le nombre de cas probables, le nombre de cas guéris et le nombre de personnels placés en confinement.

**M. René-Paul Savary, président.** – Vous nous donnerez ces chiffres ?

**M. Louis Le Franc.** – Je vous les communiquerai volontiers.

Quelque 3 000 personnes travaillent sur la base aérienne de Creil. Certaines sont domiciliées en Île-de-France, d'autres dans le département de l'Oise. J'avais donc impérativement besoin de savoir qui était contaminé ou susceptible de l'être, et j'ai demandé au commandant d'en informer les maires pour qu'ils puissent donner des instructions de confinement aux personnes qui, dans leur commune, travaillaient dans la base de Creil. Je n'avais pas à connaître de quelle façon le service de santé des armées opérait au sein de la base de Creil, mais il était fondamental que j'en connaisse le résultat.

J'ai également partagé ces informations avec le directeur général de l'ARS et avec le préfet de région, qui, dans les Hauts-de-France, est aussi le préfet de zone. La suspicion qui pesait alors sur la base de Creil n'a pas facilité cette remontée d'information.

**Mme Nadège Lefebvre.** – S’agissant des masques, même si l’ARS n’était pas chargée de la logistique, elle était notre seul interlocuteur. S’il est vrai que tout a été mis en place rapidement pour les hôpitaux, cela n’a pas été le cas pour les autres établissements, tout simplement parce qu’il n’y avait pas de masques.

Lorsque des personnes travaillant dans les services d’accompagnement à domicile me disaient qu’elles lavaient tous les soirs leur masque chirurgical à l’eau de javel pour pouvoir le remettre le lendemain, cela me faisait bondir. Le département a donc décidé d’acheter des masques. On nous a dit que ce n’était pas à nous de le faire, mais nous devons bien essayer de remédier à ces difficultés.

Les ambulanciers, par exemple, n’avaient pas de masques. Nous avons dû trouver des solutions locales pour que ces personnes puissent faire leur travail. De même, les taxis conventionnés par la sécurité sociale devaient continuer à transporter des patients. Le problème le plus important, à mes yeux, a été celui des pompes funèbres, car personne n’y avait pensé. Avec la préfecture, nous nous sommes démenés pour trouver des solutions.

On a acheté des masques pour en donner car les morgues étaient saturées. Il fallait trouver des solutions ! Si les professionnels des pompes funèbres n’avaient pas eu de masques, ils n’auraient pas pu aller chercher les corps. Tout le monde y a mis du sien, et nous avons trouvé des masques, grâce aux dons des entreprises et à nos achats. Puis les choses se sont améliorées quand il y a eu davantage de masques.

**M. René-Paul Savary, président.** – Combien de temps a duré la pénurie de masques ?

**Mme Nadège Lefebvre.** – Pendant les premières semaines du mois de mars.

Les réunions régionales que j’évoque étaient celles que nous avions en visioconférence, deux fois par semaine au début puis une fois par semaine, avec tous les départements.

À un moment donné, nous étions au même niveau en termes de nombre de décès, mais, dans un premier temps, l’Oise était le seul département à enregistrer un nombre important de décès, à l’hôpital et dans les Ehpad. Lors des réunions, il aurait fallu faire un point particulier sur notre département, mais sans donner le même temps de parole à tout le monde dans la mesure alors que nous n’avions pas les mêmes problèmes. C’est le reproche que je fais.

M. le préfet l’a dit, nous nous appelions x fois dans la journée, et le week-end ; nous avons également M. Champion au téléphone. Il y a donc eu une véritable concertation entre nous. Au début, il n’y avait pas de masques, tout se mettait en route et les choses étaient compliquées.

En ce qui concerne la cotutelle, ce n’est pas simple ! S’il y a des choses à faire évoluer, c’est bien cela. Je suis ravie que le directeur général de l’ARS partage le même point de vue que moi.

**M. René-Paul Savary, président.** – Vous n’êtes pas les seuls à partager ce point de vue.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Nous en parlons depuis longtemps.

**M. Bruno Fortier.** – Je vais être au « ras du sol » : ce sont les médecins et les infirmières qui ont manqué de masques. Le foyer La Sagesse, une maison de retraite pour personnes handicapées vieillissantes, risquait de manquer également de masques. J'avais décidé qu'il ne manquerait jamais de masques à Crépy-en-Valois : chacun défend sa paroisse, et c'est ce que j'ai fait. Je n'ai pas cessé d'appeler le préfet, qui de temps en temps passait la communication à son directeur de cabinet parce qu'il était en réunion. M. le préfet a toujours répondu à mes demandes, ce qui a été pour moi extrêmement important. Les masques pouvaient avoir atteint leur date de péremption, mais on s'est toujours débrouillé. Je demandais 1 000 masques, il m'en donnait 500, et je faisais avec. J'allais moi-même porter les masques FFP2-FFP3 chez les médecins. J'ai appelé toutes les infirmières, et elles venaient à mon bureau. L'une d'entre elles pleurait parce qu'elle n'avait plus de masques pour travailler.

Au bout de la chaîne, il n'y avait pas de masques. On n'en a jamais manqué parce qu'on se débrouillait. Nous avons eu des dons, la préfecture nous a bien aidés. Mais il faut aussi parler des blouses, des surblouses, des tabliers. J'ai appelé un jour M. le préfet pour avoir des blouses jetables : il en a trouvé 200 à la sous-préfecture de Clermont. L'hôpital et La Sagesse en utilisaient 1 500 par semaine... Je suis allé à la sous-préfecture de Clermont dépoussiérer les cartons et les ramener immédiatement à La Sagesse, qui à l'époque m'avait donné 200 masques – on faisait du troc ! – pour l'hôpital. J'ai tout fait pour que nous n'en manquions pas.

**Mme Marie-Cécile Darmois.** – En ce qui concerne le matériel de protection, l'hôpital de Crépy-en-Valois n'a jamais été en situation de pénurie. Nous avons souvent été à flux tendu, mais nous n'avons jamais manqué de matériel. Nous avons toujours pu donner le matériel de protection nécessaire au personnel et ensuite aux résidents.

L'établissement possède un stock de masques FFP2 et de masques chirurgicaux pour lui permettre de faire face aux épidémies hivernales. La difficulté est venue de la durée de la crise : le stock n'était pas suffisant pour toutes les semaines qui allaient suivre. Néanmoins, nous avons pu dès le début de la crise – le 26 février – commander des équipements de protection supplémentaires ; il en restait encore chez certains de nos fournisseurs. Nous avons reconstitué des stocks pour sécuriser l'approvisionnement au sein de l'établissement. Au tout début de la crise, nous avons demandé le samedi à l'ARS d'être de nouveau livrés en masques FFP2 : dès le lundi, nous avons reçu 2 000 masques FFP2. Nous avons aussi eu une livraison de 5 000 masques chirurgicaux par l'ARS.

Nous avons pu bénéficier de dons, *via* la gendarmerie : des entreprises et des particuliers faisaient des dons, régulés par la gendarmerie qui nous transmettait ensuite le matériel dont nous avions besoin. M. le maire est venu très régulièrement nous livrer les fameux matériels de protection dont il vient de parler.

**M. René-Paul Savary, président.** – Le premier cas est-il passé dans votre hôpital ?

**Mme Marie-Cécile Darmois.** – Non.

**M. Arnaud Fontanet.** – Je rappellerai quelques importants éléments de chronologie concernant l'épidémie en France. Nous avons d'abord eu six introductions, avec des personnes arrivant de Chine, du 24 au 30 janvier, entre Paris et Bordeaux. Tous les contacts ont été testés : personne n'a été infecté, et tout est rentré dans l'ordre.

Ensuite, il y a eu l'épisode des Contamines-Montjoie le 8 février, avec six personnes infectées. Les contacts ont été testés : tout le monde était négatif et, là aussi, tout est rentré dans l'ordre. Puis s'est ouverte une période pour moi très étrange. Je suis chercheur à l'Institut Pasteur, je n'avais aucune fonction à l'époque, mais je suivais cette épidémie qui m'intéressait. Du 8 au 25 février, il n'y avait aucune circulation connue du virus sur le territoire français. On voyait bien qu'en Asie – la Chine, et quelques pays autour – le virus circulait. On a vu arriver vers le 20-22 février des messages à partir de l'Iran, puis de l'Italie du Nord. Mais jusqu'au 25 février et le décès de M. Varoteaux à la Pitié-Salpêtrière, il n'y avait pas ; sur le territoire français, de circulation connue du virus.

Pendant cette période très étrange, on se disait qu'il allait arriver de quelque part. Le virus était en train de se propager sur la planète. Il est très difficile aujourd'hui de se remettre dans l'état d'esprit de cette période, mais je comprends très bien que pour des personnes qui ne suivaient pas comme moi l'épidémie, le virus ne circulait pas sur le territoire français jusqu'au 25 février. J'étais inquiet parce que je pensais qu'il allait arriver, mais on ne savait pas d'où. Les premiers *clusters* avaient été bien maîtrisés. Nous n'avions pas eu de cas secondaires, les personnes avaient été isolées. On pensait qu'il y avait peut-être eu un problème particulier en Chine, avec cette épidémie qui était déjà très importante quand ils l'ont découverte. Mais ailleurs – c'était vrai pour l'ensemble des pays touchés, y compris la Corée qui a réussi à contrôler son premier *cluster* – l'épidémie semblait maîtrisable à cette époque.

Après le décès de M. Varoteaux, Santé publique France et l'ARS se sont rendu compte que le virus circulait dans l'Oise. Nous avons, avec des tests sérologiques, pu reconstituer rétrospectivement cette circulation du virus durant la période où on en ignorait tout.

Autre point important, à l'époque, nous étions en saison hivernale : les virus respiratoires circulaient. En février, nous étions en période d'épidémie de grippe. Lorsque les personnes toussaient, avaient de la fièvre, on pensait d'abord à une grippe, puis à d'autres virus respiratoires. Dans les études que nous avons menées, en février, sur le lycée comme dans les écoles primaires, on a considéré que les symptômes étaient majeurs quand les participants toussaient, avaient de la fièvre, des troubles respiratoires, et mineurs quand il s'agissait d'un petit mal de gorge, d'un nez qui coule, mais rien de plus. On comptait davantage de personnes qui se plaignaient de symptômes majeurs parmi celles non infectées par le coronavirus que parmi celles qui l'avaient été. Même pendant cette période de circulation active autour du lycée en février, la majorité des personnes qui avaient de la fièvre, une toux et une gêne respiratoire souffraient d'une autre maladie que la covid – vraisemblablement une grippe ou un virus respiratoire.

Je sais que cet exercice est difficile, mais il faut se souvenir que c'était non pas le virus qui circulait officiellement sur le territoire français jusqu'au 25 février, mais l'épidémie de grippe qui courait. D'ailleurs, dans nos bases de données, même si nous avons pu documenter rétrospectivement la circulation du virus à Crépy-en-Valois, les personnes ayant de la fièvre et de la toux avaient majoritairement contracté d'autres virus respiratoires que la covid.

L'étude qu'on a faite dans le lycée concernait des adolescents présentant des formes mineures de la maladie. Lorsque j'ai discuté avec les participants, M. Fortier ou d'autres personnes, je leur ai dit qu'en février le virus circulait : aucun n'y avait pensé. Pour

eux, il s'agissait d'un virus respiratoire banal : nous étions en période d'épidémie de grippe, c'était l'hiver...

Je voulais remettre les choses dans leur contexte, car rétrospectivement il est très facile de se demander comment on a pu ne pas voir que le virus circulait. La grande majorité des malades avaient des symptômes respiratoires tout à fait banals en hiver. C'était d'ailleurs davantage le cas pour d'autres virus que pour la covid, même si celle-ci circulait dans ce lycée assez activement.

**M. Étienne Champion.** – Les conférences audio puis les visioconférences étaient à partir du 2 mars quasi quotidiennes avec l'échelon national.

Sur les masques, nous avons tous eu conscience des problèmes dans les Ehpad et dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Début mars, avec l'accord de l'hôpital de Beauvais, nous avons prélevé une palette de 32 000 masques sur la fameuse dotation GHT hospitalière pour alimenter les établissements et les services pendant cette période qui a été la plus difficile.

Puis nous avons été en relation permanente avec les établissements de santé de toute la région. On se débrouillait pour qu'ils aient au moins trois jours d'avance ; si les masques venaient à manquer, nous nous organisions à partir de nos stocks de dons ou en dépannage interhospitalier : dans l'Oise, d'après les témoignages que j'ai encore eus récemment, je ne crois pas qu'il y ait eu d'établissement de santé en rupture.

**M. René-Paul Savary, président.** – Parlez-vous au nom de Santé publique France ?

**M. Étienne Champion.** – Non.

J'avais décidé de mettre en place cette dérogation des 32 000 masques pour l'Oise, afin de tenir compte de cette situation compliquée, sans oublier les apports très importants des collectivités territoriales et du département en particulier.

**M. Louis Le Franc.** – Pour compléter ce qui vient d'être dit par Étienne Champion, nous avons procédé conjointement à une analyse très fine, établissement par établissement, pour déterminer le nombre de jours d'autonomie en équipements individuels, dont les masques. Cela ne s'est pas fait de façon unilatérale, uniforme. Quand on sentait des points de tension, nous agissions en complémentarité avec l'ARS, et avec la présidente du conseil départemental. On apportait les équipements individuels ou les masques qui pouvaient manquer dans telle ou telle structure.

Dans l'Oise, nous avons la chance d'avoir des entreprises industrielles puissantes qui nous ont aidés – je pense aux équipementiers automobiles, et aux unités industrielles dans le secteur de la cosmétique et de la betterave à sucre qui nous ont fourni du gel hydroalcoolique en grande quantité. Cela nous a permis de répondre à des demandes ponctuelles de tel ou tel établissement. En complément, l'ARS avait son réseau hospitalier et médico-social : tous les équipements remontaient vers l'ARS, qui les retransférait. Comme M. Champion l'a dit à maintes reprises, l'Oise est le premier département touché. Il ne fallait pas faire remonter des équipements à Lille pour les redescendre dans l'Oise : nous sommes donc venus en appui. On a fait cela non pas au doigt mouillé, mais établissement par établissement – il y a 66 Ehpad dans le département. Nous sommes parvenus à faire face, pas

toujours avec les quantités souhaitées, mais avons toujours évité les situations de rupture d'équipements individuels.

Pour Crépy-en-Valois, je remercie M. le maire pour ses propos.

**M. Bruno Fortier.** – C'est la réalité !

**M. Louis Le Franc.** – Crépy-en-Valois était vraiment très touché à tous les niveaux et il fallait permettre à M. le maire de rassurer la population. On s'est débrouillé localement. Un préfet connaît aussi son réseau d'entreprises, il sait sur lesquelles il peut s'appuyer pour pourvoir aux demandes exprimées par un certain nombre d'élus. C'est ce qu'on a fait.

**M. Bruno Fortier.** – M. le préfet a dit précédemment qu'il avait interdit les marchés. J'ai voulu redonner un morceau de vie à notre commune. Une semaine après cette interdiction, je l'ai appelé pour lui dire que je voulais rouvrir le marché. La préfecture m'a donné une liste de recommandations à suivre : entourer le marché, faire une entrée et une sortie, prévoir un comptage, distribuer à tous les marchands un masque et des gants – à l'époque, on demandait des gants – et poser un film devant tous les étalages.

J'ai rouvert le marché – il se tient le dimanche et le mercredi – une semaine après, en suivant toutes les mesures de protection réclamées par la préfecture. Je distribuais moi-même à 7 heures les masques à tous les commerçants qui devaient les mettre, et je demandais à la police municipale de passer dans la matinée pour vérifier s'ils les portaient bien. Si tel n'était pas le cas, ils étaient interdits de vente au marché. Tout cela a fonctionné parfaitement, avec espacement d'un mètre, file d'entrée, etc.

Si je donnais des masques aux marchands, c'est parce qu'ils n'en avaient pas.

**M. Bernard Jomier, rapporteur.** – Je voudrais d'abord faire quelques observations avant de poser mes questions.

Monsieur le maire, votre témoignage était très touchant. Mais ne vous inquiétez pas pour l'image de Crépy-en-Valois : elle ne sortira certainement pas altérée de cette crise.

Le fait que les épidémies donnent lieu à une stigmatisation doit être à peu près aussi vieux que le phénomène épidémique dans le monde. Pour autant, ce lien n'est pas automatique. La qualité de la réponse politique apportée par les responsables publics à une épidémie modifie le rapport de la population à ce qu'est une épidémie. Pour être très clair, si vous gérez une épidémie par la peur, vous générez de la stigmatisation supplémentaire ; quand vous gérez une épidémie par l'*empowerment* de la population – pardon pour cet anglicisme – grâce à une politique de santé publique lui permettant de devenir acteur de sa santé et de faire face au défi de l'épidémie, vous diminuez cette stigmatisation.

Ma deuxième remarque, que je répète à chaque réunion, c'est que nous sommes là non pas pour porter un jugement sur ce qu'a été votre action, mais pour comprendre si notre pays aurait pu réagir plus rapidement et dans de meilleures conditions – peut-être que nous avons tous fait au mieux et que nos process sont bons, peut-être qu'il existe des marges de progression. Ne vous méprenez pas sur le sens des questions.

Monsieur le directeur de l'ARS, vous êtes le premier à nous faire part d'un calendrier aussi précoce : dès mi-janvier, vous avez commencé à recevoir des alertes et

commencé à préparer la crise, soit deux mois avant le confinement général de la population décrété par le Gouvernement.

Vous avez évoqué des messages usuels transmis par la DGS sur des phénomènes survenant dans le monde entier. Évoquaient-ils, dès la mi-janvier, une arrivée possible en France du coronavirus ou était-ce une alerte générale comme vous en recevez des dizaines ?

À partir de ce moment, avez-vous eu des échanges réguliers avec les tutelles ? Des mesures ont-elles été mises en place ? Vous avez parlé de visioconférences, mais à partir du début du mois de mars. Il y a – c'est ressorti aussi d'auditions précédentes – une espèce de trou noir sur le mois de février. J'aimerais comprendre ce qui s'est passé pendant cette période.

Monsieur le préfet, vous nous avez expliqué votre façon de travailler. Vous avez employé plusieurs expressions très fortes, déclarant que vous aviez pris votre sort en main, évoquant l'absence de mesures nationales, et ajoutant : « on s'est débrouillé localement ». Vous avez fait face ensemble. En tant que préfet, vous êtes, selon le code de la santé publique, chargé de la coordination et du pilotage de la réponse à toute crise. Aviez-vous déjà été confronté à la gestion d'une épidémie auparavant ? La question pourrait s'adresser à tous les préfets : avez-vous été formé à la gestion d'une crise épidémique, qui est un phénomène bien particulier ?

Madame la présidente, j'aurais voulu vous interroger, comme Mme la directrice, plus spécifiquement sur les actions que vous avez mises en place en direction des Ehpad. Quand avez-vous compris qu'il y avait un problème spécifique ? Car, au niveau national, la prise de conscience a été très lente. Quelles actions avez-vous tenté de mettre en place ? J'aimerais que vous alliez plus loin sur la question de la double tutelle, pour ne pas en rester à l'habituel constat qui fait consensus. Faut-il retirer la tutelle sanitaire sur les Ehpad, ce qui serait étonnant à l'issue de cette crise ? Quelle serait votre proposition pour que nous soyons plus opérationnels à l'avenir ?

Monsieur le maire, vous avez parlé du 25 février quand vous avez demandé à votre DGS de vérifier le stock de masques et qu'il vous a répondu qu'il n'y avait plus rien. Le lendemain matin étaient assis dans la salle où nous sommes actuellement non seulement M. Fontanet, mais aussi le directeur général de la santé M. Salomon. Celui-ci nous a dit que la pénurie de masques n'était pas un sujet. Ce n'est pas contradictoire avec votre constat, mais la réponse que vous allez faire à ma question pourrait générer de la contradiction. Constatant que vous n'avez pas de masques, vous avez certainement cherché à en obtenir : avez-vous pu reconstituer rapidement votre stock ?

Monsieur Fontanet, ma question dépasse l'Oise, mais il semblerait qu'à la mi-janvier, les Chinois aient transmis à la communauté scientifique la carte d'identité du virus et que les Allemands aient, à ce moment-là, mis en route la fabrication de tests. Que s'est-il passé en France et selon quel calendrier ?

**M. Étienne Champion.** – Sur les instructions du ministère, la ministre a donné certains éléments de réponse à l'Assemblée nationale. Vous pourrez obtenir la liste des informations et instructions du ministère qui ont été transmises. Nous avons eu régulièrement, dès la fin janvier, des informations internationales, ce qui ne signifie pas que l'on ne s'y intéressait pas. Avant cette nuit dramatique du 25 ou 26 février, qui a été marquée par un décès, nous avons, en réalité, déjà fait du *tracing* de cas pendant tout le mois de février : nous

avons identifié 42 cas suspects, et les avons mis dans des chambres à pression positive pour ne prendre aucun risque. Ainsi, même si on peut avoir le sentiment qu'en février la crise n'avait pas encore commencé, l'ARS et Santé publique France étaient déjà, en fait, en pleine gestion de l'épidémie, avec le scénario suivant : identification des cas suspects, des cas possibles, prise en charge, tests – à l'époque à Paris. La gestion de crise avait commencé. On travaillait en lien avec le niveau national, le centre de crise sanitaire était activé et on faisait remonter tous les cas suspects. Toutefois, avant le 26 février, nous n'avions pas conscience que le virus circulait dans l'Oise : nous pensions que nous étions dans la situation des Contamines.

Les relations avec le national étaient déjà très actives par le biais des instructions du ministère, de nos remontées d'informations, ou des échanges informels. Le processus est devenu plus formalisé début mars, avec des échanges par visioconférence tous les soirs.

**M. Louis Le Franc.** – S'il n'y a pas eu de mesure nationale, de décret ou d'arrêté au niveau national, cela ne signifie pas qu'il y ait eu une absence de parole gouvernementale : le ministre de la santé s'est rendu à Crépy-en-Valois dès le 28 février et a annoncé que, dès le 1<sup>er</sup> mars, certains établissements scolaires du département seraient fermés sur décision conjointe du préfet et de la rectrice d'académie. Le 29 février, il a annoncé que dans les communes *clusters* – au nombre de neuf dans l'Oise – les rassemblements seraient interdits et que les établissements scolaires abritant des cas contacts ne rouvriraient pas le lundi 2 mars. Sur la base de ces éléments, j'ai pris les arrêtés préfectoraux correspondants.

Une fois auparavant dans ma carrière – je n'étais pas encore préfet –, j'avais été amené à gérer une situation d'épidémie : c'était la dengue en Nouvelle-Calédonie. Un préfet n'est jamais seul. Il représente une autorité générale, administrative, coordinatrice. Il peut s'appuyer sur le directeur général de l'ARS et il est entouré de personnes capables de gérer une crise. Mon rôle est de prendre les mesures nécessaires et qu'elles soient pleinement acceptées et comprises.

**Mme Nadège Lefebvre.** – Dès les premiers jours du mois de mars, j'ai tenu à ce que mes services appellent tous les jours les Ehpad pour faire remonter tous les problèmes. On a vite constaté qu'il fallait interdire les visites pour limiter la dissémination du virus. Pour que les pensionnaires puissent garder contact avec leurs proches, nous avons fourni des tablettes connectées aux Ehpad. Nous avons aussi des masques que nous pouvions distribuer dans les Ehpad, publics comme privés, en cas de besoin, pour faire le trait d'union entre deux livraisons de l'ARS et éviter les pénuries. Des médecins m'ont alertée sur la disparité des situations en fonction des Ehpad. Certains, en effet, sont rattachés à l'hôpital ; dans d'autres, le suivi médical est assuré par des médecins traitants ou des médecins vacataires. Des médecins généralistes m'ont demandé à être équipé en stéthoscopes électroniques pour pouvoir suivre la situation depuis leur cabinet. Nous avons donc acheté des stéthoscopes électroniques pour tous les Ehpad qui le demandaient. Ensuite, lorsque les masques ont été plus facilement disponibles, nous avons cessé d'alimenter les Ehpad, car l'ARS le faisait ; en revanche, nous avons continué à leur fournir des masques pour les visiteurs, afin de ne pas réduire le nombre de masques pour les personnels ou les résidents. Il ne fallait pas oublier les personnes âgées à domicile, mais je ne m'étends pas, car vous ne m'avez pas interrogée sur le sujet.

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. La crise a révélé un manque à cet égard. La collaboration doit être moins technocratique, plus collaborative.

**M. Bruno Fortier.** – Quand nous avons constaté que nous n'avions pas de masques, nous en avons acheté 20 000. Il fallait aussi protéger les 269 salariés de ma commune et les 80 salariés du centre communal d'action sociale. Mais les communes se sont trouvées seules : où acheter des masques ? Sont-ils homologués ? Comme tout le monde, on a cherché sur Internet... Le plus grand flou régnait. Nous étions démarchés de toutes parts, y compris de l'étranger. On a acheté en tout plus de 50 000 masques, pour un montant de 100 000 euros, et on les a distribués à la population. Lorsque nous avons voulu acheter des masques en tissu, on ne savait pas du tout à qui s'adresser, mais nous nous sommes débrouillés.

Les plans communaux de sauvegarde comportent une classification des risques majeurs, mais la pandémie n'y figure pas... Cela serait pourtant utile pour savoir que faire et à qui s'adresser en cas de pandémie. Enfin, je tiens à dire que les Crépinois ont eu le sentiment d'être stigmatisés et considérés comme des pestiférés.

**M. Arnaud Fontanet.** – Le 10 janvier, la séquence complète du coronavirus a été mise en ligne par des scientifiques chinois. Le 17 janvier, Christian Drosten, virologue à l'hôpital Charité à Berlin, nous a envoyé les premières amorces pour les kits de détection qui servent à faire des réactions pour identifier le virus : c'est les tests RT-PCR, avec un prélèvement naso-pharyngé. En parallèle, l'Institut Pasteur développait son propre test au Centre national de référence des virus des infections respiratoires (CNR) dirigé par Sylvie Van der Werf. Le 23 janvier, nous l'avons partagé avec le CNR de Lyon, dirigé par Bruno Lina, en lui fournissant aussi un témoin positif, fabriqué à l'Institut Pasteur, élément nécessaire pour s'assurer que le test fonctionne bien.

**M. René-Paul Savary, président.** – La France a-t-elle été en retard sur la certification des tests par rapport à l'Allemagne ?

**M. Arnaud Fontanet.** – Le 23 janvier, nous avons donc notre propre test à l'Institut Pasteur et nous l'avons partagé avec le CNR de Lyon. Le 24 janvier, on a réalisé un séquençage complet du génome. Le 7 février, on a transmis aux établissements de santé de référence les kits de diagnostic, le protocole d'utilisation et les témoins positifs pour qu'ils puissent réaliser les tests. Le 14 février, nous avons transmis ces éléments aux hôpitaux de seconde ligne. C'est le rôle du CNR de développer un test. Nous avons celui des Allemands, mais nous avons développé le nôtre qui, selon Bruno Lina, était plus performant. Les tests ont été distribués quand les témoins positifs ont été disponibles.

La difficulté a été le passage à l'échelle. Les CNR sont capables de développer des tests efficaces en quinze jours, mais la difficulté est d'assurer leur diffusion dans les établissements de référence puis dans les hôpitaux de deuxième ligne. Nous devons repenser ce passage à l'échelle. Le CNR a rempli sa mission en créant un test et en le distribuant en quantités limitées, mais il n'a pas la capacité industrielle pour le produire et alimenter tous les laboratoires de France. Il faut donc que ceux-ci possèdent suffisamment de réactifs, d'amorces. Or ceux-ci en manquaient. Ils ont dû faire des commandes et c'est là qu'on a constaté les pénuries de réactifs. Des lots contaminés ont été envoyés par des fournisseurs à plusieurs hôpitaux français. Une autre difficulté est que beaucoup de laboratoires français

fonctionnent avec des équipements fermés qui ne peuvent être utilisés qu'avec les réactifs du fournisseur. Or, en cas de pandémie, mieux vaut disposer d'équipements ouverts pour pouvoir déployer rapidement de nouveaux tests. Il conviendrait qu'au moins un réseau de laboratoires référents soit équipé d'équipements ouverts.

**M. René-Paul Savary, président.** – La majorité des laboratoires fonctionne avec des équipements fermés ?

**M. Arnaud Fontanet.** – Les laboratoires des centres hospitaliers universitaires (CHU) ont des équipements ouverts et peuvent s'adapter, mais d'autres laboratoires ne le peuvent pas. Pour plus de précisions, vous devriez interroger plutôt Sylvie Van der Werf ou Bruno Lina. Autant nous avons su développer un test fiable rapidement, autant nous avons eu des difficultés pour passer à l'échelle et le distribuer dans les hôpitaux, en raison de la compatibilité des équipements et de la pénurie de réactifs ou d'amorces, car le monde entier a cherché à s'en procurer à la même période.

**M. Olivier Paccaud.** – L'Oise a payé un très lourd tribut à la pandémie. La crise a révélé un élan d'initiatives et surtout de solidarité : dans les communes, des commandos de couturières ont fait des masques, des as de la «3D» ont fait des visières ; des élus locaux ont fait un travail remarquable ; des parlementaires ont fourni des équipements : Carole Bureau-Bonnard ou Olivier Dassault ont fourni nombre de masques et Olivier Dassault a même fourni des housses mortuaires.

Mais il y a aussi eu des dysfonctionnements. Nous aurons à revenir sur ce qui s'est passé à la base aérienne de Creil parce que, si les 193 rapatriés de Wuhan se sont posés à Istres et ont été mis en quatorzaine, les militaires de Creil qui les ont ramenés ne l'ont pas été. On ne peut donc écarter l'hypothèse que cela a constitué un foyer de départ de l'épidémie. M. Gossart, deuxième malade du coronavirus, ne travaillait-il pas à la base comme personnel civil ? De même, le nombre de malades en lien avec la base est important.

Les professionnels de santé, notamment les 550 médecins généralistes ou les 700 infirmières, regrettent de ne pas avoir été assez associés à la gestion de la crise. Qu'en pensez-vous ?

Permettez-moi de revenir sur les masques. Vous avez tenu votre première réunion de crise le 23 janvier. Des instructions sont prises. Vous commencez alors à parler des masques. À partir du 18 mars, vous recevez une grosse livraison. Vous avez senti monter la pandémie, vous avez entendu les demandes. À Crépy-en-Valois, il y avait des stocks dans la plupart des établissements, mais le manque était criant chez les autres professionnels de santé. La déléguée départementale de l'ARS dans l'Oise n'a été nommée que le 16 mars, après près d'un an de vacance du poste. À partir de quand l'ARS des Hauts-de-France a-t-elle pris conscience qu'il fallait faire venir des masques ? Votre homologue de Mayotte, Mme Voynet, nous a dit hier qu'elle avait eu la grande fierté de pouvoir fournir dès le 17 mars des masques à tous les acteurs de la chaîne de santé, jusqu'aux ambulanciers.

L'ARS procède-t-elle à des vérifications des stocks de masques, dans les hôpitaux et chez les professionnels de santé ?

Monsieur le préfet, vous êtes un ancien militaire. Nous avons tous admiré et apprécié votre capacité à faire face. Vous avez tenu le front et je peux en témoigner. La bicéphalie n'est pas un gage d'efficacité – même si vous parlez de duo –, ça marche rarement.

Au début de la crise, les forces de l'ordre étaient sans masque. Dans mon canton, huit gendarmes de la gendarmerie de Mouy se sont retrouvés sur le flanc. Quelles étaient les consignes ? Manquait-on de moyens ?

Des enseignants volontaires sont venus dans les écoles pour accueillir les enfants de soignants, mais on ne leur fournissait pas forcément de masque. Ils pouvaient donc refuser de venir ! Mme la rectrice a-t-elle fait des demandes de matériel de protection ?

Mme la présidente, vous avez évoqué les Ehpad, mais qu'avez-vous fait pour les aînés isolés ? La plupart des victimes étaient malheureusement très âgées...

Monsieur le maire, parmi les personnes peu âgées qui ont été touchées, on compte beaucoup d'élus. Visiblement, il y a eu beaucoup de contaminations le jour des élections, pendant la tenue du bureau de vote ou le dépouillement. J'ai une pensée pour Jean-Jacques Zalay, maire adjoint de Tracy-le-Mont, qui est décédé. Notre collègue conseiller départemental Éric de Valroger a également été atteint. Fallait-il reporter les élections municipales du 15 mars ?

**M. Martin Lévrier.** – Je vous remercie de ces témoignages passionnants et très émouvants. Au moment où vous les avez lancés à Crépy-en-Valois, les tests constituaient-ils le moyen le plus efficace pour juguler la pandémie ? Si oui, avez-vous pu remonter cette information et comment ? Nous manquons de réactifs, mais l'Allemagne réussit. Avons-nous pris du retard dans ce domaine, après avoir été en pointe ?

Peut-on avoir la grippe et la covid en même temps ? Y a-t-il un lien entre ces deux maladies ?

Aurait-il été plus efficace de confiner plus tôt, dans toute la France ? Je suis dubitatif concernant le jour du vote, mais *quid* de la campagne électorale ?

**M. Damien Regnard.** – Pour paraphraser Kissinger : quand j'appelle l'Europe, quel numéro ? Je vous pose la même question : quel numéro ? J'ai essayé d'appeler le ministère de la santé les 7 et 8 février et je n'ai eu aucun retour. Je n'ai réussi à contacter que le directeur du centre de crise et la directrice adjointe de l'Agence pour l'enseignement du français à l'étranger (AEFE) – en effet, depuis le mois de janvier, en tant que sénateur représentant les Français établis hors de France, j'ai vu la panique s'installer en Chine, au Vietnam et dans toute la zone. Quel était votre interlocuteur au sein de notre magnifique mille-feuille administratif et territorial ? Ministère de la santé ? Ministère de l'intérieur ?

Ça ne colle pas. Les dates, le calendrier ne collent pas. Le 23 janvier, Air France – qui est une société de référence au niveau international en matière de sécurité –, supprime ses vols au départ de Wuhan. Un avion militaire est affrété le 31 janvier. Mais des vols quotidiens d'Air China et d'une autre compagnie aérienne chinoise ont été maintenus tout le mois de février et une partie du mois de mars. Le 25 février, le virus circulait peu en France, mais l'Italie, à notre porte, était déjà en plein début de crise. Monsieur le maire, vous vous êtes inquiété à la mi-janvier. À la mi-janvier, les Français établis hors de France étaient également inquiets. Pourrait-on avoir une chronologie logique ? Car il y a des contradictions. Vous nous avez dit que vous aviez eu des inquiétudes le 25 février et que vous regardiez les stocks de masques. Pendant ce temps, le Président de la République nous disait que le virus n'avait ni passeport ni frontière, mais qu'il fallait continuer à aller au théâtre et au cinéma ! Pour tirer les leçons, nous avons besoin d'un calendrier et d'un déroulé précis.

**Mme Muriel Jourda.** – Permettez-moi de poser les trois questions de ma collègue Annie Delmont-Koropoulis.

Les recherches menées pour trouver un vaccin sont nombreuses dans le monde : à quelle étape de recherche en est-on ?

Le délai de développement semble extrêmement court au regard des dix ans habituels : de quels gages de sécurité dispose-t-on ?

L'Institut Pasteur a développé un vaccin dont la licence a été rachetée par MSD, faute de soutien financier suffisant. Vous avez signé un protocole pour que l'accès à ce vaccin soit équitable dans le monde. Quelles garanties l'Institut Pasteur a-t-il obtenues pour que ce vaccin soit rapidement mis à disposition des Français ?

**Mme Victoire Jasmin.** – Avez-vous des contrats locaux de santé ? Des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ? Serait-il opportun de mettre en place un plan de continuité d'activité partagé pour l'ensemble des acteurs du territoire ?

Il n'est jamais facile d'être le premier, vous avez rencontré de nombreuses difficultés, mais j'ai vu ce que vous avez fait, monsieur le préfet.

Il y a quelques mois, nous avons eu au Sénat un débat sur les dispositifs médicaux. À cette occasion, j'avais évoqué la situation des laboratoires et l'existence de contrats d'exclusivité pour certains équipements. Il n'y a pas que la question des réactifs, les consommables peuvent aussi poser problème.

Nous avons aussi eu des problèmes de fiabilité sur les premiers tests, avec des faux négatifs et des réactions croisées. Une jeune adolescente a ainsi été hospitalisée, testée négative, puis positive, avant de décéder.

Les premiers patients n'ont pas été suffisamment accompagnés en sortie de réanimation. Un jeune père de famille qui avait passé trois semaines en réanimation a été renvoyé à domicile en ambulance avec un masque et sans ordonnance ! C'est son épouse enceinte qui a dû faire toutes les démarches pour trouver des masques, un kiné, en plein confinement. À sa sortie, il a appris que toutes les personnes qui avaient été en réanimation avec lui étaient décédées.

Le Sénat a publié des rapports sur les risques naturels majeurs en 2018 et en 2019 dans lesquels nous faisons des recommandations qui pourraient être utiles pour les pandémies. C'est une piste de travail.

**Mme Marie-Pierre de la Gontrie.** – Il serait intéressant que nous convoquions les responsables de la base militaire de Creil pour aller au fond du sujet.

Février. On ne comprend pas vraiment ce qui s'est passé pendant cette période. Monsieur le directeur de l'ARS, vous nous dites que les premières alertes datent du 23 janvier – ce que nous avait dit également M. Aurélien Rousseau. Nous avons besoin de plus de précision sur les dates.

Vous n'avez pas du tout évoqué la question du transfert de patients. Pourtant, je crois qu'il y a eu un sujet...

Professeur Fontanet, vous avez évoqué l'existence de lots de tests contaminés : pouvez-vous nous en dire plus ?

**Mme Marie-Cécile Darmois.** – Permettez-moi de vous retracer la chronologie des premiers jours de la crise au sein de l'établissement.

Le mercredi 26 février en début d'après-midi, on me signale un début d'épidémie d'infection respiratoire aiguë sur le site Etienne-Marie de La Hante, ainsi que dans l'unité de soins de longue durée (USLD). Il s'agit alors d'une petite dizaine de cas. Nous décidons alors de prendre les mesures sanitaires que nous prenons habituellement en cas d'épidémie : renforcement du bionettoyage, service des repas en chambre pour les personnes symptomatiques, mise à disposition de matériel de protection pour le personnel, suspension des animations et des visites des patients des deux sites concernés par l'épidémie. En fin d'après-midi, j'apprends que le médecin traitant de la première victime de la covid intervenait au sein de nos Ehpad. J'alerte tout de suite sur cette situation et je décide d'organiser une réunion de crise le jeudi matin.

Le jeudi 27 au matin, compte tenu du contexte du décès de la première victime, nous décidons par précaution de fermer le troisième site et de distribuer des masques FFP2 aux personnels. J'informe aussi l'ARS de la situation. Nous apprenons que le médecin a été mis en quatorzaine jusqu'au 4 mars.

Le vendredi 28, nous décidons de confiner en chambre l'ensemble des résidents et des patients – à l'exception de l'unité Alzheimer qui accueille des personnes déambulantes et pour lesquelles la mesure s'applique dans la limite de sa faisabilité –, de servir tous les repas en chambre et de renforcer le personnel pour le week-end.

Le samedi 29, nous apprenons que deux de nos résidents hospitalisés dans d'autres établissements du territoire sont positifs au coronavirus. Nous organisons une réunion de crise et prévenons l'ARS. Nous comptabilisons alors 34 cas d'infection respiratoire aiguë sur nos trois sites et des arrêts maladie du personnel commencent à arriver. Nous commandons des équipements de protection individuels et de l'oxygène supplémentaires et suspendons les entrées et les admissions dans l'ensemble des services. Nous demandons à l'ARS 2 000 masques FFP2 supplémentaires – que nous recevrons dès le lundi – et de nous appuyer sur notre demande de prélèvement sur les cas symptomatiques – patients et personnels – la semaine suivante par le CHU d'Amiens.

Le dimanche 1<sup>er</sup> mars, nous informons le conseil départemental. Nous nous réunissons à nouveau. Nous apprenons que certains médecins traitants sont confinés. Contrairement à ce que vous avez pu dire, nous avons la chance d'avoir un médecin coordonnateur qui a pris le relais de tous les médecins traitants et qui a réussi à suivre les 179 personnes, car aucun médecin traitant ne pouvait plus se rendre dans l'établissement.

Le lundi 2, nous travaillons à l'organisation des deux journées de prélèvement prévues pour les 3 et 4 mars. Et nous commençons à subir la pression de la presse qui demande des informations.

Le mercredi 4, 50 résidents symptomatiques sont testés. Le professeur Schmit qui effectue ces prélèvements nous dit qu'à partir d'une dizaine de prélèvements positifs, tous les résidents symptomatiques doivent être considérés comme positifs au coronavirus. Nous avons donc 50 cas sur l'établissement, ainsi qu'une dizaine d'hospitalisations.

Le jeudi 5, nous testons 42 agents. Nous réalisons que la question du personnel va être problématique, car beaucoup sont touchés. Nous avons demandé dès le lundi à l'ARS de bénéficier du renfort de la réserve : nous avons ainsi pu en bénéficier dès la semaine suivante.

Voilà l'ensemble des mesures prises au cours des premiers jours de l'épidémie.

**M. Louis Le Franc.** – Je vous transmettrai le déroulement chronologique de la pandémie dans le département de l'Oise, jour par jour. Ce document reprend tous les éléments qui ont été collationnés sur l'activation de telle ou telle structure et les numéros mis en œuvre. J'ai convié le colonel commandant la base aérienne de Creil à participer à la deuxième conférence de presse, qui a eu lieu le 29 février. Il a répondu à toutes les questions.

**M. René-Paul Savary, président.** – Nous l'auditionnerons le moment venu.

**M. Louis Le Franc.** – En ce qui concerne les enseignants, nous avons déployé 150 pôles d'accueil dans l'ensemble du département, notamment pour les enfants des personnels soignants. Il a fallu fournir aux enseignants volontaires, ainsi qu'aux personnels communaux et du conseil départemental qui ont été dépêchés sur place, les équipements de protection nécessaires. Les enseignants ont reçu 14 000 masques, distribués début avril par la directrice académique de l'Éducation nationale. La préfecture, qui a disposé d'un stock de masques très important, est venue en appui, pour compléter si nécessaire.

Pour ce qui concerne la gendarmerie, vous avez parlé de la brigade de Mouy, mais vous auriez pu tout aussi bien évoquer l'unité de sûreté urbaine de la circonscription de sécurité publique de Creil, où le nombre de policiers touchés par la pandémie était bien plus important. Je suis allé les voir, pour savoir quelles étaient les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer – seize d'entre eux ayant été infectés. Comme la police nationale, les gendarmes avaient reçu très tôt, courant mars, des masques FFP2. Comme il s'agissait d'une denrée relativement rare, et surtout utile au personnel soignant, nous les avons récupérés pour les transmettre à l'ARS, qui les a distribués au personnel soignant. Dans les jours qui ont suivi, des carences de masques se sont révélées chez les forces de l'ordre. Dès que l'état des stocks a été transmis à la préfecture, j'ai procédé, service par service, à une distribution de masques chirurgicaux, pour que chaque structure ait de quoi tenir environ deux mois. Les sapeurs-pompiers ont, dans le cadre de leurs interventions, des masques FFP2 et, pour les personnes secourues, des masques chirurgicaux. Ils ont été, pendant un temps, en situation de rupture de masques chirurgicaux, malgré les commandes passées auprès d'une société de Versailles. Il a fallu que nous venions en appui pour permettre aux pompiers d'obtenir ces masques.

Bref, en bonne intelligence avec le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental, et avec bon sens, nous avons vérifié l'autonomie dont disposait chaque service, pour éviter les situations de rupture. Quand il a fallu les approvisionner en masques, nous l'avons fait.

Deux parlementaires, M. Olivier Dassault et Mme Carole Bureau-Bonnard, sont venus aussi en appui. Le premier s'est manifesté auprès des opérateurs funéraires pour leur permettre d'intervenir dans les hôpitaux, les morgues hospitalières étant complètement engorgées. Il a fallu intervenir auprès de l'opérateur national pour mettre en place un dépôt réfrigéré des corps des personnes décédées, à proximité des hôpitaux de Compiègne et Beauvais.

C'était une forme de conduite opérationnelle, familière à l'ancien militaire que je suis : il fallait suivre au jour le jour la situation de chacun des établissements, et savoir où étaient les possibilités de renforcement et les ressources.

**M. René-Paul Savary, président.** – Désormais, tout le monde est équipé pour faire face à une reprise ?

**M. Étienne Champion.** – Nous avons été les premiers, et cela a emporté beaucoup de conséquences : lorsque d'autres régions sont entrées dans l'épidémie, les distributions nationales de masques avaient déjà commencé ! Et les autres ont bénéficié de notre expérience. Jusqu'au 23 mars, jour où les masques sont distribués dans les officines, il n'y en a pas. Nous avons fait feu de tout bois pour essayer d'aider, en récupérant certains stocks, des dons, en mobilisant tous les moyens. Au cœur du cluster, nous avons apporté 32 000 masques. À partir du 29 février, nous avons distribué des masques dans les maisons médicales de garde, pour les dépanner. Nous avons fait avec ce que nous avons. À partir du 9 mars, nous donnions des masques à SOS Médecins. Bref, nous avons fait ce que nous avons pu avant qu'il y ait des dotations nationales.

**M. René-Paul Savary, président.** – Il y a eu une phase de carence manifeste sur tout le territoire...

**M. Étienne Champion.** – Et nous avons fait au mieux. Nous avons mis en place une enquête permanente, pour vérifier les stocks de chaque établissement. Si ceux-ci descendaient en dessous de trois jours, nous procédions à des dépannages interhospitaliers ou recourions aux stocks qu'avec le temps nous avons pu constituer et répartir entre les départements.

M. Paccaud m'a interrogé sur les professionnels de santé de ville. Nous avons immédiatement eu pour préoccupation d'associer la médecine de ville.

**M. René-Paul Savary, président.** – Ce n'est pas ce que dit M. Paccaud...

**M. Olivier Paccaud.** – Ni ce que disent certains professionnels !

**M. Étienne Champion.** – Le 28 février, nous avons tenu une première conférence avec l'URPS des médecins libéraux. Le 3 mars, avec l'ensemble des URPS. Nous eûmes ensuite, plusieurs fois par semaine, des conférences téléphoniques, et des conférences communes avec l'Ordre, et avec l'assurance maladie. À l'initiative de l'URPS, nous avons organisé des webinaires, qui ont permis de toucher un grand nombre de praticiens. J'ai participé à l'un d'entre eux.

**M. René-Paul Savary, président.** – Sur la région ?

**M. Étienne Champion.** – Oui, l'Ordre étant organisé au niveau départemental. La taille des ARS ne leur permet pas d'être au contact direct des quelque 100 000 hospitaliers que peut compter leur région ; il y a 600 médecins généralistes ne serait-ce que dans l'Oise ! Or les personnes qui s'occupent de l'ambulatorio à l'ARS Hauts-de-France sont une quarantaine. Celles qui s'occupent de tout l'hôpital, une centaine. Notre travail est donc surtout d'articuler, notamment des réseaux. Outre les GHT, qui sont une très bonne innovation, nous passons avant tout par les URPS. Les CPAM, aussi, ont des troupes beaucoup plus nombreuses. Il y a donc beaucoup de travaux auxquels nous contribuons, mais cela ne signifie pas que le professionnel de terrain nous voit. Et l'organisation du travail se

fait au niveau régional, mais surtout au niveau départemental. En tous cas, les ARS travaillent beaucoup de manière indirecte. Quel numéro de téléphone ? Sur son site internet, l'ARS affiche un numéro d'alerte, un e-mail d'alerte, tous deux actifs 24 heures sur 24.

Nous avons été frappés au tout début de l'épidémie, avec une doctrine nationale de prise en charge exclusivement hospitalière, comme il est classique en cas de virus émergent : les patients doivent être mis en chambre particulièrement protégée, à pression positive, etc. Au tout début, les patients étaient même envoyés au CHU de Lille. Nous avons travaillé avec les médecins de ville, dans le cadre des réunions dont j'ai parlé, pour définir un certain nombre de conduites à tenir. Le 15 mars, nous avons élaboré avec eux un arbre décisionnel de prise en charge, qui a ensuite été révisé. Dès le 5 mars, nous travaillions avec les médecins au déploiement des centres covid-19, et aux flux dédiés dans les Maisons de santé pluriprofessionnelles. Nous avons veillé à la différenciation, et fait en sorte que ce soient les professionnels qui déterminent les modalités qu'ils souhaitaient. Dans certains départements, ils ont préféré des centres covid-19. Dans d'autres, comme l'Oise, ils ont privilégié les maisons de santé pluriprofessionnelles. Nous avons donc mobilisé des financements de l'ARS pour différents types de structures.

Nous avons aussi déployé, dès le début du mois de mars, une solution de télémédecine ouverte d'abord à tous les médecins généralistes, puis à tous les professionnels de santé : dès le 4 mars dans l'Oise, et le 5 dans toute la région. Au total, quelque 7 000 professionnels de santé ont rejoint notre programme régional.

Vous avez évoqué la présence médicale dans les Ehpad. J'ai décidé au mois de mars de financer le passage au temps plein des médecins coordonnateurs : tout médecin coordonnateur qui souhaitait passer d'un temps partiel à 100 % verrait la totalité de sa rémunération prise en charge directement par l'ARS.

Nous avons six CPTS en cours de développement. C'est encore une structure en devenir, mais l'unanimité se fait sur cette organisation. Je crois en une logique qui part du terrain. La philosophie est que nous venons en appui, en payant l'ingénierie, pour formaliser le projet. L'approche territoriale, c'est l'avenir !

Il y a eu, évidemment, des transferts de patients tout au long de la période. C'est aussi pour cela que la dimension régionale est importante.

**M. René-Paul Savary, président.** – Est-ce vous qui fixiez la doctrine ?

**M. Étienne Champion.** – Des transferts, il y en a toute l'année. C'est le métier de la régulation médicale. Il s'agit de décisions médicales, sur lesquelles je n'ai pas à intervenir. Dans le cadre de la crise, nous avons tous les jours à 16 h 30 une conférence audio avec les cinq SAMU, dont le SAMU de zone. Quand la pression a été la plus forte, nous avons pris des décisions collectives. J'avais la chance d'avoir, parmi mes collaborateurs à l'ARS, un médecin réanimateur. Tous les jours, nous menions une enquête quotidienne sur l'état des transferts. Nous décidions toujours de manière collégiale un transfert...

**M. René-Paul Savary, président.** – En ambulance ?

**M. Étienne Champion.** – Oui, essentiellement, à part un cas de transfert hélicoptéré de dix patients au mois d'avril.

**M. Louis Le Franc.** – Nous avons déployé une unité particulière pour les sans domicile fixe : 110 personnes ont ainsi été prises en charge localement, avec le soutien de l'ARS et des services de l'État, au sein de l'établissement public de l'insertion pour la défense, alors vide. Les sans domicile fixe pouvaient être eux-mêmes des vecteurs de propagation. Si nous devons affronter une nouvelle vague épidémique, cette expérience mériterait d'être étudiée à une échelle bien supérieure à celle d'un département.

L'Oise compte un aéroport, avec des compagnies assurant des vols *low-cost*. Ces vols ont été effectués pendant les mois de février et mars, ce qui n'allait pas sans soucis, notamment pour les vols en provenance de l'Italie. Nous avons mis en place un dispositif simple mais efficace : dès lors que des passagers avaient manifesté des symptômes, nous les prenions en charge immédiatement, dès leur arrivée à l'aéroport, en isolant un terminal sur deux. Le Samu se chargeait de l'hospitalisation des personnes contaminées, et toutes celles qui avaient été en contact avec celle-ci se voyaient dans l'obligation de respecter un confinement pendant quatorze jours.

**Mme Nadège Lefebvre.** – Il est important de développer les CPTS au sein du département, qui participe à l'achat du matériel. Les aînés isolés ont été l'une de mes principales préoccupations. Pour la gestion des publics fragiles, nous disposons en général de structures, comme les Ehpad, les foyers de l'enfance, etc. Les personnes isolées, souvent, ont affaire à un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), composé de personnes pleines de bonne volonté mais qui ne sont pas spécialement des personnels de santé. Nous avons donc téléphoné tous les jours aux Saad pour nous assurer que les agents passaient bien voir les personnes âgées. Nous nous sommes vite rendu compte qu'environ 1 000 personnes n'étaient plus suivies. Les personnes âgées, en fait, se confinaient chez elles et refusaient les visites, de peur de laisser entrer le virus.

C'est pourquoi nous avons créé un numéro « urgences senior » pour renseigner les familles. Ce numéro a été très sollicité. Et j'ai demandé à mes services d'appeler les 1 000 personnes en question. Certaines nous disaient que la famille prenait le relais. D'autres nous le disaient, mais on ne le croyait pas vraiment. Il a donc fallu faire un vrai travail de fourmi. Nous avons mis en place un système d'information avec les maires, ou avec les CCAS, et nous avons tout fait pour que les Saas puissent revenir, en nous assurant qu'il y avait assez de masques pour cela. Nous avons aussi mobilisé la téléassistance au niveau du département pour intervenir rapidement si besoin était.

**M. Arnaud Fontanet.** – Un mot sur les tests. Développer des tests au stade initial, nous savons faire. C'est sur leur distribution qu'il nous faut travailler. L'Allemagne et la Corée du Sud sont intéressants à observer ; ce sont les deux pays au monde à avoir fourni des tests rapidement. L'Allemagne peut donc être considérée comme un modèle en Europe – la France se situant de ce point de vue au même niveau que les autres pays.

Avoir des tests, toutefois, ne suffit pas. Nous savons désormais faire 100 000 tests par jour, mais il faut pouvoir tracer les contacts et isoler les personnes. Or les délais pour obtenir les résultats des tests s'allongent et nous n'avons pas encore expérimenté le traçage et l'isolement à grande échelle. Je suis en conséquence très inquiet à l'idée que le virus revienne cet hiver, ou même avant.

En Allemagne, ce qui a changé la donne, c'est le confinement. Tous les pays européens sauf la Suède et, en partie, le Danemark, ont confiné leur population au 15 mars et, ainsi, gelé la situation épidémique. La Bretagne et la Nouvelle-Aquitaine s'en sont mieux sorti

que le Grand-Est, non parce qu'elles ont mieux testé, mais parce que la situation a été gelée à cette date, où le virus était chez elles moins présent. Pour la même raison, attention à ne pas penser que les Allemands s'en sont mieux sorti uniquement parce qu'ils avaient des tests.

Mais regardons l'avenir. Il faut encore progresser sur le traçage et l'isolement. Nous n'avons fait que 20 % du chemin : 5 % de la population française est infectée, et il en faudrait 50 % pour que le virus arrête de circuler. Un chantier important nous attend donc à l'automne. Voilà le message que je voudrais faire passer.

Nous disposons de données publiques sur trois vaccins en cours de développement : le vaccin à ARN messenger américain Moderna, et deux vaccins à adénovirus, celui d'AstraZeneca à Oxford, et celui du laboratoire chinois Cansino. Les données sur les phases 1 et 2 laissent penser qu'ils sont bien tolérés, qu'ils ne produisent pas d'effets indésirables majeurs, mais ils n'ont été testés que sur de faibles effectifs – quelques centaines à milliers de patients. Ces vaccins sont capables de stimuler une réponse immunitaire, mais susciter la production d'anticorps neutralisants et une réaction cellulaire protectrice, c'est un résultat qu'obtiennent beaucoup de vaccins en phases 1 et 2. La véritable épreuve du feu est la phase 3, qui consiste à comparer le pourcentage d'infection de deux groupes auxquels ont été donnés, respectivement, le vaccin et un placebo. À cet égard, nous ne saurons que dans trois mois si ces vaccins sont efficaces et s'ils sont bien tolérés par des effectifs plus larges. Quelques milliers de personnes, ce n'est pas mal, mais ce n'est pas suffisant pour déployer le vaccin à l'échelle d'une population, car les effets indésirables peuvent apparaître sur 1 pour 10 000 ou pour 100 000 personnes. Nous aurons les premières données sur ces aspects à la fin de l'année. Vous avez raison de dire que la tolérance du vaccin est un critère essentiel : il nous faut un vaccin sûr.

Le vaccin en cours d'élaboration à l'Institut Pasteur repose sur un modèle déjà développé contre le chikungunya jusqu'en phase 1 et 2, qui s'est montré susceptible de stimuler une réponse immunitaire. Il entrera en phase 1 au mois d'août et n'aurons donc de résultats qu'en octobre. Notre calendrier est donc moins avancé que celui des autres vaccins. Aujourd'hui, 170 vaccins sont enregistrés dans le monde ; une dizaine sont arrivés en phase clinique ; quelques-uns seulement arriveront au bout du processus. La priorité sera mise sur la tolérance. Quant à l'efficacité... Nous aurons peut-être un vaccin partiellement efficace en 2021, et ce serait déjà pas mal. Rappelez-vous qu'il existe de nombreuses maladies pour lesquelles nous en cherchons toujours ! Il faut au moins dix ans pour développer un vaccin : ne misons donc pas tout sur la découverte prochaine d'un tel remède, et reposons-nous pour l'instant sur ce que nous savons faire : les gestes barrières et le triptyque dépister-tracer-isoler. Un éventuel reconfinement serait une catastrophe.

L'Institut Pasteur est un institut de recherche : nous développons des concepts. N'étant pas habilités à produire des lots vaccinaux répondant à des exigences qualité, nous déléguons jusqu'à récemment cette fonction à la compagnie Thémis. Nous travaillons désormais avec MSD, qui a racheté Thémis. Ce rachat est une chose normale puisqu'il s'agit de produire, à plus grande échelle, un vaccin qui a vocation à être utilisé partout dans le monde. MSD, ténor du vaccin, s'était distingué en rachetant le vaccin contre Ebola développé par les Canadiens et mis à la disposition des pays africains grâce à des partenariats public-privé comme la *Coalition for epidemic preparedness initiative* (Cepi). Un accord garantit que le vaccin sera disponible pour tous ceux qui en auront besoin partout dans le monde. Je ne sais en revanche pas vous répondre sur le contrat qui prévoit l'approvisionnement de la France, mais l'Institut le pourra certainement. Notre volonté, en nous alliant à MSD, était en tout cas

de trouver un producteur susceptible d'assurer une distribution équitable de ce que nous considérons comme un bien public.

Le problème des lots contaminés est le suivant : une des entreprises fabriquant les réactifs des tests – les amorces, ces synthèses de nucléotides permettant d'amplifier le matériel génomique – a fourni des lots contaminés, générant des faux positifs, à une dizaine de pays européens. Le sujet est sur la place publique, puisque des publications et des communications des pays touchés ont été émises.

**M. René-Paul Savary, président.** – Nous vous remercions. Cette audition a été riche d'enseignements. Nous diffuserons à nos membres, monsieur Fortier, le film de présentation que vous nous avez transmis, qui met en valeur votre commune, si durement touchée – et si bien défendue par son maire. Nous ne manquerons pas de nous rendre à Crépy-en-Valois lors d'une prochaine occasion.

*Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible en ligne sur le site du Sénat.*

*La réunion est close à 12 h 40.*

**Mardi 28 juillet 2020**

**- Présidence de M. Alain Milon, président -**

*La réunion est ouverte à 14 h 30.*

### **Table ronde de praticiens**

**M. Alain Milon, président.** – Nous poursuivons nos travaux en examinant la gestion de la crise sanitaire du point de vue d'acteurs de terrain dans différents territoires, avec l'audition conjointe de MM. Alain Mercat, chef du service de médecine intensive-réanimation du CHU d'Angers, Albert Birynczyk, président du syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée, Bernard Llagonne, chirurgien à la clinique d'Épernay, Serge Smadja, secrétaire général de SOS Médecins France et Marc Noizet, chef du pôle urgences et du SAMU à l'hôpital Muller de Mulhouse.

Notre objectif est de déterminer si la réponse apportée à la crise sanitaire a bien été adaptée à la situation de territoires très différents, dont certains ont été fortement touchés par l'épidémie et d'autres beaucoup moins. Nous nous interrogeons notamment sur le point de savoir si chacun des acteurs a bien été mobilisé à la hauteur de ses capacités, qu'il s'agisse des cliniques privées ou de la médecine de ville, mais aussi sur les conséquences du déclenchement du plan Blanc et de la déprogrammation massive des interventions sur la prise en charge d'autres pathologies.

Je demanderai à ceux de nos intervenants qui souhaitent prendre la parole à titre liminaire de présenter brièvement leur principal message, afin de laisser le maximum de temps aux échanges. Je demanderai à chacun d'être concis dans ses prises de parole et, en ce qui concerne les sénateurs, d'indiquer précisément à qui leur question s'adresse.

Messieurs, je rappelle qu'un faux témoignage devant notre commission d'enquête est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Vous êtes appelés à

prêter serment. J'invite chacun d'entre vous à prêter serment de dire toute la vérité, rien que la vérité, à lever la main droite et à dire : « *Je le jure.* »

*Conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, MM. Alain Mercat, Albert Birynczyk, Bernard Llagonne, Serge Smadja, et Marc Noizet prêtent serment.*

**M. Alain Mercat, chef du service de médecine intensive-réanimation du CHU d'Angers.** – Outre mes fonctions de chef de service et de président de la commission médicale d'établissement (CME) au CHU d'Angers, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire m'a chargé, au début de la crise, de coordonner l'offre de soins de réanimation sur l'ensemble de la région, laquelle a été modérément touchée par cette crise.

En préambule, je dois vous informer que j'ai des liens d'intérêts avec des sociétés qui commercialisent essentiellement des appareils d'assistance respiratoire. Il s'agit d'une activité d'expertise rémunérée et du financement de travaux de recherche sans lien direct avec le covid-19.

Sur le fond, je dois dire que l'activation du plan Blanc a été l'occasion d'un bouleversement du mode de fonctionnement des CHU et que les centres hospitaliers en général ont fait preuve de réactivité, ce qui a été une très bonne surprise. Souvent vues comme lourdes, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, les structures hospitalières, dont les CHU, ont su, en quarante-huit heures, se libérer de la contrainte budgétaire et adapter leur offre de soins aux besoins de la population. L'ensemble des personnels a fait preuve d'un sens des responsabilités et de l'intérêt public absolument exemplaire.

Au début, cette crise a été appréhendée comme relevant des structures hospitalières, et non comme un défi pour l'ensemble du système de santé, ce qui m'apparaît être un point faible de la réponse qui lui a été apportée.

**M. Albert Birynczyk, président du syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée.** – Je vous remercie tout d'abord de nous donner l'occasion de témoigner devant votre commission d'enquête.

L'ensemble des établissements privés de France et de leurs personnels se sont très fortement mobilisés contre l'épidémie de covid-19. Nous avons participé à la gestion hospitalière de cette crise en complémentarité avec le système public. Les organisations que nous avons mises en place étaient conformes au guide de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

L'application du plan Blanc en deux phases a entraîné la déprogrammation des activités chirurgicales et médicales non urgentes dès le 13 mars, ce qui a permis de libérer des lits, d'éviter la saturation et d'organiser nos établissements en zones covid et non-covid. L'organisation de circuits spécifiques au sein des services des urgences, avec une séparation entre des unités covid, des unités non-covid et des unités tampons pour les patients en attente de confirmation du diagnostic, a permis une prise en charge médicale sécurisée et une orientation adaptée des patients. On peut considérer que l'ensemble des services des urgences des établissements privés a opté pour cette organisation, même dans les zones à faible activité virale.

Durant cette crise, la grande majorité des admissions dans nos services des urgences provenaient de la régulation par le centre 15, mais de nombreux patients étaient adressés par nos confrères de ville ou se présentaient de leur propre initiative. Nous avons constaté une réduction drastique de la fréquentation, de l'ordre de 50 % à 70 % en fonction des territoires, principalement durant la période de confinement. On peut expliquer cette baisse par le renoncement aux soins de patients qui avaient peur de contracter le virus en milieu hospitalier et par la diminution générale des activités que nous avons constatée en France – circulation automobile, activités sportives... Nous avons connu à peu près la même baisse d'activité que les établissements publics. Les patients qui se présentaient avaient une raison tout à fait valable de le faire – ils étaient parfois dans une situation plus grave qu'en temps normal en raison des retards de prise en charge dont je viens de parler.

En conclusion, je le répète, l'hospitalisation privée a bien participé à la prise en charge de la crise du covid. Nous n'avons pas eu le sentiment d'être complètement mis à l'écart. Néanmoins, du fait des procédures spécifiques liées aux situations sanitaires exceptionnelles, les patients étaient orientés en priorité vers des établissements de niveau 1 ou 2 et certains établissements ont peut-être eu l'impression d'avoir servi de soupape au système.

**M. Bernard Llagonne, chirurgien à la clinique d'Épernay.** – Chirurgien orthopédiste libéral depuis 31 ans, j'exerce dans une clinique de moyenne importance située dans un territoire d'environ 100 000 habitants. Toutes les cliniques de ce type sont en grande difficulté financière. Nous ne sommes pas labélisés « urgences » et nous n'avons pas de service de réanimation, mais nous faisons beaucoup de chirurgie – nous avons cinq salles d'opération – et nous disposons d'une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) qui permet d'installer huit postes de respirateur adaptés. Même si notre clinique n'a pas de service de réanimation, nous assurons 55 % de l'activité chirurgicale de notre territoire.

Je suis président de la commission médicale d'établissement et nous sommes en train de constituer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Je suis par ailleurs vice-président du Bloc, syndicat qui représente les chirurgiens, les anesthésistes et les obstétriciens, président du syndicat des orthopédistes et vice-président de l'union régionale des professionnels de santé libéraux du Grand-Est.

Afin que nous soyons d'accord sur les termes que nous employons, je préciserai que, pour moi, un hôpital est public et une clinique est privée à but lucratif – ce terme est peut-être dépassé, mais il est consacré. Je mets à part les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), qui se rapprochent davantage d'un hôpital du fait de leur mode de financement.

Pour nous, la crise a commencé dès février, d'autant que deux de nos médecins anesthésistes sont italiens, l'un étant originaire de Bergame. Le 2 mars, nous avons tenu une réunion de la CPTS en phase de constitution, qui a rassemblé 104 personnes ; un médecin généraliste présent a eu le covid, mais aucun autre participant à cette réunion n'a contracté le virus. Au sein de l'URPS, nous avons eu des réunions régulières sur le covid dès le mois de février. Le Conseil national de l'Ordre des médecins nous a adressé une alerte le 3 mars.

Le 16 mars, nous avons arrêté toute activité chirurgicale au bloc opératoire, ce qui a été un séisme pour un établissement comme le nôtre qui ne fait quasiment que de la chirurgie. Du coup, nous nous sommes retrouvés avec des stocks colossaux de masques, d'équipements de protection individuels et de solution hydroalcoolique, alors que tout le

monde criait à la pénurie. Nous avons aussi du personnel dévoué, ainsi que des lits et des chambres libres. Bref, tout pour recevoir des patients ! Mais personne ne nous a été adressé les deux premières semaines.

Nous avons donc été choqués, pendant cette crise, par le manque de coopération entre les hôpitaux et les cliniques, ces dernières n'ayant pas été sollicitées durant les deux premières semaines. Ce choc a été accentué lorsque nous avons appris les transferts de patients organisés à grand renfort de moyens de transport et de médiatisation, à un moment où des lits étaient vacants dans les cliniques... Nous avons également été mis à l'écart lors de la reprise d'activité, puisque celle-ci a été organisée dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT), dont nous sommes exclus.

Nous avons aussi été choqués par certaines « petites phrases », dont celle-ci, de la part d'un directeur de CHU : « Il est injuste que les cliniques poursuivent une activité chirurgicale programmée, alors que l'hôpital public n'est plus en mesure de le faire. C'est une forme de concurrence déloyale. »

En conclusion, les cliniques et les praticiens qui y exercent ont le sentiment que les hôpitaux ont souhaité mener seuls la guerre contre le covid.

**M. Serge Smadja, secrétaire général de SOS Médecins France.** – Je commencerai par présenter rapidement quelques chiffres concernant SOS Médecins : nous regroupons 1 300 médecins répartis en 63 associations et nous recevons environ 6,3 millions d'appels par an, qui donnent lieu à un peu moins de 4 millions d'actes. Nous sommes un service libéral, mais nous assurons en pratique beaucoup de missions de service public : permanence des soins, conventions avec les SAMU, interventions dans les prisons et les commissariats, notamment en cas de garde à vue... Nous avons aussi mis en place un centre assez original de prise en charge des femmes victimes de violences. Nous collaborons également avec de nombreux acteurs privés du système de santé ou du secteur médico-social. Autre exemple de mission de service public que nous assumons, nos chiffres d'activité font partie des indicateurs utilisés par Santé publique France pour surveiller la circulation du virus.

Nous organisons la réponse à la demande de soins de plusieurs manières : la régulation, la visite à domicile, la tenue de points fixes de consultation et la téléconsultation. Depuis le début de l'épidémie, notre réseau a pris en charge un peu moins de 70 000 patients covid, dont le premier cas constaté en France – c'était à Bordeaux. Au pic de l'épidémie, notre réseau voyait environ 2 500 patients covid par jour. Nous avons donc été présents dans la prise en charge des patients durant toute cette crise.

Quels sont les principaux messages que je souhaite véhiculer ?

SOS Médecins, c'est avant tout des visites à domicile, même si nous pratiquons également la téléconsultation depuis le début de cette crise. Nous avons cherché à évoluer pour nous adapter à la situation, mais la visite à domicile est un aspect indispensable de notre prise en charge. Ne l'oublions pas, sinon il n'y aura plus personne pour l'effectuer, d'autant qu'elle est peu pratiquée par nos confrères. Si on ne la revalorise pas, cela va poser des problèmes. La téléconsultation a été très utile, mais dans beaucoup de situations il a fallu aller au domicile pour se rendre compte de l'état clinique des patients. Tout ne pouvait pas être réglé en téléconsultation.

Second message, mettre en place un accès unique aux soins pour le patient est une erreur. Nos concitoyens doivent pouvoir bénéficier de plusieurs accès aux soins. Les patients doivent continuer à appeler les structures qu'ils ont l'habitude de solliciter. Il me paraît absolument indispensable que les professionnels de santé, hospitaliers, libéraux ou privés, se coordonnent. C'est d'ailleurs comme cela que nous travaillons avec la plupart des SAMU, avec qui nous avons de bonnes relations. Toutefois, cela mérite d'être amélioré. À titre d'exemple, nous avons signé depuis 2005, dans toutes les structures en France, des conventions de collaboration avec les SAMU. Il y est précisé que nous sommes interconnectés. Cette interconnexion est téléphonique. Quinze ans après, il n'y a pas beaucoup d'endroits où l'interconnexion informatique existe. Il est pourtant urgent de la mettre en place. Ce serait plus utile que de créer un nouveau numéro ou une nouvelle strate pour prétendument simplifier un dispositif. On l'a bien vu : l'accès unique est plus un danger pour nous qu'autre chose.

**M. Marc Noizet, chef de pôle urgences et du SAMU à l'hôpital Muller de Mulhouse.** – Je tiens à vous remercier de cette invitation et de l'occasion que vous donnez aux acteurs de terrain, confrontés en première ligne à la violence de cette crise, de venir témoigner devant vous.

Je suis le chef du service des urgences et du SAMU 68 à l'hôpital de Mulhouse. J'assume par ailleurs des missions de coordonnateur du Réseau et Observatoire des urgences Grand-Est, qui travaille quotidiennement pour les cinquante-deux services des urgences de la région, en lien avec l'ARS, pour en améliorer le fonctionnement global.

Mon établissement comprend 1 250 lits MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), dont 36 lits de réanimation. Il couvre un bassin de population de 400 000 habitants, ce qui en fait le deuxième centre hospitalier général en termes de taille et d'activité. Le SAMU 68 gère à peu près 200 000 dossiers médicaux de régulation par an. Nous accueillons près de 120 000 patients sur les différents sites des urgences de l'établissement.

Si, dès la fin de février, comme tous les établissements de France, nous nous apprêtons à accueillir des cas suspects de covid – situation aggravée par notre proximité avec l'Italie –, c'est le 1<sup>er</sup> mars que nous avons été confrontés brutalement à la réalité de cette crise, qui nous a submergés en quelques jours avec une cinétique excessivement violente, ne nous laissant, pendant près de six semaines, aucune capacité à anticiper. Je souhaite donc ici témoigner du contraste des situations entre les différents territoires nationaux, car mon département a vécu quelque chose d'exceptionnel.

La précocité de la crise par rapport au reste du territoire national et la suractivité que nous avons constatée ont été la conséquence directe d'un rassemblement culturel qui s'est tenu dans l'agglomération de Mulhouse du 17 au 23 février. Ce rassemblement de 2 000 à 3 000 personnes a donné lieu à un foyer épidémique majeur et à une dispersion non contrôlée, à une période où on ne parlait que de « petite grippe » et où les gestes barrières et l'isolement n'étaient encore que des concepts.

Premier point, le Haut-Rhin a été un département sinistré de manière hors norme comparativement au reste du territoire. Mon établissement a accueilli plus de 2 000 patients covid, dont plus de 365 en réanimation. L'activité du centre 15 a été multipliée par quatre et nous avons transféré 330 patients de réanimation lourde dans d'autres départements pour permettre le maintien de nos capacités d'accueil et de prise en charge. Ces 330 patients représentent la moitié des patients transférés pour toute la France.

Deuxième point, nous avons vécu un décalage important dans la compréhension nationale de la gravité de la situation à laquelle nous étions confrontés. Cela a donné lieu à des recommandations qui étaient inapplicables sur notre territoire et à un retard dans l'envoi de renforts humains et de moyens pourtant nécessaires – je pense en particulier aux équipements de protection individuels. Début mars et pendant plus de quinze jours, nous nous sommes sentis réellement isolés.

Troisième point, nous avons été confrontés à une difficulté de pilotage de gestion de la crise au niveau régional, notamment en ce qui concerne la coordination de la disponibilité des lits de réanimation et les transferts inter-établissements, en raison, d'une part, d'outils numériques inadaptés, et, d'autre part, d'un manque d'expertise dans la gestion de crise de nos tutelles régionales.

Quatrième point, nous avons été confrontés à une difficulté dans les choix stratégiques, thérapeutiques et d'orientation liée à une méconnaissance de la maladie, à une gestion de crise avec des moyens saturés et contraints, à une incidence plus importante des formes graves chez les patients âgés et polypathologiques et à la sollicitation à un niveau hors norme de nos unités de réanimation.

Cinquième point, nous avons assisté à une collaboration inédite public-privé – preuve que tous les territoires n'ont pas vécu la même situation – et ville-hôpital, avec une flexibilité organisationnelle et des innovations qui nous ont permis d'éviter la saturation des structures hospitalières, qu'elles soient publiques ou privées. En très peu de temps, public et privé ont travaillé ensemble, y compris grâce à l'échange de professionnels. Nous avons par exemple accueilli des anesthésistes du privé dans nos services de réanimation.

Cette crise était probablement difficilement prévisible. Notre système de santé s'est transformé dans sa globalité et s'est adapté pour y faire face. Le retour d'expérience est nécessaire pour mutualiser nos apprentissages régionaux. Il est important de désenclaver nos fonctionnements, qui ont toujours tendance à s'organiser en silos. Si l'hôpital public, dans certains endroits, a défendu son propre périmètre, ce n'était pas pour ne pas travailler avec le privé, mais par méconnaissance et par crainte de l'inconnu. Il importe donc d'améliorer la coordination et la communication entre les acteurs.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** – On enregistre effectivement de grandes disparités selon les territoires. Le Grand-Est a connu un tsunami. Dans d'autres régions, la situation a été plus calme. Les relations avec les ARS ont aussi été très différentes d'un territoire à l'autre. Le professeur Mercat a évoqué la région des Pays de la Loire. Nous n'avons pas eu de vague, mais les liens avec l'ARS et le préfet ont été fluides, ce qui n'a pas été le cas partout.

Le plan Blanc s'est appliqué de manière uniforme sur le territoire, avec des nécessités évidentes dans les endroits où les lits manquaient. Il a fallu fermer des lits dans certains territoires sans qu'ils soient « utilisés ». Mais dans d'autres, il semblerait que les relations entre le public et le privé, par exemple au CHU d'Angers, aient été assez fluides, avec des transferts de patients.

Le plan Blanc a occasionné un certain nombre de non-interventions. La Ligue nationale contre le cancer parle d'un nombre de diagnostics de cancer moitié moindre. La commission des affaires sociales du Sénat a entendu également les représentants des malades cardiaques : là aussi, il y aurait un retard considérable dans la prise en charge. Dans vos

établissements, les interventions ont-elles repris au rythme antérieur ? Il semblerait que ce soit compliqué parce que le personnel mis sous tension a besoin de récupérer, mais aussi parce que certains hôpitaux manquent encore d'équipements de protection. Est-ce le cas dans les établissements que vous représentez ? L'actuel frémissement constaté sur le front du covid entretient-il la crainte des patients d'aller à l'hôpital, soit en consultation, soit pour une intervention ? La clinique est-elle impliquée dans votre communauté professionnelle territoriale de santé ?

**M. Bernard Llagonne.** – Oui.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** – Ce n'est pas fréquent ! Cette crise a fait la preuve que la CPTS, lorsque sa création est à l'initiative du terrain, est un bon outil. Comment les praticiens libéraux ont-ils été associés sur votre territoire ?

Le fait d'interdire aux patients de solliciter leur médecin traitant a amené un basculement vers le 15, qui n'était pas forcément équipé en termes de personnel. Comment SOS Médecins a-t-il pu pallier la surcharge du 15 ?

**M. Alain Mercat.** – Votre remarque sur le plan Blanc est pertinente. Il s'agit d'un outil dont l'activation change complètement les modes de gestion de l'hôpital. On constitue un petit groupe pour prendre toutes les décisions. Est-il pertinent de dire sur l'ensemble du territoire, au même moment, partout, pour le public et le privé, « déprogrammez tout, il faut libérer des lits » ?

Je plaide en faveur d'une autonomie des territoires, coordonnés par les ARS, avec une gestion assurée au plus près du terrain, c'est-à-dire confiée aux établissements pivots supports de GHT, et donc essentiellement aux CHU. On a probablement déprogrammé quinze jours trop tôt.

Il y a en France approximativement 7,5 lits de réanimation pour 100 000 habitants, mais ce chiffre masque une grande hétérogénéité. Nous avons eu de la chance, puisque le covid s'est attaqué à deux des régions les plus richement dotées en lits de réanimation : le Grand-Est et l'Île-de-France. Les deux régions les plus défavorisées à cet égard sont la Bretagne et les Pays de la Loire, avec moins 5 lits pour 100 000 habitants. L'amplitude de la réponse va dépendre de l'offre de soins existante et de la cinétique de l'évolution de l'épidémie.

Effectivement, chez nous, la relation avec le privé et les cliniques a été excellente. J'ai sollicité l'ARS pour que l'on demande aux cliniques d'ouvrir des lits de réanimation pour des patients non covid. On m'a répondu « bien sûr ! », et tout a été fait en vingt-quatre heures. Par ailleurs, on a établi des conventions très simples autorisant nos chirurgiens à aller opérer dans les cliniques. Tout s'est véritablement joué à l'échelon local. Sur ces questions-là, je ne crois guère à une consigne nationale !

Nous savions déjà – c'est une des rares choses apprises de la crise du H1N1 en 2009 – que les régions seraient touchées à des moments différents, même si nous n'imaginions pas le phénomène incroyable qu'a connu le Grand-Est. Nous nous attendions donc à devoir adapter la réponse à la fois dans l'espace et dans le temps. Mieux vaut organiser la coordination avec la médecine libérale en amont, plutôt qu'au moment où la crise survient.

**M. Bernard Llagonne.** – Les CPTS sont en cours de constitution et je découvre ce qu'est l'administration française !

J'ai été à l'initiative d'une communauté professionnelle territoriale de santé avec des collègues généralistes il y a plus de deux ans, bien avant que les CPTS n'existent, tout simplement parce que travailler ensemble nous semblait une évidence, d'autant que de nombreux jeunes médecins sont arrivés dans ma région. Arrivent les CPTS, et là, ça se gâte : on tombe sur des structures technocratiques qui compliquent tout !

Nous en sommes au projet de santé, il y en a encore pour des mois et des mois de travail. On vient de recevoir la facture pour l'externalisation de ce projet : c'est très cher, et c'est autant de moins pour les soins !

Pour revenir à la crise du covid et à ma CPTS, nous étions donc unis dès le premier jour : 104 personnes participaient à la première réunion. Nous avons immédiatement créé un groupe WhatsApp, grâce auquel 140 personnes étaient en lien permanent, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Nous comptons notamment, dans notre groupe, un réanimateur de la clinique de Reims, des pneumologues, etc. Tout cela nous a grandement aidés. La CPTS n'est pas encore officielle, mais c'en est déjà l'embryon, et je suis très heureux que nous ayons eu cette idée en amont !

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** – Avec les autres professionnels de santé, comme les infirmiers ?

**M. Bernard Llagonne.** – L'idée initiale avait été conçue entre médecins. C'était une erreur, car il faut évidemment y adjoindre les infirmières, notamment libérales, qui sont ravies d'échanger avec les médecins. On découvre beaucoup de difficultés, notamment à la sortie d'hospitalisation après chirurgie.

**M. Alain Milon, président.** – Pour information, la configuration des CPTS existait déjà dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elles ont été modifiées et améliorées dans la loi « Touraine ».

**M. Serge Smadja.** – Il y a eu effectivement une collaboration avec le 15. Nos centres d'appels ont constitué une sorte de petite soupape. Néanmoins, les consignes étaient très claires : tout patient suspect de covid devait être transféré au 15, qui décidait de la prise en charge. Les consignes suivantes ont été le « tout ambulatoire », et le 15 nous transférait énormément d'appels. Il est donc important de bien coordonner la réponse aux soins par des acteurs qui se connaissent et qui travaillent ensemble. Dans beaucoup de structures en France, de nombreux médecins de SOS Médecins sont régulateurs libéraux au 15.

**M. Albert Birynczyk.** – Il y a effectivement eu au cours de cette crise une forte chute des admissions aux urgences. La prise en charge des patients a été faite avec le 15, qui faisait office de régulateur en fonction des différents établissements. Je peux donner le retour d'expérience de mes confrères d'Île-de-France. C'est un territoire de population dense, avec un grand nombre de services des urgences privés et publics. Mes collègues regrettent le manque de coordination sur un plan local, départemental. Il existe très peu d'outils pour faire collaborer les uns et les autres au plus près du territoire. Il y a les réseaux territoriaux des urgences, qui existent également dans le Grand-Est. L'idée est que nous puissions tous nous réunir – médecins coordonnateurs des établissements publics et privés, régulation du centre 15, sapeurs-pompiers, SOS Médecins et éventuellement les CPTS – pour construire un

projet territorial commun. J'insiste sur le caractère décentralisé de la mesure. Le délégué départemental de l'ARS pourrait faire office de régulateur neutre de l'offre de soins. Cette instance nous permettrait non seulement de nous coordonner, de créer des liens, de pouvoir nous entraider – je pense à la pénurie de médecins urgentistes –, mais aussi et surtout de désamorcer des situations parfois conflictuelles : problèmes ou refus d'admission, etc.

En Île-de-France d'autres structures, comme le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (Codamups), n'ont quasiment pas joué de rôle pour l'organisation des acteurs face à la crise. C'est dommage. Nous aurions pu nous rencontrer dans ces instances et avoir plus d'échanges sur un territoire donné.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** – Et la reprise d'activité ?

**M. Albert Birynczyk.** – Dans les services des urgences privés, elle s'est faite de manière très progressive. Nous avons eu l'impression, au moment du déconfinement, que l'état des patients était plus grave. Mais ce n'était qu'une impression. Actuellement, nous avons retrouvé le même niveau d'activité que d'habitude. Si deuxième vague il y a à l'automne, nos services des urgences ayant repris leur activité habituelle, nous craignons une sursaturation.

**M. Marc Noizet.** – Les centres 15 ont été très rapidement identifiés comme étant le point de passage obligatoire. Cela peut être discutable ; ce qui ne l'est pas, c'est qu'il fallait un avis médical, c'est-à-dire un médecin régulateur pour prendre en considération la demande et orienter le patient dans son parcours de soin. Il y a eu certes de nombreuses recommandations successives, mais le but était d'adapter le système à une pathologie nouvelle. Quoiqu'il en soit, les centres 15 ont été saturés, notamment le mien. L'activité a été multipliée par quatre et le personnel par cinq. J'ai eu jusqu'à quatre salles de régulation différentes, dont une gérait l'aide médicale urgente et les autres uniquement la partie covid, à grand renfort de médecins libéraux. Je salue au passage ce partenariat, qui s'est mis en place très rapidement grâce à l'appui du conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Il s'agissait d'une expérience intéressante, menée également en lien avec nos collègues de SOS Médecins à Mulhouse, qui ont vu très rapidement leur plateforme d'appel saturée. Nous avons basculé ces appels vers le centre 15 afin de ne solliciter SOS Médecins que pour les patients nécessitant véritablement le recours à un médecin. Les agents de terrain ont réussi à s'articuler les uns avec les autres. Au niveau du centre d'appel, la problématique est plutôt de parvenir à faire la distinction entre ce qui est de l'ordre de l'aide médicale urgente et ce qui ne l'est pas. À cette fin, nous avons mis en place un serveur vocal interactif.

De la même façon, les médecins généralistes se sont organisés pour créer des systèmes d'effecteurs médicaux en dehors de la permanence des soins. Nous avons mis en place un dispositif permettant de solliciter un médecin sur une plateforme électronique pour visiter un patient. Il s'agissait ainsi d'éviter un déplacement non nécessaire vers une structure hospitalière. Les médecins généralistes ont également mis en œuvre des structures de consultation à l'entrée des hôpitaux pour essayer d'éviter le passage aux urgences.

S'agissant de la reprise, on a constaté une période d'accalmie, juste après la décroissance du nombre de patients covid, qui a duré quatre à cinq semaines, avec un taux d'activité s'établissant à 40 %. Chose notable, les patients venaient pour des problèmes graves et des pathologies nécessitant un recours hospitalier. Nous avons eu des taux d'hospitalisation

allant jusqu'à 50 %, contre 20 % en temps normal. C'est une des leçons à retenir : il y a eu des retards de soins, notamment pour les pathologies carcinologiques. Certains patients ont dû attendre trois mois pour la finalisation de leur bilan et la réalisation des biopsies. Ils ont donc subi une forme de perte de chance par retard de démarrage du traitement. L'arrêt des activités programmées et chirurgicales était sans doute à moduler.

**M. Alain Mercat.** – La perte de chance est très difficile à évaluer aujourd'hui. La ville de New York a publié des chiffres documentés, qui font état d'une surmortalité non liée au covid. Certes, il s'agit des États-Unis, où tout est très dépendant du niveau social et de la couleur de peau. Mais, en France, on constate aussi un taux anormalement élevé de patients consultant aux urgences et nécessitant une hospitalisation. Quelle est, dans ce retard de prise en charge, la part imputable à l'organisation du système de santé et celle imputable à l'attitude individuelle de personnes qui ont eu peur d'aller à l'hôpital et de croiser des malades du covid ? Il y a eu un important problème de communication de l'ensemble des structures de soins, qui n'ont pas su rassurer et expliquer aux patients, notamment ceux issus de milieux défavorisés, qu'ils ne couraient pas un risque anormal de contracter l'infection.

**M. Bernard Llagonne.** – Empêtré dans ma CPTS et ses problèmes administratifs, j'ai oublié de répondre aux questions sur les retards de prise en charge et la reprise de la chirurgie. On a découvert beaucoup de choses en cancérologie, mais aussi en matière de chirurgie vasculaire. Un patient qui a un orteil noir, si on lui a dit de rester chez lui pour ne pas encombrer les centres 15, c'est une amputation au bout de quinze jours ! Quant à la chirurgie orthopédique, je n'ai jamais vu, en trente et un ans d'exercice, une telle dégradation des coxarthroses. Or il est très difficile, passé un certain âge, de remonter la pente...

Oui, on a vu des choses très bizarres sur le terrain, qu'on n'avait jamais constatées auparavant. Quant à la reprise des activités, elle n'a été que très progressive, conformément à la demande de l'ARS. On commence maintenant à atteindre un taux d'activité d'environ 80 %. C'est lié aux règles instituées dans les blocs opératoires, avec un recours aux péridurales et aux anesthésiants locaux plutôt qu'aux anesthésies générales. On a aussi beaucoup de temps morts, qui font que l'on n'arrive pas à 100 % d'activité.

**Mme Sylvie Vermeillet, rapporteur.** – J'aurai trois questions.

La première s'adresse au professeur Mercat : quel est concrètement l'impact de la contrainte budgétaire ? Vous avez souligné que votre hôpital avait réussi une adaptation spectaculaire, notamment parce que vous vous êtes délestés de la contrainte budgétaire. Comment s'est concrétisée chez vous l'absence de cette contrainte budgétaire ? Quand est-elle revenue ? Qu'est-ce que vous ne pouvez plus faire de ce fait ?

Ma deuxième question s'adresse au docteur Noizet. J'ai lu vos déclarations antérieures sur la confrontation à la mort et sur les difficultés morales vécues par les soignants. Je reviens sur la collaboration public-privé que vous avez évoquée. Nous avons bien compris, au gré des auditions, que cette collaboration n'a pas été partout la même. Est-ce l'urgence, la force du drame qui expliquent la bonne collaboration chez vous, ou est-elle liée aux personnes ? La consigne nationale est-elle déviée ? Nous avons besoin de comprendre pourquoi cela n'a pas fonctionné partout de la même manière.

Ma troisième question s'adresse au docteur Smadja et concerne SOS Médecins. J'ai lu, dans un article de presse du 15 juillet, que l'on dénombrait une centaine de suspicions de cas de covid-19 par jour il y a un mois, contre 600 pour la seule journée de mardi dernier.

Êtes-vous fonctionnels et opérationnels en termes de tests, de matériel et de suivi ? Sommes-nous prêts pour une nouvelle vague ? Comment se passe pour vous cette hausse sur le terrain ?

**M. Alain Mercat.** – Vous m’interrogez sur la contrainte budgétaire. Comme vous le savez, depuis des années maintenant, l’hôpital public est financé par le système dit de la T2A, la tarification à l’activité. Pour avoir des rentrées financières importantes, il faut une activité importante, c’est-à-dire un taux d’occupation élevé et surtout des séjours courts. À chaque nouveau projet de filière ou d’offre de soins, il faut faire de la prospective et se demander quel sera l’impact sur le budget de l’hôpital. C’est assez lourd et très mal vécu de longue date par l’ensemble de la communauté médicale, notamment par les collègues dont l’activité n’est pas rentable. Ce qui rapporte avec la T2A, c’est la chirurgie, la réanimation, les pathologies très lourdes et la cardiologie interventionnelle.

Et tout d’un coup, avec le plan Blanc, cette règle ne vaut plus. On ferme le service d’orthopédie et on le transforme trois jours plus tard en un service d’accueil de patients covid. Pour quelqu’un comme moi qui fréquente l’hôpital public et les CHU depuis trente ans, c’est une chose incroyable ! En sortant de la réunion, on s’est dit : on a fait ça ? Eh bien oui, on l’a fait ! Et il a fallu en informer nos collègues chirurgiens orthopédiques, qui sont allés aider dans les centres de prélèvement parce qu’ils étaient motivés et qu’ils voulaient participer.

La contrainte budgétaire n’est pas revenue pour l’instant. Nous sommes dans une situation intermédiaire, on attend les conclusions plus fermes du Ségur de la santé sur le financement de l’hôpital public et on croise les doigts !

**M. Marc Noizet.** – Concernant la collaboration public-privé, début mars, durant la première semaine, devant la difficulté d’orienter les patients dans le département, j’ai provoqué une réunion téléphonique avec mes collègues responsables des services des urgences, dont un service des urgences privé à Mulhouse. Nous avons conjointement décidé de concentrer les patients covid dans les deux principaux hôpitaux publics que sont ceux de Colmar et de Mulhouse et de déconcentrer le reste de l’activité vers les autres services des urgences du département, de manière à éviter la dispersion du virus.

Certes, très rapidement, cette organisation a été rendue complètement inopérante et il a fallu revoir les choses. Mais nous avons déjà trouvé entre professionnels des arrangements entre public et privé, uniquement pour le volet urgences.

Nos hôpitaux publics et privés n’avaient pas encore, à ce moment-là, mis en place de partenariat fonctionnel pour répondre à la gestion de crise. Ce n’est que la semaine d’après, le 13 mars, que l’ARS a organisé une réunion entre l’hôpital public et les établissements privés de la ville pour trouver un mode de partenariat fonctionnel, mis en place en moins de quarante-huit heures, avec des prêts de matériels et des professionnels allant d’un site à l’autre pour renforcer les équipes. Des unités de la clinique ont aussi été transformées pour accueillir des patients covid au fur et à mesure des besoins. La clinique a également réussi à transformer son unité de surveillance continue pour y accueillir des lits de réanimation quand, au plus haut de la vague, nous n’avions plus de solution.

Pour répondre plus précisément à votre question, je ne pense pas que ce soit une question de personnes. Effectivement, les intervenants se connaissent, mais ils travaillent dans une forme de lutte concurrentielle. Certains praticiens de la clinique sont d’anciens praticiens hospitaliers : il existe aussi parfois une forme de concurrence humaine, voire de rancœur.

Toujours est-il que, devant la nécessité de réussir, personne n'a tergiversé. Il s'agit peut-être d'une attitude citoyenne ou peut-être est-ce inscrit dans notre génome de soignants. Bref, face à une crise, nous savons changer nos modes d'organisation pour le bien du patient.

Chez nous, le déclenchement a été l'impulsion de l'ARS, dont je salue l'action. À partir de là, tout a roulé tout seul. Avait-on besoin de quelque chose qui était chez l'autre ? Un coup de téléphone, et c'était possible !

Je ne vous cache pas que le retour à la normale s'est fait assez rapidement dès le moment où les unités se sont vidées de leurs patients covid. Je pense néanmoins qu'il en restera quelque chose : la capacité à le faire, et la preuve que public et privé savent faire face ensemble à une problématique précise.

**M. Bernard Llagonne.** – Je confirme les propos de Marc Noizet. Nous avons un lien d'intérêt : il a été chef de service de l'hôpital d'Épernay pendant quelques années alors que je travaille dans la clinique. Nous nous connaissons donc un peu et nous réglions déjà avant le covid, d'homme à homme, un certain nombre de difficultés liées aux urgences. J'ai été en contact direct avec l'un des chirurgiens de la clinique du Diaconat-Roosevelt de Mulhouse, il confirme exactement ce que vient de dire Marc Noizet : oui, quand on est confronté à une crise, il faut y aller, car on est avant tout médecin ! Tout cela s'est fait très normalement entre médecins, on exerce tous le même métier, quand même !

**M. Alain Milon, président.** – Je rappelle que la T2A a été installée après le budget global, qui avait entraîné pour les hôpitaux des pertes de marché élevées. C'est grâce à la T2A qu'ils ont récupéré des parts de marché importantes. Plus que la T2A, c'est probablement l'Ondam hospitalier qui a joué un rôle négatif pour l'ensemble des budgets hospitaliers. Quand il est fixé à 2,4 % alors qu'il faudrait qu'il soit établi à 4 %, ça ne peut pas fonctionner !

**M. Serge Smadja.** – Il existe en effet plusieurs indicateurs permettant d'apprécier la circulation du virus. Un frémissement se faisant sentir actuellement, on surveille le nombre de nouveaux cas, le taux de positivité des tests, l'incidence des cas, etc. La concordance de tous ces indicateurs fait la qualité de la surveillance. Les suspicions de cas de covid-19 détectées dans notre réseau constituent un indicateur précoce. Cette surveillance syndromique, c'est-à-dire les retours de diagnostic que l'on envoie tous les jours, à six heures du matin, à Santé publique France, pour les patients qui présentent un certain tableau clinique – toux, fièvre, etc. –, s'est avérée particulièrement utile lorsque l'on manquait de tests.

Désormais, on a la capacité de faire des tests, même si les délais peuvent être plus ou moins longs pour obtenir les résultats, voire pour trouver un laboratoire. Les laboratoires manquent de personnel pour faire des prélèvements. Les préleveurs des laboratoires n'ont reçu, par décret, l'autorisation de faire des tests PCR que depuis peu. Ce week-end, la possibilité de faire des prélèvements avec des écouvillons a été élargie aux pompiers, aux secouristes, etc. Il y avait donc auparavant un engorgement pour la réalisation de tests, mais il est aujourd'hui possible de les pratiquer. Ils permettent d'apporter une confirmation des données de la surveillance clinique et de valider la qualité des indicateurs. Au moment du pic de l'épidémie, on avait environ 2 500 suspicions de covid-19 par jour, contre moins de 200 après le confinement, et 500 depuis début juillet. Cette hausse est corroborée par celle du « R0 » ou du nombre de nouveaux cas. Même si la situation n'est pas comparable à celle que nous avons connue fin mars, début avril, ces données doivent nous inviter à la prudence.

**M. Martin Lévrier.** – Vous avez dit que la pandémie avait été appréhendée comme une crise hospitalière et non comme une crise globale. Que voulez-vous dire ? Quels leviers faudrait-il activer si une nouvelle crise survenait ?

Le CHU d'Angers participe à l'étude Discovery. La recherche a-t-elle pu se faire dans de bonnes conditions ? Avez-vous eu du mal à trouver des patients volontaires ? Quels ont été les apports de cette étude ?

Enfin, quelle est la pertinence du transfert de malades en TGV ? Pourquoi ne pas avoir eu recours aux ambulances ou aux pompiers ?

**Mme Victoire Jasmin.** – Vous avez dit que le Haut-Rhin était sinistré. Vous avez noté un décalage entre des recommandations inapplicables et la réalité du terrain et évoqué des problèmes de gestion. Pourriez-vous préciser quelles difficultés vous avez rencontrées ? Vous avez aussi soulevé les difficultés liées au numérique : s'agit-il de problèmes de compatibilité entre les différents systèmes, de problèmes de réseaux ? Aviez-vous mis en place le dossier partagé avant l'épidémie ?

**M. Roger Karoutchi.** – On a manqué de masques, de tests, de gel hydroalcoolique, etc. La coordination a été plus ou moins efficace selon les régions. Notre commission fera un bilan et publiera un rapport qui, j'en suis sûr, fascinera le Gouvernement... Mais notre système de santé est-il désormais mieux préparé en cas de nouvelle vague ?

On ne nous parle jamais de traitement depuis le début de nos travaux. J'ai bien compris qu'il n'y avait pas de traitement spécifique pour la covid-19, mais j'imagine que l'on ne donne pas uniquement du paracétamol aux patients... Si un jour j'étais malade et que j'apprenne cela, je ne suis pas sûr que mon état mental et moral s'améliorerait ! Je comprends bien que l'on ne traite que les symptômes et non pas la cause, mais, malgré tout, j'imagine que l'on a une meilleure connaissance de la maladie et que les traitements évoluent. Pourquoi ne pas en informer les gens ? On donne le sentiment à la population qu'elle ne sera pas mieux soignée en cas de deuxième vague. Si tel est le cas, il nous revient alors, responsables politiques et médecins, d'alerter le Gouvernement sur le risque de lever toutes les restrictions. Il semble en effet dangereux, dans ces conditions, de rouvrir à partir de septembre les salons, les foires, etc. La Belgique ou la Catalogne reconfinent, mais on semble faire comme si nous étions sortis de la crise. Sommes-nous donc mieux préparés qu'il y a six mois ?

**M. Alain Mercat.** – Oui ! J'évoquerai la réanimation des patients les plus graves. Il y a eu des progrès thérapeutiques. Comme vous le savez, de très nombreux essais ont été menés. Une controverse très vive a eu lieu autour de l'hydroxychloroquine, dont, pour l'instant, la communauté internationale n'est pas convaincue de l'efficacité. En revanche, une étude anglaise intitulée Recovery, dont le compte rendu a été publié la semaine dernière dans *The New England Journal of medicine*, montre qu'une courte cure de corticostéroïdes, avec un médicament qui ne coûte presque rien, la dexaméthasone, permet de réduire la mortalité des patients qui ont besoin d'une oxygénothérapie ou qui doivent être placés sous ventilation artificielle.

On a aussi fait des progrès dans l'identification des signes précoces de gravité : une des particularités des patients atteints de la covid-19, qui est un syndrome de détresse respiratoire aiguë, est qu'ils présentent une hypoxémie heureuse, c'est-à-dire des taux

d'oxygène dans le sang très bas sans sensation d'essoufflement important. C'était trompeur pour nous, au début.

En matière d'offre de soins, il y a aussi eu des progrès : l'augmentation de l'offre de soins de réanimation développée lors de la première phase est désormais en réserve. Je coordonne l'offre de soins pour les Pays de la Loire : en Mayenne, département de 300 000 habitants, la situation est tendue, avec l'apparition de plusieurs *clusters* et une circulation du virus inquiétante – essentiellement parmi une population jeune, notamment des travailleurs immigrés qui travaillent dans les abattoirs, vivent dans des foyers et sont peu enclins à développer des formes graves. L'hôpital de Laval comptait, avant la crise, 8 lits de réanimation, soit moins de 3 lits pour 100 000 habitants, contre 7,5 en moyenne en France. Désormais, cet hôpital peut compter, en plus de son service de réanimation qui a été étendu, car l'unité de surveillance continue a été transformée en unité de réanimation, sur 15 lits d'une unité désaffectée, qui devait être transformée en service de cardiologie. Ces lits sont susceptibles d'être transformés en vingt-quatre heures en lits de réanimation. Le système est donc mieux préparé que lors de la première phase.

En ce qui concerne l'articulation entre l'hôpital et le système de santé, la doctrine était que les personnes, en cas de toux, devaient appeler le 15, chargé d'orienter les personnes suspectées d'être atteintes de la covid vers les hôpitaux de première ligne, qui étaient des hôpitaux publics. On a tout mis là-dessus, en sous-estimant l'ampleur de la crise. 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 : on voit comment la disponibilité des moyens a eu un impact sur les décisions.

De même, le 26 février, dans la région Pays de la Loire, seul le laboratoire de virologie du CHU de Nantes avait l'agrément pour réaliser des tests PCR en vue de détecter les cas de covid. J'ai envoyé un courriel à M. Salomon, qui m'a répondu aussitôt qu'il activait d'autres centres. Le système était le suivant : la direction générale de la santé indiquait au centre national de référence (CNR) des coronavirus de l'Institut Pasteur les laboratoires prioritaires pour faire des diagnostics. Le CNR prenait ensuite contact avec ces laboratoires, leur communiquait la technique à utiliser, validait la mise en œuvre de la technique par le biais de prélèvements tests et homologuait finalement les laboratoires. Cette stratégie a restreint le nombre de laboratoires agréés, et donc notre capacité de diagnostic. On l'a adaptée à une disponibilité des moyens de diagnostic assez limitée au départ, et ce n'est qu'ensuite qu'il est apparu qu'il fallait diffuser la technique à l'ensemble des laboratoires. En Mayenne, un laboratoire vétérinaire a ainsi reçu l'agrément et participe actuellement à la campagne de dépistage.

On a clairement considéré, pendant les premières semaines, que la crise constituait un défi pour l'hôpital, alors qu'elle constituait un défi pour l'ensemble du système de santé. On a probablement perdu du temps. On s'en est vite aperçu au sein de la cellule de crise du CHU d'Angers. On a contacté alors les médecins libéraux, et on a organisé treize centres Covid 49 – 49, comme le numéro du département. Il pouvait s'agir de maisons de santé pluridisciplinaires, de salles polyvalentes mises à disposition par les maires, etc. L'hôpital a fourni les gels hydroalcooliques fabriqués par la faculté de pharmacie, les masques, des étudiants en médecine pour assurer l'accueil du public, notre cellule d'hygiène a organisé les parcours pour éviter que les gens ne se croisent, puis on a laissé les médecins généralistes s'organiser pour assurer des permanences. Quand le SAMU recevait un appel d'une personne qui présentait des symptômes sans avoir développé une forme grave, il le redirigeait vers le

centre le plus proche, où il était pris en charge par un médecin. Ce système a très bien fonctionné et nous sommes prêts à le réactiver.

J'en viens à la recherche. Il y a eu un très grand dynamisme en la matière, essentiellement du fait des CHU. L'essai Discovery a été mené par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), qui est un organisme de très haut niveau scientifique ; mais ce n'est pas l'Inserm qui soigne les malades, ce sont les hôpitaux ! La conduite de cet essai a été très difficile, et sa dimension européenne n'a pas simplifié les choses... Toutefois, les initiatives ont fleuri au sein des hôpitaux. Nous disposions d'un stock d'hydroxychloroquine et nous avons lancé un essai randomisé sur 250 malades. L'analyse de ce test est en cours et devrait être publiée dans les prochaines semaines. Les cliniciens et les chercheurs sont demandeurs d'une procédure simplifiée, rapide, adaptée au temps de crise, afin de pouvoir mener rapidement des travaux de recherche. Mais on note déjà des avancées. Il faut ainsi souligner le travail de la direction générale de la santé pour accélérer le processus d'évaluation des projets de recherche par les comités de protection des personnes.

Des transferts de patients ont été organisés. L'un des premiers a été un transfert de patients du Grand-Est vers les Pays de la Loire. L'idée est née au sein du groupe WhatsApp des réanimateurs du Grand Ouest. Nous constatons que nous étions prêts, il ne manquait plus que les malades. Le chef du service de réanimation de l'hôpital de Mulhouse m'a expliqué qu'ils étaient submergés. Nous avons donc proposé d'accueillir des patients. Tout est allé ensuite assez vite. Lors d'une conférence téléphonique, j'ai fait cette proposition à l'ensemble de mes collègues réanimateurs des Pays de la Loire. Chacun était d'accord. J'ai soumis l'idée à ma directrice générale, qui est déléguée régionale de la Fédération hospitalière de France. Elle a contacté tous les directeurs des établissements concernés. Le 21 mars, j'ai proposé le dispositif au directeur général de l'ARS. Le 26 mars, le premier TGV en provenance de Strasbourg et de Mulhouse est arrivé : six patients ont été accueillis à Angers, quatre au Mans, six à Nantes et quatre à La Roche-sur-Yon. Les SAMU ont géré le transfert de manière remarquable. Les préfets ont veillé à garantir des conditions de sécurité optimales. L'opération a été une réussite ; les six patients soignés à Angers sont repartis chez eux.

Il semblait préférable d'organiser des transferts de patients plutôt que de médecins ou de moyens, car on ne pouvait pas prendre le risque de nous démunir et de réduire l'offre de santé sur notre territoire. C'est pourquoi nous avons formulé cette offre, qui a été transmise par le directeur général de l'ARS des Pays de la Loire, M. Coiplet, à la cellule de crise nationale. Celle-ci l'a ensuite communiquée à l'ARS du Grand-Est, et les transferts ont été organisés en cinq jours. Début avril, nous avons reçu 47 patients d'Île-de-France, avec des transferts par hélicoptère ou par avion ; il faut reconnaître que cela fut un petit peu plus compliqué et désordonné, même si aucun patient n'en a pâti – il est vrai que les collègues réanimateurs sélectionnaient des patients dans un état stable, capables de supporter les transferts. Les spécialistes du SAMU savent sécuriser un transfert, y compris prolongé – c'est leur métier –, et c'est une chance que n'ont pas tous les pays européens.

**M. Martin Lévrier.** – Les pompiers nous ont dit qu'ils auraient pu assurer ces transferts et qu'ils s'étonnaient du recours aux TGV...

**M. Alain Mercat.** – Je laisse mon collègue vous répondre sur ce point, car la querelle entre les « blancs » et les « rouges » ne date pas d'hier...

**M. Marc Noizet.** – Cette polémique entre les services de la sécurité civile et les SAMU dure en effet depuis très longtemps. Le rapport de la Fédération nationale des

sapeurs-pompiers dénonce certains points. Je n'ai pas été témoin de tout ce qui s'est passé sur l'ensemble du territoire national, mais je sais que ce que nous avons vécu était hors norme : pendant quatorze jours, dans le département du Haut-Rhin, nous avons transféré quotidiennement entre 12 et 20 patients en réanimation. Sans doute était-il possible de faire autrement, mais, en tous cas, au moment où nous avons été confrontés à cette situation, il n'y avait pas d'autre solution que de transférer des malades, à moins d'accepter d'en laisser mourir d'autres. Nous avons déjà mis en œuvre le partenariat entre le public et le privé et doublé le nombre de nos lits de réanimation. À partir du 25 mars, trente lits de l'établissement militaire de réanimation ont été installés à proximité immédiate de l'hôpital de Mulhouse. Nous avons aussi des renforts de professionnels médicaux et paramédicaux, qui venaient de toutes les régions, notamment de la Nouvelle-Aquitaine, mais ces transferts étaient nécessaires en raison du grand nombre de patients en état très grave. Les patients transférés n'étaient pas de nouveaux patients, mais des malades qui avaient été pris en charge depuis quelques jours, dont l'état était stabilisé et auxquels un transfert ne faisait pas courir de risque.

Je ne sais pas si recourir au TGV était une bonne solution. Une étude est en cours au niveau national, pilotée par un organisme indépendant : elle nous montrera si la mortalité des patients concernés a été plus importante. En tous cas, à première vue, la mortalité semble ne pas avoir été supérieure.

Nous avons eu un partenariat très étroit avec les sapeurs-pompiers dans le Haut-Rhin, grâce à des échanges et à des relations humaines nouées de longue date, et nous avons pu utiliser leurs moyens à bon escient. La mission des sapeurs-pompiers n'est pas de réaliser des transferts secondaires : cette tâche nécessite des moyens médicalisés importants, notamment des équipements de réanimation, qu'ils n'ont pas. Leur mission première est le secours aux personnes dans des conditions d'urgence, en aucun cas le transport de patients d'un établissement à un autre, en dehors de circonstances exceptionnelles. Grâce au transfert de 330 patients hors du département, nous avons pu accueillir autant de nouveaux malades.

Sans doute pourrions-nous organiser les choses différemment, peut-être pourrait-on disposer, comme à Laval, d'un service susceptible d'être transformé rapidement en service de réanimation, mais, vu l'ampleur du phénomène, les transferts étaient nécessaires. Cette expérience a été bénéfique. Nous pouvons améliorer la coordination entre les territoires, entre les régions et au niveau national, et il conviendrait aussi de standardiser les procédures. Les patients étaient pris en charge, dans les TGV, par des équipes extérieures au département, ce qui maintenait notre capacité opérationnelle à continuer à traiter les autres patients.

**M. Bernard Llagonne.** – Si j'entends bien, il n'y a pas eu de difficultés à Mulhouse entre les pompiers et le SAMU, entre les cliniques et les hôpitaux. J'ai l'impression de ne pas connaître ce monde-là... Il y a quand même un certain nombre de problèmes ! Ils ont peut-être trouvé une solution à Mulhouse du fait de l'étendue des difficultés rencontrées, qui ont fait que chacun a pris ses responsabilités. Toutefois, dans ma clinique, quand mes infirmières, qui attendaient des malades avec tous les équipements nécessaires, entendaient parler de transferts par train ou par avion, il n'était pas facile de maintenir la cohésion des équipes ! Si je connais mal les rapports entre les SAMU et les pompiers, je sais que tout n'est pas rose entre les cliniques et les hôpitaux, comme en est convenu le président de la Fédération de l'hospitalisation privée au début. En décembre, nous avons connu la crise des urgences, qui était révélatrice d'un certain nombre de problèmes. Les cliniques et les hôpitaux travaillent chacun dans leur coin. On a peut-être appris à mieux traiter la covid, mais les problèmes de fond demeurent !

**Mme Victoire Jasmin.** – Vous n’avez pas répondu à ma question !

**M. Marc Noizet.** – J’ai parlé en effet, dans mon propos liminaire, d’un décalage de compréhension et de perception entre ce que nous vivions et une vision nationale qui appréhendait le territoire d’une manière globale, sans tenir compte de la gravité de ce qui se passait localement. Début mars, nous évoquions la gravité des difficultés que nous rencontrions dans nos échanges quotidiens par téléphone ou visioconférence avec l’ARS et la préfecture. Je ne doute pas que le directeur de l’ARS ou le préfet aient fait remonter ces informations. Pourtant, nul n’a pris la mesure de l’ampleur des problèmes locaux et des besoins de réorganisation du système ; nos ressources pour faire face à la crise étaient saturées. Si nous avions bénéficié du renfort de ressources extérieures, l’organisation aurait pu être différente.

Illustration de ce décalage de perception, les recommandations nationales étaient déjà inapplicables chez nous. Chaque jour, le directeur général de la santé parlait, dans son point de presse quotidien, de la réalisation de tests, promettant que tout patient symptomatique bénéficierait d’un test ; mais nous n’avions déjà plus les moyens de tester ces patients, faute d’un nombre de tests suffisant, tandis que notre dispositif de prélèvement était déjà saturé : en Alsace, seul le laboratoire du CHU de Strasbourg pouvait traiter les tests et nous ne pouvions en réaliser davantage. La population ne comprenait pas. De même, on demandait aux gens d’appeler le 15 pour tout symptôme. Le 6 mars, j’ai demandé à ce que l’on sollicite le centre 15 pour des cas nécessitant une prise en charge, et non uniquement comme centre de renseignement. Il y avait donc un décalage entre les discours publics nationaux et la réalité que nous vivions.

Dans mon établissement, le stock de masques chirurgicaux s’élève à 30 000 par mois. Or, début mars, nous en consommions 30 000 en deux jours ! L’État avait mobilisé l’ensemble des stocks du territoire, mais il a fallu attendre assez longtemps pour recevoir une première aide – je n’ai plus la date en tête. La première livraison a été de 32 000 masques : nous devons tenir une semaine avec, et nous devons aussi fournir les professionnels de santé du territoire... Cela illustre l’incompréhension, le décalage entre l’ampleur de nos besoins et une vision nationale très lointaine, soucieuse que la règle soit la même sur tout le territoire.

Vous m’avez aussi interrogé sur les outils numériques. La gestion de crise est aussi une gestion de l’information et de la communication. Il convient donc de pouvoir disposer de chiffres exploitables ou susceptibles d’être aisément centralisés ; or nos systèmes d’information produisaient une multitude de chiffres divers, mais sans aucune coordination. Les différentes administrations envoyaient nombre de fichiers Excel sur la distribution des moyens de protection, l’état des stocks, les besoins, les activités, les lits de réanimation, etc. Les fichiers se multipliaient dans tous les sens, alors qu’il aurait été facile d’utiliser des outils numériques intégrés, simples à mettre en place, pour peu que l’on veuille bien homogénéiser les standards de communication.

La gestion des lits de réanimation a été révélatrice à cet égard. Dans le Grand-Est, l’enjeu a été la gestion des malades graves. Nous disposions, comme toutes les régions, du répertoire opérationnel des ressources, qui est une sorte de catalogue de l’offre de soins, permettant d’indiquer la disponibilité des lits. Cet outil est insuffisamment connu ou utilisé, ce qui renvoie à une problématique d’appropriation 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 ! Très vite toutefois, grâce à la mise en place

d'un petit outil développé par des ingénieurs de Polytechnique, nous avons pu partager cette information presque en temps réel. Cela a changé notre vie ! Il est étonnant qu'en 2020 on ne puisse pas transférer des informations importantes en période de crise autrement que *via* des fichiers Excel...

**M. René-Paul Savary.** – Dans la Marne, où est située la clinique du Pr Llagonne, il était en effet étonnant de voir les TGV sanitaires passer, alors que les cabinets des médecins généralistes ou les cliniques étaient vides, tandis que les hôpitaux ou le centre 15 étaient saturés. La réserve sanitaire avait été mobilisée, mais les médecins et les soignants étaient au chômage, en pleine crise...

C'est la première fois que le Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (Codamups) est mentionné depuis le début de nos auditions. Il n'a, semble-t-il, pas été mobilisé. On entend peu parler aussi de Santé publique France (SPF). Quel est son rôle ?

Avez-vous des consignes en cas de survenue d'une nouvelle vague ? Une nouvelle organisation est-elle prévue ? On reçoit de belles statistiques tous les jours de la part de SPF, mais j'ai l'impression que l'on n'a pas tiré les leçons de la mauvaise organisation observée dans certains territoires.

**Mme Angèle Prévile.** – Monsieur Llagonne, des lits sont restés vacants dans votre clinique pendant une quinzaine de jours. Celle-ci se trouve-t-elle à proximité d'un hôpital en situation de surcharge ou d'un Ehpad qui manquait de moyens pour gérer les cas de covid ? Que s'est-il passé ensuite ? Aviez-vous la capacité d'abriter une cellule covid ?

On n'a pas observé, apparemment, de surmortalité parmi les 330 patients qui ont été transférés depuis Mulhouse. Mais, avec le recul, quels sont les éléments à prendre en compte pour apprécier si les transferts n'ont pas causé de préjudice aux patients ?

**M. Jean-François Husson.** – Quelles préconisations formuleriez-vous pour améliorer les procédures, l'informatique, la chaîne de commandement, le rôle de l'État, etc. ? Ce dernier, dans son ensemble, a parfois montré des carences et des défaillances, comme les témoignages l'indiquent. Avez-vous eu des réunions de travail avec les services de l'État, notamment l'ARS, pour évoquer ces retours d'expérience afin de pouvoir réagir différemment en cas de nouvelle vague à l'automne ? Plus on intervient vite, plus on peut ralentir la propagation de l'épidémie. Serions-nous aujourd'hui plus efficaces ?

Je ne veux pas faire des équipements individuels de protection un sujet de polémique, mais, en l'espace de cinq mois, l'État a dit tout et son contraire à leur sujet : les masques, initialement, ne servaient prétendument à rien ; ils sont désormais obligatoires. Les préfets ne demandent plus le retrait des arrêtés municipaux des maires concernant le port du masque dans les espaces publics extérieurs. Les Français ne comprennent pas ! Si l'État fait obligation aux Français de se protéger pour des raisons de santé publique, ne serait-il pas normal d'envisager une prise en charge des équipements par l'assurance maladie et les organismes complémentaires ? Le Président de la République semble rejeter cette hypothèse. On note aussi des tensions sur les stocks d'équipements de protection. C'est le cas pour les masques. Les infirmiers manquent de gants et les prix de ces derniers flambent. Une prise en charge par l'assurance maladie ne permettrait-elle pas d'endiguer ce phénomène et d'imposer un prix unique ?

**M. Alain Mercat.** – Le système de santé réagirait-il différemment en cas de seconde vague ? La réponse est oui, sans le moindre doute.

Vous avez évoqué le triptyque tester-isoler-traiter : lors de la première vague, les moyens de tests étaient fortement limités. Depuis lors, les capacités de test se sont largement développées. J'ai animé hier une cellule de crise consacrée à la situation en Mayenne : le laboratoire de virologie de mon CHU, par exemple, pratique chaque jour entre 500 et 600 tests de dépistage, ce qui montre bien que nous avons maintenant les moyens de mettre en place une stratégie fondée sur un dépistage de masse.

Une remarque sur le dépistage de masse : il est difficile de convaincre tout le monde de se faire dépister, sachant que cette démarche relève de la liberté individuelle de chacun ; en particulier, les populations les plus déshéritées, les plus désocialisées, sont très réticentes.

Nous disposons en outre de beaucoup plus de masques qu'au moment de la première vague. Je suis d'accord pour dire que le discours du Gouvernement a beaucoup fluctué à cet égard, mais il fallait tenir compte de l'absence de masques.

S'agissant du système de santé lui-même et des hôpitaux, les stratégies d'augmentation de l'offre de soins, pour ce qui est des soins critiques en réanimation, mais aussi en unité conventionnelle, ont été éprouvées. Le vrai souci, en cas de seconde vague, sera de traiter conjointement tous les patients qui nécessitent des soins non liés à la covid. Cela passera par une collaboration optimisée entre le public et le privé. Je ne vois pas d'autre solution.

S'agissant de ce que vous avez appelé la chaîne de commandement, dans les Pays de la Loire, les hôpitaux supports de GHT ont joué leur rôle et coordonné l'offre de soins. En particulier, il nous a été demandé de nous coordonner avec les cliniques, ce qui a été fait, parce que nous nous entendons bien et qu'il fallait apporter une réponse globale sur le territoire.

Il me semble que la déclinaison doit se faire à l'échelon des territoires autour des hôpitaux supports de GHT, particulièrement du CHU, avec un accompagnement et une coordination de l'ARS.

Il a été question tout à l'heure de la réserve sanitaire. Pour notre part, nous ne l'avons pas mobilisée ; nous avons mis en place un système un peu équivalent consistant à mobiliser nos étudiants en médecine dans les services de réanimation ou dans les Ehpad.

En cas de seconde vague, je le répète, il faudra impérativement préserver l'offre de soins pour les autres patients. Le retard qui a été pris dans l'offre de soins chirurgicaux, par exemple, n'est pas encore comblé, l'activité n'étant pas encore revenue à la normale. Pour le combler, il faudra faire un peu plus encore.

**M. Alain Birynczyk.** – Je partage les propos du professeur Mercat. Maintenant que le port du masque a été rendu obligatoire dans les lieux publics – ce qui est pour moi très important – et que nous avons la possibilité de pratiquer des tests, d'isoler les personnes contaminées et, éventuellement, de confiner de manière sélective, si nécessaire, l'intensité des pics épidémiques pourra être atténuée. Cela nous épargnera toutes les difficultés que nous

avons rencontrées lors de la première vague, en particulier dans les régions les plus touchées. Nous avons donc l'espoir que les choses se passent plutôt bien.

Il reste tout de même une inquiétude relative aux services des urgences. En automne et en hiver, ils connaissent habituellement un surcroît d'activité, et il est à craindre qu'une seconde vague de covid n'entraîne des difficultés d'organisation : comment sera gérée la prise en charge de ces patients ? C'est pourquoi la collaboration entre les établissements au sein des territoires sera cruciale : la centralisation des patients covid continuera-t-elle d'être assurée par un établissement pivot ?

Différents outils sont à notre disposition. Je parlais tout à l'heure des réseaux territoriaux des urgences, qui, dans certains endroits, fonctionnent plutôt bien.

Je le répète, il faudra structurer davantage les collaborations entre le public et le privé à l'échelle d'un département, d'un territoire, et nous devons être associés à l'ensemble des mesures prises.

**M. Bernard Llagonne.** – La clinique d'Épernay est située à un kilomètre de l'hôpital, soit trois minutes en voiture, et ni l'une ni l'autre ne disposent de service de réanimation. Notre activité est essentiellement chirurgicale – elle s'est arrêtée le 16 mars –, tandis que l'hôpital compte un important pôle gériatrique.

Nous disposons de 107 lits, répartis entre 80 chambres. Nous avons transformé toutes nos chambres en chambres individuelles pour accueillir 55 patients covid, lesquels nécessitent forcément des soins plus lourds qu'en chirurgie.

Par ailleurs, nous disposons d'un stock de masques chirurgicaux et de blouses.

À ce problème de collaboration, qui est une évidence pour tout le monde, il faudra apporter une réponse territoriale. C'est une évidence. Tout le monde en parle : le Président de la République, le Premier ministre. Mais là où je ne suis pas d'accord, c'est quand on veut faire du GHT le référent territorial, car cela revient à faire de l'« hospitalocentrisme », c'est-à-dire à tout ramener à l'hôpital public. Dès lors que l'on définit un hôpital public de référence, et donc que l'on crée une forme de hiérarchie, comment voulez-vous que s'amorce une bonne collaboration ? Cela ne me semble pas très logique.

Face à un CHU, il existe toujours une grosse clinique. Si l'on ne parvient pas à établir une collaboration locale d'égal à égal, laquelle pourra se décliner ensuite à l'échelle des plus petits territoires, on n'avancera pas. En cas de nouvelle crise, il est à craindre qu'on ne retombe dans les mêmes travers. Et si nous sommes débordés, comme c'était le cas à Mulhouse, nous mettrons tout notre cœur à l'ouvrage, parce que c'est notre métier, mais j'ai bien peur que nous n'ayons du mal à traiter les urgences hors covid, comme c'est le cas depuis maintenant vingt ans.

**M. Serge Smadja.** – Sommes-nous maintenant mieux armés ? En tout cas, nous avons tiré les enseignements de la première crise et appris qu'il fallait utiliser les réseaux existants. Une réponse trop centralisée n'a pas été un gage d'optimisation. Autrement dit, l'armada des 55 000 médecins généralistes a été sollicitée sans doute trop tardivement. En cas de seconde vague, on peut espérer que ce réseau de médecine ambulatoire sera d'emblée utilisé, d'autant que les praticiens sont désormais mieux équipés.

À ce propos, j'indique que, au moment de la crise, nous avons dû faire appel à la solidarité nationale et aux dons. Ainsi, diverses sociétés nous ont fournis en masques, mais la gestion s'est faite au jour le jour. Ce n'est plus le cas aujourd'hui.

Il a été dit que, faute de traitement, il faudrait peut-être reconfiner. J'espère que l'on n'en arrivera jamais là. Dans l'optique d'une meilleure optimisation du réseau libéral, peut-être faut-il notamment envisager de développer des tests salivaires, qui permettent d'obtenir un résultat plus rapidement, même si l'on dit qu'ils ne sont pas fiables. Dans l'hypothèse d'une seconde vague de covid concomitante à d'autres épidémies, notamment celle de grippe, il serait important de pouvoir distinguer entre ces différentes pathologies, et cela passerait sans doute par la réalisation de tests rapides dans les cabinets des médecins de ville.

**M. Marc Noizet.** – Est-on prêt à faire face à une seconde vague ? Je ne vais pas reprendre tous les arguments qui ont déjà été avancés, mais, le cas échéant, la situation serait bien évidemment différente de celle que l'on a pu connaître au début du mois de mars. D'une part, nous disposons de moyens de protection et de tests, lesquels permettent d'identifier et d'isoler les patients infectés ; d'autre part, la population a désormais connaissance des gestes barrières.

Par ailleurs, nous avons beaucoup appris, et il sera plus simple de « remettre le pied à l'étrier ». Les tâtonnements dans la collaboration public-privé et sur le positionnement des médecins libéraux ne seraient plus d'actualité.

Les consignes sont-elles différentes ? Clairement, non. Nous connaissons mieux cette maladie, qui a donné lieu à de nombreuses publications, lesquelles nous permettent de mieux appréhender un certain nombre de sujets, y compris sur des points thérapeutiques de supports ventilatoires. Au début, nous privilégions l'intubation, la sédation et la ventilation assistée en réanimation, alors qu'aujourd'hui un certain nombre de travaux montrent qu'observer une phase intermédiaire reposant sur l'usage de supports ventilatoires non invasifs aurait été possible sans risque d'aérosolisation. Toujours est-il qu'il n'existe pas de référentiel à ce jour.

De même, il n'existe aucune doctrine écrite relative à l'organisation de notre système de santé dans le cas d'une telle pandémie, comme il en existe une en matière de tueries de masse et d'attentats, ce qui nous a permis d'évoluer dans notre approche. Cela viendra ultérieurement. Les retours d'expérience sont en cours dans les services, mais cela prendra du temps, surtout en cette période estivale. Nous disposerons sans doute des conclusions de ces retours à l'automne, ce qui nous permettra d'être un peu plus performants dans notre organisation dans le cas d'une seconde vague.

D'après ce que j'ai pu entendre autour de cette table, le fait que l'on ait imposé une règle uniforme sur l'ensemble du territoire a été difficile à comprendre et cela a rendu son application par tous difficile. Si, demain, le plan Blanc devait être déclenché dans tous les établissements, ce serait difficilement accepté, contrairement à ce que l'on a observé au moment de la première vague.

Sommes-nous prêts ? Je n'en suis pas sûr. En tous cas, nous sommes mieux armés face à une possible seconde vague.

La question des transferts est complexe. Le SAMU que je dirige s'est doté d'une cellule de coordination des transferts, en lien avec les services départementaux de réanimation, dont le rôle était d'identifier les malades pouvant bénéficier d'un transfert, et ce afin de libérer des places pour de nouveaux patients. Avec les réanimateurs et les anesthésistes, nous avons, d'un commun accord, défini un certain nombre de critères de transférabilité. Les patients qui ont été transférés étaient ceux pour lesquels les risques de complications étaient minimes. C'est la raison pour laquelle on n'a enregistré aucun décès au cours de ces transferts, le taux de mortalité de ces patients restant comparable à celui observé dans les services de réanimation pour les patients non déplacés. Ces transferts, au nombre de 330 au total, ont été effectués par des équipes dont c'est le métier. Chaque jour, des patients qui devaient être transférés ne l'étaient finalement pas, car on estimait que leur état était trop instable et qu'ils ne répondaient plus aux critères requis.

Je ne suis pas certain qu'il existe des indicateurs pouvant attester d'un éventuel préjudice pour ces patients ou d'une hausse du taux de morbidité à la suite de ces transferts. J'espère que le travail d'étude en cours nous éclairera sur ce point.

**Mme Muriel Jourda.** – J'ai deux questions.

Le professeur Mercat a indiqué que nous avons fait des progrès en matière de prise en charge des patients, progrès qui, si je comprends bien les propos tenus à l'instant par le docteur Noizet, n'ont pas encore été théorisés. Dès lors, comment seront-ils théorisés et généralisés à l'ensemble du territoire, pour que tout le monde puisse en tirer profit en cas de nouvelle crise ?

Professeur Mercat, vous dites que cette crise a été gérée, dans un premier temps, selon une logique de prise en charge par le seul système hospitalier. Or on s'est rendu compte que c'est l'ensemble du système de santé qui devait être mobilisé : je pense notamment aux médecins généralistes libéraux et aux infirmières libérales, qui étaient en première ligne pour prendre en charge les patients non hospitalisés dont on soupçonnait qu'ils pouvaient être atteints de la covid – à l'époque, les tests n'étaient pas disponibles. La difficulté, pour ces professionnels, était qu'ils ne disposaient que de peu d'équipements de protection individuels. Dans chaque territoire, nous étions contraints de recourir au système D pour nous en procurer.

Notre manière de gérer cette crise, en nous appuyant prioritairement sur l'hôpital, s'explique-t-elle par le fait que notre système de santé est plutôt « hospitalocentré » ou bien par un manque d'équipements de protection individuels, qui ne nous aurait pas permis d'intégrer dans la prise en charge les professionnels libéraux ? Autrement dit, la carence en équipements de protection individuels a-t-elle influencé notre doctrine de gestion de la crise ?

**M. Arnaud Bazin.** – À vous écouter, dans certains territoires, le dialogue entre les différents professionnels de santé a été difficile, tandis que, dans d'autres, les choses se sont beaucoup mieux passées. Dès lors que la gravité de la situation l'imposait, les professionnels de santé, qu'ils exercent en hôpital public, en hôpital privé ou en cabinet de ville se sont parlé, ont mis en place des protocoles, se sont mobilisés, affranchis de toute contrainte budgétaire et, pour certains, de toute rigidité administrative. Très vite, ils ont apporté des réponses pour faire face à la situation.

Ce qui m'étonne, c'est qu'il ait fallu attendre que les malades affluent dans les services et que ceux-ci soient engorgés pour que ces réponses soient mises en place, alors que, depuis plusieurs semaines, nous avons l'exemple de l'Italie, pays frontalier tout à fait

comparable au nôtre, où les événements ont pris un tour dramatique. Partagez-vous mon sentiment ? C'est en tout cas ce que l'on peut en conclure d'après les faits tels qu'ils ont été relatés par les médias. Mais peut-être votre approche est-elle différente.

En outre, comment expliquez-vous cette espèce d'aboulie, cette incapacité à réagir préventivement face à la catastrophe annoncée ?

**M. Alain Mercat.** – Cette crise de la covid a donné lieu à une communication extrêmement large, pas seulement sur les réseaux sociaux, mais également dans les revues scientifiques – vous avez eu connaissance des différentes controverses –, au sein des sociétés savantes. La diffusion des informations concernant les bonnes pratiques en matière de soins ne constitue pas un problème. Celles-ci doivent donner lieu à la rédaction de procédures standardisées qui seront déclinées par territoire, par établissement. Ces procédures présentent un intérêt particulier notamment quand il faut mobiliser des médecins ou des infirmières qui ont peu l'habitude de ces situations et de ces patients.

Dans les Pays de la Loire, dès le début de la crise, nous avons mis en place une *hotline* ouverte vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Tous les réanimateurs, notamment les anesthésistes réanimateurs affectés à un établissement où ils étaient venus rendre service, pouvaient poser des questions à un expert.

Les progrès en matière de soins sont très modestes. Tout au plus sait-on qu'il est possible d'administrer des corticostéroïdes aux patients sous ventilation.

Vous évoquiez le caractère « hospitalocentré » de la réponse initiale et l'incidence qu'aurait pu avoir l'absence d'équipements de protection individuels. Pendant quelques semaines, nous avons eu tendance à ne considérer que les patients les plus gravement atteints, qui nécessitaient d'être placés en réanimation, en oubliant quelque peu les patients moins gravement touchés, pour lesquels il aurait fallu prendre des mesures afin d'éviter toute contagion. Cependant, faute, à l'époque, de moyens de prélèvement massifs, c'était extrêmement compliqué.

Les infirmières libérales, par exemple, ont joué un rôle extrêmement important, notamment en milieu rural, pendant la période de confinement, pour assurer une présence auprès des personnes isolées. Elles ont d'ailleurs signalé, tout comme les personnes livrant des repas à domicile ou les travailleurs sociaux, de nombreux cas de patients présentant des symptômes.

Concernant l'Italie, nous avons surtout été frappés par le fait que les hôpitaux ont été débordés. En Lombardie, on comptait 7,5 lits de réanimation pour 100 000 habitants – chiffre identique à celui de la France –, mais 20 pendant la crise, avec quelquefois des créations *ex nihilo* dans des conditions compliquées. Si vous relisez les articles de presse publiés au tout début de la crise, peu d'entre eux étaient consacrés au système de santé italien ou aux mesures d'isolement, qui ont été prises très tardivement dans ce pays. Et ce n'est qu'avec l'apparition des premiers cas dans le Grand-Est que l'on a réalisé que se reproduisait la situation italienne.

Effectivement, au départ, cette crise a représenté un défi pour le système hospitalier et on a perdu un peu de temps. Nous disposons désormais d'autres moyens, mais nous sommes également soumis à d'autres contraintes. J'y insiste : en cas de seconde vague, il

faudra veiller à soigner correctement les patients non covid. Certains malades dont l'opération a été déprogrammée en février n'ont pas encore été opérés.

En cas de seconde vague, je suis convaincu que la réponse serait assez significativement différente.

**M. Bernard Llagonne.** – Comme je l'ai dit, dans mon établissement exercent deux anesthésistes italiens, qui nous avaient alertés sur la situation dans leur pays. Auparavant, nous avons eu l'expérience chinoise.

Pour autant, le 3 mars, lors de la réunion de ma communauté professionnelle territoriale de santé, personne ne portait de masque ! Un cas de covid a été signalé quelques semaines plus tard. Oui, je n'ai pas été vigilant du tout. Heureusement, on a pu dresser la liste de tous les participants à cette réunion.

Je vous rappelle quand même que, à Paris, depuis vingt ou trente ans, tous les Chinois portent un masque, contrairement aux « Gaulois ». On est en train de découvrir les choses.

**M. Serge Smadja.** – Oui, la gestion a été « hospitalocentrée » dans la mesure où cette maladie ne présente pas de signes de gravité dans 95 % à 98 % des cas.

**M. Alain Milon, président.** – Je vous remercie, messieurs, de ces propos fort instructifs. Bon courage pour la suite, parce qu'il y en aura obligatoirement une. Mais pas nécessairement une seconde vague.

*Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible [en ligne sur le site du Sénat](#).*

*La réunion est close à 17 heures.*

**Mercredi 29 juillet 2020**

- Présidence de M. Alain Milon, président -

*La réunion est ouverte à 9 h 30.*

**Audition commune de M. François Baroin, maire de Troyes et président de l'Association des maires de France, 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, et Mme Anne Hidalgo, maire de Paris**

**M. Alain Milon, président.** – Nous clôturons nos travaux, poursuivis tout au long de ce mois de juillet, sur les aspects territoriaux de la gestion de la crise sanitaire en entendant ce matin M. François Baroin, qui est maire de Troyes et président de l'Association des maires de France (AMF), 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 (AMF), et Mme Anne Hidalgo, maire de Paris.

Ils nous feront part de leur retour d'expérience sur cette crise et, pour l'AMF et l'ADF, des retours qu'ont pu faire les différentes collectivités qu'elles représentent. Que faudrait-il faire différemment en cas de nouvelle pandémie ?

*Conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, M. François Baroin, M. Frédéric Bierry et Mme Anne Hidalgo prêtent serment.*

**Mme Anne Hidalgo, maire de Paris.** – La crise du coronavirus a bouleversé nos vies. Nous nous sommes, en tant que société, en tant que pays, rendu compte à quel point notre équilibre est fragile et combien, dans de tels moments, la solidarité nous permet de tenir bon malgré les circonstances. J'ai vécu cette crise au plus près des Parisiennes et des Parisiens, et ce que j'ai vu pendant ces semaines me marquera à vie. Cette crise changera peut-être durablement notre manière de vivre. En tant que décideurs publics, elle nous impose aussi de changer nos manières de faire.

Face à une crise comme celle que nous avons traversée, et qui encore aujourd'hui est loin d'être terminée, il nous faut faire preuve d'humilité, de modestie, tant ce qui s'est passé était hors normes. À l'évidence, il faut réagir le plus vite possible, de la façon la plus adaptée au contexte local, et il faut 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.

C'est ce que nous avons fait. Je l'ai vécu avec mon adjointe en charge de la santé, Mme Anne Souyris, ici présente. Je l'ai vécu à plusieurs reprises lors de cette crise, notamment dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) parisiens. Et nous avons bien vu dans les hôpitaux publics qu'un cadre administratif strict freine parfois la flexibilité, la réactivité et la créativité nécessaires pour faire face à une situation comme celle-ci. Le dépassement de ce cadre doit être, pour l'action publique, une leçon à tirer de cette crise, même s'il doit se faire au sein d'une coopération fluide et transparente entre les différents échelons de décision.

La Ville de Paris a été totalement en phase avec l'unité de commandement regroupant le préfet de police et le préfet de zone, en lien avec l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France et, bien sûr, le préfet de région Île-de-France.

Nous avons assumé notre responsabilité à plusieurs reprises en agissant pour protéger, notamment les plus fragiles et, parfois, lorsque cela était nécessaire, en allant au-delà de doctrines nationales qui manifestement n'étaient pas toujours adaptées. Je pense bien sûr à la question des masques, mais aussi au dépistage systématique, notamment dans les Ehpad.

Dès la semaine du 23 mars, j'ai entrepris de faire évoluer la doctrine sur ces sujets. J'ai d'ailleurs plaidé régulièrement, dans les rendez-vous quotidiens que j'avais avec les autorités sanitaires et les représentants de l'État, pour une généralisation du dépistage et même pour le dépistage systématique, y compris des personnes non symptomatiques, en commençant par tous les Ehpad de Paris et d'Île-de-France.

Le 2 avril, j'ai demandé aux services de la ville d'engager directement, et sans attendre le feu vert des autorités nationales, une campagne de dépistage des personnels et des résidents des Ehpad, y compris asymptomatiques. J'ai pu mener cette campagne grâce au partenariat que nous avons tissé avec les laboratoires privés, qui nous ont fourni les tests PCR (Polymerase Chain Reaction) nous permettant de commencer. Ce n'est que le 6 avril que le ministre de la santé a annoncé à son tour une vaste opération de dépistage dans les Ehpad.

J'ai compris très vite que masques et tests étaient les deux éléments qui nous permettraient de reprendre une vie à peu près normale après le déconfinement. Dès le 29 mai, nous avons commencé à lancer des opérations partout dans Paris, accueillant jusqu'à plus de 1 000 personnes. Je pense à des dépistages systématiques et gratuits, à la fois par des tests PCR et sérologiques, par exemple sur le marché de Belleville ou dans des quartiers populaires où il y a peu de médecins traitants. Nous proposons désormais ce type de dépistage quotidiennement, notamment sur les deux sites de Paris-Plage. À la rentrée, nous recommencerons dans chaque arrondissement.

Nous avons pu agir concrètement sur les problèmes qui se posaient – parce que nous avons une expérience éprouvée de la gestion de crise –, en mobilisant les agents dévoués à leur mission de service public et tout l'écosystème parisien ; je pense aux réseaux associatifs, aux structures, aux relais que nous avons pu activer, dans des conditions très particulières, et qui nous ont permis d'avoir un levier d'action efficace, y compris dans la pire période du confinement.

En matière de gestion de crise, la ville a aussi une expérience particulière, puisque ces dix dernières années nous avons éprouvé des crises d'une intensité et d'une fréquence inégalées, ce qui nous a permis de tisser avec les autorités de l'État, à l'échelle du territoire, une relation de confiance précieuse en de telles circonstances. La confiance qui régnait entre nous et le préfet de police, le préfet de région, les autorités sanitaires, les sapeurs-pompiers, le SAMU, sans parler de tout le réseau associatif, nous a permis d'aller très vite et d'interagir avec beaucoup d'efficacité, dans le cadre d'échanges, je le redis, multiquotidiens et d'une grande fluidité.

Conformément à l'expérience que nous avons acquise au cours des crises précédentes, nous tenions une réunion de coordination tous les jours, autour de la préfecture de zone, avec l'ARS, le préfet, le rectorat, puisqu'un certain nombre d'écoles étaient demeurées ouvertes pour accueillir les enfants de soignants, et, plus généralement, tous ceux qui étaient en première ligne : j'avais demandé, là aussi en décalage avec la doctrine nationale, que l'on accueille les enfants des caissières, des employés de supermarché et des agents de la RATP, pour que nous puissions maintenir le niveau d'activité strictement nécessaire pendant le confinement. Les décisions prises lors de cette réunion étaient mises en œuvre par la cellule de crise de la ville, qui se réunissait aussi quotidiennement, immédiatement à la suite de cette réunion. Il y avait donc une fluidité parfaite.

La ville a participé de manière très active et transparente à la coordination des actions, et elle s'est mise en capacité de présenter chaque jour un point complet des actions engagées et de toutes les situations signalées et connues par la collectivité. Nous tenons le recueil de tous ces documents à la disposition de votre commission d'enquête, qui y trouvera un compte rendu régulier, quotidien, de la situation et des actions entreprises.

Je pense à toutes les familles qui sont en deuil, ou qui ont encore des malades. Et je veux redire ici que les agents de la ville ont été, eux aussi, mobilisés comme jamais.

Les masques et les tests nous sont vite apparus comme des éléments-clés pour gérer la situation pendant le confinement et après le déconfinement. Or il y avait pénurie des uns comme des autres. Heureusement, la Ville de Paris avait renouvelé chaque année ses commandes de masques, et n'avait pas détruit ses stocks, que j'ai fait expertiser dès le premier jour du confinement par l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), en lien direct avec M. Martin Hirsch. C'est ainsi que j'ai pu fournir dès le début du confinement, c'est-à-dire le 16 ou le 17 mars, 2,5 millions de masques directement à l'AP-HP. En effet, les masques que nous avons stockés depuis 2012 étaient encore utilisables. Dès la première semaine, j'ai aussi fait livrer 500 000 masques à tous les médecins et infirmiers, bref au secteur libéral de la ville, qui était démuni alors qu'il était en première ligne. J'ai également fourni des masques à toutes les associations humanitaires intervenant auprès des personnes sans domicile fixe et sur la question de la grande précarité. Pour votre information, nous avons livré 17 000 repas par jour pendant le confinement, grâce à l'appui des services de la ville, des bénévoles, y compris de nombreux bénévoles extérieurs à la ville – évidemment, nous avons fourni des masques à tous ces intervenants.

J'ai aussi décidé de fournir en masques tous les Ehpad du territoire parisien dès la première semaine du confinement, pour équiper tous les personnels de ces établissements, y compris ceux qui ne sont pas gérés directement par la Ville de Paris. Nous avons coopéré avec les pharmacies pour déployer du gel hydroalcoolique, en nous appuyant sur l'initiative d'un pharmacien du sixième arrondissement, qui avait installé un centre de fabrication en plein Paris ! Grâce à lui, nous avons pu distribuer du gel et faire en sorte que, dès le début du déconfinement, il y ait du gel hydroalcoolique à disposition sur le mobilier urbain – en coopération avec la société Decaux, notamment.

Nous avons développé des campagnes massives de dépistage, en nous appuyant d'abord sur nos propres agents. Étant une grosse collectivité, la Ville de Paris a la chance d'avoir parmi ses employés des médecins et des infirmiers : tous sont venus prêter main-forte pour les opérations de dépistage.

Nous tirons aussi des leçons de cette crise pour notre propre organisation. J'ai pris la décision de créer une direction de la santé publique et de l'environnement, en étroite collaboration avec l'AP-HP et l'ensemble des acteurs territoriaux parisiens. Nous avons vu, en effet, que la coopération entre ville et hôpital a été vraiment intéressante. Malgré quelques difficultés au début, elle a bien fonctionné. Cette direction de la santé publique et de l'environnement permettra de la renforcer. J'ai décidé aussi la déconcentration totale de tous les services de la ville et la fusion du Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP) et de la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES), pour accroître la fluidité. J'ai décidé de donner aux maires d'arrondissement la possibilité de visiter les Ehpad de la ville et de faire des points réguliers avec les directions des Ehpad présents dans leur arrondissement. Comme les Ehpad relèvent du département, les maires n'avaient pas de facilités pour le faire. J'ai décidé la création d'une délégation d'adjoint au maire chargé de la résilience, notamment du suivi des équipements et des produits permettant de garantir la sécurité sanitaire en cas de crise sanitaire ou autre.

En ce qui concerne la relation avec l'État, nous voyons que le niveau territorial a plutôt bien fonctionné, de manière fluide et respectueuse des acteurs. Cela m'amène à penser que le niveau central doit être beaucoup plus fortement déconcentré et, en même temps, à espérer qu'une nouvelle étape de décentralisation puisse être engagée, afin de s'appuyer sur l'agilité des territoires qui, dans la gestion de ce type de crise, ont démontré qu'ils étaient sans doute les mieux à même de répondre aux attentes et aux besoins de leurs habitants.

**M. François Baroin, maire de Troyes et président de l'Association des maires de France (AMF).** – Merci de m'avoir invité à participer à vos travaux. C'est l'occasion, pour l'AMF, de mettre en lumière le rôle et la place des collectivités, en particulier des maires, aux côtés de l'État dans cette crise qui fut, comme l'a dit très justement Mme Anne Hidalgo, hors norme, sans référence, pour laquelle nous n'avions pas de repères autres que notre volonté permanente, en tout temps, tout lieu, toute circonstance, d'être aux côtés de nos populations, pour les protéger, les rassurer, les accompagner.

Je partage tous les points qui ont été évoqués par Anne Hidalgo, en soulignant toutefois la singularité parisienne : le cadre général d'un statut, celui d'une ville-département, un lien très particulier avec l'AP-HP et une relation singulière, liée aux problématiques d'ordre public, avec la Préfecture de police de Paris.

S'il y a une singularité parisienne, il y a aussi beaucoup de points communs dans la manière dont nous avons été amenés, au jour le jour, à nous adapter, à nous associer, à être à l'écoute avec, à chaque minute, la claire conscience que cette crise est d'abord et profondément humaine. Elle est d'abord et profondément psychologique : elle réside d'abord et profondément dans l'état de sidération de nos populations, dans la peur, qui continue aujourd'hui encore à irriguer de manière très préoccupante nos territoires. Les conséquences de la sortie du confinement, y compris sur le plan psychologique, individuel ou collectif, doivent être au cœur de la réflexion sur une nouvelle organisation, pour mieux prendre en compte les problèmes qui se sont posés.

Je rappelle quelques principes simples. Tout d'abord, en matière de santé publique, les maires et les présidents d'intercommunalités n'ont pas de compétence. La santé est une mission régaliennne, exercée sous l'autorité de l'État et, si les maires sont présidents de conseils de surveillance des hôpitaux, ils sont en général plutôt sur la cheminée, comme une horloge ! Je ne dis pas que c'est inutile – quelqu'un passe la poussière en début de semaine... Mais la responsabilité de l'organisation des voies et moyens pour avoir un hôpital efficace n'appartient pas au maire. Elle relève du directeur général, qui agit sous le contrôle de l'ARS, déclinaison régionale et territoriale du ministère de la santé.

Cette crise est venue de l'extérieur. Lorsque nous l'avons vue se développer en Chine, puis en Italie, un certain nombre d'élus ont commencé à anticiper les problèmes qui pouvaient se poser assez rapidement, notamment celui des masques.

La tension observée sur les masques a été le premier sujet de préoccupation des maires. Comment protéger nos populations ? Quels types de population devons-nous protéger ? Quels étaient les publics prioritaires ? La doctrine de l'État a été assez variable, évolutive, avec des crêtes et des creux, comme on dit pudiquement. Mais, pour être clair, on a habillé de mensonges une pénurie ! Et nous nous sommes retrouvés, les uns et les autres, dans nos territoires et nos départements, dans une situation d'extrême tension.

La priorité a été de servir la médecine de ville. Le ministère de la santé connaît incontestablement une hypertrophie hospitalière, qui s'est manifestée de manière spectaculaire à travers cette crise, comme d'ailleurs dans l'organisation du Ségur, auquel les collectivités locales ont été associées lors d'une première réunion. Pour des départements moyens, comptant 300 000 ou 400 000 habitants, l'hôpital est souvent le premier employeur, et le premier investisseur public. Il est fondamental dans l'équilibre, dans l'écosystème, dans le cadre général. Mais il n'est pas le seul à prodiguer des soins : 98 % des soins sont prodigués par la médecine de ville !

Or, tous les masques ont été affectés par priorité à l'hôpital. Et 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. La première attention des maires a été de s'assurer de la distribution des masques au public prioritaire sur le plan médical, pour protéger des populations qui, elles-mêmes, étaient peu à peu touchées par la covid-19.

Deuxième élément de réflexion : le confinement a été une décision de l'État, et non des élus. Les maires sont intervenus tout au long du confinement, sous l'empire de l'état d'urgence sanitaire, que personne n'a contesté et qui avait du reste été validé par la représentation nationale après avoir été décrété par l'État. Les pouvoirs de police propre du maire ont été rognés par ce cadre juridique hors norme, exorbitant du droit commun, et dans lequel nous n'avions pas tous les moyens traditionnels dont dispose un maire. Le meilleur exemple de cette situation est certainement l'arrêté pris par M. Philippe Laurent, maire de Sceaux, et rendant le port du masque obligatoire dans tout l'espace public. Cet arrêté a été retoqué par le Conseil d'État, qui a fixé sa doctrine en rappelant que l'État avait les pleins pouvoirs dans ce domaine. Il ne s'agit pas pour moi de discuter cet arrêt du Conseil d'État : je ne fais que rapporter le témoignage d'un maire parmi tant d'autres, de mon point de vue de président d'une association qui coordonne et qui a une vision globale.

Je ne formule ici ni reproches ni critiques, et je pense même, comme l'a dit Mme Anne Hidalgo, qu'il fut extraordinairement difficile de gouverner au milieu de cette crise inédite, en s'appuyant sur une connaissance scientifique très parcellaire et encore évolutive. Cela doit nous amener, avec beaucoup d'humilité et ce sens des responsabilités dont nous avons fait preuve tout au long de la crise, à regarder comment on peut améliorer le système, et non à critiquer le passé, ce qui serait assez vain. Les commissions idoines, les institutions et autorités compétentes, auront éventuellement à se prononcer sur le passé. Pour nous, nous formulons des constats sur ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné.

Lorsque le confinement s'est mis en place, la priorité, pour les maires, a été de se débrouiller pour trouver des masques. Dans un second temps, ils ont été confrontés à la problématique des tests. Ils ont observé avec intérêt ce qui se passait dans d'autres pays, notamment en Allemagne. Cela a amené beaucoup de régions à prendre l'initiative, ce que je salue : elles ont ainsi marqué leur existence, elles ont investi, elles ont pris des contacts internationaux... Cela a permis d'éviter une casse plus importante.

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 – je suis d'autant plus à l'aise pour le dire que j'ai participé à des majorités ou à des gouvernements qui ont modifié la gouvernance hospitalière et l'organisation structurelle du ministère de la santé ! 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. Or le ministère de l'Intérieur a été dans une double commande, mais en second rang. L'interlocuteur, pour les maires, était l'ARS. Mais les ARS sont de niveau régional et les ARS départementales avaient très peu de moyens et attendaient les consignes. Résultat, le temps de latence entre ce que demandait un maire et la retombée des informations était beaucoup trop important, dans le contexte d'une crise devant faire l'objet d'une gestion quotidienne.

La leçon que nous tirons est que, dans une crise de cette nature, il faut faire un choix. Nous aurions largement préféré que le ministère de l'intérieur soit celui qui gère cette crise. Nous aurions souhaité le rétablissement du Conseil national de sécurité civile, qui nous était familier et qui a été abandonné lors du mandat précédent. Nous aurions souhaité une intégration beaucoup plus importante des zones de défense et l'appui des militaires, puisque, au fond, c'était une guerre, d'abord et avant tout, de logistique, avec une pénurie de masques et la nécessité de faire assurer l'accompagnement de populations fragiles par les élus de proximité.

Cela aurait-il mieux fonctionné ? Il a été déclaré que c'était une guerre, probablement à juste titre. Une guerre se gagne par la logistique, et elle se gagne au dernier kilomètre. Or nous étions très loin, du côté de l'État, du dernier kilomètre. Si les maires ont occupé tant de terrain, c'est qu'ils étaient, eux, très près du coin de la rue ! Et ils ont eu la capacité, par des méthodes pragmatiques, de décider qu'un hôtel de ville, par exemple, devenait un centre logistique. C'est ce que j'ai fait à Troyes : j'ai décidé, au bout de quatre jours, de mettre en place à l'hôtel de ville un dispositif complet de logistique. J'ai eu l'accord tacite du préfet et de l'ARS, et je les en remercie.

Il faut dire que nous avons été favorisés, dans notre territoire, par la présence d'ouvrières du textile, ce qui explique mon masque – je ne le porte pas pour faire de la publicité à la marque qu'il arbore, mais en signe de remerciement pour toutes les ouvrières qui, dès le premier jour, sont retournées dans leurs usines, qui ont travaillé avec un courage extraordinaire, la peur au ventre, offrant 75 000 masques aux Troyens. Grâce à cet écosystème qui nous a favorisés, nous avons rapidement eu des masques chirurgicaux et des blouses, que nous avons stockés à l'hôtel de Ville et que nous avons distribués avec l'aide des agents techniques. Nous avons demandé l'appui, quelques jours plus tard, du cinquième régiment de dragons, dont la ville de Troyes est marraine, et je remercie les autorités concernées de leur accord tacite.

Cette organisation logistique a largement rassuré la population, ce qui était le premier objectif, et a permis de protéger les soignants, ce qui n'était pas moins important. Cela nous a mis en position, ensuite, de créer un dispositif d'accompagnement de la sortie progressive du confinement.

Pour résumer, le ministère de la santé fonctionne en silos, à l'échelle régionale, avec à tous les étages du personnel de grande qualité et de bonne volonté, mais qui n'était pas formé pour gérer cette problématique logistique. Nous devons tirer les leçons de cette crise, puisque votre commission d'enquête a vocation à connaître de la réalité des faits, pour ceux qui étaient aux responsabilités, et à éclairer l'opinion, ainsi que certainement la représentation nationale, sur les choix opérés pour la suite.

Les maires sont intervenus pendant toute la période préalable au déconfinement, mais pas pour le confinement, pour lequel ils n'ont pas été sollicités. Ils ont donc été non pas des acteurs du confinement, mais des agents de l'État au service d'une décision de l'État et de la déclinaison locale d'une politique de santé portée au niveau national, sous l'autorité de l'État. Je souhaite à ce propos rendre hommage à tous les agents territoriaux, qui ont été, sur tout le territoire français, au premier rang, avec beaucoup de courage et de force. Je pense aux agents de propreté, aux rippeurs, aux policiers municipaux, aux agents techniques qui ont été réquisitionnés ; je pense à tous ceux qui ont accompagné un certain nombre d'associations pour garantir l'alimentation des plus fragiles, à ceux qui travaillaient à domicile, pour

organiser des systèmes d'accompagnement et de suivi par téléphone, ce qui nous a permis d'éviter le pire.

Pour autant, pas une seconde ne passe sans qu'un maire ne pense aux familles endeuillées. L'abondance des décès a été très douloureuse pour tout le monde. Dans le Grand Est, il n'y a pas une famille qui ne connaisse quelqu'un qui a perdu un proche. Les services funéraires organisés par la ville resteront comme des traces indélébiles dans la mémoire de l'histoire de ces familles. Nous avons en effet été contraints de fixer un cadre réglementaire tragique, limitant à dix le nombre des assistants, imposant des distances de sécurité, interdisant de dire au revoir à la personne décédée ou de se recueillir sur le corps, et même de l'observer à distance. Cela restera comme une expérience très singulière...

Néanmoins, nous avons répondu « présent » à tous les étages des responsabilités qui étaient les nôtres, et d'abord en tant qu'agents de l'État, dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, au service d'une politique publique de santé hors norme.

Pour les masques, l'AMF a été un acteur parmi d'autres, mais un acteur rapide et vélocé, puisque nous avons commandé près de 7 millions de masques à destination de 54 départements, pour plusieurs centaines de communes qui n'avaient les moyens ni d'avoir accès à des masques qui n'existaient pas ni de passer elles-mêmes les commandes, parce qu'elles ne connaissaient pas les structures, les fournisseurs et encore moins le cadre général de logistique. Nous avons donc été un prestataire au service des communes.

En ce qui concerne les tests et l'isolement, nous n'avions pas les mêmes moyens qu'à Paris dans toutes les communes de France ! Beaucoup de communes ont essayé de prendre l'initiative. Malheureusement, une pénurie de tests a été observée dans de très nombreuses régions, et même, ce qui est plus surprenant pour ceux qui, comme moi, ne sont pas issus du corps médical, une pénurie de réactifs. Il ne suffisait pas d'avoir des tests : on nous disait qu'il faudrait attendre les résultats pendant trois jours, faute de disposer de réactifs, qu'il fallait faire venir d'une autre région. Il a donc fallu organiser en urgence des dispositifs pour s'en procurer, et je rends hommage aux départements, qui ont créé un lien avec les laboratoires vétérinaires, dont la puissance est plus importante et grâce auxquels nous avons pu rattraper un peu de retard.

Les relations avec les ARS ont été très inégales. En Île-de-France, de l'avis général d'à peu près tous les élus, cela s'est relativement bien passé. Dans le Grand Est, l'appréciation est légèrement différente. Nous avons été interloqués d'apprendre que notre ARS gérait depuis Paris une partie de la crise, alors que nous avions le foyer épidémique le plus puissant en France. Et son directeur général n'a pas pu prendre l'avion présidentiel lorsqu'Emmanuel Macron s'est rendu à Strasbourg, parce qu'il y avait plus de place... Il était donc à Paris lorsque le chef de l'État est venu annoncer la mise en place de l'hôpital militaire ! Nous n'avons pas de mauvaises relations avec lui, mais cela interpelle. Et quelques jours plus tard, au cœur de la crise, alors que la problématique comptable et budgétaire était évoquée, il a insisté sur le fait que Nancy devrait atteindre les objectifs de réduction d'effectifs et de moyens affectés au centre hospitalier ! Bref, 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.

Ce qui s'est passé dans les Ehpad est un immense sujet, qui relève davantage des départements, et je pense que votre commission d'enquête aura à connaître, dans le détail et précisément, jour après jour, des consignes qui ont été données, du cadre général et de la réalité de ce qui s'est passé.

En ce qui concerne les écoles, nous sommes intervenus clairement auprès du ministère de l'éducation nationale, pour le confinement et pour le déconfinement. Pour tout ce qui relève de la petite enfance, de l'accueil des enfants des personnels prioritaires et des protocoles sanitaires d'accueil, cela s'est passé aussi bien que possible. Et la continuité des services publics s'est organisée dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

Si nous n'avons pas été associés au confinement, nous avons été pleinement associés au déconfinement. Nous avons été des acteurs de l'écriture de ce qu'a proposé l'État. L'État a compris très rapidement – il faut lui rendre hommage sur ce point – que c'étaient les maires et les élus locaux qui seraient au premier rang. Nous avons eu de nombreux échanges avec M. Castex, qui nous ont permis de fixer, et d'une certaine manière d'imposer, la responsabilité du préfet de département, dont nous souhaitons qu'il se réapproprie l'autorité sur l'ensemble des administrations, des ARS aux recteurs. Cette déconcentration, indispensable, est l'une des leçons de la crise.

Dans l'organisation du déconfinement, la problématique majeure a été celle des écoles. Lors des débats sur le renforcement du cadre juridique, nous avons entendu des choses qui ne flattaient pas les oreilles, mais nous ont tout de même interpellés. L'éducation est nationale, elle n'est pas municipale. Lorsque l'État demande à un maire d'intervenir sur le temps de l'Éducation nationale, celui-ci peut le vivre comme une demande autoritaire d'une municipalisation de l'éducation nationale, avec une part de responsabilité qui ne peut pas être la sienne, puisque, justement, sa responsabilité n'intervient que dans le temps qui n'est pas celui de la diffusion du savoir et du programme de l'Éducation nationale. C'est cela qui a amené les maires à souhaiter que la représentation nationale renforce leur protection juridique, ce qui a été suffisamment bien fait pour nous amener jusqu'au 10 juillet, date de fin de l'état d'urgence sanitaire.

Enfin, avant que vous n'entriez dans le dur de la préparation de la loi de finances, pour être au rendez-vous de la relance de l'investissement public, je souhaite rappeler que ce dernier est porté, à hauteur de 70 %, par les collectivités locales.

**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 (AMF).** – Je structurerai mon intervention en trois temps. Je ferai tout d'abord la chronologie de la crise, au regard de la situation particulière que l'Alsace a pu vivre pendant cette période, puis j'élargirai mon propos à l'engagement des départements de France, avant de tirer les leçons de la crise et de formuler quelques propositions.

En Alsace, nous avons vécu une situation sanitaire inédite, avec le cluster de Mulhouse, qui a eu ensuite un impact majeur sur le territoire. Sur une population de quelque 2 millions d'habitants, l'Alsace a enregistré près de 1 500 décès. Nous avons donc été meurtris. Quand on vous annonce chaque jour une dizaine de décès dans les Ehpad, c'est particulièrement difficile à vivre. Nous avons tous des connaissances qui sont décédées, à tous les âges de la vie. Pour ma part, deux de mes collaborateurs sont décédés de la covid, alors qu'ils avaient moins de 50 ans. Nous sortons tous avec une forte douleur de cette situation de crise particulière.

Nous nous sommes engagés dans la vie publique pour servir nos concitoyens et porter des dynamiques de territoire. Et nous nous sommes retrouvés propulsés, sans apprentissage, dans une action ayant pour but de sauver des vies. Il fallait être dans l'agilité et la réactivité. Au début du mois de mars, on nous a dit que c'était une grippe un peu plus sévère que d'habitude et que les personnes les plus touchées étaient les personnes âgées. Les présidents de département ayant la responsabilité des personnes vieillissantes, nous nous sommes tous sentis directement concernés.

D'emblée, au vu des premiers signes de l'épidémie à Mulhouse, j'ai déclaré qu'il fallait absolument prendre des mesures de confinement dans les Ehpad. C'était avant toute décision de l'État.

Lors des premières rencontres avec l'ARS, on nous disait qu'il fallait mettre en place dans les Ehpad les mêmes mesures que pour une grippe classique. Toutefois, il existe une grande différence entre une grippe classique et le covid. Dans le cas d'une grippe classique, la plupart des pensionnaires des Ehpad sont vaccinés et il n'y a pas de gens asymptomatiques. La situation justifiait donc une position différente. C'est ce que j'ai proposé d'emblée à l'ARS, et elle l'a accepté.

Dès le début du mois de mars, des mesures de confinement ont été décidées. L'organisation mise en place m'a permis d'être en lien tous les jours – j'insiste sur ce point – avec chaque Ehpad. Je connaissais donc au quotidien le nombre de personnes touchées ou soupçonnées d'être touchées, qu'il s'agisse des pensionnaires ou du personnel soignant.

Nous avons aussi très vite pris conscience que nous aurions des problèmes de personnel : nombre d'agents étaient touchés. Nous avons tout de suite mis en place des réserves. Plus de 400 sapeurs-pompiers du département sont intervenus en soutien. Nous avons aussi procédé au glissement des tâches pour faire du zonage. *Idem* pour les dérogations au temps de travail. Nous avons développé la télémédecine. D'emblée, très tôt, nous avons pris des mesures de confinement et d'accompagnement des équipes des Ehpad, ce qui a été fondamental. Si nous avons pu réaliser des tests immédiatement – nous les avons demandés dès le début du mois de mars – nous aurions pu réduire de moitié au moins les décès dans les Ehpad. Bien involontairement, les professionnels de santé symptomatiques ont contribué à communiquer la maladie, ce qui aurait pu être évité.

Quoi qu'il en soit, ces mesures fortes ont permis de limiter la casse : sur les 138 Ehpad du département du Bas-Rhin, un peu plus de 90 ont été touchés et certains ont pu éviter la crise.

Par ailleurs, nous avons été confrontés à un besoin criant en masques, en gel et en surblouses. Nous n'étions pas préparés du tout. Contrairement à la Ville de Paris, la plupart des départements n'avaient pas de stocks pour faire face à une crise importante. Nous avons donc fait feu de tout bois. Nous avons fait appel à société civile et aux entreprises, qui ont été un soutien majeur durant cette période.

Initialement, j'ai respecté le rôle de l'ARS. Je la prévenais lorsqu'une entreprise m'informait qu'elle avait des masques à nous donner. Un ou deux jours après, l'entreprise me rappelait pour me dire que personne n'était passé les chercher ! Je ne mets pas en cause l'engagement des personnes : l'ARS n'avait pas l'agilité nécessaire pour aller chercher les masques. Nous avons donc décidé de prendre en main la logistique, avec l'accord de l'ARS, qui nous a tout de suite soutenus. Le département du Bas-Rhin distribuait par semaine

250 000 masques à plus de 300 établissements : Ehpad, protection de l'enfance, établissements de handicap. En parallèle, en lien avec les maires et les présidents des intercommunalités, nous avons progressivement organisé une livraison de masques à la population.

Je salue, pour ce qui concerne le lien noué avec l'État durant cette crise, l'organisation d'une sphère publique territoriale portée par notre préfète, Mme Chevalier, qui a été d'une rare efficacité. Elle a fait preuve d'une écoute forte, dans le respect du rôle des collectivités locales. Le centre opérationnel départemental que nous avons conduit ensemble a montré toute sa pertinence.

Grâce à ce travail en commun, des indicateurs journaliers nous ont permis de réaliser une analyse et un tableau de bord adaptés à la situation. Parmi les propositions que je formulerai tout à l'heure, il me semble 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.

Nous sommes devenus une plateforme de distribution de masques. Les hôtels du département sont aujourd'hui des lieux de logistique, dans les couloirs desquels on trouve des centaines de milliers de masques. Nous avons aussi œuvré rapidement pour organiser une filière de production. Un pôle textile Alsace s'est constitué, que nous avons accompagné. Nous avons acheté plusieurs millions de masques, ce qui a permis aux entreprises de faire évoluer leur outil de production et de passer de quelques dizaines de milliers de masques produits par semaine à près de 1 million. Cela permet non seulement de couvrir le territoire alsacien, mais également les territoires limitrophes. C'est grâce à la commande publique que l'outil de production a pu être transformé.

Nous avons ainsi distribué deux masques lavables par habitant. Le déconfinement ne devait pas être possible tant que tous les Alsaciens n'étaient pas couverts en masque : c'était à mes yeux un prérequis.

Nous avons établi en parallèle un plan de continuité des activités qui étaient nécessaires : 90 % des agents se sont retrouvés en télétravail, mais nous avons été très attentifs à rester aux côtés des personnes les plus fragiles. Nous avons mis en place des aides d'urgence : soutien aux associations caritatives, renfort de la protection maternelle et infantile, lien avec les assistantes maternelles et les assistantes familiales. Cela vaut non seulement pour le département du Bas-Rhin, mais aussi pour l'ensemble des départements.

Notre enjeu était de faire aller la chaîne de solidarité jusque chez l'habitant. Nous avons mis en place un partenariat très fort avec les communes et les acteurs associatifs ; il convient également de saluer l'engagement des entreprises. Nous avons néanmoins rencontré un écueil : nous n'avions pas le droit de communiquer aux maires les noms des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), du revenu de solidarité active (RSA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH). On a fini par obtenir cette permission, mais bien avant cette autorisation et au vu de l'urgence, j'ai décidé de passer outre cet interdit.

Notre engagement a été fort auprès des établissements scolaires : distribution de tablettes, mise en place d'une aide aux devoirs dans certains départements, accueil des enfants des personnels prioritaires dans les collèges, mise en place de plateformes téléphoniques.

Nous avons également mis en œuvre des solutions hébergement en hôtel en cas de violences familiales exacerbées par le confinement.

Comme je l'ai souligné, si nous avions fait du dépistage plus tôt, nous aurions pu éviter des morts. Il a fallu beaucoup de temps pour obtenir l'autorisation de réaliser des tests. Or les 74 laboratoires des départements de France peuvent réaliser par jour 25 000 tests virologiques et 80 000 tests sérologiques. Nous avons enfin les autorisations pour les tests virologiques, mais toujours pas pour les tests sérologiques. C'est un vrai problème.

Sur le plan sanitaire, nous avons construit une capacité à protéger, à tester et à isoler. Nous sommes mieux armés pour affronter la crise si elle devait s'aggraver, comme de premiers signes inquiétants semblent l'indiquer.

Nous avons aussi travaillé sur la crise économique et sociale. Soutenir l'économie est un enjeu majeur. Pouvons-nous nous permettre, au vu de la situation économique, de perdre un partenaire ? Je pose cette question dans le cadre de la révision de la loi NOTRe. On parle beaucoup de la capacité d'agir des départements dans l'économie de proximité et de la souveraineté économique, mais la souveraineté économique aujourd'hui concerne la santé, l'alimentation, les mobilités, les énergies renouvelables, le bâtiment. À défaut d'avoir une telle souveraineté sur nos territoires, je crains que, à l'avenir, nous ne soyons en difficulté.

Quelles leçons devons-nous tirer de la crise ? Il existe un fossé entre les procédures technocratiques et administratives imposées et le cousu main attendu par nos concitoyens. C'est vrai dans cette période de crise, mais c'est vrai aussi dans le quotidien de l'action publique.

L'organisation centralisée de la santé est inadaptée dans ce type de situation, mais souvent aussi en termes de service public de santé attendu par nos concitoyens. Je constate également que le périmètre régional est trop grand. Ce n'est pas vrai partout, mais avec dix départements, c'est vrai chez nous. Certains présidents de département du Grand Est n'ont toujours pas pu rencontrer, au bout d'un an et demi, le président de l'ARS. Les délégations départementales de l'ARS n'ont aucun pouvoir. Elles ont été vidées de leur substance et on a rajouté à l'ARS centralisée des hauts fonctionnaires, qui ne sont pas capables de franchir le dernier kilomètre. Je ne mets pas en cause les capacités ni l'engagement des personnels ; il a été manifeste. Pour autant, se pose un problème concret : ils ne pourront pas prendre en charge le dernier kilomètre !

Les professionnels du soin dans le secteur médico-social et social ne sont pas suffisamment valorisés. Prendre soin de nos concitoyens et les accompagner sanitaire est un besoin primaire de chacun. Le Ségur de la santé répond partiellement à cette problématique, *via* une augmentation des salaires.

Quelles sont nos propositions au regard de ce constat ? Il faut redonner le pouvoir d'agir aux collectivités et à la sphère publique territoriale. Cela passe par le droit, par des moyens, mais aussi par la maîtrise de ces moyens financiers, pour agir en termes de gestion de la santé.

Le terme « Ségur » pour qualifier ce plan m'a beaucoup gêné : je l'ai personnellement appelé le plan « haute administration Ségur ». Pourquoi Ségur ? La santé doit se construire à partir des territoires et de la vie quotidienne de nos concitoyens. C'est sur le terrain que l'on doit penser le service public de la santé, au regard des besoins de chaque

territoire. Dans cette perspective, les départements peuvent très bien jouer un rôle de chef de file, en lien avec le bloc local, pour mieux coordonner le sanitaire et le médico-social. Construire à partir des contrats locaux de santé une vraie stratégie autour de la santé est un enjeu majeur. Il faut également réduire le périmètre des ARS, pour garantir leur connaissance du territoire.

S'agissant des besoins en soins, il nous faut une capacité d'agilité, de décision, de réactivité à la bonne échelle. Que le préfet retrouve une autorité naturelle sur l'ARS me semble tout à fait opportun.

Dans nos réflexions territoriales, j'appelais de mes vœux, avant la crise, la mise en place de groupements hospitaliers transfrontaliers dans les territoires transfrontaliers. Si cela avait été fait, je vous assure que l'on aurait pu largement couvrir les besoins d'accueil des malades en situation d'urgence du Grand Est. Il faut donc travailler à l'échelle transfrontalière.

Le décloisonnement du médicosocial et du sanitaire me semble essentiel, et, lorsque vous examinerez la future loi autonomie, il vous faudra être attentifs à cet aspect des choses et éviter une approche séparée domicile-hébergement. Nous formulerons des propositions en ce sens.

Je conclurai sur la prise de conscience du coût du service public. La fiscalité doit retrouver son assise territoriale. Le consentement à l'impôt ne sera rétabli que si nos concitoyens peuvent faire le lien entre un service public rendu et le coût de ce service. Si nous n'y parvenons pas, alors cela ne vaut pas la peine de parler de décentralisation, de différenciation et de déconcentration, même si mêler ces trois aspects a du sens, à condition d'y mettre du contenu.

**M. Bernard Jomier, rapporteur.** – Je remercie les intervenants de leurs propos liminaires.

Nous essayons ici de comprendre, pour améliorer la réponse de notre pays à une éventuelle future situation de même ordre. Depuis que nous avons entamé nos travaux, nous avons été avisés que, dès le mois de janvier, des alertes avaient été émises, ce dont nous n'avions pas connaissance. Ainsi, un directeur d'ARS nous a indiqué avoir organisé sa première réunion de crise vers le 20 janvier.

Entre le 20 janvier et le mois de mars, bien des choses ont été faites. Je salue d'ailleurs tous les acteurs qui se sont vraiment investis dans tous les domaines pour tenter d'apporter la meilleure réponse possible. Il faut regarder ce qui a bien fonctionné et ce qui a moins bien fonctionné entre les différents acteurs, mais à partir du mois de mars, notre pays s'est mis en situation de lutter contre l'épidémie.

Le mois de février est un mois un peu étonnant, et j'aurais aimé avoir votre sentiment sur ce qui s'est passé au cours de ce mois. Tous les trois, vous nous avez expliqué – ce constat est largement partagé – que la répartition des responsabilités entre les acteurs pourrait être améliorée. Anne Hidalgo a dit plusieurs fois qu'il fallait dépasser le cadre ou qu'il fallait accorder de nouvelles libertés aux collectivités territoriales. François Baroin a expliqué quant à lui que la répartition actuelle des responsabilités n'était pas optimale, y compris dans le pilotage de la réponse à une crise ce type.

Nous cherchons ce que pourrait être une meilleure organisation. Entre la tribune des présidents de région, qui nous expliquent que c'est à eux qu'il faut donner des compétences supplémentaires, les maires qui expliquent que, étant au plus près des populations, ils doivent être mieux reconnus – j'entends tout à fait ce discours –, les départements, qui revendiquent une certaine compétence sur la gestion de cette crise – d'ailleurs, le Premier ministre a fait le choix du niveau départemental –, et Xavier Bertrand, ancien ministre de la santé, qui, lors de son audition à l'Assemblée nationale, a livré une analyse très intéressante, expliquant que la santé devait redevenir un sujet régalien et que l'État devait s'en emparer bien plus qu'il ne le fait actuellement, on peut se demander quelle serait la bonne architecture, la répartition nouvelle des compétences en matière de santé.

J'en viens à ma dernière question. On voit bien parfois le caractère relatif de ces questions d'organisation. M. Bierry a ainsi souligné que, dans tel département, le préfet, qui, aux termes du code de la santé publique, est chargé de gérer ce type de crise, a bien travaillé avec l'ensemble de ses interlocuteurs, tandis que, dans tel autre département, il n'en a pas été de même.

Au fond, pour reprendre le constat d'une personnalité que nous avons auditionnée hier, la santé publique est-elle gouvernée dans notre pays ? Les différents acteurs institutionnels sont-ils formés à cette gouvernance ? La réponse qui a été apportée dans la région Grand Est n'a-t-elle pas été une réponse hospitalière dans un cadre de quasi-médecine de catastrophe ?

J'ai entendu citer les contrats locaux de santé, et l'on pourrait en citer d'autres : comportent-ils un plan de gestion des épidémies ? Quelle lecture faites-vous de la réponse qu'a apportée notre pays ? Était-ce vraiment une guerre, ou était-ce une crise de santé publique qui aurait nécessité que nous soyons culturellement et politiquement prêts pour l'affronter, comme d'autres pays l'étaient ?

**M. Alain Milon, président.** – Je reconnais bien là l'appétence intellectuelle de Bernard Jomier pour ce sujet. Dans vos réponses, vous n'êtes pas obligés de développer un programme présidentiel sur l'organisation de la santé !...

**Mme Anne Hidalgo.** – Je n'en avais pas l'intention !

Avant même le confinement, le premier événement auquel je suis confrontée à Paris en tant que maire, c'est le Nouvel An chinois, qui commence le samedi 25 janvier. Comme c'est la tradition, je rencontre, avec Jérôme Coumet, le maire du treizième arrondissement et toutes les associations présentes, qui sont en alerte totale. Elles nous disent qu'il faut annuler les festivités. Évidemment, nous n'avions aucune indication nous poussant à agir en ce sens, d'autant que le Nouvel An chinois dure plusieurs semaines, avec plusieurs grands défilés.

Mon cabinet prend tout de suite l'attache du ministère de la santé pour demander s'il existe des directives particulières. On nous dit que non. Les associations de ressortissants franco-chinois me disent néanmoins prendre la décision d'annuler et me demandent de les accompagner dans cette décision.

Jérôme Coumet et moi-même sommes pris totalement au dépourvu, mais nous décidons de les accompagner. À partir de ce moment, qui coïncide à peu près avec la diffusion des premières images du confinement à Wuhan, je confirme l'annulation des

festivités – cela me vaut quelques remarques dans la presse sur le fait que je me mêlais de choses qui n'étaient pas de ma compétence –, décision qui vaut également pour le très grand défilé, censé avoir lieu quinze jours après dans les rues du treizième arrondissement.

Au regard des informations que nous rapportent les associations de Franco-Chinois à Paris, j'écris le 31 janvier à la ministre de la santé pour lui demander des consignes. Avec mon adjointe Anne Souyris et mon adjoint chargé des affaires scolaires Patrick Bloche, nous avons pris conscience des nombreux allers et retours de ces Franco-Chinois entre la Chine et le treizième arrondissement, d'autant que nous étions en période de vacances scolaires. C'est pourquoi j'ai proposé de mettre en place, sinon un confinement, du moins des mesures de quatorzaine de toutes les personnes revenant des zones infectées, avant qu'elles ne retrouvent le chemin de nos écoles.

Longtemps après, j'ai reçu une réponse allant dans ce sens, même si, dans un premier temps, les autorités de l'État m'ont dit que ce n'était pas nécessaire à ce stade, compte tenu des connaissances que l'on avait alors sur ce virus.

Pour autant, nous avons mis en place au début de février ce dispositif, aux termes duquel tout enfant qui revenait de Chine ou qui avait côtoyé quelqu'un revenant notamment de ce pays passait quatorze jours chez lui avant de revenir en classe.

Dès le 3 février, nous installions à l'hôtel de ville une cellule de veille, puis une cellule de crise, qui se réunissait quotidiennement. Chacune des directions établissait un rapport, tandis que nous associons les maires d'arrondissement pour suivre l'évolution de la situation. J'étais aussi quotidiennement en lien avec Martin Hirsch pour mesurer les capacités d'accueil des hôpitaux. En effet, nous nous inquiétions d'un possible manque de lits et de personnel.

Le mois de février n'aura donc pas été pour moi un mois de confinement, mais un mois d'hyperactivité, pour préparer, gérer et anticiper ce qui allait peut-être se passer.

J'ai pris également l'attache, par mes contacts internationaux, d'un certain nombre d'acteurs qui avaient une connaissance du terrain. Je me suis entretenue longuement avec Philippe Klein, médecin généraliste français qui a vécu toute l'épidémie à Wuhan. Il me dit alors très clairement que ce qui se passe dans cette ville risque de se passer chez nous, qu'il est essentiel de disposer de masques, de faire des tests et que l'on peut alors s'en sortir avec un confinement court de quinze jours.

Telles sont les informations dont je disposais avant le confinement et au moment où le confinement entre en vigueur.

J'ai échangé aussi beaucoup avec mes collègues étrangers. Je pense à mes collègues italiens – nous participons au même réseau de villes –, en particulier le maire de Milan ; je pense au maire de Séoul, qui vient malheureusement de décéder, qui a une expérience particulière dans la gestion de cette crise, d'autant que la Corée, qui a une autre culture et une autre approche que la nôtre, n'a pas eu recours au confinement, mais a utilisé de façon massive les masques et les tests.

Je me suis donc nourrie de ces situations, tout en me demandant – nous sommes en février – comment se traduirait un confinement dans une ville comme Paris, compte tenu de sa densité et de son niveau d'activité.

Faut-il revoir la copie en matière de gouvernance de la santé publique ? Oui, complètement. Heureusement, l'hôpital a tenu, grâce au personnel hospitalier, grâce à toutes ces femmes et à tous ces hommes qui se sont battus pour sauver des vies. Je leur dis évidemment mon admiration et ma reconnaissance.

L'autre versant, c'est la médecine de ville, ce sont les centres de santé. Et l'on s'est aperçu très vite que les personnes les plus vulnérables étaient bien sûr les plus âgées et les plus fragiles, mais que cette épidémie – c'est sa dimension sociale – frappait ceux qui vivaient dans des appartements trop petits et ceux qui n'avaient pas de médecin traitant. Dans des quartiers entiers de Paris, notamment dans le dix-neuvième arrondissement, une très large part de la population n'a pas de médecin traitant.

Nous avons essayé d'agir avec les acteurs locaux, en profitant de notre expérience, à laquelle Bernard Jomier a d'ailleurs beaucoup contribué lorsqu'il était adjoint à la santé. Anne Souyris, qui lui a succédé, a veillé à établir un lien permanent entre les populations, la médecine de ville, les infirmières libérales, les centres de santé et l'hôpital.

La leçon que je tire pour ce qui concerne la gouvernance, c'est qu'il faudrait créer une direction de la santé publique à Paris, en lien avec l'AP-HP, justement parce que je veux une structure qui ne soit pas sans lien avec l'hôpital, mais qui ne soit pas non plus dans l'hôpital, afin de ne pas se couper de tout ce qu'apporte un maire dans son travail auprès des populations et des autres acteurs.

Notre expérience dans la lutte contre le SIDA nous a servis. Notre stratégie « Paris sans SIDA » se fonde sur une approche communautaire, c'est-à-dire que nous nous intéressons aux populations cibles auxquelles il faut délivrer des messages différents selon leur nature. En adoptant cette stratégie avec les associations, avec la médecine de ville, avec des spécialistes, avec l'hôpital, avec les services sociaux de la ville, nous avons réussi pour la première fois l'année dernière à réduire de 16 % à Paris le nombre de contaminations par le SIDA chez les hommes ayant des rapports avec des hommes, ce qui n'était jamais arrivé. Forts de cette expérience, nous nous sommes dit qu'il fallait une direction de la santé publique déconcentrée, qui ne soit pas à l'échelle uniquement de la mairie de Paris.

Je ne sais pas s'il s'agit d'une guerre, mais, en tout cas, c'est dans la proximité que la gestion doit se faire. C'est en connaissant le terrain que l'on a justement cette capacité à apporter des réponses et à coordonner les acteurs, lesquels, partageant ce qu'ils ont vu, peuvent proposer des solutions évidentes.

Dans les Ehpad, on a bien vu que si l'on ne testait que les personnels symptomatiques, on n'allait pas s'en sortir, parce qu'une partie des contaminations étaient le fait de personnes asymptomatiques continuant à travailler. C'est pourquoi nous nous sommes battus pour que des tests soient réalisés sur ces personnes, afin de casser les chaînes de transmission de la maladie.

Il faut donc partager, dans la proximité, ce que l'on observe sur le territoire ; c'est possible, car les acteurs à l'échelle du territoire sont connectés entre eux. J'ai beaucoup appris notamment de la gestion des attentats de 2015 : il faut évidemment une unité de commandement ; il faut évidemment que le préfet, en l'occurrence à Paris le préfet de police, prenne la main de cette unité de commandement ; il faut évidemment que chacun travaille dans le respect des fonctions et des responsabilités des uns et des autres et dans la confiance.

Il est vrai que, pour nous, à Paris, le réflexe consistant à se mettre immédiatement en mode de gestion de crise, dans le respect des fonctions de chacun et dans l'écoute des uns et des autres, change la donne.

Il faut aller vers cette proximité, et l'on ne peut pas s'en tenir à une simple réorganisation de la gouvernance des grands hôpitaux ou du ministère de la santé, sans déconcentration, sans connexion avec les maires et les acteurs de chacun des territoires, dont les départements.

Je rejoins tout à fait ce qui a été dit : c'est nécessaire pour que nos concitoyens sachent ce qu'est le service public. Ce n'est pas uniquement en temps de crise que nous devons travailler ainsi ; c'est de façon quotidienne et permanente.

**M. François Baroin.** – Après les propos d'Anne Hidalgo sur le rôle et la place des soignants, je veux dire que l'on ne manquera jamais une occasion de leur rendre un hommage extraordinaire. Le 14 juillet, de nombreuses communes françaises ont pris l'initiative de prendre en photo des infirmières et des médecins et de les afficher dans les rues. Faute de feux d'artifice, la tonalité de fête nationale était moins présente, mais elle a été remplacée par une fête de reconnaissance nationale de nos soignants, qui, au front, ont été courageux, solidaires et remarquables. Je veux le dire d'entrée, puisque vous abordez cette question de la politique publique de santé.

J'indique également que je n'égrainerai pas un quelconque programme présidentiel ; je livrerai simplement quelques réflexions sur deux sujets complètement différents, qui sont le fruit de mon expérience en tant que président de conseil d'administration, président d'hôpital et maire depuis vingt-cinq ans – maire parmi d'autres, qui a beaucoup échangé au cours de cette crise, par exemple avec Anne Hidalgo. Même si la situation parisienne est différente, ce que cette dernière a mis en place dans sa ville a nourri notre réflexion sur la manière dont ces actions pouvaient être déclinées à l'échelle territoriale.

Le ministère de la santé produit des normes et gère des objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie. Une fois encore, je ne fais aucun procès aux personnes qui y travaillent ou qui œuvrent dans les agences régionales de santé ; qu'elles soient biologistes, pharmaciens ou hauts fonctionnaires, elles sont au service de la santé publique, et ce n'est pas leur bonne volonté qui est en cause. Mais leur mission, c'est de produire des normes, de générer des flux administratifs et de gérer les contraintes budgétaires, plus ou moins dans le cadre de l'Ondam, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, qui est fixé chaque année par le Parlement. De fait, le ministère de la santé n'est pas un ministère de la logistique.

Pour répondre à la question du calendrier, globalement, les premières alertes sont venues d'Italie. Certes, tout le monde savait ce qui se passait en Chine, mais ce pays apparaissait comme assez lointain. La présence d'une diaspora chinoise à Paris a constitué un premier élément de compréhension pour les élus territoriaux, mais Paris, c'est assez loin aussi, pour beaucoup de communes. Cette distance et cet éloignement ont probablement donné le sentiment à certains qu'ils étaient protégés et préservés pour un certain temps encore.

La première réunion officielle a eu lieu le 27 février à Matignon, où le Premier ministre d'alors a réuni les forces politiques. Nous avons demandé que les associations d'élus soient associées à cette réunion, parce qu'il nous paraissait important de savoir ce qui allait se mettre en place.

Je rappelle que nous étions alors en campagne électorale et que le port du masque suscitait des débats contradictoires, tout comme les normes auxquelles il devait répondre.

Ensuite, nous avons mené de très nombreux échanges par vidéoconférence avec tous les ministres qui voulaient recueillir les points de vue des uns et des autres et transmettre des informations. Ont été abordées des questions aussi techniques et concrètes que la protection des zones de captage de l'eau potable, avec les risques liés à l'épandage, le soutien au bâtiment pendant la période de confinement qui arrivait et dont on percevait bien les conséquences économiques et sociales, la protection environnementale, la sécurité, les ordures ménagères – bref tout ce qui fait le quotidien d'un maire.

**M. Bernard Jomier, rapporteur.** – L'épisode des Contamines-Monjoie s'est déroulé avant le 27 février, n'est-ce pas ?

**M. François Baroin.** – Sûrement bien avant ! Une fois encore, la santé est une responsabilité régaliennne. Nous n'avons jamais été confrontés à une telle situation. Les actes terroristes barbares qui ont touché Paris ont donné lieu à la mise en place d'un mode de gestion de crise sous l'autorité conjointe du maire de Paris et du préfet de police. Pour le public, c'est l'État, et ce qu'a dit Anne Hidalgo correspond à ce qu'est l'état d'esprit de tous les maires de France.

En tant qu'élus, nous sommes pleinement conscients de notre qualité de représentant de l'État au service de l'État pour un certain nombre de nos missions. En temps de paix, tous les jours, nous sommes des agents de l'État, pour les actes d'état civil, la célébration des mariages, l'enregistrement des décès, etc. Bref, nous sommes vraiment les accompagnateurs de la vie quotidienne. En revanche, nous n'avons pas de responsabilités en matière de santé publique, ces questions relevant de la responsabilité de l'État, à qui nous faisons confiance, alors que, je le répète, nous n'avons jamais connu une épidémie de cette nature.

Nous faisons confiance le plus longtemps possible – je le dis franchement –, jusqu'à ce que nous constatons ce problème avec les masques. Et c'est à ce moment-là que nous sommes intervenus pour dire, dans l'esprit de responsabilité qui est le nôtre, que cela ne marchait pas et que nous ne savions pas quoi faire.

La différence entre les villes tient aux mouvements de population que l'on y observe : dans certaines d'entre elles, les partages, les échanges et les déplacements sont plus nombreux, y compris avec l'étranger ; dans d'autres, moins densément peuplées que certaines zones urbaines et métropolitaines et *a fortiori* que Paris, la gestion du quotidien est de nature quelque peu différente.

Toujours est-il que nous sommes dans une logique de confiance avec le préfet et le directeur de l'agence régionale de santé, que nous connaissons plus ou moins. Nous faisons confiance à l'État, qui a la main sur la santé.

Après ce qui s'est passé, il va falloir prendre conscience que le *statu quo* n'est pas possible. Il faut une autre organisation des pouvoirs publics et il faut en tirer les conséquences en matière de santé.

Les maires de France ont fait part de leurs réflexions à la suite du drame qu'a été cette épidémie. Il faut changer le mode de gouvernance des hôpitaux : les maires souhaitent

être à la tête d'un conseil d'administration, et non pas d'un conseil de gouvernance. Administrer, c'est gérer ; être dans la gouvernance, comme je l'ai dit, c'est être comme un aimable bibelot posé sur une cheminée. Ce n'est pas inutile, un bibelot, mais ce n'est pas être au cœur de la situation.

Les maires souhaitent donc être des acteurs du rapprochement entre le public et le privé. Il n'y a probablement qu'eux qui puissent le faire. Il est stupéfiant de constater que, dans certaines parties du territoire, des hôpitaux se trouvaient à la limite de la saturation, tandis que les lits de certaines cliniques privées restaient libres. Cette hypertrophie bureaucratique, technocratique et ultracentralisatrice n'est plus possible, de même que la logique selon laquelle la santé, c'est l'hôpital public, tandis que tout le reste, c'est pour faire de l'argent.

Ce que nous souhaitons tous, notamment les maires, c'est tout simplement que les gens soient soignés, même en l'absence de CHU. Avec l'évolution de la démographie médicale et la raréfaction du nombre de médecins dans nos territoires, compte tenu également du fait que les internes ne se fixent pas sur les territoires et que les gens du public et du privé ne se parlent pas, des tensions peuvent rapidement survenir en matière de santé. Or l'offre de soins est aujourd'hui un facteur d'attractivité d'un territoire.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle des communes créent des postes de maire adjoint à la santé. Cela ne relève pas de leur compétence à l'heure où nous parlons, mais c'est une préoccupation des citoyens, au même titre que la qualité des services publics de proximité, le développement de l'enseignement supérieur, l'amélioration des infrastructures, le soutien au développement économique, les investissements, la protection, la préservation et la création d'emplois. Pour avoir une bonne qualité de soins, il faut un rapprochement public-privé, mais on ne peut pas compter sur l'État pour le faire : on l'a vu encore avec le Ségur.

Je le dis franchement, je suis stupéfait par l'organisation du Ségur, dont l'appellation est à l'opposé de l'esprit de décentralisation. Très peu d'élus au-delà du périphérique, et même sans doute en deçà, savent ce que c'est que l'avenue de Ségur... La participation des élus se résume à un rendez-vous à distance avec leurs associations, et puis plus rien ! Les maires souhaitent au contraire un changement de gouvernance ; ils souhaitent être au cœur de la gouvernance et se faire des acteurs du rapprochement public-privé. Les contrats locaux de santé vont dans le bon sens ; il faut les généraliser. Les maires souhaitent même aller plus loin, en investissant. Ils le font, mais avec des véhicules juridiques qui ne sont pas suffisamment stabilisés.

Prenons l'exemple d'un centre hospitalier qui n'est pas un Centre hospitalier universitaire (CHU), mais qui reçoit des internes pour 3, 4 ou 6 mois. Comme leur séjour est plus court, on a plus de mal à les fixer : si le doyen de la faculté de médecine joue le jeu de la territorialisation régionale, cela fonctionne, mais s'il applique la dernière loi qui affecte en priorité les internes auprès des CHU et non pas dans les territoires, cela ne va pas – je suis désolé, je suis contribuable, et les contribuables ne paient pas des impôts pour former des médecins au service de quelques territoires ou d'un CHU, mais pour tout le monde. Nombre de communes ont ainsi investi avec les bailleurs sociaux pour rénover des logements des internes, alors que cela relève de la responsabilité de l'hôpital – mais ce n'est pas sa priorité, et il n'en a plus les moyens.

Certaines collectivités, dans un cadre légal incertain, ont investi dans des plateaux techniques ou des machines. Certains départements voudraient investir sur des machines à tests, mais nous avons un mal fou à trouver la solution juridique pour le faire. Pourquoi ne

pourrait-on pas imaginer que les collectivités participent à la revalorisation des salaires pour rendre les postes chez eux attractifs ? Bien des collectivités, considérant que la santé est une priorité, voudront consacrer des crédits à cet enjeu en investissement, pour aider l'hôpital à se développer et, pourquoi pas, en fonctionnement, avec les rémunérations.

Pour répondre à votre question sur le médico-social, je crois qu'il faut tout donner au département. Tout aurait été beaucoup plus simple et plus fluide si le conseil départemental avait eu l'autorité pleine et entière sur la totalité de la filière médico-sociale. Quant à la santé, vous ne trouverez pas un élu en France pour vous dire que l'État ne doit pas être compétent en cette matière. C'est une mission régalienne, et il n'est pas concevable une seconde que l'État ne soit pas le coordonnateur d'une politique publique de prévention et n'ait pas le dernier mot sur des décisions aussi lourdes qu'un confinement. On l'a bien vu, cela a nécessité un état d'urgence sanitaire que les parlementaires ont voté, avec un cadre exorbitant du droit commun – en clair, les pleins pouvoirs sanitaires donnés à l'exécutif.

Le confinement était bien entendu nécessaire chez nous, dans le Grand Est, en Île-de-France et dans le Nord. Mais c'est moins sûr au regard de la situation que connaissait la Nouvelle-Aquitaine ou la Bretagne jusqu'à une période récente. En Allemagne, ce sont les *Länder* qui ont le dernier mot en matière de santé, et leur politique a été plus appropriée à l'évolution de la maladie : une politique de tests beaucoup plus massive que la nôtre et une politique de protection liée aux barrières sanitaires beaucoup plus importante, mais aussi une organisation de la protection des populations plus souple. Je ne serais donc pas choqué qu'une partie de la question de la santé publique soit gérée par les régions dans une logique de proximité avec les maires et les intercommunalités. Cela se passerait sous l'autorité de l'État lorsqu'il s'agit de problématiques d'ordre public et à l'intérieur d'un cadre général de bonnes pratiques défini par l'État en lien avec l'OMS, qui dit ce qu'il faut faire et dans quel calendrier.

**M. Frédéric Bierry.** – Pour répondre à la première question, nous n'avions pas d'informations claires qui nous incitaient à mener une action particulière. C'est le cluster mulhousien qui m'a fait penser qu'il fallait faire quelque chose, d'abord pour protéger les aînés. Ce n'est qu'à partir du début du mois de mars que nous avons commencé à agir.

Quant à votre deuxième question, je crois qu'il faut ramener l'action publique à l'échelle humaine. Il est normal que l'État fixe un cap, des objectifs, que l'État soit stratège, garant d'une équité sanitaire sur le territoire, mais l'enjeu opérationnel et l'enjeu humain sont fondamentaux. Nous aimons bien, dans notre pays, répartir les compétences entre uns et les autres. Mais c'est dans une démarche globale que nous devons appréhender le besoin de services publics.

Au lieu de parler d'organisation, il faut parler de service public : comment organise-t-on un service public intégré et adapté aux besoins des habitants de chaque bassin de vie ? Pour répondre, à cette question, il n'y a pas de modèle unique. Il faut aller au-delà des organisations et des compétences : nos concitoyens attendent de nous le soin nécessaire à nos aînés, une offre hospitalière de proximité, une meilleure articulation entre le social, le médico-social et le sanitaire, notamment pour faire de la prévention. Je ne puis donc qu'abonder dans le sens du président Baroin quand il propose que le département soit le chef de file de l'action sociale, médico-sociale et sanitaire. Il faut aller au bout des précédents actes de décentralisation, qui sont restés dans ce domaine au milieu du gué.

En ce qui concerne l'enjeu sanitaire, nous aurons néanmoins besoin des communes en matière d'offre hospitalière. C'est un partenariat qui existe en Allemagne, où les villes, les *Kreise* et les *Länder* travaillent en bonne intelligence, ce qui a permis de réduire les coûts administratifs qui n'apportent aucune valeur ajoutée, mais au contraire pénalisent le quotidien des acteurs de la santé. C'est grâce à cela qu'il y a trois fois plus d'IRM pour 100 000 habitants en Allemagne qu'en France, qu'il n'y a pas eu de pénurie de respirateurs et qu'il y a eu beaucoup moins de problèmes d'accueil en urgence.

Si nous avions pu préparer une offre de santé transfrontalière, on aurait pu s'éviter beaucoup de problèmes. Nous avons d'ailleurs proposé à l'ancien Premier ministre que la future Collectivité européenne d'Alsace puisse bénéficier d'une délégation des compétences de l'ARS, qu'elle puisse montrer son savoir-faire. Si cela fonctionne, on pourrait étendre cette délégation, et sinon, revenir en arrière – c'est cela aussi la différenciation !

Il y a le service public de santé, mais il y a aussi l'économie de la santé. Cette épreuve nous a fait nous rendre compte que nous n'avions pas la capacité productive des médicaments nécessaires à nos concitoyens. Comme tout le monde, j'ai voulu acheter de la chloroquine. J'ai appelé Novartis : je croyais qu'il pourrait me fournir, l'espace rhénan, auquel nous appartenons, étant à l'origine de 40 % de la production pharmaceutique mondiale. Dans les faits, je me suis rendu compte que cela concernait le bout de la chaîne et qu'il manquait les fondamentaux pour avoir le médicament. Je suis un béotien en matière de santé, contrairement à certains d'entre vous. L'économie de la santé doit être un élément majeur à intégrer dans les politiques de santé.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** – Les questions de chronologie évoquées par Bernard Jomier sont majeures. Depuis le début du mois de mars, tout le monde a eu recours au système D pour essayer de répondre aux besoins – je voudrais à ce titre saluer l'action des départements et des maires. La semaine dernière, l'audition du maire de Crépy-en-Valois a montré combien cela avait été douloureux dans les territoires comme le vôtre, où l'impact de la pandémie, notamment la mortalité, a été très fort. La commission d'enquête aurait besoin de disposer de tous les échanges que vous avez pu avoir à partir du moment où l'on a su qu'il y avait des cas en Chine ou aux Contamines.

Le professeur Fontanet la semaine dernière se posait cette question : comment se fait-il que de tels événements aient lieu sur le territoire, avec des remontées de terrain – Jean Rottner nous a bien dit qu'il avait fait remonter les informations directement du Grand Est à l'Élysée – et que, en même temps, le 6 mars, on nous dise de sortir, d'aller au cinéma, au théâtre, au restaurant ? Comment se fait-il qu'il n'y ait pas eu de prise de conscience au niveau national, alors que, dès le 8 mars à 10 heures, le président portugais disait à ses concitoyens de rester chez eux ? Il y a quand même quelque chose qui s'est passé à ce moment-là que l'on aimerait bien comprendre. Ce que nous a dit le professeur Fontanet, c'est que, s'il y avait des cas isolés, cela ne signifiait pas pour les épidémiologistes que le virus circulait de façon très active. Nous y reviendrons à l'issue des dernières auditions et nous entendrons bien évidemment les pays étrangers, de l'Allemagne aux pays asiatiques, qui ont obtenu des résultats différents des nôtres.

Madame Hidalgo, vous avez évoqué l'idée d'une organisation autour de l'AP-HP, des médecins de ville et autres. Comment intégrez-vous les hôpitaux hors AP-HP, où un patient sur deux a été hospitalisé ? Concernant la disparition de la double tutelle, que vous avez évoquée, la présidente de l'Oise, que nous entendions la semaine dernière, n'est pas allée jusqu'à nous dire clairement que le département devait détenir la tutelle exclusive...

Monsieur Baroin, comment échangez-vous avec l'ensemble des maires en cette période où l'épidémie n'est pas terminée, avec des frémissements dans certains départements comme la Mayenne ou en Bretagne ? Passez-vous par les associations départementales ? Vous, communes, départements, Ville de Paris, vous sentez-vous prêt à faire face si jamais l'épidémie reprenait ? Disposeriez-vous de suffisamment d'équipements comme les tests, dont le manque a joué un rôle majeur dans le retard que nous avons pris au début de la crise ?

**Mme Anne Hidalgo.** – Le lien avec l'AP-HP est très important à Paris ; il est historique. Il est évidemment important que les élus de la ville et le principal hôpital public travaillent ensemble. L'idée n'est pas de mettre de côté tous les autres – médecine de ville, hôpitaux qui ne relèvent pas de l'AP-HP, cliniques –, qui sont évidemment des acteurs de santé extrêmement importants. Notre idée est de travailler en lien avec l'AP-HP à la création d'une direction de la santé publique ; cela lui permettrait de sortir d'une organisation qui, avec les regroupements hospitaliers, a éloigné la décision du terrain. Les patients d'un hôpital s'y rendent parce qu'il est près de chez eux, même s'il joue aussi un rôle de grande plateforme à l'échelle nationale, voire internationale. Il s'agit non pas de recréer des fractures, des barrières comme celles qui nous ont perturbés dans la gestion de cette crise, mais d'apporter de la proximité et de la déconcentration à partir des maires d'arrondissements, que je doterai, sans qu'il soit nécessaire de modifier la loi PML, de compétences dans ce domaine.

Sommes-nous prêts ? Évidemment, nous surveillons de près l'évolution des contaminations. À Paris, le taux de reproduction est aujourd'hui de 1,26 ; pour rappel, un taux de 1,5 vous fait basculer en zone orange. Les 20-40 ans sont les plus touchés. Il n'y a pas d'augmentation des hospitalisations, mais il y a une augmentation du nombre d'appels du SAMU vers les hôpitaux de 60 % dans les dernières semaines. Le nombre de cas, 1618, a augmenté de 64 % par rapport à la semaine précédente. Nous pourrions donc enclencher une action plus importante sur les masques et les tests, seules façons d'éviter un confinement et de poursuivre une vie économique, sociale et culturelle.

J'ajouterai juste un dernier mot : pendant toute cette période, je n'ai cessé d'entendre parler de doctrine : « Ce n'est pas la doctrine sur les masques », « Ce n'est pas la doctrine sur les tests ». Il m'est arrivé quotidiennement, lors des réunions avec les autorités de l'État, de dire : par définition, une doctrine n'a rien de divin ; si elle est inefficace et inadaptée, il suffit de décider collectivement d'en changer. Il faut interroger cette façon d'agir du ministère de la Santé, qui, malgré des gens très compétents et très performants, a laissé en permanence cette « doctrine » s'inviter dans nos réunions, où l'on nous répondait qu'il ne fallait pas donner de masques, même à nos agents mobilisés dans les plans de continuité d'activité... Je suis passé outre au bout d'un moment.

Même chose sur les tests : ce n'était pas la doctrine de tester des gens asymptomatiques. Je ne suis pas médecin, ce n'est pas mon champ de compétences, mais en examinant ce qui se passait, je me suis dit que si l'on empêche quelqu'un qui est positif au covid de rencontrer une personne fragile, cela coupe une chaîne de contamination... Sur ce genre de sujets, il faut évidemment une égalité de tous nos concitoyens sur tout le territoire, mais il faut éviter de prendre des décisions qui produisent plus de chaos qu'il n'y en a déjà.

**M. Frédéric Bierry.** – Il faudrait effectivement éviter la double habilitation qui constitue une lourdeur administrative, un temps perdu que l'on pourrait consacrer à l'humain. L'ADF a pris en assemblée générale une délibération pour porter l'attention à nos aînés auprès du Gouvernement, dans le cas de la future loi relative à l'autonomie.

Pendant la crise, j'ai pu interroger les services sanitaires de Taïwan, où il y a eu très peu de décès. Ayant souffert du SRAS, ils avaient bien analysé la manière d'éviter la propagation des virus et pratiquaient donc les masques et les tests. Je me suis tout simplement inspiré de leur travail. Avec l'ensemble des départements, nous souhaitons consacrer notre action aux masques, aux tests, au gel et aux capacités à isoler les personnes. Avec l'augmentation relative des cas aujourd'hui, j'ai décidé de tester à nouveau tous les Ehpad, en particulier ceux qui n'ont pas été touchés. Nous pourrions redéployer davantage de tests si nous constatons que le covid se répand davantage.

**M. François Baroin.** – Les maires sont très attentifs. On ne peut pas dire qu'ils soient inquiets, mais ils sont préoccupés. Ils sont attentifs à ce qui se passe en Bretagne et en Mayenne. Dans les régions limitrophes de l'Île-de-France, c'est-à-dire la deuxième couronne du grand bassin parisien, une augmentation pourrait toucher des régions qui ont déjà été très touchées, du Nord et de la Picardie jusqu'au sud de l'Alsace, en franchissant Champagne-Ardenne et Lorraine. On pourrait penser que ces zones sont plus protégées, ayant été plus touchées, mais ce n'est pas garanti.

Nombre de maires mettent en place depuis une semaine des dispositifs de tests gratuits dans les quartiers au plus près des populations. Ce qui est impressionnant, c'est que la peur, qui était réelle au début, retrouve aujourd'hui un élan indiscutable : en témoigne le nombre de personnes qui acceptent par 30 degrés en fin de matinée d'être dans une file d'attente de 150 à 200 personnes à deux mètres de distance pour pouvoir être testées, parce qu'elles ont peur pour elles et pour les autres. Les tests seront fondamentaux au mois d'août et à la rentrée scolaire. Notre intime conviction est qu'il faut les généraliser beaucoup plus, sur tout le territoire et pendant tout l'été.

Objectivement, il y a une forme d'indécence à considérer qu'il y aurait un surstockage de masques. On a trop payé pour savoir ce que voulait dire ne pas avoir de stock ! Je ne suis pas sûr que toutes les communes puissent avoir des stocks pour dix semaines, mais je pense qu'elles ont toutes au moins pour quatre à cinq semaines de protection pour leurs agents et une partie des opérateurs qui dépendent du périmètre de la sphère municipale ou intercommunale. Il est aujourd'hui communément accepté que chaque Français possède son masque et peut en avoir d'autres, ce qui fait une grande différence entre une éventuelle deuxième vague et ce que nous avons vécu à l'occasion de la première. La question n'est plus l'accès, mais la gratuité, qui a la faveur de quelques élus. Il y a beaucoup de publics fragiles pour qui le prix n'est pas rien et qu'il faudra accompagner en cas de reprise. Le stockage du gel consomme beaucoup d'espace. Comme la production est plus facile, ou du moins existe en France, les maires peuvent partager et échanger. Ils veulent beaucoup plus de tests et se préparent à une deuxième vague.

**Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure.** – Dans votre propos liminaire, Madame Hidalgo, vous avez fait état d'une solidarité, d'une synergie avec les acteurs concernés, notamment l'État territorial. Mais je reviens sur un point qui a fait débat. Vous avez dit dans un média : « Quand je comprends que le Gouvernement ne rouvre pas les parcs et les jardins, je suis atterrée. Cette décision est d'une débilité inouïe. C'est la décision la plus bureaucratique et jacobine qui soit : les Parisiens s'entassent sur des bouts de trottoir et nos aînés n'ont nulle part où marcher. Je ne lâche pas le morceau, parce que cette décision, c'est de la maltraitance. »

Madame la maire, comment expliquer ce clash au milieu de la belle synergie que l'on ressent effectivement dans les auditions concernant l'Île-de-France ? Pourquoi cette

décision qui a eu effectivement un impact majeur ? Vous avez parlé aussi de la question de la réouverture des écoles. Peut-être y a-t-il eu d'autres clashes ?

**Mme Anne Hidalgo.** – Il est vrai qu'il y a eu, à Paris et plus largement en Île-de-France, une coopération, une confiance, une entente entre les différents protagonistes : préfet de police, préfet de région, ARS, directeur général de l'AP-HP et moi-même. Même s'ils étaient soumis à une obligation de réserve, ils partageaient mon opinion sur les parcs et jardins, interdits aux Parisiens alors que ceux-ci, confinés dans des appartements très petits, avaient été exemplaires. J'avais pourtant proposé un protocole – port du masque, gel, jauge maximale pour éviter la surpopulation – que tout le monde semblait trouver pertinent et adapté.

C'était sans compter la fameuse doctrine : c'est comme cela qu'on distingue une zone rouge d'une zone non rouge, m'a-t-on répondu. Cela n'avait pourtant pas le même sens à Paris ou dans une région où les gens ont des jardins. J'ai cru, lors d'une vidéoconférence à laquelle participait François Baroin, que je réussirais à convaincre le Président de la République et les ministres. Quelle n'a pas été ma stupeur lorsque j'ai entendu le ministre de l'intérieur nous dire qu'il s'était rendu sur la pelouse des Invalides – où précisément il était impossible de contourner le nombre de personnes ou de rendre le port du masque obligatoire, comme nous proposons de le faire – et que ce spectacle l'avait convaincu de refuser. Les bras m'en sont tombés. Je le redis ici : c'est la décision la plus débile et la plus bureaucratique que j'ai eue à connaître, et celle-ci, je n'ai pas pu la contourner.

**M. Frédéric Bierry.** – Pendant le déconfinement, l'État a fait semblant de territorialiser : cela n'a eu pour effet que de stigmatiser les zones rouges, sans réelle différenciation. Je l'avais dit à Édouard Philippe : faites confiance à la sphère publique territoriale à l'échelle départementale. Lorsque l'on parle de périmètres régionaux, il y a des endroits où c'est tout à fait cohérent, comme en Bretagne ou en Normandie, mais lorsque la région comporte dix départements comme le Grand Est, cela n'a plus de sens : la situation dans la Marne n'a rien à voir avec celle de l'Alsace. À l'époque, j'avais demandé huit jours de plus pour déconfiner, car, dans ce laps de temps, j'avais la possibilité de fournir des masques à tous les habitants, mais cela n'a pas du tout été pris en considération.

**M. François Baroin.** – Il y a eu beaucoup d'échanges, beaucoup de communications, beaucoup de vidéos, beaucoup de coups de fil : sur ce plan, on ne peut pas se plaindre. Même lorsque j'étais membre du Gouvernement, je n'ai pas parlé avec autant de ministres que pendant le confinement ! Mais cela n'a pas empêché un mur d'incompréhension. Ce n'est pas personnel, c'est culturel : la « doctrine » qu'évoque Anne Hidalgo est l'expression d'un État ultra-centralisé, malgré la bonne volonté des acteurs.

Le chef de l'État, le Premier ministre de l'époque, les membres du Gouvernement ont fait ce qu'ils pouvaient : ils ont eu à affronter une situation beaucoup plus difficile que tout ce que les gouvernements précédents ont eu à gérer, y compris sous Nicolas Sarkozy avec la crise financière. Je me suis battu comme président de l'AMF, Anne Hidalgo s'en souvient, pour demander que les hôtels de ville soient les centres logistiques où l'on aurait concentré les masques pour les affecter et en assurer la distribution ; nous avions les agents techniques que les ARS n'avaient pas, nous avions les moyens que les hôpitaux n'avaient pas, nous avions la possibilité de payer « au cul du camion », ce que l'État ne pouvait pas, nous avions la possibilité d'envoyer les agents à Vatry ou ailleurs. Tout ce dispositif, nous l'avons mis à la disposition de l'État, qui a refusé parce que « ce n'était pas la doctrine ». La bureaucratisation

et la centralisation de l'État ont été l'une des causes des grandes difficultés que nous avons observées sur certains territoires.

**Mme Michelle Meunier.** – Je vous remercie de la clarté de vos propos. Vous avez parlé des Ehpad, mais trois quarts des personnes âgées de plus de 80 ans vivent à domicile, parfois très isolées ; cela a montré tout l'intérêt des centres communaux d'action sociale, qui sont devenus un peu plus visibles dans le secteur de l'aide sociale.

Le secteur de l'aide à domicile a été le grand oublié dans la distribution des équipements de protections, qu'il a attendus jusqu'à quatre, voire cinq semaines. Bien sûr, la débrouille, le dépannage et la solidarité ont fonctionné. Mais comment aurait-on pu améliorer cette distribution ?

Monsieur Baroin, vous avez parlé de rentrée scolaire. Je ne reviens pas sur la discontinuité des réponses faites aux familles d'enfants porteurs de handicaps. Février et mars sont habituellement des périodes de réorientation et d'orientation pour ces enfants auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Avez-vous des retours sur l'état d'avancement de ces dossiers en comparaison avec les années passées, compte tenu des incertitudes qui pèsent encore sur la rentrée scolaire ?

**M. Roger Karoutchi.** – D'audition en audition, nous cernons bien les problèmes. L'organisation optimale que vous préconisez nécessite une nouvelle loi de décentralisation. Mais, si la pandémie rebondit en octobre, nous n'aurons pas le temps de voter une telle loi. Vos interlocuteurs ont-ils changé leur manière de fonctionner ? Même sans nouveau texte législatif, peut-on espérer une meilleure organisation et plus de capacité d'action pour les maires ? Dans mon département des Hauts-de-Seine, ce sont les mairies qui ont fait le travail et, aujourd'hui, ce sont elles qui font des stocks comme elles le peuvent.

La pandémie reviendra, si l'on en croit Olivier Véran, qui a déclaré ce matin que nous n'en étions pas encore à la deuxième vague – pas encore ! Si la contamination touche essentiellement des jeunes, sommes-nous réellement sûrs de prendre toutes les mesures qui s'imposent ? J'entends ainsi le ministre du commerce extérieur annoncer la réouverture des foires et salons. Nous avons étendu les terrasses, et c'était nécessaire parce que nos restaurateurs sont sur la paille. Elles étaient censées respecter des règles, mais allez en inspecter une ou deux : il n'y a plus de distanciation, plus de masques, et les gens s'agglutinent. Finalement, à trop vouloir respirer pendant l'été et à considérer davantage l'économique que le sanitaire, ne prenons-nous pas le risque d'un rebond incontrôlé en septembre ou octobre ?

**Mme Annie Guillemot.** – Vous avez beaucoup parlé du préfet, de l'ARS, mais personne n'a parlé de l'agence Santé publique France. C'est récurrent dans toutes les auditions, et il faudrait en tirer les conséquences. Dans la région lyonnaise, l'ARS disait que les masques avaient été envoyés par Santé publique France, mais dans le Maine-et-Loire... Certes, nous avons tous eu ces problèmes, sauf à Paris. Vous avez parlé de la confiance vis-à-vis de nos concitoyens. Mais quand Philippe Laurent est attaqué par le préfet, cela ne la renforce pas.

J'ai été chargée d'une mission sur le logement et l'hébergement avec Dominique Estrosi-Sassone ; les acteurs de l'hébergement d'urgence ont été pris de sidération : ils n'avaient aucun masque, alors qu'ils sont missionnés par l'État, et ils ne pouvaient pas prendre en charge des gens dans leurs foyers. Je ne sais pas s'ils sont prêts à affronter une

deuxième vague : ils auront sans doute des problèmes de recrutement. On ne peut pas laisser 100 personnes dans un même foyer, et cela relève des collectivités locales.

En ce qui concerne le logement, de la même façon que lorsqu'il y a beaucoup de neige, les agents des services publics qui habitent à 50 kilomètres ne peuvent pas venir travailler ; nous avons constaté un problème dans le logement des soignants, qui habitent souvent très loin. Il faudra réfléchir à résoudre ce problème de mobilité, et pas seulement de transport – je pense à toutes les femmes qui nous disaient qu'elles avaient très peur dans les transports en commun, parce qu'il n'y avait plus personne. Je veux bien que l'on indemnise d'Île-de-France mobilités pour la perte qu'elle a subi, mais il faut se souvenir que toutes les autorités organisatrices des mobilités (AOM) en ont subi : à Lyon, c'est près d'un milliard d'euros.

J'ai été maire de Bron, sur le territoire duquel se trouvent l'hôpital cardiologique, l'hôpital neurologique, l'hôpital femme-mère-enfant et l'école de santé – les établissements de santé représentent un tiers du territoire. Mais ce n'est plus le maire qui signe les permis de construire, et ce n'est plus lui non plus qui siège au conseil d'administration. J'ai lu qu'au Ségur, l'AMF n'a pas obtenu satisfaction. Pourquoi ? Si les maires ne sont pas impliqués de nouveau dans la gouvernance des hôpitaux, cela va poser des problèmes.

S'agissant de la confiance, des généralistes ont lancé hier un appel, parce que les malades qu'ils envoient se faire tester n'arrivent pas à l'être avant les autres. Comment voulez-vous que les Français aient confiance dans ces conditions ?

**Mme Victoire Jasmin.** – M. le président de l'AMF critique avec raison la centralisation excessive. Mayotte et la Guyane ont été confinées comme l'Hexagone. Pourtant, c'est après que l'on a vu le nombre de cas augmenter considérablement, empêchant par exemple le deuxième tour des élections municipales. Les sénateurs de ces deux territoires ont protesté récemment auprès du Gouvernement, parce qu'ils ne sont pas satisfaits de la façon dont leur point de vue est pris en compte.

Vous avez parlé de dichotomie concernant le commandement opérationnel. Ne serait-il pas opportun de saisir justement cette situation sanitaire difficile pour utiliser et même valoriser l'existant ? Nous avons déjà des plans de continuité d'activité ; ne devrions-nous pas les prendre en compte, ainsi que les contrats locaux de santé intercommunaux ? Tous les partenaires font partie des conférences de santé et des conférences de l'autonomie, mais ne travaillent pas forcément ensemble.

**Mme Anne Hidalgo.** – Concernant les personnes âgées vulnérables, pendant la période de confinement, nous avons puisé dans nos stocks de masques pour équiper celles et ceux qui devaient se rendre à leurs domiciles, notamment pour le portage de repas. Nous avons activé dès le début de la crise le dispositif Chalex, prévu pour les cas de canicule. Nombre de bénévoles, notamment des agents publics, sont venus aider le service de renseignement téléphonique 39 75, avec un renvoi vers les services pour appeler les personnes qui auraient montré ou parler d'une vulnérabilité. Nous avons aussi développé avec la protection civile une plateforme d'appel chargée de s'enquérir de la situation des personnes vulnérables isolées, qu'il s'agisse de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap.

Concernant les grands hébergements collectifs, avec le préfet d'Île-de-France, Michel Cadot, et les associations, nous avons cherché à voir comment nous pouvions en sortir

pour privilégier d'autres hébergements, y compris en hôtel. Cela n'a pas été facile, et il faut que nous approfondissions la question : un hébergement collectif peut se transformer en cluster. Les associations ont distribué quelque 17 000 repas par jour à des personnes qui étaient sans domicile, mais aussi à des familles ou à des retraités qui étaient en très grande difficulté financière. Nous avons aussi pu puiser dans nos stocks de masques pour leur en fournir. Les bénévoles des grandes associations humanitaires sont souvent des personnes âgées, donc fragiles ; ils ont dû chercher des jeunes, qui sont venus renforcer leurs actions.

Santé publique France n'était pas du tout dans mon viseur, donc je ne saurais pas vous en parler.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** – Il faut lancer un avis de recherche !

**Mme Anne Hidalgo.** – Effectivement, monsieur Karoutchi, il faut se poser la question de la réforme de l'organisation de notre pays à très court terme, pour faire face à une éventuelle augmentation du nombre de cas avant la fin de l'été ou en septembre.

Nous devons clarifier deux points. La doctrine sur les masques n'est pas nette. Le recours contre la décision de Philippe Laurent est préoccupant. Les maires devraient pouvoir, en prenant certes l'avis des autorités sanitaires, mais en fonction de la situation de leur territoire, prendre une décision comme celle de rendre le port du masque obligatoire pour telle activité ou dans tel espace public. Malheureusement, on traîne encore cette idée que le masque ne servirait à rien. Quelqu'un m'a même dit : « Je suis fils de médecin, je peux vous dire que ça ne sert à rien ! ». J'ai répondu : « Je suis fille d'électricien et je pense que c'est utile. » En Asie, c'est le point de départ de toute politique de freins aux contaminations.

C'est la même chose pour les tests. Comme dans d'autres villes, nous avons décidé de mettre à disposition à Paris-Plage des tests PCR et sérologiques gratuits. Il y a des files d'attente tous les jours. Avant Paris-Plage, nous avons installé de grands barnums à plusieurs endroits, et cela a été un succès assez impressionnant. Le fait qu'il y ait plus besoin de prescription médicale nous permet désormais de mobiliser des gens que l'on ne pouvait pas mobiliser auparavant.

Comment vois-je la rentrée dans une ville comme Paris ? Sur chaque place du village de nos arrondissements, devant la mairie d'arrondissement, il y aura un barnum pendant une ou deux semaines d'affilée avec des tests gratuits pour toutes celles et ceux qui le voudront. Nous avons mis en place avec l'AP-HP et des médecins de ville un dispositif qui permet d'intervenir assez rapidement si un cluster est identifié, en proposant aux personnes de s'isoler. Mais aujourd'hui, maire de Paris, je n'arrive pas à obtenir l'information sur l'emplacement des clusters parisiens. Ce sont des données confidentielles !

À la rentrée, nous allons donc devoir travailler sur les masques, les tests et le partage des données, si nous ne voulons pas nous retrouver au point de départ, c'est-à-dire à la situation du début du confinement. Nos concitoyens ne le comprendraient pas et auraient raison de nous en vouloir. Il faut laisser les maires s'organiser : ce sont eux qui connaissent le mieux leur territoire.

**M. Frédéric Bierry.** – Mme Meunier a raison sur les réseaux d'aide à domicile : nous étions tellement obsédés par les Ehpad que nous les avons un peu oubliés au départ. J'ai été interpellé sur les réseaux, et nous leur avons aussi livré des masques toutes les semaines. Aujourd'hui, nous travaillons avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA),

pour revaloriser les métiers du maintien à domicile. Car, dans ce domaine, si l'offre n'est pas suffisante, nous prenons le risque de créer une embolie dans les Ehpad et les hôpitaux. Cela représente un coût. Surtout c'est dommage pour la vie quotidienne de nos aînés, qui, pour la plupart, veulent rester chez eux.

Nous voulons accompagner ces métiers dans la crise et les aider à se développer à l'avenir. Il me semble qu'ils n'ont pas été inclus dans la revalorisation décidée lors du Ségur, alors que ce serait nécessaire.

Je n'ai pas d'alerte particulière en ce qui concerne les MDPH et l'intégration scolaire des élèves. J'ai bon espoir que, territoire par territoire, les choses se feront correctement.

Monsieur Karoutchi, la confiance entre les collectivités et l'État est à géométrie variable. Il existe d'excellents préfets, avec lesquels on peut s'entendre très bien, comme c'est le cas avec la préfète du Bas-Rhin, avec qui je travaille remarquablement au quotidien et qui respecte le rôle de l' élu. Mais je constate, au regard des remontées que j'ai pu avoir d'autres départements, que cela n'est pas toujours le cas. Cela vaut aussi pour les liens avec les ARS.

Nous voulons aussi tirer parti des bonnes pratiques. Face à une situation sans précédent, beaucoup a été fait grâce aux chaînes de solidarité qui se sont mises en place entre les acteurs associatifs et économiques, les communes, les intercommunalités, les départements et les régions. Nous cherchons à faire remonter à l'ADF les bonnes pratiques, pour que celles-ci puissent essaimer. Nous ne devons pas perdre les chaînes de solidarité qui ont été développées pendant cette période.

Je suis un fervent partisan des contrats locaux de santé et, j'ajouterais, médico-sociaux et sociaux, car si l'on veut mener des actions de prévention sanitaire, il faut lier les trois dimensions. Ces contrats doivent se construire à partir des bassins de vie, et il faut les renforcer si l'on veut disposer d'un service public de santé efficace.

La France compte 1 200 agences d'État, qui coûtent 60 milliards d'euros à notre pays. Je constate que l'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.

En ce qui concerne le logement des soignants, des solutions ont été mises en place au cas par cas dans un certain nombre de départements, qui permettaient d'isoler les personnes. Il faudra les faire remonter au titre des bonnes pratiques. Si la pandémie reprend, notre capacité à isoler sera un enjeu. Dans nombre de départements, nous avons mené un travail avec l'État pour réserver des chambres d'hôtel, et cette procédure pourrait être développée. L'isolement a finalement été très peu développé pendant la crise ; si elle revient, il faudra y avoir recours davantage.

**M. François Baroin.** – Je ne reviendrai pas sur ce qui a été dit par M. Bierry sur les aides à domicile. Nous sommes dans la même logique. Cette question est liée à la problématique de l'hébergement, en cas de quatorzaine, si l'épidémie revient. Je suis surpris que les propositions émises par des entreprises comme Accor n'aient été saisies au vol que par Paris ou quelques métropoles, et non par l'État. C'est regrettable, mais il n'est pas trop tard : le système de la quatorzaine dans des hôtels disponibles, sans touristes, avec un

accompagnement de la part des mairies, des centres communaux d'action sociale ou de l'État, pour fournir notamment l'alimentation de manière gratuite, est judicieux.

Dans la mesure où c'est l'État qui impose le confinement, il est normal que celui-ci prenne à sa charge la vie quotidienne de ces personnes pendant quatorze jours. Il est préférable de les héberger dans des hôtels, plutôt que dans des centres d'hébergement, qui sont affectés à d'autres missions, ou plutôt que de les laisser à domicile, dans une situation d'isolement qui peut se révéler compliquée. On peut faire preuve de finesse et s'adapter en fonction des catégories d'âges, avec une organisation territoriale définie ville par ville, dans le cadre d'un partenariat avec l'État pour assurer une prise en charge à parité. Ce serait une bonne politique.

Même s'il ne l'a pas dit clairement, M. Karoutchi a évoqué le vote d'une loi organique et d'une loi constitutionnelle...

**M. Roger Karoutchi.** – Je n'ai pas dit cela !

**M. François Baroin.** – Vous l'avez dit en filigrane ! J'ai lu récemment les travaux de la Haute Assemblée en faveur d'une nouvelle étape de la décentralisation, qui distinguent clairement les dimensions qui relèvent des lois constitutionnelles, organiques ou ordinaires. Je tiens d'ailleurs à féliciter le Sénat de la qualité de ce travail, qui comporte d'excellentes idées, et j'en assure une promotion la plus large possible, à la mesure de mes modestes moyens.

Pour autant, je ne suis pas sûr que vous pourrez tenir ce calendrier au mois d'août, si l'épidémie revient à l'automne, d'autant que le renouvellement sénatorial aura lieu en septembre. Il semble difficile de prendre d'ici là tous les décrets d'application d'une éventuelle modification constitutionnelle...

Nous devons donc imaginer autre chose. On ne peut pas souhaiter le rétablissement de l'état d'urgence sanitaire, qui revient à donner les pleins pouvoirs au chef de l'État dans le domaine sanitaire et qui constitue une sorte d'article 16 *bis*, que la Constitution ne comporte pas. Si d'aventure ce choix devait être fait à nouveau par le Gouvernement, alors nous devrions écrire ensemble les ordonnances à la lumière de l'expérience que nous avons acquise, par exemple sur les centres logistiques, la distribution du gel hydroalcoolique, l'organisation de l'aide à domicile, les réquisitions des masques ou des autres dispositifs.

Comme c'est l'État qui prend la décision du confinement, il est normal qu'il prenne en charge tout cela, y compris les masques ! Le débat sur la prise en charge par l'État du coût des masques, à hauteur de 50 %, a été hallucinant. L'État ne les a pas distribués ; les collectivités l'ont fait à sa place. Il devrait plutôt nous remercier et nous payer deux fois plus ! Nous avons aussi dû nous battre pour avancer la date de la prise en charge, qui était initialement fixée au moment où le Premier ministre s'est exprimé devant l'Assemblée nationale, soit très tardivement. Comme toujours, les communes, qui ont été à la manœuvre, créatives, agiles, véloces, disponibles, empathiques, efficaces, grâce à leurs services publics au service de leur population, se retrouvent pénalisées et ont à payer ce qu'elles ne devraient pas avoir à financer ! Nous devons donc entrer dans les détails, y compris en matière de financement, pour ne pas mettre les collectivités territoriales en difficulté.

Vous m'avez demandé qui était cet inconnu qui se cache derrière le rideau et qui se nomme Santé publique France. Cet organisme a été créé par le Gouvernement précédent. Il

rassemble plusieurs instituts, avec la mission, apparemment, d'assurer une veille épidémiologique. Toutefois, 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.

Pourquoi les maires n'ont-ils pas été entendus ? Nous allons poursuivre notre combat ! Il y a, à l'évidence, un problème culturel : un État obèse, grevé d'une dette qui a encore augmenté de 20 %, affaibli dans les départements où ses effectifs ont fondu, a toujours l'ambition, vieille de trente ans, mais qui n'est plus d'actualité, d'être présent partout et de s'occuper de tout, alors qu'il est incapable de répondre à toute une série de nouvelles préoccupations, comme on le constate en matière de santé, de logement, de culture, de sport ou d'emploi. Voilà autant de sujets relatifs à une réorganisation des pouvoirs publics sur lesquels la représentation nationale aura à se prononcer.

**M. Alain Milon, président.** – Je le rappelle, Santé publique France est née de la fusion, décidée par la loi santé de 2016, de l'Institut national de veille sanitaire (INVS), de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Ces trois instituts fonctionnaient bien. La volonté était de mutualiser leur fonctionnement, mais, de fait, l'Eprus a disparu, alors que sa mission était justement de s'occuper, notamment, des masques.

**M. François Baroin.** – Pour répondre à la question posée tout à l'heure par Mme Jasmin, le premier voisin de la France, c'est le Brésil ; c'est avec ce pays que nous avons la plus longue frontière.

Or le Brésil est actuellement au cœur de l'épidémie. Cela montre bien les limites d'un confinement généralisé à la totalité du territoire : pour la gestion de l'outre-mer, une vision unilatérale aboutit à des caricatures ! En outre, il n'existait pas de problème de cadre juridique, les articles 73 et 74 de la Constitution permettant une différenciation et des adaptations dérogoratoires au droit commun. Il aurait donc fallu anticiper : la Guyane se trouvant en Amérique du Sud, et compte tenu du caractère inefficace des politiques publiques portées par le Gouvernement brésilien, il était certain que ce territoire serait frappé très vite et que le calendrier de l'épidémie n'y serait pas le même qu'en métropole. Et c'est vrai aussi de Mayotte, où il faut également s'adapter, ce que la Constitution permet.

Madame Jasmin, votre rôle est précieux, et vos collègues présidents des associations départementales des maires ont été très actifs. Nous les avons associés tout au long de la période pour relayer leurs problèmes, qu'il s'agisse de la raréfaction de l'eau potable en Guadeloupe, de la concomitance des épidémies de dengue et de coronavirus dans certains territoires d'outre-mer ou de la situation singulière des départements de l'océan indien. Bref, vous disposez de relais puissants, que nous écoutons et que nous aidons à se faire entendre de l'État.

**Mme Angèle Prévaille.** – Monsieur Baroin, vous nous avez indiqué que les maires, comme les élus en général, n'avaient pas été sollicités pour le confinement. En attendant une loi qui permettra peut-être de les associer davantage à une telle décision, avez-vous fait remonter auprès de l'État leurs sollicitations sur ce sujet ? Avez-vous reçu de la part du Gouvernement des indications permettant de penser que, s'il y avait un nouveau confinement,

vous seriez davantage écouté ? D'ailleurs, selon vous, faudrait-il associer plutôt les régions, les départements ou même les EPCI, pour être au plus près des citoyens ?

Monsieur Bierry, les Ehpad ont été à la peine, et c'était prévisible. Vous avez parlé de manque de masques, de gel et de surblouses. Combien de temps ces problèmes ont-ils perduré ? Ont-ils été vécus comme une fatalité, ou les personnels ont-ils bricolé pour constituer des protections individuelles ? En effet, les résidents d'Ehpad étant confinés, la contamination est entrée dans ces établissements par les agents qui y travaillaient. Enfin, vous avez mentionné la distribution de masques en tissu lavables, fabriqués par un pôle textile en Alsace. En combien de temps ce dispositif a-t-il été opérationnel ? Si d'aventure il nous fallait encore y recourir, combien de temps faudrait-il pour solliciter de nouveau ces ouvrières du textile ?

**Mme Céline Boulay-Espéronnier.** – Monsieur le président de l'Association des maires de France, j'ai été sensible à vos propos quand vous avez souligné que la crise avait d'abord été humaine et psychologique et qu'elle commandait de l'humilité, car on l'a parfois oublié.

Dans une audition à l'Assemblée nationale, Xavier Bertrand rappelait que le premier rôle d'un responsable politique était de prévoir le scénario du pire. Toutefois, je pense que c'est difficile pour un maire, qui est partagé entre le devoir de prévenir les populations et le souci de ne pas créer de psychose. Et s'il n'alerte pas assez, il peut se heurter à une population insuffisamment consciente des dangers qui la menacent au premier chef.

Quand j'entends Mme Hidalgo dire que, en tant que maire de Paris, elle n'a pas le droit de connaître les clusters qui concernent sa ville, les bras m'en tombent ! Et je pense que la plupart des membres de cette commission réagissent comme moi. Dans une crise de cette nature, qui, rappelons-le, est inédite et d'une ampleur inégalée, la première chose à faire est d'informer la population, sinon celle-ci sera inquiète et la crise risque d'être mal gérée.

Madame la maire, j'avais mille questions à vous poser, mais j'ai dû en sélectionner quelques-unes...

La première concerne vos relations avec vos homologues des capitales européennes. En effet, j'ai le sentiment que, s'il y a eu un retard à l'allumage dans la gestion de cette pandémie, c'est parce que la coordination internationale avait elle-même tardé. Or une telle coordination est évidemment essentielle pour réagir à l'échelon national.

Ensuite, quelle est votre appréciation sur la façon dont les arrondissements ont géré cette crise ? Vous avez dit les avoir associés de manière assez précise à partir du mois de février. Selon vous, ont-ils joué leur rôle à parts égales ? Il a beaucoup été question de décentralisation, et la machine parisienne est complexe ; pour vous, il était nécessaire de vous appuyer sur les maires d'arrondissement.

Vous avez évoqué la gestion de l'éventuel rebond de l'épidémie à partir de septembre ou octobre. Où en sont précisément les stocks de masques et les tests ?

Je terminerai par une question qui n'a rien de polémique ni de politique. Vous avez parlé des discussions que vous avez menées à propos de la célébration du Nouvel An chinois, le 25 janvier dernier, de premiers cas parisiens déclarés en janvier et d'un mois de février marqué par l'hyperactivité, avec la constitution de plusieurs cellules de crise et

l'implication des maires d'arrondissement. Toutefois, le 12 mars, à quelques heures de l'allocution d'Emmanuel Macron, vous rassuriez les électeurs en leur disant dans un communiqué de presse qu'ils pourraient aller voter. Vous évoquiez les stylos et le gel hydroalcoolique, mais par définition pas les masques – comme nous n'en avons pas, le Gouvernement nous expliquait qu'il était inutile d'en porter. Vous-même, en tant que maire proche des préoccupations des Parisiens, étiez-vous convaincue que l'on ne prenait aucun risque en allant voter sans masque ?

Comme de nombreux élus autour de cette table, j'ai été beaucoup interrogée pendant le confinement sur le danger que représentait le premier tour des élections municipales. Certains journalistes posaient d'ailleurs des questions polémiques, et il fallait veiller à ne pas se laisser emporter dans des débats qui auraient peut-être été malsains. Reste que, indépendamment du scrutin lui-même, ont été organisées des réunions de préau, auxquelles vous aviez donné votre accord – j'ai rencontré des directrices d'école qui se plaignaient que les préaux n'aient pas été désinfectés ou qui avaient peur de faire prendre des risques pour les enfants, par exemple lors des centres d'été... En outre, même si cela vous concerne un peu moins, il y a eu des réunions post-électorales, pendant lesquelles il était difficile de dire aux gens de prendre leurs distances, parce que les uns avaient besoin de consolation tandis que les autres étaient dans l'euphorie de bons résultats. Et fallait-il qu'il y ait un second tour ?

Enfin, alors qu'il a beaucoup été question de l'accueil et de l'isolement des malades dans des hôtels de confinement à Paris, nous n'en entendons plus vraiment parler. Est-ce que cette option n'est désormais plus retenue ?

**M. Alain Milon, président.** – Pour ce qui concerne la diffusion des données de santé, je dois rappeler que la loi d'urgence sanitaire a levé la confidentialité, mais uniquement pour les établissements sociaux et médico-sociaux, les ARS et Santé publique France. Nous ne l'avons pas fait pour les mairies. Il nous reviendra peut-être de revenir sur cette loi, pour faire en sorte que les maires puissent être informés.

**M. Martin Lévrier.** – Mes questions seront complémentaires. Tout d'abord, je remarque, avec un léger sourire, que l'on parle beaucoup des masques, mais que la doctrine évolue ici aussi : alors que, hier, nous étions tous masqués, ce n'est plus le cas aujourd'hui !

Monsieur Baroin, selon vous, avec le recul dont nous disposons, fallait-il confiner plus tôt ? Et dans ce cas, *quid* des élections municipales ? On a parlé de confinement par zone. Mais si l'on avait pris une telle décision le 13 mars, aurait-il fallu reporter une partie des élections municipales, celles qui avaient lieu en zone confinée, et non les autres ? Comment aurions-nous fait ?

S'agissant des tests, ceux-ci ne servent qu'à détecter les porteurs du virus ; il faut, ensuite, isoler ces derniers. J'aurais aimé connaître votre regard sur l'isolement. Vous parlez beaucoup d'agilité, de décentralisation et de la nécessité d'accorder les moyens nécessaires aux collectivités ; comment envisagez-vous aujourd'hui cet isolement susceptible d'éviter un nouveau confinement ? Quelles sont les propositions que vous auriez pu faire ou que vous avez déjà faites et qui suivent leur cours ? En effet, ne rêvons pas : si l'on veut éviter un reconfinement en octobre ou en novembre, il faudra que soyons capables d'isoler. En la matière, attendre les instructions de l'État, c'est prendre des risques.

**Mme Marie-Pierre de la Gontrie.** – Je vous remercie de cette audition très intéressante,...

**M. Alain Milon, président.** – Elles l’ont toutes été !

**Mme Marie-Pierre de la Gontrie.** – ... qui permet de clarifier les choses. Le paysage se précise peu à peu. Cela a été souligné à plusieurs reprises par le rapporteur, nous sommes toujours confrontés au point aveugle du mois de février. Deux directeurs d’ARS nous ont dit avoir alerté le 25 janvier, et les maires et leur association ont fait au mieux en février. Or, vous l’avez dit, monsieur Baroin, la première réunion organisée à Matignon s’est tenue le 27 février... C’est un sujet qu’il faudra creuser.

Évidemment, se pose le problème de l’implication des collectivités territoriales, de leur coordination et de la nécessaire reconnaissance de leur rôle dans ce type de situation. Monsieur Baroin, vous avez souligné que, pendant la période de confinement, les maires n’étaient impliqués qu’en tant que représentants de l’État ; sans doute les choses ont-elles évolué ensuite, lors du déconfinement.

La question des changements de doctrine a été abordée à propos de plusieurs sujets, comme les parcs et jardins – je n’y reviendrai pas. Mais un n’a pas été évoqué : les écoles et les crèches. En la matière, avez-vous été associé ? Et si tel n’a pas été le cas, comment auriez-vous dû l’être ? En effet, dans ce domaine aussi nous avons constaté et même subi des évolutions de doctrine qui étaient difficiles à comprendre. Or notre souci à tous ici est de savoir, à la lumière de ce qui a fonctionné ou non hier, ce que nous devons faire demain.

**Mme Anne Hidalgo.** – Madame Boulay-Espéronnier, oui, la coordination avec les capitales étrangères – non seulement européennes, mais aussi internationales, au travers du réseau du C40 – a été importante. Nous avons tenu plusieurs réunions, qui nous ont permis d’échanger, et nous continuons d’ailleurs de travailler sur la pandémie. Nous avons également discuté, notamment avec les maires africains, au sein de l’AIMF, l’Association internationale des maires francophones, que je préside, ce qui a permis d’apporter des moyens à un certain nombre de villes.

Les arrondissements ont tous très bien géré la crise, quelle que soit l’orientation politique de leurs maires, qui sont des élus de proximité. Comme tout le monde, ils étaient un peu désœuvrés au début, puis ils ont recensé les publics fragiles, réfléchi aux actions à entreprendre et, surtout, répondu aux demandes qui arrivaient de partout, car tout le monde cherchait une solution ou un moyen d’action.

Les maires d’arrondissement ont assuré une gestion de proximité extrêmement importante. Mon équipe et moi-même avons fait quotidiennement le point avec eux. En outre, j’ai souhaité que tous les maires d’arrondissement soient présents à la réunion hebdomadaire que nous tenions avec les deux préfets et l’ARS, afin qu’il y ait un partage d’information. Enfin, dans la préparation du déconfinement, j’ai moi-même animé tous les jours une réunion avec eux, évidemment par visio-conférence.

Les maires d’arrondissement ont été présents. Ils m’ont indiqué qu’ils ne devaient pas être tenus à la porte des Ehpad parisiens, notamment ceux du CASVP, le centre d’action sociale de la Ville de Paris, en raison d’une doctrine de notre collectivité qui n’avait pas de sens. Ils ont été très présents pour ce qui concerne la fabrication ou la distribution des masques. Nombre de mairies d’arrondissements se sont transformées en lieux de fabrication

de masques pendant toute la période du confinement ; très mobilisées, elles étaient des lieux ressources. Enfin, ils ont diffusé une partie de l'information vers les habitants, dans une démarche de proximité, ce qui a été très utile.

C'est ce qui m'a poussé aussi à considérer qu'il fallait mener un *big bang* territorial, au niveau non seulement de l'État, mais aussi de la Ville de Paris. En effet, nous souffrons nous aussi d'une organisation beaucoup trop centralisée, parce que l'administration parisienne s'est construite à partir d'une administration préfectorale, organisée en tuyaux d'orgue. Même si de nombreuses réformes ont été depuis une vingtaine d'années, il m'est apparu comme une évidence qu'il fallait aller plus loin : mener non pas une énième réforme, mais véritable un *big bang* territorial, et c'est ce que nous allons faire.

S'agissant des décisions prises le 12 mars, comme tous les autres maires, je n'ai pas été consultée, ce qui était d'ailleurs normal. Dès lors, quel était notre travail ? Faire en sorte que l'élection municipale, puisqu'elle était maintenue, se tienne dans les meilleures conditions possible. Pour cela, nous avons travaillé avec tous les maires d'arrondissement et les équipes de la ville, afin de diffuser les messages de prévention qui avaient été conçus au niveau national et que nous avons adaptés avec le préfet de la région Île-de-France. Je n'avais pas la compétence pour dire que le masque était obligatoire, dès lors qu'il ne l'était pas à l'échelle nationale ; en revanche, j'ai recommandé le port du masque pour les personnes symptomatiques ou fragiles, mis en place partout du gel hydroalcoolique, demandé aux Parisiens de venir avec leurs propres stylos, etc. Il me semble – de nombreuses études ont été réalisées sur ce sujet – que les conditions sanitaires du premier tour ont été bonnes ; à ma connaissance, les opérations de vote n'ont pas entraîné à Paris une progression de l'épidémie.

Fallait-il maintenir le second tour ? Je n'ai pas vraiment été consultée. Cependant, il me semble que, dès lors que l'on déconfinait la vie économique, il fallait en faire de même avec la démocratie. Par ailleurs, il paraissait nécessaire de relégitimer les équipes municipales, compte tenu des actions que celles-ci allaient devoir entreprendre par la suite, notamment pour faire face à la crise économique. Une possibilité était de conserver pendant plus d'un an des équipes qui avaient connu un premier tour – certains l'avaient emporté brillamment, comme le maire de Troyes, mais d'autres devaient affronter un second scrutin... Toutefois, il était difficile de vivre un aussi long entre-deux, alors même qu'il fallait engager de façon très importante nos collectivités, y compris sur le plan budgétaire, pour répondre à la fois à la crise sanitaire et à la crise économique.

Je pense donc que la décision d'organiser le second tour le 28 juin, avec les précautions qui ont été prises, a été une très bonne décision, en tout cas d'un point de vue démocratique et compte tenu de la nécessité de doter les communes d'équipes capables de les engager. Néanmoins, tout le monde a observé le niveau d'abstention, dont une grande part était liée à la peur de nos concitoyens, et cela nous laisse plus qu'interrogatifs. Il n'y avait pas de bonne solution, mais je pense que celle qui a été retenue était la moins mauvaise.

J'en viens à la question de l'accueil et de l'isolement. Avec le groupe Accor, l'AP-HP, la protection civile et nos propres équipes, nous avons mis en place le dispositif Covisan, qui vise à tester, puis à proposer des chambres d'hôtel aux personnes atteintes du Covid. Nous avons commencé par les quartiers populaires et par ceux qui sont adossés à un hôpital. Or, même si je n'ai plus le chiffre en tête, les chambres d'hôtel n'ont pas été très prisées. Nombre de nos concitoyens ont apprécié qu'on leur propose cette solution d'isolement, mais ont préféré rester à leur domicile. Nous avons alors mis en place, avec le

centre d'action sociale de la Ville de Paris, un système de portage des repas, soit à domicile, soit à l'hôtel.

Cette question de la proposition d'isolement sera essentielle. La finalité des tests est en effet de casser les chaînes de contamination. Il faut offrir un hébergement et une prestation de portage de repas pour éviter que les gens atteints ne contaminent les membres de leur famille ou d'autres personnes lors de leurs déplacements. Il faut conjuguer les masques, les tests et l'isolement des personnes testées positives – avec leur accord, naturellement, car il ne s'agit pas de forcer qui que ce soit ; grâce à la pédagogie et à un important travail médico-social, nous pourrions convaincre les personnes porteuses du virus de s'isoler. Il faut donc absolument réactiver les hôtels : nous risquons d'en avoir besoin.

En ce qui concerne l'accueil en crèches, qui relève de la compétence exclusive de la commune, nous avons décidé d'assurer tout de suite l'accueil des enfants des personnels soignants, des agents municipaux de première ligne, ainsi que les enfants des travailleurs dits de la « deuxième ligne ».

Pour les écoles en revanche, pour lesquelles nous détenons une compétence conjointe avec le ministère de l'Éducation nationale, nous avons tenté d'adapter la doctrine retenue, selon laquelle n'étaient prioritaires que les enfants des personnels hospitaliers. J'étais personnellement convaincue que la réussite du déconfinement était conditionnée à une très large réouverture des classes, afin notamment que nos concitoyens puissent reprendre le travail. La solution retenue a emprunté aux deux visions, et je me félicite du travail mené en bonne intelligence avec le rectorat et les maires d'arrondissement.

**M. Frédéric Bierry.** – Fin mars et début avril, j'ai personnellement reçu des appels et témoignages de directeurs d'Ehpad m'affirmant qu'en cas de persistance des pénuries de masques, ils n'auraient pas d'autre choix que de faire valoir leur droit de retrait. Face au silence des pouvoirs publics les concernant, mon département a été contraint de construire une chaîne de solidarité autonome avec différents acteurs économiques. Ces actions, bricolées dans l'urgence, se sont composées d'achats sporadiques ou de montages de filières de production spécifiques. On a ainsi pu s'appuyer sur des chambres consulaires et quelques entreprises, dont la production a été intégralement absorbée par les commandes des départements et des intercommunalités ; ce réseau, toujours actif, nous permet d'envisager l'avenir avec davantage de sérénité qu'au plus fort de la crise.

Dans le prolongement des échanges que nous avons eus sur l'approfondissement nécessaire de la décentralisation, je constate que ce recours contraint au tissu économique local a dépassé le strict cadre des missions que la loi attribue aux départements. Pour autant, cette initiative a été plutôt conclusive car, en plus d'assurer l'équipement de personnels dépourvus de masques, elle a permis de soutenir la commande publique au sein de nos territoires et de mobiliser, dans le cadre de dispositifs d'insertion professionnelle, de jeunes couturiers qui n'avaient jusqu'alors pas la possibilité d'exercer.

Vous avez posé la question de la coopération internationale. En tant qu'élu d'un territoire frontalier, j'ai été, au début de la crise, confronté aux blocages qu'on opposait de part et d'autre à toute collaboration des acteurs transfrontaliers. Fort heureusement, ces blocages ont été progressivement levés, et les contacts entre nos deux ministres des Affaires étrangères ont permis l'accueil de patients français dans des hôpitaux allemands. J'ajoute que la compétence que nos voisins allemands reconnaissent aux maires dans la définition de l'offre hospitalière a permis de nouer des contacts à un niveau nettement plus pertinent.

Monsieur Lévrier nous a posé la question de l'opportunité d'un confinement plus précoce. J'avais eu moi-même le Premier ministre Edouard Philippe au téléphone pour plaider pour un confinement immédiat et large du monde économique. Il me paraissait aberrant que les possibilités de « télétravail » soient ouvertes aux « cols blancs », alors que certains « cols bleus » se voyaient contraints en pleine crise de se rendre sur leur lieu de travail. J'avais également alerté la ministre du travail Muriel Pénicaud sur les risques qu'engendrait cette dichotomie en termes de communication.

Madame de la Gontrie, les départements ne détiennent pas de compétence directe en matière de crèches et d'écoles. Nous avons cependant des liens privilégiés avec les assistantes maternelles, que nous avons pu équiper en masques.

**Mme Marie-Pierre de la Gontrie.** – Était-ce à votre initiative ?

**M. Frédéric Bierry.** – Oui, en partenariat avec la caisse d'allocations familiales (CAF). Cet exemple, entre autres, vous démontre l'agilité et la réactivité dont il nous a fallu faire preuve.

**M. François Baroin.** – Si l'on doit retenir un message fort de notre audition de ce matin, c'est celui que tous les maires de France, de la maire de Paris au maire de la plus petite commune, partagent depuis cette crise une même vision de la décentralisation. Leur front est plus uni que jamais, non pas contre l'État, mais dans une position sereine et raisonnable l'invitant d'une même voix à libérer de nouvelles compétences. Ce message semble avoir été entendu par le Gouvernement, mais en reste pour l'heure au stade des bonnes intentions.

L'expérience l'a heureusement montré : la levée du confinement a été une opération réussie grâce à l'étroite collaboration des maires. Sans cette souplesse territoriale, qui ne leur avait pas été accordée au moment du confinement, on aurait indéniablement couru à la catastrophe.

Dois-je vous faire la liste des sujets – tous cruciaux – profondément impactés par le confinement et qui relèvent tous de la compétence des maires ? Alors que s'ouvre un nouveau mandat municipal, nos concitoyens, dans cette période d'incertitude, n'ont jamais autant attendu de leur commune. Je ne retiendrai que l'exemple des transports publics, dont le modèle est à repenser entièrement et dont le financement, bizarrement assis sur la fréquence d'utilisation des usagers, a été profondément mis à mal par les décisions ministérielles liées au confinement. Les maires devront à l'avenir être associés à ces décisions.

Sur le maintien du premier tour des municipales, nous n'avons tous simplement jamais été consultés. La décision a été celle du Gouvernement seul et nous n'étions, comme la loi le prévoit, que les organisateurs du scrutin. Notre seul rôle a été de nous assurer que la circulaire Castaner, qui requérait que le vote se déroule en respect scrupuleux des mesures de protection sanitaire, soit matériellement appliquée. A ce titre, l'organisation de ce scrutin a préfiguré le modèle de la vie quotidienne des établissements recevant du public (ERP) telle que nous la connaissons encore aujourd'hui.

Autant nous n'avons pas contesté de ne pas participer à cette décision, autant nous aurions apprécié que le Gouvernement nous informe préalablement de l'annulation du second tour. Nous avons favorablement accueilli la date de son report, notre seule revendication étant que ce dernier ne soit pas confondu avec d'autres scrutins locaux à venir en 2021.

De façon plus générale, jusqu'au premier jour du confinement, nous n'avions accès à aucune information délivrée par le conseil scientifique. Les seules informations nous dispositions nous étaient directement communiquées par le Gouvernement, une fois le conseil scientifique consulté. Aussi, je regrette de ne pouvoir vous répondre sur notre appréciation de l'opportunité du confinement, puisque nous n'avons pas été invités à donner notre opinion. Tout au long de cette crise, les maires ont été avant tout perçus comme des agents de l'État, ce qu'ils ne sont pourtant qu'en partie.

Madame de la Gontrie, nos contacts avec l'Éducation nationale ont été constants. Le sujet de la réouverture des écoles a été pour nous très compliqué, en raison du caractère obligatoire de la reprise des classes mais du caractère facultatif de la présence des élèves. Les premiers jours, les parents ne souhaitaient pas renvoyer leurs enfants dans les établissements, par inquiétude. J'ajoute que les parents les plus inquiets étaient bien souvent ceux habitant dans les quartiers les plus difficiles, ce qui nous expose encore aujourd'hui à des situations importantes de décrochage. A cet égard, la rentrée de septembre prochain sera plus que jamais un moment fondamental, et je crois que le ministère de l'Éducation nationale en est très conscient.

Bien qu'intéressante, l'idée du protocole Sport, Santé, Culture, Civisme (2S2C), qui offre aux élèves un programme d'activités compatible avec les nouveaux quotas de présence en classe maternelle et élémentaire, ne nous a pas paru devoir être diffusée sur un mode obligatoire. L'État assure en effet un forfait de 110 euros par jour et par atelier de 15 enfants maximum, alors que le coût moyen total de ce dispositif se situe autour de 270 euros. Les communes ne sont pas prêtes à se voir imposer ce complément de financement.

**Mme Annie Guillemot.** – On les comprend !

**M. Alain Milon.** – Je vous remercie.

*Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible [en ligne sur le site du Sénat](#).*

*La réunion est levée à 13 h 00.*

**COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES PROBLÈMES SANITAIRES ET  
ÉCOLOGIQUES LIÉS AUX POLLUTIONS DES SOLS QUI ONT  
ACCUEILLI DES ACTIVITÉS INDUSTRIELLES OU MINIÈRES ET SUR  
LES POLITIQUES PUBLIQUES ET INDUSTRIELLES DE  
RÉHABILITATION DE CES SOLS**

**Mardi 16 juin 2020**

- Présidence de M. Laurent Lafon, président -

*La téléconférence est ouverte à 17 h 45.*

**Table ronde sur la reconversion des friches industrielles en région lilloise (en  
téléconférence)**

**M. Laurent Lafon, président.** – Mes chers collègues, nous poursuivons nos auditions en accueillant des responsables de la métropole européenne de Lille. Nous aurions aimé vous rendre visite, mais le confinement et les restrictions du déconfinement ont rendu les déplacements plus compliqués. Il était pour nous extrêmement important de vous auditionner au sujet de vos travaux menés en termes d'identification des pollutions et de dépollution.

Nous accueillons donc Mme Christine Lafeuille, directrice adjointe « Stratégie et opérations foncières » et responsable de l'unité fonctionnelle « Stratégie foncière » de la Métropole européenne de Lille, ainsi que MM. Michel Pacaux et Christian Decocq, respectivement président et rapporteur de la mission « Friches industrielles et pollutions historiques » mise en place par la Métropole européenne de Lille.

Votre audition est pour nous l'occasion de nous pencher sur l'approche globale retenue par une collectivité territoriale pour faire face à l'enjeu de la gestion et de la reconversion de friches industrielles. Pourriez-vous revenir sur les raisons ayant conduit la Métropole à mettre en place une mission dédiée à cette problématique, il y a déjà quelques années, et sur les propositions qui en ont découlé ?

Par ailleurs, pourriez-vous nous préciser les actions concrètes mises en œuvre à la suite de cette mission afin de favoriser la reconversion des friches industrielles ? Quels sont les principaux obstacles que vous identifiez pour cette reconversion, et les solutions que vous avez mises au point pour les surmonter ?

Avant de vous laisser la parole, je rappelle qu'un faux témoignage devant notre commission d'enquête est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Je vous invite donc à prêter serment de dire toute la vérité, rien que la vérité. Levez la main droite et dites : « *Je le jure* ».

*Conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, Mme Christine Lafeuille et MM. Michel Pacaux et Christian Decocq prêtent serment.*

**M. Christian Decocq, ancien rapporteur de la mission « Friches industrielles et pollutions historiques » mise en place par la Métropole européenne de Lille.** – Je vais essayer de vous rappeler le contexte local et national dans lequel nous avons été amenés à produire ce rapport. Dix ans plus tard, il permet à votre commission d'observer ses

recommandations, de façon à essayer de comprendre leur évolution dans le temps, au niveau local, mais également dans leur dimension nationale.

Ce rapport avait pour support juridique une mission d'évaluation et d'information, demandée par un groupe d'élus de la communauté urbaine n'appartenant pas à la majorité. Il a été accepté par la présidente, qui nous a nommés, Michel Pacaux et moi-même, président et rapporteur.

Nous nous trouvions dans le contexte d'une politique très active connue à l'époque sous le vocable de « ville renouvelée ». Son vice-président en charge de l'habitat, René Vandierendonck, était également maire de Roubaix. Sa politique avait pour objectif de lutter contre l'étalement urbain, de requalifier des territoires entiers de notre métropole, défigurés par les traces du passé, et de réduire la fracture urbaine, pour ne pas dire sociale, de ce territoire métropolitain.

Nous étions soucieux de réussir cette politique et de la garantir, par rapport à un second contexte national. À cette époque, la conscience de la relation entre la santé et l'environnement se consolidait. Cette prise de conscience est récente. Durant des années, ces questions n'ont été abordées que sous l'angle des milieux eux-mêmes et de leur interférence, et non pas de l'impact sur la santé.

En 2004, vous avez sans doute connu l'appel de Paris. Cette réunion, sous l'égide de l'Unesco, établissait de façon très péremptoire et affirmative le lien entre la santé et les conditions de l'environnement. Le professeur Belpomme, président fondateur d'une association qui traitait de ces questions, y prenait part parmi de nombreux scientifiques.

Dans ce double contexte de politique très active au niveau local et de prise de conscience, nous avons travaillé pendant de longs mois, et avons abouti à ce document, le rapport sur les friches. Il comportait 53 recommandations, regroupées en quatre thèmes principaux :

- mieux connaître ce dont nous parlions : les friches, les sols pollués, leur nature ;
- créer de la confiance auprès des habitants : l'objectif de la ville renouvelée est de reconstruire la ville sur elle-même, et donc de faire habiter des individus sur d'anciennes friches ;
- pérenniser cette démarche dans un processus intégré au sein des documents d'urbanisme ;
- réfléchir à des financements possibles.

Ces recommandations et ce rapport ont été approuvés. Ils ont fait l'objet d'une délibération-cadre le 1<sup>er</sup> juillet 2011.

Aujourd'hui, vous nous demandez à juste titre le bilan de nos travaux. Sur un plan qualitatif, je crois que cette initiative est une réussite. Elle se poursuit d'ailleurs aujourd'hui, sous des formes que j'ignore puisque je n'ai plus aucune fonction depuis 2014. Nous avons assisté à une prise de conscience et à la conduite de réflexions, d'une étude, de recherches. Certes, Mme Lafeuille vous dira que les formations ne sont pas toujours au rendez-vous sur le plan de l'université. Je pense tout de même que c'était un succès.

Sur le plan quantitatif en revanche, bien que nous ayons assisté à des réussites, le constat pourrait être cruel. Sur les 650 hectares de friches parfaitement identifiées, nous n'en comptons aujourd'hui que 17 recyclés. 230 hectares sont en projet, et 400 ne font même pas l'objet d'un projet.

Intellectuellement et juridiquement, la réalité du terrain est tout de même très modeste, nous l'évoquerons sans doute tout à l'heure.

Ce dossier est très complexe à tout point de vue : juridique, intellectuel, politique, mais également financier. Dans un premier temps, nous sommes confrontés à une pollution de stock. Elle est inverse à une pollution de flux. C'est une pollution du passé. Les friches industrielles ne sont pas les seules concernées. Le fonds des cours d'eau l'est également. Toujours est-il que cette pollution est caractérisée par le fait que nous ne puissions plus lui trouver d'acteurs contemporains, d'usagers, de financeurs ou de contributeurs potentiels. Il n'est plus possible de mettre en chaîne tout un système, comme nous l'avons fait à l'origine de la loi sur l'eau en 1964. J'insiste, car à cette époque, un corpus réglementaire, constitué entre autres du code rural, sanctionnait déjà les pollutions. Vous ne pouviez pas polluer de manière innocente. Les condamnations étaient possibles. Les pères fondateurs de cette loi ont ensuite organisé les fondamentaux de la loi de 1964. Ils ont considéré qu'il existait, en plus d'une solidarité physique, une solidarité financière donnant naissance aux agences de bassins, aujourd'hui nommées « agences de l'eau ». Pour une pollution de stock, nous ne pouvons même pas imaginer de mise en perspective ou en cohérence d'un système permettant à la fois de traiter les questions de pollution, de trouver des financements et de rendre les gens solidaires. J'imagine que vous y réfléchirez.

Dans un deuxième temps, les sols sont différents des autres milieux. Le fond ou le bord des rivières ne nous appartiennent pas. L'air n'appartient à personne. Tous ces milieux ayant fait l'objet de grandes lois sont des biens communs. Ce n'est pas le cas des sols. Ces derniers se partagent, mais sont toujours la propriété de quelqu'un, qu'ils soient publics ou privés. En résultent d'énormes difficultés.

Dans un troisième temps, le temps de la réhabilitation est long. Or le temps long est souvent confronté à des changements d'équipe, à la vie démocratique. Par conséquent, il est souvent heurté par des équipes moins dynamiques, des orientations différentes, des financements à trouver... Les aléas de la vie républicaine et démocratique normale peuvent compliquer la situation.

En conclusion, il nous manque une grande loi, un cadre législatif qui permettrait d'organiser ce débat pour essayer de le décomplexifier. Toutes les avancées ne sont pas négligeables. Je pense notamment au tiers demandeur, que j'ai redécouvert, et à l'intervention de René Vandierendonck dans la loi pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (Alur).

Je me souviens d'une audition de Jacques Vernier, à l'époque président de l'institut national de l'environnement industriel et des risques (Ineris). J'en étais sorti très ébranlé. Je connaissais bien cet homme et son parcours. Son ressenti face à cette politique de recyclage des friches, ses incertitudes, sans normes et garanties, m'avait beaucoup préoccupé. J'ai l'impression que nous en sommes toujours à peu près au même stade.

**M. Michel Pacaux, ancien président de la mission « Friches industrielles et pollutions historiques » mise en place par la Métropole européenne de Lille.** – Dans le cadre de cette opération, M. Decocq vient de décrire ce que nous avons vécu pendant des décennies.

Pierre Mauroy a mis en place la commission des friches industrielles en 2004. Avec Christine Lafeuille et Christian Decocq, nous avons mis en place une mission d'information et d'évaluation des friches industrielles sur différents sites en juin 2010. Nous avons également sorti un autre rapport avec la mission d'information et d'évaluation sur les friches dans le cadre des opérations. Enfin, nous avons travaillé sur la gestion et la régénération des friches industrielles dans le cadre de ces opérations, et sur le plan administratif, civil et pénal.

Les friches industrielles sont excessivement dangereuses. J'ai connu, en 1996, une friche où il n'y avait aucune commune ou communauté urbaine. Nous avons été la première communauté urbaine à mettre en place une commission concernant l'évaluation des friches industrielles sur le plan de la métropole. J'ai été le coordinateur et maître d'ouvrage de cette opération. J'ai coordonné la dépollution et la démolition. J'ai travaillé sur une deuxième friche industrielle en 2006. Il s'agissait dans les deux cas de teintureries. Je suis ensuite intervenu sur une troisième friche qui était cette fois privée.

Le problème se posant aujourd'hui, et s'étant posé hier, concerne les risques énormes pris par les maires. L'agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe), qui avait sorti un document à la suite des activités que j'avais menées en 1996, déconseillait aux maires de France de suivre mes pas.

Concernant la friche industrielle de Frelinghien en 1996, nous avons pris des dispositions. Elle était en liquidation judiciaire. Le liquidateur ne faisait absolument rien. Au travers de ces friches industrielles héritées du XIX<sup>e</sup> siècle, nous avons financé l'État du fait de la présence, dans notre région Nord-Pas-de-Calais, de mines, de briqueries, de teintureries, de la métallurgie ou encore d'activités agricoles. Le Nord-Pas-de-Calais finançait la France, il faut le rappeler. C'était déjà le cas du temps de Napoléon. Dans la région, nous avons mis des directives en place. J'ai souvent évoqué le sujet face à la communauté urbaine. Une commission d'une trentaine de personnes travaillait sur le sujet des friches. Ce partenariat réunissait les maires de villes disposant de friches industrielles. Ces dernières ont été traitées avec courage, volonté et ténacité. Je tiens à ce titre à remercier publiquement Christine Lafeuille et Ludovic Demeyer ainsi que les services d'urbanisme de la communauté urbaine.

Pierre Mauroy, avec une certaine vision d'avenir, a mis en place cette commission en 2004. Nous avons travaillé sur ces friches industrielles durant une décennie. Dans le cadre de ce plan, un cadrage a été fixé pour les acquéreurs de friches. La première chose à faire était de réaliser une analyse de l'occupation, à la suite du désistement de l'industriel, qui est lui-même dans l'obligation de déclarer sa cessation d'activité. Plusieurs établissements sont classés. Dans ce cas, un état des lieux doit être mené, en raison de la présence d'acides ou de fioul par exemple. M. Decocq évoquait précédemment la Lys et la Deûle. Là aussi, de nombreux rejets étaient effectués par les entreprises dans le cadre de conventions établies avec les voies navigables. Des abus et détournements avaient lieu dans le cadre de ces opérations.

Là aussi, le Nord-Pas-de-Calais avait une certaine capacité de production, puisque tout venait par bateau. La Lys et la Deûle avaient donc une priorité presque routière dans le

cadre des travaux que nous effectuons. Les friches industrielles nécessitent un suivi permanent. La volonté politique doit être ferme avec celles et ceux qui ne s'en occupent pas. Dans notre région, des morts et blessés ont été causés à Marquette, Saint-André ou encore La Madeleine, ainsi qu'à Tourcoing.

Mme Lafeuille expliquera certainement les différentes actions menées avec une certaine rapidité, et une certaine volonté politique.

Dans le cadre de ce suivi, ce partenariat mis en place sur le plan local et communautaire avec le site Basol, avec l'Ademe, EDF, les voies navigables ou encore la gendarmerie, les pompiers et l'inspection du travail nécessite une véritable coordination. René Vandierendonck était un volontariste courageux. Il était en charge du renouvellement urbain, et a mis en place le schéma directeur de l'aménagement urbain au début du mandat d'Arthur Notebart. Ce renouvellement urbain permet de recentrer une ville, comme dans l'exemple du site Rhodia à Marquette, Saint-André et La Madeleine. À Frelinghien, la teinturerie était installée à cinquante mètres de l'église.

Les milliers d'hectares de friches du secteur permettent également de sauver l'environnement et des terres agricoles. Ces dernières sont d'une importance capitale, bien qu'elles ne soient que peu évoquées. Une coordination est là aussi nécessaire. Nous devons être attentifs à les préserver pour permettre une production.

Le renouvellement urbain me semble particulièrement important pour retrouver un équilibre et un partage avec la population de Frelinghien. Nous avons fait visiter des friches pour faire prendre conscience qu'il était du devoir d'un élu de s'en occuper.

**Mme Christine Lafeuille, directrice adjointe « Stratégie et opérations foncières » et responsable de l'unité fonctionnelle « Stratégie foncière » de la Métropole européenne de Lille.** – Je suis arrivée sur un poste de chargée de mission « friches industrielles » à la Métropole de Lille, en collaboration avec mon collègue Ludovic Demeyer, sous la vice-présidence de Michel Pacaux. Un énorme projet de renouvellement urbain était engagé sur l'ensemble du territoire. Il correspondait également à la reprise de compétences de l'État et de la compétence économique par la métropole. Nous avons pour objectif de produire de nouveaux services dans cette friche. Dans le schéma directeur, nous avons fixé un objectif de deux tiers des productions de renouvellement urbain et d'un tiers en extension urbaine. Nous avons très vite été confrontés au fait que la plupart de ces friches étaient hors du champ de l'inspection des installations classées, car elles n'étaient plus considérées comme telles. De ce fait, le maître d'ouvrage devenait responsable du changement d'ouvrage. Nous avons donc eu à mener des études de pollution ou sanitaires. Nous avons dû apprendre ce que nous devons faire lors d'un zonage industriel à un zonage mixte.

Nous avons également sur la métropole un indice de nuisances et pollutions renvoyant aux maires la responsabilité de la délivrance de l'autorisation de construire. Cet indice demandait la production d'une étude de pollution assurant la compatibilité de l'état des sols avec le projet. Le contexte était donc relativement fort en termes de responsabilité. La mission est arrivée au bon moment pour clarifier la situation et accroître l'expertise technique de la métropole sur ces questions d'installation, de pollution et d'information du public. Au travers d'enquêtes publiques et de communications, nous souhaitons en effet l'informer concernant l'état des sites et les actions mises en place.

**Mme Gisèle Jourda, rapportrice.** –Merci pour votre précision et votre passion dans cette présentation de votre travail. Je la ressens, car c'est sur un coup de cœur, mais aussi un « coup de gueule », si j'ose dire, que j'ai souhaité la création de cette commission d'enquête. En matière de pollution des sols, nous faisons face à un vide sidéral. Nos concitoyens ne pouvaient pas trouver de réponses à leurs questions. Nous perdons parfois le fil de l'histoire des pollutions, et n'avons pas de réponses lorsque l'aléa naturel vient renforcer l'insécurité, et notamment le risque sanitaire. Je pense ici aux inondations ayant causé onze décès dans mon département de l'Aude. Elles ont remis en avant une pollution à l'arsenic ayant un impact sur la santé, mais également tous les biens communaux, qu'il s'agisse de stades devenus inutilisables ou d'écoles, par exemple.

Votre démarche est à mon sens exemplaire. Les politiques ont décidé de remettre à plat les problématiques, même si elles sont complexes et difficiles.

Pourriez-vous revenir sur le rôle tout particulier des établissements publics fonciers (EPF) et établissements publics fonciers locaux (EPFL) dans la gestion des anciennes friches industrielles ? Leurs missions et moyens pourraient-ils être renforcés, et si oui, comment ?

Quelle évaluation faites-vous du marché de la dépollution en France ? Dans le rapport de votre mission, vous souligniez que les secteurs économiques et la recherche étaient en 2010 relativement atones dans le domaine de la dépollution des sols, notamment en comparaison avec d'autres pays plus proactifs en la matière. Avez-vous constaté une évolution du marché de la dépollution des sols en France depuis les dix dernières années ? Observez-vous encore des freins au développement d'une filière française dynamique dans ce domaine ?

Le rapport de la mission évoquait le modèle de l'OVAM belge. Cette agence permet d'identifier les sols pollués et de coordonner les différents acteurs de la décontamination et du changement d'usage des sols. Jugeriez-vous pertinent de répliquer en France le modèle d'une agence nationale dédiée à la dépollution et à la reconversion des friches industrielles et minières ?

Enfin, quel bilan dressez-vous du dispositif du tiers demandeur introduit par la loi ALUR ? La Métropole européenne de Lille y a-t-elle eu recours pour assurer la dépollution et la réhabilitation d'un site pollué ? Quelles faiblesses éventuelles identifiez-vous dans ce dispositif et quelles seraient vos propositions pour l'améliorer et permettre sa montée en puissance ?

**M. Christian Decocq.** – Nous ne pouvons pas copier l'OVAM. La Belgique est un État fédéral. L'OVAM est une structure flamande. Les régions ou collectivités territoriales françaises ne disposent pas des mêmes pouvoirs dans notre régime unitaire.

De façon générale, j'insiste sur la grande difficulté politique et intellectuelle à vouloir à la fois une agence nationale tout en souhaitant accroître les pouvoirs décentralisés et les compétences des collectivités. Nous devons choisir entre un état unitaire ou fédéral, ou un intermédiaire. Il y a toujours une confrontation entre les droits des uns et des autres.

Le canal Seine-Nord existe grâce à un tour de force du président de la région des Hauts-de-France qui l'a régionalisé. Dès qu'il sera achevé, il sera confronté à ce qu'il reste de pouvoirs régaliens à l'État. Les droits des uns s'opposent toujours à ceux des autres dans notre

constitution. C'est la difficulté dans la mise en place d'une agence nationale. Nous devons tout de même y réfléchir. Cette piste est certainement intéressante.

Je n'ai pas d'informations concernant le marché de la dépollution.

Nous pouvons nous réjouir d'avoir inventé l'EPF. Il a un rôle très positif, mais doit conserver sa mission première. Or toutes les structures qui réussissent font preuve d'ambition, et essaient d'en faire plus. Je ne suis pas certain que ces établissements doivent faire autre chose que ce pour quoi ils ont été créés.

**M. Michel Pacaux.** – Je rejoins ces propos. Aujourd'hui, dans le cadre de ces opérations que nous avons vécues et vivons encore, je crois que les préfectures du Nord et du Pas-de-Calais constituent une base. Les établissements sont classés, y compris des sites Seveso, et répertoriés. Un répertoire doit être construit.

Lorsque nous travaillons, nous payons une cotisation pour la retraite ou la sécurité sociale. Nous devrions mettre en place une cotisation mensuelle ou annuelle, éventuellement basée sur le chiffre d'affaires, sur un compte bloqué. Ainsi, celles et ceux qui disparaissent en laissant leurs ruines sur le terrain ne se déchargeraient pas totalement sur les collectivités territoriales pour la sécurité des biens et des personnes. Aujourd'hui, nous voyons presque chaque mois des entreprises brûler. Nous devons nous interroger à ce sujet. La mise en place d'une cotisation permettrait d'utiliser l'argent versé dans le compte bloqué. Il s'agirait d'une sécurité pour les communes.

L'EPF a été mis en place par la communauté urbaine. Ils travaillent constamment ensemble. Là aussi, un partenariat se joue avec l'agence régionale de santé (ARS), l'Ademe et la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dreal). Elles nous apportent une certaine information et une certaine compétence.

Compte tenu du séisme ayant eu lieu, des friches industrielles vont couler. Nous devons le prendre en compte dès aujourd'hui. Beaucoup d'entreprises risquent de devoir déposer le bilan. Elles ne s'en sortiront pas, malgré les aides de l'État. Nous allons devoir souffrir une dizaine d'années pour retrouver une stabilité économique.

La préfecture a un rôle à jouer. Une certaine fermeté sera nécessaire. Des arrêtés préfectoraux sont pris.

**Mme Gisèle Jourda, rapportrice.** – Excusez-moi de vous interrompre. Souvent, les arrêtés sont pris, mais l'application sur le terrain en termes de dépollution ne suit pas, faute de contrôle.

**M. Michel Pacaux.** – J'allais y venir. Bien souvent, le liquidateur laisse la situation en place et récupère l'argent restant dans les caisses. Je l'ai vécu. J'en parle donc en connaissance de cause. Des précautions doivent être prises. Il est tout à fait possible de mettre en place une cotisation annuelle. Je pense que cette solution devrait être ajoutée à la loi, qui existe sans pour autant être assez ferme.

**Mme Christine Lafeuille.** – Depuis mon arrivée au service de stratégie foncière de la direction du foncier, j'ai découvert que certaines friches s'inséraient dans un marché. D'autres sont dans un milieu intermédiaire. Les dernières sont totalement hors marché. Avec mes collègues, nous avons dressé le profil foncier de la Métropole européenne de Lille en intégrant le foncier des friches, sur lequel nous asseyons nos opérations. Nous essayons

d'évaluer la situation à l'échelle de nos 700 kilomètres carrés de territoire. Nous avons réalisé que nous avons un à trois ans de réserves de friches en territoire lillois, trois à sept ans de réserves de friches en territoire intermédiaire et, enfin, sur des zones telles que le territoire roubaisien, une vingtaine d'années de réserves de friches très industrielles et fortement touchées la crise. Le recyclage ne peut donc pas être effectué partout dans la même temporalité.

Ensuite, les documents des années 1990 indiquaient que nous aurions aujourd'hui terminé le recyclage de toutes les friches, pour un budget de 800 millions d'euros. Un début, une fin et une projection des travaux étaient donc établis à partir des éléments de l'époque. Évidemment, la vie économique a évolué. Des crises et changements de comportements ont eu lieu. Toutes ces accélérations des cycles économiques ont généré une obsolescence rapide de l'immobilier. Nous disposons de friches industrielles, mais également d'autres types, telles que les friches de services, ou la relocalisation d'un collège, ou même des friches d'habitats. Nous assistons à une concurrence entre certaines friches très complexes, soumises à des problématiques de pollution, et des friches plus simples à gérer.

Prenons l'exemple du site CPUK de Wattrelos, extrêmement pollué, sur un secteur hors marché. La pollution y était une telle contrainte que le projet ne pouvait consister qu'à gérer cette problématique à l'échelle du site, et à le renaturer pour améliorer le cadre de vie et l'aspect environnemental et sanitaire à proximité. Les typologies de projet ne sont pas les mêmes. Pour cette raison, les financements seront également différents.

J'en arrive à votre question concernant les EPF. Historiquement, ils sont intervenus pour maîtriser les friches lorsque la compétence d'urbanisme a été décentralisée aux collectivités, dans les années 1980. Avant cette époque, nous essayions d'avoir une vision nationale des friches avec le rapport Lacaze. C'est ensuite devenu une affaire de collectivités. Les EPF, et notamment les EPF d'État, sous tutelle de ce dernier mais soumis à une taxe régionale, ont été le bras armé permettant de maîtriser ces fonciers et de traiter ces chancres, et surtout les anciens grands sites industriels. À partir de 2005, nos EPF sont venus au service des politiques publiques de l'établissement : la production d'habitat, le renouvellement urbain ou le travail sur les habitats dégradés par exemple. Nous avons assisté à une certaine diversification lors du dernier plan particulier d'intervention (PPI) sur la métropole, avec un conventionnement fort d'environ 80 sites pour 119 millions d'euros, correspondant à un recyclage important de friches pour lesquelles les typologies de projets étaient identifiées.

Lorsque des dispositifs évoluent et recherchent une solvabilité, plusieurs questions peuvent se poser. La première concerne les friches sans projets. Certaines situations sont assez complexes. En l'absence de marché, nous ne chercherons pas forcément à revendre le site. Nous travaillons davantage sur un traitement et un assainissement du site. Il existe plusieurs moyens pour intervenir. À l'échelle du nombre de sites pouvant être identifiés, ils restent toutefois insuffisants.

De plus, ces interventions passent toujours par l'acquisition du foncier. Le système fonctionne lorsque la puissance publique achète un site à un propriétaire privé pour le remettre en état, et le sortir de sa situation de friche. Dans certains cas, elle a déjà un projet. Dans d'autres, elle compte le remettre sur le marché. Elle peut également souhaiter le conserver dans son patrimoine.

Le profil foncier que nous avons réalisé montre que sur le territoire, 40 % des friches sont en propriété publique. Nous sommes propriétaires de 80 % d'entre elles. C'est tout de même la collectivité qui fait du portage long sur ces sites compliqués.

Dans la répartition des différentes typologies de friches, nous pouvons être amenés à réfléchir sur les différentes missions, et sur celles que la collectivité est prête à prendre en charge. Nous évoquons le secteur privé dans le rapport. Il intervient sur des friches présentes dans le marché, sur lesquelles il pourra développer des opérations, et sur lesquelles son bilan financier sera équilibré. Se pose alors la question des subventions du secteur privé. L'Ademe le fait *via* le plan de relance, ce qui évite à la collectivité d'acheter les friches, sous réserve que le projet soit encadré et validé par cette dernière. La réflexion portant sur les typologies d'intervention mériterait d'être plus largement étudiée. Toutes les collectivités n'agissent pas de la même manière. Il pourrait être intéressant de dresser une revue de projet à ce stade. Le Grand Lyon, qui est également un acteur important de la requalification des friches, n'utilise pas d'EPF sur son territoire, par exemple.

Le fait que le marché de la dépollution soit assez atone peut s'expliquer par la faiblesse du système réglementaire existant. Nous évoquons précédemment l'OVAM, qui est selon moi un hybride entre l'Ademe et la Dreal. Il applique une réglementation de la région flamande, et met en place tous les outils à cet effet, en contrôlant par exemple les études. Un système s'est mis en place, regroupant des entreprises traitant les sites pollués et des bureaux d'études faisant l'objet d'accréditations, entre autres. En France, ce système n'existe pas. La réhabilitation des friches passe par un projet.

Nous constatons que les travaux se mettent en place lorsque nous avons l'autorisation de construire. Les techniques privilégiées sont bien souvent les plus rapides, répondant à la temporalité du projet. Les techniques plus longues seront plutôt mises en place par le secteur public. Celui-ci n'a pas toujours les moyens financiers d'entreprendre des actions de dépollution en temps voulu. La phytoremédiation peut être couplée à des projets de recherche. Ce type d'action est mis en œuvre par endroit sur la métropole, mais reste expérimental.

Il serait compliqué de répliquer le modèle de l'OVAM en France. Cette structure est chargée de l'application d'un dispositif réglementaire. Notre méthodologie nationale des sites et sols pollués est réalisée par voie de circulaires. Elle n'est pas réglementaire. À titre d'anecdote, nous avons assisté à la situation d'un porteur de projet dont le bureau d'études belge appliquait la méthodologie belge. Nous n'avons pas pu l'en empêcher. L'investisseur a accepté la mise en place d'une tierce expertise montrant que si l'étude avait été réalisée selon la méthodologie française, nous serions arrivés au même résultat. Cet exemple démontre tout de même un certain manque de robustesse. Dans certaines situations, le maire doit prendre des arrêtés. Souvent, ils portent sur des interdictions, telles que celle de cultiver un potager ou de puiser l'eau.

Enfin, je me suis intéressée l'année dernière au dispositif tiers demandeur. Il me semble que nous n'avons pas, à l'époque, de projet concerné. Je peux me tromper. Nous pouvons peut-être l'expliquer par la forte intervention de la collectivité sur les secteurs en friche, via l'EPF. Je crois aussi que ceux qui mettent ce dispositif en œuvre ont eu à constituer des équipes juridiques. Il avait en tout cas pour objectif d'éviter d'en arriver à une étape de friche.

**M. Joël Bigot.** – Vos explications sont extrêmement intéressantes et révèlent un volontarisme politique. Dans le cadre de cette commission d'enquête, nous devons dessiner un certain nombre de solutions. Vous avez évoqué quelques pistes et avez notamment mentionné l'absence d'un véritable cadre législatif. Vous avez également abordé le tiers demandeur, l'expérience de M. Pacaux avec les problèmes de zonage et les documents à mettre à disposition du public. Le sujet est très vaste et le problème extrêmement complexe.

Quelles seraient selon vous les pistes à retenir en priorité ? Notre pays se décentralise de plus en plus. Nous observons que les solutions ne sont pas les mêmes selon les régions et les cultures politiques. Nous sommes néanmoins confrontés aux mêmes difficultés, à savoir la persistance de sites immobilisés en raison d'une certaine inertie ou d'une impuissance à pouvoir les remobiliser en vue d'une exploitation.

Je pense que le dispositif du tiers vendeur pourrait être intéressant. Vous nous indiquez, Mme Lafeuille, qu'il était très peu utilisé.

**Mme Christine Lafeuille.** – Il l'a été très peu sur notre territoire nordiste.

**M. Joël Bigot.** – Quelles seraient selon vous les pistes que nous pourrions explorer ? Quelles seraient selon vous les solutions prioritaires, en sachant que le coût de dépollution constitue le premier obstacle à la remobilisation des sols ?

**M. Christian Decocq.** – J'ai été touché par le témoignage de la rapportrice. Elle évoquait les désordres liés aux pollutions du passé qui resurgissaient en raison de catastrophes naturelles. Lorsque j'étais parlementaire, j'ai travaillé sur le rapport ayant abouti à la charte de l'environnement. Nous avons à l'époque auditionné de nombreuses personnalités. L'accumulation d'événements exceptionnels dont nous avons alors discuté arrive maintenant. Dans cette ambiance et dans le souci de la relation entre la santé et l'environnement, dans la difficulté que constitue le millefeuille actuel, les mesures réglementaires existantes démontrent une certaine intelligence lorsqu'elles sont prises séparément. Pour autant, elles ne fonctionnent pas de manière suffisamment satisfaisante lorsqu'elles sont prises dans leur ensemble. Elles débouchent parfois sur des blocages.

Je pense que dans le contexte dans lequel nous vivons, nous devons envisager un grand projet de loi et débattre de cette question. Nous ne devons pas y intégrer de sources de financement venant de Paris. Nous ne les obtiendrions pas.

Un projet de loi permettrait de mettre à plat toutes vos réflexions et d'en débattre. Elles le méritent. Elles sont très prégnantes. Dans le cadre de la décentralisation qui s'annonce, ce projet doit être conçu par les collectivités. J'espère que mes propos ne vous choquent pas. Croyez-en mon expérience : nous devons éviter les injustices, ou pire, les problèmes de droit entre les différentes collectivités au niveau national. Nous restons une république, mais ne devons pas espérer un financement de l'État. C'est possible : la loi sur l'eau a généré des millions d'euros de travaux et d'investissement sans argent de l'État. Si aucun centime n'a été versé par l'État, aucun centime ne lui a été versé en retour.

**M. Michel Pacaux.** – Effectivement, la loi devrait autoriser les communes à prendre davantage de positions, et les aider à nous transmettre des propositions et afficher une volonté politique dans le cadre de ces friches industrielles. Je parle en connaissance de cause, puisque je l'ai vécu. Mes biens propres ont été mis en cause dans le cadre d'une affaire de détournement de fonds publics pour réussir à acheter la teinturerie où nous sommes. Au final,

j'ai obtenu cette friche industrielle pour un franc symbolique, après avoir plaidé moi-même au tribunal administratif et à la cour d'appel de Douai.

Je crois que cette volonté politique revient au maire, dans le cadre de sa responsabilité civile et pénale, à partir du moment où il prend des arrêtés de sauvegarde imposés aux entreprises. Nous vivons des situations que vous ignorez peut-être. Les friches industrielles sont le terreau de nombreux risques, parmi lesquels l'alcool, la drogue, ou même la prostitution. À la communauté urbaine, nous avons pris nos responsabilités. Nous avons créé un périmètre d'attente pour un programme d'aménagement, permettant de donner au maître d'ouvrage, c'est-à-dire à la commune, un certain temps de réflexion. Nous jouons à la fois les rôles de maître d'ouvrage et de maître d'œuvre. Nous maîtrisons ainsi le projet. Rien ne peut se produire sans notre accord.

Le Sénat, par le biais de René Vandierendonck, a subventionné des friches industrielles, dont la deuxième teinturerie.

Je crois que tout le programme de mise en place de la sécurité de friches industrielles doit être établi en partenariat avec la Dreal, l'Ademe et l'ARS. Un programme d'aménagement a été signé ce matin. Ensuite, un permis de construire doit être déposé. Vous voyez donc la complexité du programme.

Mme Lafeuille pourrait transmettre ces dossiers à Mme Jourda afin qu'elle puisse les étudier. Cela lui permettrait de constater le travail mené dans le cadre des opérations de la communauté urbaine de Lille. Elle a, je le répète, été la première à mettre en place une commission pour les friches industrielles.

**Mme Christine Lafeuille.** – Le tiers demandeur a été évoqué. Il avait pour vocation de ne pas passer par l'étape « friche », en mettant directement en relation un exploitant et un porteur de projet. Ce dernier réalisera les travaux de changement d'usage sous couvert du constat de récolement de la Dreal pour une opération spécifique.

Il existe deux autres axes pour sortir les projets de friches. Le premier concerne la répartition entre ce que fait le public et ce que fait le privé. Hormis quelques fonds privés qui peuvent porter du foncier pendant plus de quatre ans, un investisseur ne sera pas en capacité d'intervenir sur un site de plus de trois hectares et de le porter sur une durée longue pour réaliser les travaux. Comment les outils financiers privés peuvent-ils permettre à des investisseurs privés d'intervenir dans des temporalités plus longues, en limitant les risques ? Nous devons réussir à sécuriser des projets sur le long terme, sur des sites plus complexes et dans des zones moyennement tendues.

Ensuite, nous devons prendre en compte la problématique de la sécurisation du recyclage foncier. Aujourd'hui, nous parlons beaucoup du « zéro artificialisation ». Tous nos plans locaux d'urbanisme (PLU) entraînent le fait que toutes les disponibilités foncières se trouvent aujourd'hui en milieu urbanisé, sur des sites ayant déjà fait l'objet d'activités, qu'elles soient ou non industrielles. Nous n'avons toujours pas posé les conditions de la prise en compte de la pollution dans le recyclage urbain. Même les guides méthodologiques que nous appliquons sont destinés à des installations classées, puisque la problématique des sites et sols pollués y est rattachée. Nous avons souvent rapporté au ministère que nous faisons de l'urbanisme et que nos usages étaient mixtes. À la suite de la remise en état d'un site pollué, nous pouvons parfois installer de l'habitat collectif, mais pas d'habitat individuel, par

exemple. Nous devons composer avec ces subtilités lorsque nous arrivons dans l'opérationnalité. Poser les conditions du recyclage des sols pollués me semble très important.

Nous devons également articuler les plans locaux d'urbanisme et la problématique de qualité de sols. Aujourd'hui, le sol est apprécié indirectement, au travers des lois sur la biodiversité ou l'eau par exemple. Il n'a pas de cadre en tant que tel. Des zonages du PLU peuvent autoriser la réalisation de constructions ou de projets alors que la qualité des sols ne le permet pas. À ce jour, les secteurs d'information sur les sols (SIS) protègent davantage les élus, qui signent les autorisations de construire. Tout n'est quand même pas couvert. Nous pourrions réfléchir à ce sujet, lié à cette idée de faire du renouvellement urbain le mode principal d'urbanisation dans les années à venir. Le souci actuel des acteurs privés relève en partie de leur responsabilité juridique par rapport aux opérations qu'ils réalisent. C'est pour cette raison qu'une partie de celles-ci transitent par les collectivités. Elles lèvent un certain nombre de restrictions pour remettre ce foncier sur le marché. N'oublions pas les conditions de financement. Comment les banques vont-elles accompagner le secteur privé sur des temps plus longs ? La plupart des grandes zones d'aménagement sont aujourd'hui portées par des collectivités.

Enfin, l'information des usagers est aujourd'hui parcellisée entre les Dreal, les acteurs privés et autres. Pourquoi ne pas aller vers une information sur la qualité des sols, puisqu'il en existe déjà concernant la qualité de l'eau ou de l'air ? Comment pourrions-nous la structurer ? Certains pays ont adossé au cadastre des informations sur l'état des sols. Cela pourrait constituer un moyen de lever les freins au recyclage. La connaissance de l'état des sites est très fragmentée. L'investisseur passe son chemin s'il ne dispose pas de suffisamment de données pour prendre une décision.

**M. Michel Pacaux.** – Dans le cadre de la mutation d'une friche, nous avons dû revoir le PLU. Là aussi, je me suis défendu devant une commission départementale d'une trentaine de personnes. À partir des directives données aux démolisseurs et dépollueurs, nous pouvons observer une continuité dans l'action. Nous avons mené une enquête publique auprès de la population de Frelinghien sur cette friche industrielle et sa mutation. Dans le cadre du permis d'aménager que j'évoquais tout à l'heure, et dans le cadre du permis de construire qui va suivre, un partenariat avec le bureau d'études se met en place. De plus, des prescriptions sont prévues notamment pour les canalisations ou les tuyaux d'eau. Des précautions sont prises pour éviter d'installer des arbres fruitiers ou un poulailler, par exemple. Elles doivent être imposées à l'entreprise.

**Mme Gisèle Jourda, rapportrice.** – Vous avez évoqué l'impact sur l'agriculture dans vos propos liminaires. Pourriez-vous développer ce point ?

Au sein de la Métropole de Lille, avez-vous fait appel à des fonds européens pour accompagner les projets que vous évoquiez ?

**M. Michel Pacaux.** – Non.

**Mme Christine Lafeuille.** – Nous en avons reçu sur certains sites.

**Mme Gisèle Jourda, rapportrice.** – Il me semble qu'à l'échelle européenne, l'adoption d'une directive-cadre sur les sols était évoquée en 2007. La France n'y avait pas donné suite.

Nous évoquons ici les friches industrielles. Pour autant, vous est-il arrivé d'avoir à traiter la reconversion d'anciens sites d'exploitation minière ?

**M. Michel Pacaux.** – Pas du tout. Je prends l'examen de la friche de l'usine d'incinération d'Halluin qui a engendré des pollutions. Nous avons essayé de la traiter dans le cadre de la dépollution vis-à-vis du milieu agricole.

Je déconseille d'installer un milieu agricole sur une friche. Ce n'est pas recommandé, sachant que l'herbe demande une trentaine de centimètres de racine. En revanche, je suis totalement favorable à leur traitement pour sauvegarder les terres agricoles.

**Mme Gisèle Jourda, rapportrice.** – Mme Lafeuille, quels exemples pouvez-vous nous donner concernant l'accompagnement par des fonds européens ?

**Mme Christine Lafeuille.** – Ils ont financé la zone de l'Union. Ils interviennent sur des opérations spécifiques éligibles aux contrats de plan. Nous avons vu une réduction importante des fonds européens affectés aux friches. Les projets sont plus ou moins indirectement financés selon leur objet, notamment dans le cadre des investissements territoriaux intégrés (ITI) qui comportent un volet « friches ». 18,6 millions d'euros sont consacrés à la région Hauts-de-France. C'est relativement faible si nous les comparons à notre montant avec l'EPF. L'Europe est très concernée par la problématique des friches, mais les fonds n'augmentent pas et sont répartis entre les 27 pays. Nous avons longtemps été prioritaires. Nous ne le sommes plus du tout. De plus, ces fonds ne sont que faiblement consommés, notamment en France. Elle avoisine les 60 %. La Commission européenne s'interroge sur la cohérence des critères des projets financiers avec les financements disponibles.

**Mme Gisèle Jourda, rapportrice.** – Je pense surtout qu'il s'agit d'une politique des fonds de cohésion. Je me permettrais de poser la question, car le problème n'est pas que français. Les projets ne sont pas toujours ciblés sur l'objectif réel. Il faut décrypter le fait que votre projet puisse bien être pris en compte dans le document unique de programmation (Docup).

En tant que membre de la commission des affaires européennes, je m'y intéresse. Actuellement, la future politique européenne qui se met en place viserait à restreindre ces fonds, ce qui m'ennuie.

**M. Laurent Lafon, président.** – Je vous remercie des informations très précises que vous nous avez données. Nous savions que la Métropole de Lille était très à la pointe sur des sujets d'actualité, nous étions donc désireux de vous entendre. Merci de nous retourner au plus vite le questionnaire pour compléter un certain nombre de points. Vos réponses nous seront très utiles.

**Mme Christine Lafeuille.** – Je vous l'enverrai en notre nom à tous.

**M. Laurent Lafon, président.** – Bonne soirée à tous.

*Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible [en ligne sur le site du Sénat](#).*

*La téléconférence est close à 18 h 45.*

**Vendredi 17 juillet 2020**

- Présidence de M. Laurent Lafon, président -

*La réunion est ouverte à 14 h 30.*

**Audition de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé**

**M. Laurent Lafon, président.** – Nous achevons nos auditions plénières par l’audition de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé, accompagné de M. Jérôme Salomon, directeur général de la santé, que nous avons auditionné la semaine dernière.

Votre audition, monsieur le ministre, est l’occasion de mieux comprendre l’approche de votre ministère dans la prévention et la gestion des risques sanitaires consécutifs à une pollution industrielle ou minière des sols.

L’exposition à des polluants, par la contamination des sols agricoles, des ressources en eau potable ou encore des jardins, préoccupe de plus en plus nos concitoyens. En particulier, l’exposition d’enfants et de femmes enceintes à l’arsenic, au plomb ou au cadmium inquiète légitimement les riverains d’anciens sites miniers, d’autant que ce type de pollution peut se rappeler au souvenir des populations à l’occasion d’événements climatiques tels que des inondations ou des vents forts.

Les populations, mais également les élus locaux s’interrogent sur le système de surveillance sanitaire et épidémiologique mis en place par les autorités face à de tels risques, notamment par les agences régionales de santé (ARS), Santé publique France et ses cellules d’intervention en région. En outre, l’évaluation des risques sanitaires sur la base de valeurs de toxicité de référence menée par l’Institut national de l’environnement industriel et des risques (Ineris), Geoderis et l’agence nationale de sécurité sanitaire de l’alimentation, de l’environnement et du travail (ANSéS) est parfois critiquée par ses biais : il semble que le suivi sanitaire ne soit déclenché que lorsque les études de sols révèlent des teneurs supérieures à ces valeurs et uniquement pour des polluants dont on connaît les effets sur la santé.

Les associations de riverains et les responsables locaux réclament donc un suivi sanitaire plus réactif et la mise en place d’une procédure uniforme pour le déclenchement de ce suivi. Quels sont les efforts de votre ministère pour assurer un traitement homogène de ces situations sur l’ensemble du territoire ? Peut-on rendre les mécanismes de saisine ou d’alerte des agences sanitaires plus accessibles aux élus locaux et aux associations de riverains pour le déclenchement d’un suivi sanitaire ou épidémiologique ?

Avant de vous laisser la parole pour une intervention liminaire, je rappelle qu’un faux témoignage devant notre commission d’enquête est puni de cinq ans d’emprisonnement et de 75 000 euros d’amende.

Je vous invite, chacun, à prêter serment de dire toute la vérité, rien que la vérité, lever la main droite et dites : « *Je le jure* ».

*Conformément à la procédure applicable aux commissions d’enquête, MM. Olivier Véran et Jérôme Salomon prêtent serment.*

**M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé.** – La question des sites et des sols pollués, et leurs conséquences pour la santé des populations, est une question d'une très grande sensibilité tant elle touche au quotidien de bon nombre de nos concitoyens.

L'exposition à de multiples polluants de notre environnement est un enjeu de santé environnementale de plus en plus prégnant. Classiquement, les populations peuvent être exposées à trois types de polluants : les métaux, les solvants volatils ou encore les produits phytopharmaceutiques, je pense en particulier à la chlordécone dans les Antilles.

La politique du Gouvernement repose sur la notion d'« exposome » qui consiste à prendre en compte l'effet sur la santé d'un individu de la totalité de ses expositions à des facteurs environnementaux, tout au long de sa vie. Ce concept a été inscrit pour la première fois au cœur de la stratégie nationale de santé 2018-2022, qui structure l'agenda du ministère des solidarités et de la santé en matière de prévention.

Ces expositions multiples proviennent en particulier d'anciens sites industriels ou de sols pollués. C'est d'autant plus vrai qu'il existe une pression, notamment démographique, à occuper et construire sur tous les terrains disponibles, y compris à proximité de zones polluées ou à risque : anciens sites miniers et industriels, épandages d'eaux usées non ou peu traitées, épandages de produits phytopharmaceutiques ou encore la présence de phénomènes naturels ou météorologiques susceptibles de générer de telles expositions. Le plus souvent, l'exposition est multiple, à plusieurs polluants, généralement à faible niveau de concentration, et à effet chronique ou différé dans le temps.

En la matière, les connaissances scientifiques doivent être encore renforcées, notamment en ce qui concerne les doses nocives, les effets à long terme, les effets cocktails ou encore la biodisponibilité des polluants.

Des actions interministérielles sont à l'œuvre, notamment au travers des plans nationaux santé-environnement (PNSE). Le PNSE 3, toujours en cours, prend en compte la prévention des risques liés à l'exposition aux métaux lourds – comme le plomb ou le mercure – et la réduction de l'exposition liée aux contaminations environnementales des sols. Ces actions seront reconduites dans le quatrième plan à venir, intitulé « Mon Environnement, Ma Santé ».

La politique de gestion des sites et sols pollués concernant les anciens sites industriels ou les anciennes mines est portée par le ministère de la transition écologique et solidaire. Aussi les actions de mon ministère s'inscrivent-elles dans le cadre de la méthodologie nationale de gestion de ces sites, ce qui implique un travail étroit et permanent avec les services du ministère chargé de l'écologie. La dimension interministérielle fait intervenir le ministère de l'agriculture, pour ce qui concerne la contamination des denrées végétales et animales, et celui de l'éducation nationale en raison d'établissements scolaires construits sur d'anciens sites industriels. Ce travail interministériel conduit à des saisines communes des agences sanitaires et au financement d'études en commun.

Nous mobilisons les agences et autorités sanitaires en fonction des besoins et de leurs champs de compétences : l'ANSES pour une approche « milieu » avec la production de valeurs toxicologiques de référence (VTR) utiles à la réalisation de certaines études comme l'interprétation de l'état des milieux (IEM) ou l'évaluation quantitative des risques sanitaires (les EQRS) ; Santé publique France avec une approche « populationnelle » afin de mener des études en santé auprès de certaines populations locales, pour estimer les conséquences

sanitaires éventuelles d'une pollution ; la Haute Autorité de santé (HAS) dans une approche « médicale » pour établir les protocoles de prise en charge sanitaire en lien avec une exposition environnementale ; enfin, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) dans une approche d'appui à la gestion, et que nous avons beaucoup mobilisé ces derniers mois.

La direction générale de la santé a organisé en 2017 deux comités d'animation du système d'agences (CASA) thématiques sur les sites et sols pollués, à l'issue desquels une feuille de route a été validée et dont l'avancement conduit à des saisines coordonnées des différentes agences.

Le ministère des solidarités et de la santé, en liaison avec le ministère de l'écologie, finance le programme national de biosurveillance pour évaluer la valeur moyenne d'imprégnation de la population française à certains polluants. C'est ce qui nous permet de disposer d'une échelle de comparaison avec les résultats des dosages biologiques qui peuvent être effectués localement autour de sites et sols pollués, sous le pilotage des ARS.

Les ARS ont un rôle primordial dans la prévention des risques pour la santé en lien avec l'exposition aux contaminants identifiés sur les sites et sols pollués. Les ARS sont également en première ligne pour répondre aux inquiétudes de la population et prendre en charge les cas éventuels de surexposition à certains polluants.

La question des sites et sols pollués est un sujet sensible et complexe, dont les enjeux de santé publique ne font aucun doute, bien qu'il reste à en évaluer concrètement les impacts sur la santé.

La gestion des sites et sols pollués, bien que n'étant pas du ressort direct du ministère dont j'ai la charge, s'inscrit de toute évidence dans l'ensemble des problématiques prioritaires de santé publique, et de santé-environnement.

**Mme Gisèle Jourda, rapportrice.** – Votre propos confirme le bien-fondé de notre commission d'enquête : vous égrenez la chaîne des organismes qui exercent chacun leurs responsabilités au mieux, mais qui, ensemble, ne parviennent pas suffisamment à rassurer les populations, ni à prévenir des situations tout à fait alarmantes. Je pense bien entendu aux riverains de la vallée de l'Orbiel, qui ont été exposés à l'arsenic à la suite des inondations survenues en 2018, événement climatique qui a provoqué la mort d'onze personnes, dont sept sur ma commune de résidence. On nous disait que la pollution sur ces anciens sites miniers était contenue, que les aménagements effectués dureraient au moins trente ans : ils n'ont pas tenu dix ans, et la vallée a connu une pollution dramatique. Lors de ces événements, j'ai très vite demandé une intervention interministérielle, mais il m'a fallu attendre huit mois pour obtenir une réponse.

Cette commission d'enquête est donc l'occasion de voir précisément ce qui nous manque pour mieux identifier les situations risquées, et, surtout, réagir beaucoup plus rapidement en cas de difficulté et mettre en place un véritable suivi sanitaire.

Quelles sont les mesures mises en œuvre par l'État pour assurer le suivi sanitaire des riverains de la vallée de l'Orbiel ? Votre ministère a-t-il renforcé son *monitoring* de la situation sanitaire dans cette région ? Un registre des maladies susceptibles d'être liées à l'exposition à des polluants y a-t-il été mis en place ? Si ce n'est pas encore le cas, un tel registre est-il envisagé ?

Je m'interroge également sur les conditions de remboursement des analyses sanguines conduites sur des personnes potentiellement exposées : il nous a été rapporté que des riverains du Gard, dont le premier dépistage avait mis en évidence une surexposition, n'ont pas ensuite bénéficié d'une prise en charge par l'assurance maladie des examens sanguins complémentaires qui s'imposaient pour leur suivi médical. Comment expliquez-vous cette situation ?

Les associations militent pour la mise en place d'un centre de suivi médical gratuit à l'hôpital de Carcassonne pour la population exposée à l'arsenic, de façon à prendre en charge sur le long terme des personnes dépistées et positives. Votre ministère s'engagera-t-il pour la mise en place d'un tel centre de suivi médical centralisé et gratuit ?

Par une instruction du 27 avril 2017, votre ministère prévoit la création systématique, dans les départements comportant des sites pollués, de comités de coordination associant les directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dreal) et les ARS : où en est-on ? Ces comités et leurs groupes de travail techniques élaborent-ils des mesures de gestion sanitaire ? Ces recommandations sont-elles suivies d'effet ?

Les risques sanitaires liés à une pollution industrielle ou minière ne sont pas des cas isolés, mais se manifestent en plusieurs points de notre territoire. Comptez-vous élaborer une méthodologie pour orienter l'action des agences sanitaires et des ARS dans la prise en charge des populations exposées à ces pollutions ?

Nous manquons d'une telle méthodologie, parce que, au-delà des responsabilités territoriales, il y a une dimension nationale à considérer, qui justifie une coordination entre les différents intervenants. Il faut de l'interministériel et de la méthodologie, pour que, depuis les territoires, on identifie bien l'interlocuteur et qu'on sache comment faire face à un événement soudain, inattendu, qui laisse souvent les élus et les populations dans le désarroi.

**M. Olivier Véran, ministre.** – Je partage plusieurs de vos remarques, d'autant que j'ai eu, comme député de l'Isère, une expérience qui m'a démontré toutes les difficultés des élus – et des populations – face au risque sanitaire. Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Grenoble avait remarqué un apparent surnombre de patients atteints par la maladie de Charcot, dans une commune du département ; cette maladie neurologique étant grave, incurable, et sans cause identifiée, ce surnombre apparent a été pris très au sérieux. La presse locale en a été alertée, mais avant que les statistiques n'aient été consolidées : il s'est produit aussitôt un mouvement de panique dans la population. Neurologue à l'hôpital public et député, je me suis évidemment mobilisé – et c'est là que j'ai constaté toute la difficulté non seulement à obtenir de l'information claire, fiable, mais aussi à ce que l'information diffusée soit toujours sérieuse. La science exige – et on lui demande – une rigueur qui prend du temps, c'est un défi dans l'action. Nous avons identifié des causes possibles, en particulier la neige artificielle utilisée dans une station de ski située en amont de notre bassin versant, une neige dont la composition chimique pouvait perturber le développement neurologique. J'ai mobilisé tout ce que je pouvais pour obtenir de l'information, les réseaux locaux, l'ARS, et jusqu'à la directrice générale adjointe de la santé, sans rien obtenir de concluant. Puis les statisticiens du ministère ont pu consolider les chiffres, démontrant que nous n'étions pas en surnombre de cas. Cet épisode m'a donc démontré quelles difficultés concrètes les élus et la population peuvent rencontrer, et le décalage de temporalité entre l'urgence et le temps de la science : les spécialistes prennent mille précautions, alors qu'on aimerait qu'un médecin nous dise si, oui ou non, il y a un danger pour la santé.

J'entends d'autant mieux vos remarques que, parmi mes propositions de campagne législative, j'avais inscrit la création d'un centre régional de santé environnementale, pluridisciplinaire et qui aille de l'expertise des événements à l'évaluation des risques, en passant par l'action elle-même. Nous avons besoin de « préventologues », dans un nombre de plus en plus important de domaines, par exemple l'usage des pesticides, la qualité de l'air, mais aussi l'alimentation elle-même.

Vous mentionnez le besoin de coordination entre grands opérateurs à l'échelon national, je crois qu'elle fonctionne à cet échelon – mais c'est à l'échelon territorial qu'il y a des progrès à faire, ce qui milite pour le renforcement de l'échelon départemental des ARS et des structures qui existent. C'est une remarque qui m'a souvent été faite par les élus quand ils se plaignent d'un accès trop difficile au directeur général de l'ARS : ils soulignent que même le préfet est plus accessible – mais le préfet n'a qu'un département à gérer, quand l'ARS est compétente pour la région tout entière, c'est bien le signe qu'il faut renforcer l'échelon départemental des ARS, pour plus de congruence et d'information réciproques.

Il y a aussi un enjeu en termes de moyens. Il faut que chaque ARS dispose d'une cartographie des risques, et que les citoyens accèdent en *open data* aux sites industriels et à cette cartographie. Il ne sert à rien de dissimuler l'information disponible, bien au contraire, car le secret entretient les fantasmes, alors que nous avons besoin de l'implication des uns et des autres face au risque, en particulier des maires et des associations de riverains.

Le remboursement des analyses sanguines conduites sur des personnes potentiellement exposées relève de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), la règle étant qu'il y a remboursement dès lors qu'il y a prescription de dépistage.

Tout événement sanitaire peut être déclaré et il entre alors dans la base de données Géodes, de Santé publique France, avec un suivi départemental. Il y a aussi des registres sur les malformations et les cancers, je m'étais beaucoup impliqué, comme député, pour le registre des enfants nés sans bras dans le département de l'Ain. Il existe également un suivi par les centres antipoison et les centres régionaux des pathologies professionnelles et environnementales.

La coordination des Dreal et de l'ARS est placée sous la responsabilité des préfets, elle ne dépend pas des ARS. Je crois profondément aux ARS, la crise sanitaire a renforcé ma conviction : sans elles, notre situation aurait été bien plus difficile encore – et ce sont elles qui, aujourd'hui, organisent le dépistage dans les aéroports, mobilisent les pompiers... Et je vous rappelle qu'avant leur création, la coordination de l'action sanitaire relevait des préfets.

**Mme Gisèle Jourda, rapportrice.** – Message reçu ! Cependant, ce que nous avons constaté sur le terrain, c'est surtout un manque de réactivité sur le volet santé. Il a fallu que les parents aillent d'eux-mêmes à l'hôpital de Carcassonne une fois la pollution constatée, qu'ils mobilisent la presse, pour que le préfet et l'ARS entreprennent quelque chose. Pourquoi les signaux ne sont-ils pas remontés plus rapidement, compte tenu des risques qui étaient connus ? Pourquoi n'y a-t-il pas eu d'autosaisine ? Vous l'avez bien constaté comme député : ce qui inquiète les populations, c'est que les institutions manquent de réactivité, c'est qu'il faut les presser pour qu'elles bougent. Le problème est national : pourquoi n'y a-t-il pas un système d'alerte plus en amont ?

**M. Olivier Véran, ministre.** – Une alerte lancée par les citoyens n'est pas nécessairement synonyme d'un système défaillant. Il y a des registres, mais il ne peut y en exister un par risque et par site industriel enfoui. Ce qui me choquerait, c'est que l'alarme ne soit pas entendue...

**Mme Gisèle Jourda, rapportrice.** – Il a quand même fallu y aller au forceps !

**M. Olivier Véran, ministre.** – Je vous crois sur parole.

Quand je parlais d'un système intégré, qui aille de l'expertise des pollutions à l'évaluation des risques, en passant par l'action dans les territoires, je parlais d'une sorte de guichet unique, qui serait mobilisable par tous, et réactif.

La pollution des sols concerne encore d'autres enjeux, comme la pression notamment de la construction, ou encore la mémoire du passé industriel des sites. La loi de programmation pluriannuelle de la recherche (LPPR) va inclure un volet de recherche sur la santé environnementale.

On peut toujours faire mieux, le curseur de l'exigence de nos compatriotes évolue, donc celui de notre réponse doit évoluer aussi. C'est pourquoi nous devons être capables de faire des propositions – c'est tout l'intérêt, également, de votre commission d'enquête et de vos réflexions, nous en espérons aussi des propositions.

**M. Xavier Iacovelli.** – Je souhaiterais attirer votre attention sur un problème qui m'est cher, celui de la rénovation des sols des établissements scolaires.

En 2010, le ministère de la transition écologique avait lancé une campagne de recensement de tous les bâtiments scolaires concernés. Ce sont plus de 760 écoles qui avaient été identifiées comme présentant des risques, 658 établissements classés en catégorie B – les aménagements en place permettant de protéger les élèves –, mais 104 établissements avaient été classés en catégorie C, c'est-à-dire nécessitant la mise en place de mesures sanitaires pour protéger nos enfants.

Rien que dans mon département des Hauts-de-Seine, sept bâtiments sont à risque et 36 requièrent une vigilance. Dans ma commune de Suresnes, ce sont les élèves d'une maternelle et d'un lycée professionnel qui étudient dans des bâtiments dont la concentration de plomb est supérieure à la normale. Ces pollutions engendrent des conséquences significatives sur la santé de nos enfants, pouvant, par exemple, causer un retard dans leur développement pulmonaire et les rendre plus sensibles à la pollution à l'âge adulte. Dix ans après, pouvez-vous nous indiquer ce qui a été entrepris par votre ministère, mais aussi par les équipes précédentes, pour dépolluer ces sites et ainsi protéger nos enfants ?

Pouvez-vous également nous éclairer sur la feuille de route et sur les actions qui sont mises en place en lien avec les collectivités territoriales et les ministères concernés ?

**M. Laurent Lafon, président.** – Ce sujet intéresse beaucoup de territoires.

Cette enquête, entamée dans les années 2010, s'est achevée en 2016. Or tout le territoire national n'a pas été couvert, notamment de grands sites urbains comme Paris et la région Rhône-Alpes. Nous avons interrogé à plusieurs reprises le ministère de l'environnement en particulier, sans recevoir de réponse claire sur le sujet. Ces enquêtes vont-elles être poursuivies sur tout le territoire national afin que soient prises des décisions ?

Le ministère de l'environnement, qui est, comme vous l'avez dit, pilote en la matière, renvoie-t-il la balle aux collectivités locales ? Il y a un certain flou, qui mériterait d'être levé.

**M. Olivier Véran, ministre.** – Je suis absolument navré, cette question relève vraiment des compétences du ministère de la transition écologique et solidaire. Je sais que 1 400 diagnostics ont été financés depuis 2010, pour un montant de 33 millions d'euros sur 133 sites nécessitant des mesures de gestion. De plus, 25 gestionnaires ont notifié avoir réalisé les travaux nécessaires et le suivi relève de la politique du ministère de la transition écologique.

Comme vous l'avez dit, le ministère avait estimé qu'il appartenait désormais aux collectivités territoriales de s'approprier cette évaluation en l'articulant avec les obligations de mesure de la qualité de l'air intérieur. C'est Ségolène Royal qui avait décidé, mi-2016, d'arrêter de financer cette démarche au niveau national – je reste prudent, telles sont les informations qui me sont remontées.

En ce qui concerne les collectivités de taille significative disposant d'assez de moyens pour terminer les diagnostics, les services déconcentrés du ministère de la transition écologique se tiennent à leur disposition pour les accompagner dans la mise en œuvre de la méthodologie adéquate. En ce qui concerne les plus petites collectivités, le ministère de la transition écologique est prêt à les accompagner financièrement pour réaliser des diagnostics qui avaient été initialement envisagés.

Je sais que cette réponse n'est pas satisfaisante pour répondre à l'inquiétude des familles et des élus quant au fait qu'il puisse y avoir des écoles ayant un risque d'exposition supérieure à la norme – en l'espèce, ce n'est plus le député ni le ministre qui vous parle, mais le père de famille. Je m'en entretiendrai avec ma collègue du ministère de la transition écologique pour savoir ce qu'il est prévu de faire. Je crois que 1 700 établissements restent à diagnostiquer, pour un coût compris entre 30 et 33 millions d'euros. L'évaluation, lorsqu'elle est problématique, doit donner lieu à des modifications, sinon elle risque de ne pas servir à grand-chose. Mais si l'évaluation est suivie de relevés de décision, il faut s'y atteler de manière déterminée.

**M. Alain Duran.** – Je voudrais revenir sur la surveillance des populations et le traitement homogène dont parlait le président dans ses propos introductifs.

La rapportrice nous expliquait à l'instant que la prise en charge des analyses et leur remboursement, dans l'Aude, par exemple, se sont faits sous la pression médiatique. Je pense que ce n'est pas la meilleure démarche qui soit dans une démocratie digne de ce nom. Les associations dans les Cévennes que nous avons auditionnées ont déploré une non-prise en charge. Or l'analyse peut coûter jusqu'à 80 euros par citoyen. Seules les femmes enceintes peuvent bénéficier de trois analyses durant leur grossesse.

Vos propos ne m'ont pas convaincu, monsieur le ministre. Lorsque la pollution est identifiée, que le risque est avéré, qu'un suivi des populations est nécessaire, quels sont les critères retenus pour bénéficier d'une prise en charge ? Il faut entendre la colère de ces territoires qui subissent la double peine : habiter des sites pollués et engager des démarches en ayant recours à la pression médiatique pour obtenir gain de cause. Ce n'est pas normal, monsieur le ministre. J'aimerais avoir des éclaircissements sur cette question.

**M. Laurent Lafon, président.** – Pour prolonger la question dont la philosophie est de renforcer les cellules au niveau local, seriez-vous prêt, monsieur le ministre, à permettre des saisines directes des agences de santé par les élus locaux et les associations de riverains ?

**M. Olivier Véran, ministre.** – Il y a là deux cadres : la prescription et le remboursement.

Il y a le cadre qu'on connaît bien maintenant avec la covid : d'un côté, une urgence, un risque majeur avéré, étayé, argumenté pour lequel tout est pris en charge à 100 % et, de l'autre, les risques supposés, suggérés, évoqués, pour lesquels on a du mal, scientifiquement, à tirer des conséquences sanitaires éventuelles. Ce n'est pas le ministre qui le décide ; c'est la Haute Autorité de santé qui en est saisie et doit émettre des recommandations, favorables ou non. Elle s'appuie, la plupart du temps, sur des sociétés savantes en toxicologie, en santé publique... Ensuite, la recommandation donne lieu à un remboursement des prélèvements et des soins éventuels par l'assurance maladie. Ces deux cadres sont distincts.

Concernant la notion d'exposome, étant le premier pays à l'avoir introduit dans le droit, on sait mieux la caractériser, mais il convient de définir plus précisément ses implications.

Quant à la question des saisines des agences sanitaires par les élus locaux, elle a été soulevée à l'occasion de la catastrophe industrielle de Lubrizol. Il faut veiller à une bonne articulation entre le programme national des agences et les saisines non programmées. Ce sujet est en cours d'instruction en vue de permettre une bonne articulation entre l'intérêt local et la nécessité de conduire les travaux relevant du programme national. Enfin, il faut également veiller à l'articulation des travaux entre les agences sanitaires entre elles, c'est-à-dire Santé publique France, l'ANSÉS, le HCSP et parfois la HAS.

**M. Joël Bigot.** – Merci pour votre intervention claire et précise qui témoigne de votre vécu de médecin et de parlementaire. Vous avez évoqué la nécessité d'avoir des connaissances scientifiques renforcées. À l'heure actuelle, beaucoup de constats sont faits, notamment dans l'agriculture où l'utilisation du glyphosate ainsi que d'autres produits tout aussi insidieux – des pesticides pour les cultures maraîchères sous tunnel, par exemple – engendrent de nombreux problèmes de santé. Je pense également aux contestations d'usagers à propos des compteurs Linky et de la 5G.

Vous avez parlé tout à l'heure des agénésies, qui sont effectivement assez surprenantes dans certains villages, du Morbihan par exemple, que l'on n'explique pas. Il importe de renforcer les études scientifiques sur ces sujets.

Je sais bien qu'un certain nombre de décisions relèvent du ministère de la transition écologique, mais comment comptez-vous intensifier la recherche scientifique pour contrer une forme d'irrationnel et apporter des réponses scientifiques aux questions que se posent légitimement beaucoup de nos concitoyens ? Aménager un territoire signifie aussi faire accepter un certain nombre de projets à nos concitoyens, ce qui nécessite de s'appuyer sur des connaissances solides. Avez-vous des pistes de travail en la matière pour aider les élus à aménager le territoire et surtout à répondre aux inquiétudes des Français ?

**M. Olivier Véran, ministre.** – Je vous l’ai dit tout à l’heure, nous allons renforcer la recherche en santé environnementale à travers la LPPR, qui sera bientôt présentée au Parlement.

Autant je vous ai dit que j’étais très interventionniste – il faut aller de l’avant en matière de risques environnementaux –, autant je constate, comme nombre de nos concitoyens, que dans notre société, qu’on soit humain ou produit, on est de plus en plus souvent condamné avant d’être jugé, ce qui pose d’ailleurs un grand nombre de problèmes sociétaux. Certes, cette question déborde largement du cadre de votre commission d’enquête, mais cela doit quand même nous alerter.

On différencie, en matière de santé, la peur de la phobie. La peur est liée à une situation qui peut être objectivement effrayante pour la personne, tandis que la phobie est une peur détachée du substrat, presque immatérielle. Il ne faut pas virer à la phobie environnementaliste. Il s’agit d’être capable de faire la part des choses entre deux catégories : ce qui doit objectivement nous inquiéter et nous faire agir et ce qui, basé sur des données observationnelles et scientifiques publiées, ne représente pas une menace en l’état actuel des données de la science. On peut se poser nombre de questions sur la 5G comme sur beaucoup de produits.

Il faut éduquer et sensibiliser tout au long de la vie, former davantage les professionnels de santé, développer la recherche française, européenne, mondiale, sur ces sujets. Il faut aussi tenir compte du fait que toute décision de politique publique peut avoir des externalités négatives. Je ne vais certainement pas rouvrir le débat aujourd’hui sur le glyphosate, mais si vous le remplacez d’un seul coup par d’autres biocides, qui, paradoxalement, n’auront pas bénéficié des mêmes analyses et durées d’expertise pour savoir s’ils sont ou non dangereux, il se peut que le remède soit pire que le mal.

Je l’ai dit plusieurs fois durant la crise de la covid, le temps scientifique n’est pas le temps politique ; il faut bien dissocier les deux. Sur l’affaire des bébés sans bras, je n’ai eu aucune difficulté à dire dans la presse que se posait vraisemblablement un risque exogène ; parmi les facteurs extrinsèques figurent les risques environnementaux. L’agénésie des membres supérieurs est très rarement unilatérale lorsqu’elle est d’origine génétique pour des raisons assez évidentes. Vous ne m’avez jamais entendu pointer tel ou tel facteur pour expliquer la cause de tel problème, car cela relèverait du domaine de la croyance. Or la croyance tue la science.

Il faut donc suivre une ligne très rigoureuse en matière scientifique, très avant-gardiste en matière d’organisation, très interventionniste pour expliquer et rassurer quand il y a lieu. Enfin, gardons à l’esprit le principe de précaution que nous avons adapté, depuis la conférence de Rio, dans le domaine de la santé – la France est l’un des seuls pays à l’avoir fait. Nous devons progresser, mais sans faire le procès de telle ou telle substance par avance, car nous risquerions de passer à côté de la vraie cause. La recherche est donc indispensable, mais sera toujours beaucoup plus lente que les attentes que vous et moi formulerons.

**Mme Gisèle Jourda, rapportrice.** – J’ai noté, monsieur le ministre, votre idée de mettre en place des centres régionaux de santé en lien avec l’environnement.

Vous avez en outre pointé du doigt le renforcement de la coordination entre les ARS et le préfet. Vous avez parlé d’une cartographie des pollutions, que ce soit en matière de

santé ou en matière environnementale. Car à ce jour, nous sommes dans l'incertitude la plus absolue. De nombreuses bases de données recensent des sites potentiellement pollués ou non, mais rien n'est réellement coordonné.

Permettez-moi de reprendre l'exemple des enfants de la vallée de l'Orbiel dans les urines desquels on a décelé des seuils élevés en arsenic, autant de risques de cancers. Le problème se pose aussi dans le Val-de-Marne. Je souhaiterais que soient ouverts, à l'échelle nationale, des registres de suivi de santé pour toutes les personnes habitant à proximité de sites pollués.

Enfin, concernant la maîtrise donnée aux préfets au détriment des ARS en matière sanitaire, la situation semble varier d'un territoire à l'autre, et les plans d'intervention ne sont pas les mêmes. On gagnerait, je crois, en efficacité si le plan d'action était homogène quel que soit le département pour coordonner l'action des préfets, des ARS et des Dreal.

**M. Olivier Véran, ministre.** – Il existe différentes manières de procéder, avec ou sans registre. Ce que l'on veut, c'est colliger de l'information et être capable de faire le lien entre cause et conséquence en cas de survenue d'un problème sanitaire. Il existe deux moyens de le faire. On peut effectuer un suivi de registres en population générale, ce qui implique de suivre indistinctement tout un tas d'individus quel que soit leur âge, ou par tranches d'âge, dans un territoire donné, et regarder s'il survient des événements particuliers. Toutefois, il est peut-être plus intéressant, lorsque l'on veut travailler à partir d'une cause potentielle – par exemple, l'exposition à l'arsenic, dont on me dit que les seuils sont certes élevés, mais restent en dessous du niveau moyen de toxicité – de noter dans le dossier médical de tous les enfants concernés qu'ils étaient présents sur site, afin de pouvoir, si un ou plusieurs d'entre eux présentent des problèmes sanitaires, faire un lien statistique de rapprochement entre cette exposition et la survenue de l'événement sanitaire.

**Mme Gisèle Jourda, rapportrice.** – La HAS n'a pas eu la même lecture !

**M. Olivier Véran, ministre.** – Cela revient pourtant absolument au même, l'option que je vous propose ayant le mérite de la simplicité. Il s'agit donc de donner instruction d'inscrire cette notion dans le dossier médical des enfants, de manière à pouvoir les suivre dans la durée. C'est un équivalent registre, sans être vraiment un registre. Comme disait l'autre, cela a la couleur, l'odeur et le goût d'un registre, mais c'est plus utile et sans doute plus efficace !

**Mme Gisèle Jourda, rapportrice.** – C'est comme le vrai-faux passeport !

**M. Olivier Véran, ministre.** – Que chaque citoyen puisse connaître son exposome naturel ou professionnel est également une idée. Il faudra toutefois définir d'abord ce qu'est un exposome. Nous avons défini un principe général, qu'il reste à remplir. Nous sommes exposés à plein de produits, individuellement ou de manière « cocktail », pendant toute notre vie de citoyen et notre vie professionnelle. Les connaissances évoluent. Nous en sommes encore aux balbutiements pré-embryonnaires en matière de compréhension des mécanismes de santé environnementale. Cependant, se poser la question, c'est déjà se donner les moyens d'agir et de chercher. Nous avons vu que la recherche avait une place importante en la matière.

J'espère avoir apporté des réponses complémentaires. Je lirai les conclusions de votre rapport avec la plus grande attention et le plus grand sérieux.

**M. Laurent Lafon, président.** – Merci, monsieur le ministre, pour le temps que vous nous avez accordé et les réponses que vous nous avez apportées. Nous remettrons notre rapport dans la première quinzaine de septembre.

*La réunion est close à 15 h 30.*

## MISSION D'INFORMATION SUR LE FONCTIONNEMENT ET L'ORGANISATION DES FÉDÉRATIONS SPORTIVES

**Mardi 21 juillet 2020**

- Présidence de M. Jean-Jacques Lozach, président -

*La réunion est ouverte à 16 h 40.*

### **Audition de Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée auprès du ministre de l'Éducation nationale, de la jeunesse et des sports, chargée des sports**

**M. Jean-Jacques Lozach, président.** – Nous auditionnons Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée en charge des sports. Nous clôturons ainsi notre longue série d'auditions qui s'est déroulée dans des conditions si particulières – je salue la disponibilité de votre cabinet, madame la ministre, il nous a toujours répondu avec célérité.

Ces auditions nous ont démontré l'attente, mais aussi la nécessité de revoir l'organisation de l'offre sportive dans notre pays, depuis les clubs de proximité jusqu'aux fédérations. Nous souhaiterions que cette réorganisation se déroule sans table rase, dans les meilleures conditions possibles. Il y a urgence, par le déclin du nombre de clubs, par l'incertitude du modèle économique de bien des clubs, par les difficultés dont nous sommes témoins dans les relations entre les clubs et les fédérations ; cependant, nous souhaitons que la réorganisation se fasse dans un cadre incitatif, c'est ce que nous attendons du projet de loi que vous êtes en train de préparer et que nous attendons impatiemment.

Ensuite, nos interlocuteurs nous ont exprimé un souhait d'innovation, nous l'avons vu avec la promotion des sociétés coopératives. Nous soulignons la nécessité de consolider les instances fédérales, car c'est bien cet échelon qui porte l'intérêt général. Nous entendons les consolider dans leurs relations aux clubs, aux ligues, aux investisseurs, aux sportifs eux-mêmes ; les consolider en moyens matériels et en gouvernance, mais aussi en moyens d'investigation face à des dérives que nous constatons trop souvent. Quelles sont les urgences, selon vous ?

Enfin, les auditions ont souligné la nécessité que l'État contrôle davantage l'application des conventions d'objectifs et de moyens : envisagez-vous de renforcer ce contrôle ? Et quels doivent être, selon vous, les contours et les modalités de la responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) pour une fédération sportive ?

**M. Alain Fouché, rapporteur.** – Je suis très heureux de vous accueillir et suis soulagé que ce Gouvernement ait maintenu un ministre chargé des sports, plutôt que de ranger votre administration sous l'autorité d'un secrétariat d'État ; nous apprécions aussi votre grande implication et votre connaissance du milieu sportif.

Notre mission s'est proposée d'examiner le fonctionnement des fédérations, en particulier vis-à-vis des petits clubs, nombreux dans le milieu rural et dont certains rencontrent des problèmes avec les fédérations – et nos réflexions seront complémentaires à votre projet de loi.

Quelle est votre position sur les modalités d'élection des présidents de fédérations ? Faut-il limiter le nombre de mandats consécutifs que peut effectuer une même personne ?

Ne faudrait-il pas renforcer le contrôle de l'honorabilité des encadrants bénévoles ? Est-il réaliste d'envisager à moyen terme un contrôle systématique, comme ce qui existe déjà pour les encadrants rémunérés ?

**Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée en charge des sports.** – À mon arrivée au ministère, le Président de la République et le Premier ministre m'ont adressé une feuille de route où figurait l'ambition d'une France plus sportive, avec le projet d'adapter l'organisation du sport aux attentes de nos concitoyens, car ces attentes évoluent rapidement : les acteurs historiques doivent en tenir pleinement compte. Pour ce faire, nous avons souhaité renforcer l'autonomie des fédérations, rendre leur gouvernance plus efficiente. La crise sanitaire n'a fait que renforcer cet impératif, la nouvelle organisation que nous visons doit donner plus d'agilité et de capacité d'adaptation aux fédérations. Nous sommes face au défi collectif de repenser le rôle du sport dans notre société, nous devons le placer au service de la santé publique, de l'éducation des jeunes et de l'insertion vers l'emploi, en incluant tous les publics. Le droit au sport est fondamental, c'est un levier très important et nous souhaitons que nos concitoyens le perçoivent comme tel, pas seulement comme un temps de loisir.

Dans la crise sanitaire, nous avons démontré le bien-fondé de la gouvernance partagée, avec l'Agence nationale du sport (ANS) : c'est cette organisation qui nous a permis d'associer les entreprises, l'écosystème des acteurs qui proposent du sport, et les collectivités territoriales. Cette gouvernance inédite, mise en place depuis un an, a su mobiliser des moyens aussi bien en direction du sport de haute performance que du sport pour tous. Nous voulons aller plus loin, transformer les relations entre les fédérations et les clubs, pour que les politiques fédérales se déploient davantage en lien avec les acteurs du territoire. Il faut que les fédérations connaissent tout simplement mieux les clubs, qu'elles interagissent davantage avec eux. Nous avons aussi voulu plus de transparence dans les soutiens publics aux uns et aux autres, les moyens alloués à travers les projets sportifs fédéraux et territoriaux sont publics, nos concitoyens peuvent les consulter sur le site de l'ANS, alors qu'ils étaient tenus secrets jusqu'à l'année dernière.

Nous souhaitons également renforcer le caractère démocratique du fonctionnement des fédérations, c'est une attente de nos concitoyens. Nous devons garantir que le débat au sein des fédérations soit démocratique, équitable et transparent. Nous souhaitons également une meilleure représentativité des femmes dans les instances dirigeantes des fédérations – seulement deux femmes président une fédération olympique – mais aussi dans l'accès à tous les postes et à tous les niveaux, y compris parmi les bénévoles.

Notre priorité va aussi à la sécurité et à l'intégrité des sportifs, ce qui exige l'honorabilité des encadrants. Cela suppose une mobilisation forte des fédérations. Notre objectif est qu'en janvier prochain, l'intégralité des quelque deux millions d'éducateurs puissent faire l'objet d'un contrôle d'honorabilité, nous ciblons toutes les violences, y compris celles qui sont liées aux compétitions elles-mêmes, aux dérives autoritaires, aux manipulations, aux discriminations dans le sport. Comme ancienne athlète, je regrette que les sportifs ne soient pas davantage associés à la vie des fédérations, je travaille à ce que leur voix soit plus entendue.

La pratique sportive est une école de la citoyenneté, les clubs sont des vecteurs d'apprentissage des valeurs républicaines, j'en ai fait l'expérience concrète – et je me réjouis du rapprochement de mon ministère et de celui de l'Éducation nationale, nous allons travailler main dans la main. Ce rapprochement va conforter les agents de mon ministère dans leur rôle éducatif, alors qu'ils ont pu devenir trop souvent, ces dernières années, des gestionnaires de dossiers. Pour moi, le sport est plus que du sport, c'est aussi un apprentissage de la tolérance, de la solidarité, du respect des règles, et aussi un générateur d'emplois et de compétences - c'est dans ce sens, large, que j'aborde notre entretien.

**M. Jean-Jacques Lozach, président.** – Quelles vous paraissent être les fragilités du mouvement sportif qui appellent des réformes, et quelles sont les urgences ?

**Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée.** – Il y a d'abord une urgence calendaire, nous allons entrer dans une période d'élection dans les fédérations, entre septembre et avril. Nous avons passé un accord avec les fédérations, elles ont accepté de respecter le calendrier initial de leurs élections malgré le report des jeux Olympiques. Il faut renforcer la démocratie dans les fédérations, nous en discutons avec elles. Nous avons envisagé la limitation de leur présidence à trois mandats, c'est une durée suffisante pour prendre connaissance des enjeux, peser dans les instances internationales, et conduire une politique fédérale en conséquence. Nous avons la volonté d'aller vers un vote des clubs, c'est déjà le cas dans bien des fédérations, mais pour d'autres cette solution n'est guère pertinente eu égard à leur organisation territoriale ; nous avons besoin d'affiner l'analyse avec les fédérations pour déterminer le niveau d'obligation approprié. Par exemple, la loi pourrait utilement fixer un seuil du nombre d'électeurs minimal. De même, il serait utile d'établir un guide de bonnes pratiques, qui préciserait les conditions dans lesquelles les campagnes électorales se déroulent, quels moyens sont mis à disposition des candidats, le calendrier, ceci pour nourrir le débat mais aussi pour faciliter la candidature de femmes – les audaces de femmes se sont d'ores et déjà libérées, ce mouvement sera amplifié avec une impulsion forte du législateur ou des conditions de délégation renforcées.

**M. Jean-Jacques Lozach, président.** – Le seuil minimal concernerait-il les clubs ou les licenciés ?

**Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée.** – Les deux sont en partie liés. L'idée est qu'un président ne soit pas élu par 17 personnes... Il faut que les personnes qui l'élisent bénéficient d'une représentativité minimale, sans pour autant que l'on impose un vote par licencié, comme une proposition de loi de députés le propose. Si l'objectif est que chaque adhérent se sente partie prenante d'un projet fédéral, il existe d'autres manières d'y parvenir : c'est le sens de ce que l'on a fait avec l'ANS pour renforcer les liens entre les fédérations et les associations, en faisant en sorte, par exemple, que les associations sollicitent des subventions distribuées par les fédérations, etc. On peut réfléchir à d'autres outils pour développer ce sentiment d'appropriation.

**M. Alain Fouché, rapporteur.** – Il conviendrait d'accroître la démocratie et l'information. Le président de la Fédération française de football est élu par 216 personnes, alors qu'elle compte deux millions de licenciés...

**Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée.** – On envisageait de s'inspirer des élections municipales et communautaires où les citoyens élisent indirectement les présidents des intercommunalités et ont connaissance des programmes de chacun. Les licenciés n'ont pas forcément accès, à l'heure actuelle, à cette information. Il serait pourtant

simple d'utiliser les outils informatiques existants pour envoyer aux adhérents, dont les fédérations ont les listes, les projets de chaque candidat.

**Mme Christine Lavarde.** – J'entends bien que vous êtes défavorable à une élection des présidents de fédérations par l'ensemble des licenciés, mais qu'en serait-il des élections intermédiaires, notamment dans les ligues ou dans les comités départementaux ? Le processus d'élection reste très flou pour les adhérents des clubs, alors que ces instances ont, normalement, un lien beaucoup plus proche avec les clubs. Parfois, des personnes exercent des responsabilités au sein des ligues, alors même qu'elles ont été battues lors de l'élection du bureau du club dont elles sont membres...

Pour renforcer le lien entre les pratiquants et leur fédération, il faudrait que les pratiquants soient informés des projets portés par chaque candidat. Pour les grandes fédérations, cela figure parfois dans la presse, mais ce n'est pas le cas pour les plus petites. Il serait pourtant simple d'inclure dans les lettres d'information que chaque fédération envoie à ses licenciés un lien vers les professions de foi des différents candidats, voire une présentation des candidats et de leurs équipes.

Enfin, la limitation à trois mandats que vous évoquez a-t-elle vocation à s'appliquer uniquement aux présidents des fédérations ou aussi aux membres du bureau ? Le représentant d'une fédération au sein des instances européennes n'est pas forcément le président de la fédération ; c'est parfois un vice-président.

**Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée.** – L'enjeu est d'améliorer la participation démocratique, mais tous les adhérents d'un club ne sont pas intéressés par cette question. Pour beaucoup, en effet, le sport rime avec liberté ou flexibilité et tous ne sont pas mobilisés par les enjeux politiques ou de gouvernance ; il faut arriver à faire prendre conscience que prendre une licence ne signifie pas seulement bénéficier d'une assurance, et que c'est aussi s'engager dans un projet fédéral. Mais le travail est colossal...

La limitation des mandats ne concernerait que le président, ce qui constituerait déjà une avancée majeure. Si une personne a été nommée ou élue, pendant son mandat national, au sein des instances internationales, elle pourrait bien sûr rester en poste à l'international, même en cas de changement d'équipe fédérale dès lors que la réglementation internationale le permet.

**Mme Christine Lavarde.** – Quelqu'un qui est resté vice-président pendant douze ans pourrait donc devenir président ensuite pendant douze ans ?

Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée. – En effet.

**M. Alain Fouché, rapporteur.** – La loi sur le non-cumul des mandats permet d'exercer trois mandats de parlementaire, puis trois mandats de maire ou de président de conseil départemental...

**Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée.** – La règle des douze ans permettra de faire vivre l'alternance, de faciliter l'émergence de nouvelles équipes, et, je l'espère, de nouveaux projets.

**M. Gilbert-Luc Devinaz.** – Merci pour votre éclairage. Ma collègue a évoqué certains problèmes relatifs à la démocratie dans les fédérations. Je ne suis pas élu de la même région, mais, à Villeurbanne, on constate que les mêmes questions se posent. Le problème est

évident dans le football. Lorsque des présidents de clubs de quartiers commencent à protester, la fédération, comme par hasard, se met à contrôler le club sous toutes les coutures et trouve tous les moyens de le sanctionner, jusqu'à ce que le président jette l'éponge... Certaines fédérations ont ainsi un mode de fonctionnement particulier qui devrait être revu. Le président de la ligue de football d'Auvergne-Rhône-Alpes était déjà en place lorsque Charles Hernu était maire de Villeurbanne...

Le Président de la République veut faire de la France un pays plus sportif. Mais selon quels indicateurs ? Est-ce en fonction des résultats dans les compétitions internationales ?

Jusqu'où s'étendent les prérogatives des fédérations délégataires d'une discipline ? Cela signifie-t-il qu'elles sont comme propriétaires de la discipline et qu'aucune autre structure, comme les fédérations affinitaires, ne peut intervenir ? Je pense notamment au litige entre la Fédération sportive et gymnique du travail (FSGT) et la Fédération française de judo, qui lui reprochait de lui faire de la concurrence sur les licences. N'est-ce pas le principe de libre concurrence qui devrait s'appliquer ? La Fédération française de judo est une fédération délégataire. La FSGT a-t-elle le droit de proposer la pratique du judo au sein de sa fédération ?

Enfin, je voulais vous interroger sur la gouvernance du sport. Vous avez indiqué que la gouvernance était partagée entre le ministère et l'ANS. Mais comment s'opère le partage ? Comment l'ANS se déclinera-t-elle au niveau local ?

**Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée.** – Pour les indicateurs, l'Institut national pour la jeunesse et l'éducation populaire (Injep) réalise des enquêtes pour évaluer la pratique sportive des Français, apprécier s'il s'agit d'une pratique quotidienne, occasionnelle, etc. La prochaine enquête aura lieu en 2021.

Notre politique vise à développer la pratique sportive dans des champs où elle pourrait être plus étendue : c'est le cas par exemple de la santé. L'activité physique peut être utile dans le cadre d'un parcours de soin, après un traitement ou en prévention. C'est l'objet du programme de labellisation de 500 maisons Sport-Santé au cours du quinquennat que nous avons lancé – la moitié ont déjà été labellisées. Il s'agit de repérer les structures portées par des associations, des collectivités ou des acteurs économiques qui peuvent servir de passerelle entre le monde médical et le monde du sport, car ce lien ne se fait pas naturellement. Cette collaboration pourrait pourtant être judicieuse, par exemple pour inciter les gens à pratiquer une activité physique ou un sport après un traitement ou pour prévenir des maladies cardiovasculaires. Il faut accompagner les patients de manière individualisée. C'est le but des maisons Sport-Santé que nous voulons généraliser. Les mutuelles sont intéressées. L'enjeu est de créer, autour de l'hôpital, des parcours pour les patients au sein de clubs sportifs, qui collaboreraient entre eux pour proposer différentes activités.

La question est aussi de parvenir à inciter les fédérations à collaborer davantage entre elles. La mutualisation des fonctions support est une piste. Mais il faut aller plus loin : est-il pertinent de proposer à un enfant de quatre ans une inscription à l'année à une activité ? Ne vaut-il pas mieux lui proposer une succession d'activités pour qu'il les découvre ? Pour cela, il faut inciter les fédérations et les associations au niveau local à réfléchir à des titres interfédéraux ou à des licences partagées, et renforcer la collaboration entre les fédérations qui se partagent une même discipline, comme c'est le cas entre la Fédération française de judo et la FSGT.

La question n'est pas d'avoir le droit de pratiquer une activité, ou non, puisque la délégation ne porte que sur la délivrance des titres de champions de France et le choix des sélections nationales : une fédération délégataire est la seule qui a le droit d'organiser les championnats de France dans la discipline concernée et d'édicter les règles techniques propres à ladite discipline. Actuellement, c'est la Fédération française de judo, délégataire, qui propose le système de compétition nationale. Pour autant, la FSGT reste autorisée à proposer la pratique du judo en club, et cela n'a aucunement été dénoncé par la Fédération française de judo, d'ailleurs. Celle-ci s'est plainte d'une démarche considérée comme trop agressive de la part de la FSGT, qui est allée démarcher directement ses licenciés en faisant valoir qu'elle proposait une licence deux fois moins cher, ce qui était tentant pour les adhérents ne pratiquant pas de compétition. Le Comité national olympique et sportif français (CNOSF), dont sont membres les 2 fédérations, semble parvenu à un consensus et travaille à un nouvel outil pour fonder les relations entre ses membres.

**M. Éric Journaux, directeur de cabinet de Mme Roxana Maracineanu.** – Il s'agit d'un pacte de loyauté.

**Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée.** – Il a vocation à organiser la coexistence entre les fédérations, pour qu'elles cohabitent en bonne intelligence, dans le respect des uns et des autres, sans être trop agressives dans la concurrence. Oui au libre choix de sa pratique et de son club, mais il est difficilement acceptable d'aller démarcher des licenciés qui sont déjà engagés dans un mouvement fédéral !

Vous avez évoqué l'Agence, et la gouvernance partagée au niveau national. L'enjeu est désormais de décliner cette gouvernance territorialement, notamment au niveau de la conférence régionale et de la conférence des financeurs. J'y crois tellement que j'aimerais que cette gouvernance partagée existe même à un niveau municipal. Il faudrait mettre autour de la table les adjoints en charge des sports, de l'éducation, de la santé, de l'emploi, ainsi que les acteurs économiques du territoire, pour parler de sport, et voir comment prendre en compte, dans les politiques municipales, ce que le sport et le monde associatif peuvent apporter en termes de prévention, d'éducation et d'insertion vers l'emploi. En tous cas, ces questions doivent systématiquement être débattues au niveau régional. Il est difficile, pour l'État, d'aller jusqu'à un niveau territorial plus fin.

**M. Gilbert-Luc Devinaz.** – Pour la natation, nous avons un club qui repose sur 200 compétiteurs, mais compte 1 500 adhérents. Ceux qui ne font pas de compétition parlent de créer une autre association, parce qu'ils ont le sentiment qu'ils deviennent des vaches à lait pour ceux qui font de la compétition. Quant à la gouvernance partagée au niveau communal, les communes s'organisent comme elles veulent... Nous avons réglé le problème à travers un office du sport, ce qui permet de faire face à une baisse des dotations de l'État. Sur notre territoire, cela fonctionne.

**Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée.** – Vous évoquez une remise en cause de l'offre de services des fédérations sportives : c'est exactement sur cela que nous travaillons. L'Agence interroge vraiment les fédérations sur leur projet sportif : quelle offre de services proposent-elles à leurs associations, dont les deux tiers des adhérents ne sont souvent pas concernés par la licence compétitive actuelle ? La licence, en effet, donne accès à une assurance et la possibilité de participer à des compétitions ; elle permet aussi de bénéficier d'un encadrement qualifié. La Fédération de canoë-kayak, par exemple, a fait en sorte que chaque adhérent d'une association ait accès, grâce à une centrale d'achat, à du matériel et à des équipements à prix réduits. Pour cela, elle a associé d'emblée le monde économique au

niveau national, pour pouvoir proposer des prix plus intéressants aux adhérents, ou un accès aux locations touristiques de canoë, par exemple. Cela développe, au niveau national, une cohérence entre le monde économique et touristique que génère cette activité, pour proposer un service à ces deux tiers d'adhérents qui ne pratiquent pas la compétition. Même pour l'assurance, d'ailleurs, certaines associations songent à souscrire une police en direct, sans passer par la fédération. Les fédérations ont donc à se questionner et se réinventer. Nous les accompagnons dans ce processus, en insistant sur les aspects de responsabilité sociétale des entreprises (RSE) : pour garder leurs adhérents associatifs et capter des sponsors et des partenaires financiers, les fédérations doivent développer leur responsabilité sociétale et environnementale à leur niveau.

**M. Gilbert-Luc Devinaz.** – Comment l'Agence nationale déclinera-t-elle son action sur le plan régional ?

**Mme Roxana Maracineanu, ministre.** – Les décrets sont en cours de préparation : ils passaient en Conseil d'État ce matin. La constitution des conférences régionales fera l'objet de décret pris à la rentrée de septembre. L'installation des premières conférences du sport est déjà programmée, sur les territoires qui se veulent pilotes en la matière. La première thématique sera le plan d'urgence et le plan de relance du sport. Comment les fédérations seront-elles représentées ? Il y aura différents collègues.

**M. Gilbert-Luc Devinaz.** – Au niveau régional, y aura-t-il une autogestion ?

**Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée.** – Non, car nous sommes déjà entrés dans la différenciation, en avance de phase sur la loi « 3D » (décentralisation, différenciation, déconcentration). L'Agence nationale du sport conjuguera différenciation et travail en commun, avec une gouvernance partagée autour d'une thématique. L'idée est que chaque conférence régionale décide en son sein qui sera son président.

**M. Éric Journaux.** – Deux décrets sont en cours d'examen par le Conseil d'État. Le premier définit le rôle du délégué territorial adjoint, le préfet étant le délégué de l'Agence au niveau territorial, pour décliner les actions que l'Agence déploie. Le préfet sera représenté par le service déconcentré chargé des sports. L'autre décret définit le rôle, la composition, les modalités de fonctionnement de la conférence régionale du sport, qui sera organisée autour de collègues identiques à ceux de la gouvernance des membres fondateurs de l'agence, auxquels s'ajoutent les autres acteurs du sport – personnes morales et physiques – et les représentants des usagers. Cette conférence sera réunie une première fois par le préfet, et désignera ensuite son président, qui sera sans doute un représentant des collectivités territoriales, vu le poids de celles-ci en nombre de voix. Une fois définis son règlement intérieur et son organisation, elle décidera de l'installation d'une ou plusieurs conférences des financeurs qui définiront les compétences, soit à une échelle territoriale, soit à une échelle thématique, appropriées à chaque territoire, pour mettre en œuvre des programmes et des contrats d'orientation et de financement, qui eux-mêmes seront cohérents avec le projet sportif territorial que la conférence va élaborer, comme prévu par la loi du 1<sup>er</sup> août 2019. Il n'y aura qu'un seul projet sportif territorial par région, qui fera l'objet d'une publication après avoir été discuté par l'ensemble des membres ; Ce projet sera vraiment le fruit d'un travail consensuel sur les priorités à partir duquel chaque conférence des financeurs travaillera.

Ces décrets ont été examinés ce matin en section permanente au Conseil d'État. Ils seront publiés fin août ou début septembre, puisqu'il faut procéder à quelques consultations de collectivités, en Corse et outre-mer.

**Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée.** – L'enjeu est de mettre en cohérence les différents acteurs et les différentes politiques menées autour du sport sur un territoire. En effet, une région, par exemple, n'est pas forcément au courant des politiques sportives, ou qui utilisent le sport, mises en place par les départements, ni des politiques municipales qui pourraient avoir une résonance régionale. Elle n'est pas, non plus, toujours au courant de ce que l'État met en place, ni de ce que les fédérations mettent en place, ni de ce que les entreprises font dans le secteur sportif. L'idée est de mettre autour de la table tous les acteurs d'un territoire qui veulent participer, et de supprimer les doublons, tout en renforçant la cohérence.

Lors de sa mise en place, il a été décidé de structurer l'agence en groupement d'intérêt public (GIP), et non en établissement public. Nous avons défendu, notamment devant le Conseil d'État, l'intérêt de cette solution non pas dans sa configuration nationale, mais dans sa déclinaison territoriale. Même si tout n'est pas mis dans un pot commun, il sera possible de comptabiliser les apports des uns et des autres : les bénévoles mis au service du développement de l'activité ou de la compétition par le monde sportif et associatif, et l'argent investi par la région, les départements, et les municipalités, soit par des créations d'emplois, soit par la mise à disposition de ressources humaines. L'idée est de mutualiser les moyens consacrés au sport, de mieux les comptabiliser et de les rendre visibles.

**M. Jean-Jacques Lozach, président.** – Je reviens sur le contrôle de la gouvernance des fédérations sportives. Certes, il ne faut pas « charger la barque », car nous disposons déjà du contrôle de légalité de l'État, du contrôle de la Cour des comptes, des missions de l'inspection générale, etc. Mais certaines personnes extérieures au monde sportif que nous avons entendues ont émis l'idée de faire réaliser des contrôles extérieurs par des organismes indépendants, comme le préconisait d'ailleurs un rapport du Conseil de l'Europe, quand une grille de références sera collectivement acceptée.

On peut citer l'exemple de la Conférence permanente du sport féminin, qui n'est pas parvenue jusqu'à présent à s'affirmer. Nous avons aussi inscrit dans un texte législatif la charte d'éthique et de déontologie, mais elle n'est pas appliquée par certaines fédérations.

Faut-il aller plus loin en matière d'évaluation et de contrôle ? Vous avez abordé ce sujet par le biais de la transparence, quand vous avez évoqué le projet sportif fédéral et le projet sportif territorial. C'est déjà une avancée significative.

**Mme Roxana Maracineanu, ministre déléguée.** – Pratiquement toutes les fédérations sportives ont aujourd'hui satisfait à leurs obligations concernant la charte d'éthique et de déontologie. Seules quelques petites fédérations – billard, pelote basque, vol en planeur, pentathlon, char à voile – ne l'ont pas fait.

Mais signer une charte, ce n'est pas suffisant. Le ministère chargé des sports a lancé une charte relative au développement durable, la « charte des 15 engagements écoresponsables ». Les organisateurs d'événements, les fédérations, les clubs sportifs mais aussi les gestionnaires d'équipements sportifs peuvent ainsi se fixer des objectifs et dresser un constat annuel de l'état d'avancement de ceux-ci. Cette charte n'est pas très connue, mais comme la thématique du développement durable est maintenant en haut de la pile, j'espère que nous aurons l'occasion de la mettre davantage en valeur.

Nous voulons travailler sur le renforcement des conditions de délégation, d'où la réflexion engagée depuis plusieurs mois sur la mise en place d'un contrat de délégation.

Aujourd'hui, confier une délégation de service public à une fédération revient à lui accorder la possibilité de décerner un titre de champion de France, d'édicter des règles de fonctionnement d'une discipline et de sélectionner des athlètes pour les équipes de France. Il faut renforcer ce contrat avec des thématiques relatives à l'éthique et à l'intégrité, à la transparence financière, et à l'association des principaux acteurs dans le processus démocratique. Pour cela, le code du sport doit être modifié, ce qui nécessite de passer par la loi.

Il faut également modifier le lien qui lie les fédérations et l'État, en remplaçant la tutelle par un contrat de délégation de service public, qui tient beaucoup plus fortement les délégations. Sur les objectifs en matière d'éthique et d'intégrité, nous avons des référents dans chacune des fédérations sur différentes thématiques : violences sexuelles, discriminations, lutte contre la radicalisation. Nous avons travaillé avec les fédérations sur la définition de leurs politiques et la déclinaison concrète des engagements que nous demandons. Car sans évaluation, on peut se contenter de signer une charte et de la ranger dans un tiroir.

En cas de non-respect, le ministère pourrait retirer la délégation. L'État a la responsabilité d'attribuer et de renouveler tous les 4 ans une délégation à une fédération sportive au vu de l'ensemble de ses engagements en faveur des politiques publiques du sport et de sa capacité à répondre aux règles définies par le code du sport.

Nous avons réuni la Conférence permanente du sport féminin il y a un an. Depuis lors, nous sommes restés en contact avec les différents collèges et avons travaillé sur plusieurs thématiques. Pendant la crise, j'ai demandé aux syndicats des joueuses de sports collectifs un rapport sur les obstacles rencontrés par les associations et les fédérations pour la création d'un véritable statut des sportives professionnelles. Les associations ont souffert durant cette période parce qu'en l'absence de contrats officiels pour les joueuses, elles n'ont pas pu profiter du dispositif de chômage partiel. J'aimerais que 100 % des sportives professionnelles aient un contrat et un statut à une échéance très prochaine.

Pour associer davantage les entraîneurs et les athlètes à la vie fédérale, il faut travailler sur les accords de branche, notamment pour les sports collectifs. Aucun sport féminin n'en bénéficie pour le moment.

Nous nous penchons aussi sur la reconnaissance de la spécificité féminine, notamment de la maternité, pour les sportives de haut niveau. La gynécologue de l'Insep a réuni une équipe autour d'elle pour préparer un document d'information aux fédérations, aux établissements et aux clubs. Nous voulons que cette nouvelle attention portée aux femmes se reflète aussi dans la pratique pour toutes : les associations et les fédérations doivent proposer, aux différents temps de la vie d'une femme – périodes avant et après la grossesse, ménopause –, une pratique sportive adaptée. Les associations doivent aller au-delà de l'offre de services sportifs et proposer des modes de garde complémentaires au temps sportif.

**M. Jean-Jacques Lozach, président.** – Avant de donner la parole à M. le rapporteur pour une conclusion, je voudrais vous remercier de votre présence, madame la ministre. Je vous informe d'ores et déjà que notre rapport sera présenté le 8 septembre prochain.

**M. Alain Fouché, rapporteur.** – Madame la ministre, merci de nous avoir donné ces éclairages. J'ai ressenti et apprécié cette volonté de partenariat entre le ministère et les fédérations. Cela n'exclut pas le contrôle, tout en laissant un certain nombre de libertés.

Nous craignons tout de même que l'Agence nationale du sport ne prenne le pas sur le ministère.

Nous espérons que vous tiendrez compte des propositions que nous vous ferons au mois de septembre dans votre projet de loi en préparation, les auditions que nous organisons nous permettant d'avoir une bonne vue d'ensemble du sport français. J'ajoute que notre président est un très bon connaisseur de cet univers.

Bon courage dans votre très belle mission !

*La réunion est close à 17 h 50.*

*Cette audition a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible [en ligne sur le site du Sénat](#).*

**PROGRAMME DE TRAVAIL POUR LA SEMAINE  
DU 31 AOÛT ET A VENIR**

**Le Sénat suspend ses travaux jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2020**

**Commission des affaires sociales**

**Mardi 8 septembre 2020**

*à 14 h 30*

Salle Médicis

Captation vidéo

- Audition de MM. Pierre Moscovici, Premier président, et Denis Morin, président de la 6<sup>e</sup> chambre, de la Cour des comptes, sur l'enquête réalisée en application de l'article LO132-3-1 du code des juridictions financières sur la fraude sociale.

**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**

**Mardi 1er septembre 2020**

*à 10 h 30*

Salle Médicis

Captation vidéo – Ouverte à la presse

- Table ronde sur les prises en charge à domicile :

. Mme Joëlle Martinaux, présidente de l'union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (Unccas) ;

. Mme Gwénaëlle Thual, présidente de l'association française des aidants ;

. Mme Marie-Reine Tillon, présidente de l'union de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA).

*à 14 h 30*

Salle Médicis

Captation vidéo – Ouverte à la presse

- Table ronde sur la situation dans les EHPAD :

. M. Jean-Claude Brdenk, vice-président du syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA) et directeur général délégué d'Orpéa ;

. Mme Virginie Lasserre, directrice générale de la cohésion sociale au ministère des solidarités et de la santé ;

. M. 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).

**Mercredi 2 septembre 2020**

*à 9 h 30*

Salle Médicis

Captation vidéo – Ouverte à la presse

- Table ronde sur les aspects éthiques :

. Dr Sophie Crozier, neurologue, coordinatrice pour l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris de la démarche éthique ;

. 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, directeur de l'Espace éthique de la région Île-de-France.

*à 14 h 30*

Salle Médicis

Captation vidéo – Ouverte à la presse

- Table ronde avec des ordres des professions de santé :

. M. Patrick Chamboredon, président du conseil national de l'ordre des infirmiers ;

. Mme Isabelle Derrendinger, 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.

**Jeudi 3 septembre 2020**

*à 9 h 30*

Salle Médicis

Captation vidéo – Ouverte à la presse

- Table ronde avec des fédérations hospitalières et médico-sociales :

. 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).

10561

*à 14 heures*  
Salle Médicis

Captation vidéo – Ouverte à la presse

- Audition de Mme Katia Julienne, directrice générale de l'offre de soins au ministère des solidarités et de la santé

**Commission d'enquête sur le contrôle, la régulation et l'évolution des concessions autoroutières**

**Mercredi 16 septembre 2020**

*à 14 h 30*  
Salle n° 131

- Examen du rapport de la commission d'enquête présenté par M. Vincent Delahaye, rapporteur.

Le délai limite pour le dépôt des demandes de modification auprès du secrétariat de la commission d'enquête ([dlc-ce-concessions-autoroutieres@senat.fr](mailto:dlc-ce-concessions-autoroutieres@senat.fr)) est fixé au : Mardi 15 septembre, à 12 heures