

SOMMAIRE ANALYTIQUE

COMMISSION DES FINANCES..... 10771

- *Audition de MM. Bruno Le Maire, ministre de l'économie, des finances et de la relance, et Olivier Dussopt, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics, sur le plan de relance* 10771

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..... 10797

- *Audition commune de MM. Jong-Moon Choi, ambassadeur de la République de Corée en France et Philippe Lefort, ambassadeur de France en République de Corée* 10797
- *Audition de M. François Chih-Chung Wu, représentant de Taïwan en France, et de M. Jean-François Casabonne-Masonnave, représentant de la France à Taïwan* 10812
- *Audition du Colonel Bruno Cunat, ancien commandant de la base aérienne 110 de Creil* 10819
- *Audition de Mme Andrea Ammon, directrice du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC)* 10831
- *Table ronde sur les équipements de protection*..... 10839
- *Audition du professeur Jean-François Delfraissy, président du conseil scientifique (sera publié ultérieurement)*..... 10856
- *Audition du Professeur Didier Raoult, directeur de l'Institut hospitalo-universitaire en maladies infectieuses de Marseille*..... 10857
- *Audition commune des Professeurs Dominique Costagliola, épidémiologiste, membre de la cellule de crise de l'Académie des sciences, et Yazdan Yazdanpanah, chef du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Bichat, directeur de l'Institut thématique d'immunologie, inflammation, infectiologie et microbiologie de l'Inserm (Reacting), membre du conseil scientifique* 10877
- *Table ronde avec des experts en santé publique (sera publié ultérieurement)* 10893
- *Table ronde avec des acteurs institutionnels (sera publié ultérieurement)*..... 10893
- *Audition de Mme Marisol Touraine, ancienne ministre de la Santé (sera publié ultérieurement)*..... 10894
- *Audition de Mme Roselyne Bachelot, ancienne ministre de la Santé (sera publié ultérieurement)*..... 10894
- *Table ronde d'anciens directeurs généraux de la santé (sera publié ultérieurement)*..... 10894
- *Audition de M. Gérald Darmanin, ministre de l'Intérieur (sera publié ultérieurement)*..... 10894

**COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LE CONTRÔLE, LA RÉGULATION ET
L'ÉVOLUTION DES CONCESSIONS AUTOROUTIÈRES..... 10895**

- *Examen du rapport..... 10895*

**MISSION D'INFORMATION « QUEL RÔLE, QUELLE PLACE, QUELLES
COMPÉTENCES DES DÉPARTEMENTS DANS LES RÉGIONS FUSIONNÉES
AUJOURD'HUI ET DEMAIN ? » 10905**

- *Examen et adoption du rapport..... 10905*

**MISSION D'INFORMATION TRAFIC DE STUPÉFIANTS EN PROVENANCE DE
GUYANE..... 10919**

- *Examen du rapport..... 10919*

**MISSION D'INFORMATION SUR LA LUTTE CONTRE L'ILLECTRONISME ET
POUR L'INCLUSION NUMÉRIQUE..... 10927**

- *Examen du projet de rapport 10927*

**PROGRAMME DE TRAVAIL POUR LA SEMAINE DU 21 SEPTEMBRE ET À
VENIR..... 10937**

COMMISSION DES FINANCES

Jeudi 10 septembre 2020

- Présidence de M. Philippe Dominati, vice-président de la commission des finances -

La réunion est ouverte à 9 heures.

Audition de MM. Bruno Le Maire, ministre de l'économie, des finances et de la relance, et Olivier Dussopt, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics, sur le plan de relance

M. Philippe Dominati, président. – Je vous prie d'excuser le président Vincent Éblé, empêché d'être parmi nous de ce matin. Il le regrette vivement et m'a demandé d'assurer la présidence de cette réunion.

Notre commission a souhaité entendre MM. Bruno Le Maire, ministre de l'économie, des finances et de la relance, et Olivier Dussopt, ministre délégué chargé des comptes publics, sur le plan de relance présenté jeudi dernier par le Gouvernement.

Ce plan constituera l'un des points majeurs du prochain projet de loi de finances, par son ampleur affichée – 100 milliards d'euros – comme par le nombre très élevé des mesures qu'il comprend – au nombre de 68. Une mission spécifique « Plan de relance » est annoncée pour porter une partie importante de ces crédits, mais d'autres véhicules budgétaires devraient être utilisés.

Malgré la taille imposante du dossier de presse et de l'annexe de 300 pages qui présente ces mesures – que chacun des membres de la commission a reçus en version dématérialisée – nous restons sur notre faim quant à leur contenu concret, à leurs modalités de financement et au rythme d'engagement des dépenses pour sortir notre économie de la crise.

Vous avez choisi de joindre ce plan de relance au budget de l'année 2021 et des années suivantes, alors que beaucoup, dans notre commission, plaident pour une application massive dès le second semestre 2020. Il est également difficile de percevoir ce qui relèvera du plan de relance européen, dont la validation n'interviendra pas avant plusieurs mois, des mesures purement nationales, et dans quelle mesure les finances des collectivités territoriales seront impactées par les mesures fiscales que vous annoncez ou sollicitées pour cofinancer les dépenses.

Je suis certain que vous serez à même ce matin, une semaine après la présentation officielle de ce plan, de nous apporter des éléments nouveaux sur son contenu et sa mise en œuvre.

M. Bruno Le Maire, ministre de l'économie, des finances et de la relance. – Ce plan de relance est notre réponse sur le long terme à la crise économique la plus grave que la France ait connue depuis 1929, au choc sur les entreprises, sur l'emploi, sur notre société – un choc dont les effets les plus forts commencent seulement à se produire, ce qui nous invite à agir fortement et sans attendre. Ma conviction profonde, c'est que la France sortira plus forte

de cette crise, car c'est l'occasion d'accélérer la transformation de notre modèle économique, d'apporter des réponses à ce qui ne fonctionne pas et de conforter nos points forts.

Nous faisons le choix d'une relance par l'investissement et l'offre, ce qui n'est pas la voie choisie par l'Allemagne, par exemple, mais c'est parce que nos voisins ont déjà rétabli leur compétitivité et rencontrent d'abord un problème de demande. La France, elle, doit continuer à investir pour moderniser son outil de production et créer les emplois de demain, ou bien, et nous en serions tous comptables, nous risquons une véritable relégation de l'économie française.

Ensuite, ce plan de relance est la troisième vague de la réponse que nous apportons à la crise.

La première a été l'amortissement du choc : nous y avons mis des moyens très importants, c'était un choix difficile – en particulier pour le ministre des finances qui n'avait cessé depuis trois ans que de limiter la dépense publique... – car coûteux pour les finances publiques. Les outils que nous avons utilisés ont évité de la casse économique, sociale et politique : les prêts garantis par l'État à hauteur de 300 milliards d'euros, dont 120 milliards ont déjà été décaissés, le fonds de solidarité pour les très petites entreprises et pour les indépendants, les reports de charges sociales et fiscales, le chômage partiel – lequel représente 28 milliards d'euros cette année et nous a évité des dizaines de milliers de suppressions d'emplois dans nos territoires.

La deuxième vague, ensuite, a été la réponse sectorielle, pour venir soutenir les secteurs qui ont été d'emblée touchés en profondeur par la crise sanitaire. C'est le cas de l'aéronautique, et personne ne sait quand le trafic reviendra, comment le commerce mondial évoluera, quelles seront les relations entre la Chine et les États-Unis, ni comment nous allons, ou non, reprendre l'avion dans les années à venir – et rien n'est pire pour l'investissement que l'incertitude. Nous avons donc adopté un plan massif de soutien à l'industrie aéronautique, qui répond aux demandes des PME du secteur pour les aider à se restructurer, à mettre en place de l'activité partielle, pour financer des garanties pour le maintien de commandes de compagnies qui, si elles n'étaient pas honorées, annuleraient des commandes d'A380 ou d'A350 en chaîne. Il en va de la survie d'Air France-KLM et de la défense d'Airbus, en plus des milliers d'entreprises sous-traitantes. Nous avons soutenu également l'industrie automobile – où nous commençons à réussir la transition à l'électrique – pour que la France, après avoir été un champion de l'automobile thermique au XX^e siècle, le reste au XXI^e siècle pour l'automobile électrique. Notre soutien a bien fonctionné puisque, en plus de la vente de près de 45 000 véhicules électriques en quelques mois, les ventes automobiles du mois de juin 2020 ont été supérieures à celles du mois de juin 2019. Troisième bloc de secteurs que nous avons soutenu : le tourisme, l'hôtellerie, la restauration, l'événementiel et la culture. Si la saison a été très bonne sur certains pans du territoire comme la façade Atlantique, elle a été très difficile dans les lieux qui accueillent des touristes étrangers, à Paris et dans les grandes métropoles – d'autant qu'il n'y a pas d'arrière-saison, laquelle repose sur les congrès et l'activité économique. Nous avons donc décidé de maintenir le chômage partiel jusqu'au 31 décembre 2020 pour ce secteur.

Le troisième temps est donc celui de la relance par l'investissement. Ce plan représente 100 milliards d'euros. Ce choix assumé pour l'offre ne signifie pas que nous ne soutenions pas la demande : nous le faisons avec le soutien à la consommation pour l'automobile mais aussi avec les 28 milliards d'euros du chômage partiel, qui ont soutenu les salaires, donc la demande. Nous avons toujours soutenu le pouvoir d'achat et la demande par

le soutien à l'emploi : face aux demandes des gilets jaunes, nous avons augmenté la prime d'activité pour que les salariés au SMIC touchent 100 euros de plus – cela représente près de 10 milliards d'euros de dépenses publiques en année pleine – et nous avons défiscalisé les heures supplémentaires. Le travail doit payer et c'est par le travail, la défense de l'emploi et la rémunération du travail qu'on défend le mieux le pouvoir d'achat des Français. Nous nous tenons à cette ligne depuis trois ans et nous continuons à le faire avec ce plan de relance.

Le plan repose sur trois priorités et sur une méthode.

Première priorité, l'accélération de la transition écologique. La France peut sortir plus forte de cette crise économique si, grâce à ce plan de relance, elle accélère la décarbonation de son économie. C'est une demande forte de nos compatriotes, un thème qui rassemble et dont nous pouvons débattre de façon constructive.

Nous allons cibler 30 milliards d'euros sur les quatre secteurs les plus émetteurs : le bâtiment, les transports, l'industrie et l'agriculture.

Pour le bâtiment, qui représente un quart des émissions de CO₂, nous mettons en place un plan massif de rénovation thermique des bâtiments publics et privés, d'un montant de 7 milliards d'euros. Pour les bâtiments publics – locaux des universités, écoles, centres de service public –, des appels à projets sont lancés pour assurer une sélection efficace et une exécution rapide des rénovations : je ne saurais trop vous recommander d'inciter les maires à y participer, cela vaut pour toutes les communes, des plus rurales aux grandes métropoles. Il faut rassembler les Français : nous ne regarderons pas la couleur politique des communes. Notre objectif est de soutenir le plus grand nombre de projets. Pour les bâtiments privés, nous faisons passer le budget de la prime « *MaPrimeRénov'* » de 800 millions à 2 milliards d'euros, en l'ouvrant à tous les Français – la moitié des travaux de rénovation étant réalisés par des foyers relevant des 8^{ème} et 9^{ème} déciles des revenus, nous avons décidé d'ouvrir cette prime à tous, c'est un facteur de relance économique.

Sur les transports, nous préparons des grands plans pour développer le vélo, les transports en commun et le ferroviaire – nous mobilisons 5 milliards d'euros pour le ferroviaire, pour éponger ses pertes, rénover certaines lignes, rouvrir certaines lignes et relancer le fret – mais aussi ouvrir des trains de nuit entre Paris et Nice, voire d'autres si la rentabilité de ces lignes est assurée. Pour aider à la décarbonation des grands sites industriels fortement émetteurs de CO₂, nous allons aider les entreprises à passer à des chaudières fonctionnant à la biomasse, plus coûteuses et moins rentables. Les premiers appels à projets ont été lancés fin août. Dans l'agriculture, enfin, nous allons accélérer la transition vers agriculture bio et les circuits courts.

Deuxième orientation, la relocalisation d'industries en France, que nous inscrivons dans un mouvement plus large de recentrage de la mondialisation.

La mondialisation cesse de s'étendre toujours plus : elle entre dans une nouvelle ère où la production se recentre, on le voit en Chine et aux États-Unis, il faut accompagner ce mouvement en Europe. Nous devons renforcer notre souveraineté industrielle, relocaliser des productions stratégiques ou à haute valeur ajoutée, exactement comme le président Xi a annoncé qu'il allait le faire en disant que le temps de la Chine ouverte était fini et que la Chine devait s'appuyer sur son propre marché pour se développer – beaucoup plus que sur les échanges commerciaux. Nous devons tirer les conséquences d'un tel mouvement : quand un marché de 1,4 milliard d'habitants, le plus dynamique de la planète, entend se refermer sur

lui-même, comprenons qu'il est temps que nous aussi, nous soyons capables de relocaliser un certain nombre d'activités industrielles en France.

Nous n'allons certes pas relocaliser toutes les industries, celles où nous ne sommes pas compétitifs, mais nous pouvons commencer par relocaliser les industries qui sont stratégiques pour notre souveraineté, par exemple celle des principes actifs des médicaments. La crise sanitaire nous a fait découvrir que nous dépendions de l'Asie pour les principes actifs de médicaments entrant dans les antidouleurs : est-ce raisonnable ? Notre industrie pharmaceutique est puissante, la compétitivité-coût des Chinois diminue à mesure que les standards de la société chinoise se rapprochent des nôtres, nous avons donc de quoi parvenir à relocaliser de telles productions stratégiques. Nous pouvons également relocaliser des industries à haute valeur ajoutée : nous avons commencé à le faire en lançant, avec mon homologue allemand Peter Altmaier, le projet de bâtir une filière de batteries électriques en Europe, sur la base d'un accord franco-allemand qui a été étendu à d'autres partenaires, par exemple la Pologne. L'automobile de demain sera électrique : comment supposer qu'un tiers de sa valeur, la batterie, proviendra comme aujourd'hui à 87 % de Chine ou de Corée du Sud ? Nous avons lancé ce projet il y a deux ans, nous avons une usine pilote à Nersac en Nouvelle-Aquitaine, nous ouvrirons en 2022 la première usine de production de masse à Douvrin dans le Nord et la deuxième usine sera ouverte en 2024 à Kaiserslautern en Allemagne : c'est la première fois depuis Airbus que l'Europe recrée une filière de production industrielle indépendante d'un bout à l'autre de la chaîne. Au-delà des batteries électriques, nous allons investir 11 milliards d'euros dans de nouveaux marchés comme la production d'hydrogène, les *biotechs* ou encore le développement des technologies quantiques, qui sont autant d'occasion de relocaliser. Nous nous sommes trop reposés sur nos lauriers, nous vivons sur nos acquis, avec quelques magnifiques filières industrielles dans le luxe, l'agroalimentaire, la pharmacie et l'aéronautique – ce sont toujours ces mêmes quatre filières que l'on cite depuis vingt ans, nous n'avons pas créé de nouvelles chaînes de valeur qui permettent une relocalisation industrielle.

Ce choix de réindustrialiser nécessite de passer aux actes : c'est le sens de la baisse de 10 milliards d'euros des impôts de production prévue par ce plan de relance. Car au-delà des compétences et du tissu industriel, nous devons aussi être compétitifs sur le plan fiscal : on ne peut demander à nos industriels de courir avec des boulets. Nous ne pouvons pas continuer à avoir des impôts de production deux fois plus élevés que la moyenne européenne, sept fois plus élevés qu'en Allemagne.

Cette baisse de 10 milliards d'euros des impôts de production interviendra au 1^{er} janvier prochain et, pour la concentrer sur les activités industrielles, nous avons écarté la solution qui aurait consisté à diminuer la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), car cela aurait aussi bénéficié au secteur financier, alors que nous préférons cibler directement la production. Nous avons donc opté pour le levier de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE) et des impôts fonciers sur les locaux industriels, en particulier la cotisation foncière des entreprises (CFE). Ainsi, la CVAE passera de 14 milliards à 7 milliards d'euros, grâce à la suppression de sa part régionale – je salue l'esprit constructif de l'Association des régions de France et de son président, Renaud Muselier, avec lequel nous sommes parvenus à un accord pour compenser cette suppression de CVAE par l'attribution d'une part de TVA, recette dynamique. Quant aux impôts fonciers sur les locaux industriels, ils seront divisés par deux, à 3 milliards d'euros. Les collectivités territoriales seront compensées intégralement par une indemnisation budgétaire mensuelle et les communes conserveront leur liberté de taux. Je connais la sensibilité du sujet.

Troisième grande orientation : la protection de l'emploi et la formation aux métiers de demain, en cohérence avec les choix que nous avons faits depuis le début de la crise sanitaire. Les mesures de chômage partiel, sans précédent en France, ont sauvé des milliers d'emplois : nous ne voulons pas supprimer brutalement ce dispositif de soutien. Aussi le maintenons-nous dans les secteurs très affectés, avec un reste à charge de 15 %, jusque fin 2020. Nous aviserons ensuite. Le maintien de l'activité partielle n'aurait pas de sens, cependant, si nous ne préparons pas aux métiers de demain : c'est pourquoi nous allons mettre en place une gestion prévisionnelle des compétences à l'échelle nationale pour identifier les compétences disponibles et les besoins.

Un mot sur la méthode, décisive pour la mise en place de ce plan : il faut agir vite, quitte à corriger l'action en cours de route – plutôt qu'attendre de tout savoir avant de commencer. Nous faisons aussi le choix d'une consultation la plus large possible : ce plan de relance a demandé des mois de concertation et bénéficie des travaux sur le pacte productif lancés en novembre 2019. De même, si nos projets sur l'hydrogène sont bien avancés, c'est que nous y travaillons depuis près d'un an. Et si 72 % des Français soutiennent le plan de relance, c'est parce que c'est le plan des Français. Je continuerai, dans cette voie, à recevoir les représentants économiques, les syndicats, et à débattre avec vous, car ce plan nous engage tous, et l'avenir de la Nation.

La méthode passe également par une centralisation des crédits pour un décaissement rapide et certain. La création d'une mission budgétaire *ad hoc* garantira que le décaissement sera suivi au jour le jour. Nous prévoyons aussi des clauses d'extinction, pour être en mesure, quand un projet ne se fait pas au rythme annoncé, de réallouer les crédits à d'autres projets plus avancés. Nous prévoyons deux outils pour suivre la bonne exécution du plan : un conseil de suivi présidé par le Premier ministre, avec les partenaires sociaux, les parlementaires, les élus ; un comité de pilotage hebdomadaire, que je présiderai et dont le secrétariat sera confié à Bruno Parent, ancien directeur général des finances publiques. Ce comité hebdomadaire veillera à la bonne exécution du plan et pourra chaque semaine consulter des partenaires, tous azimuts, pour recueillir les remarques.

Enfin, les derniers mois nous ont appris à faire preuve de pragmatisme et de modestie. Personne ne sait quelle sera l'évolution sanitaire, chacun regarde les chiffres, et quand nos compatriotes se demandent de quoi demain sera fait, notre rôle de politique consiste à faire preuve de cohérence, de stabilité et de vision à long terme. Nous allons passer par des hauts et des bas, il faut maintenir le cap : ce plan de relance nous fera relever ces défis.

M. Olivier Dussopt, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics, sur le plan de relance. – Je serai succinct, en précisant quelques aspects de l'architecture budgétaire de ce plan. Nous allons installer des comités territoriaux de suivi dans chaque région, en veillant à ce que les services du ministère des finances soit présents, pour un pilotage véritablement territorial, en appui des services déconcentrés. Une mission budgétaire est créée, avec trois programmes, chacun correspondant aux trois priorités du plan : cela facilitera la lecture des crédits mais nous pourrons aussi les rendre fongibles, pour des redéploiements éventuels en cours d'action. Les crédits du plan feront l'objet d'autorisations de crédits très importantes dans le prochain projet de loi de finances, mais aussi en loi de financement de la sécurité sociale, par exemple pour les investissements dans les hôpitaux. Quelques-uns des crédits sont déjà votés par le Parlement – par exemple la prime pour l'embauche des jeunes, la prime à la conversion automobile ou encore d'autres mécanismes relatifs aux appels à projets sur la décarbonation.

Sur la compensation aux collectivités territoriales, si le montant d'allègement de CVAE est bien de 7,2 milliards d'euros, nous travaillons sur une compensation par la TVA de 9,5 milliards d'euros, pour tenir compte de dégrèvements déjà existants. Pour le bloc communal, les allègements s'élèvent à 1,75 milliard d'euros pour la taxe sur les locaux industriels et à 1,54 milliard pour la CFE. Nous envisageons un prélèvement sur recettes de l'État qui permettra d'avoir une compensation dynamique en fonction de l'évolution des bases – les communes conservant la liberté de taux.

Quant à l'impact du plan sur les finances publiques, nous veillons à ce que les dépenses inscrites n'aient pas de caractère pérenne – je parle bien des dépenses du plan lui-même – et qu'elles ne soient pas renouvelables au-delà de deux ans, de même que nous mobiliserons au mieux le plan de relance européen – tout ceci pour que notre maîtrise des dépenses publiques soit la meilleure possible et que nous puissions faire baisser notre endettement dès 2025, car c'est nécessaire à notre crédibilité financière. Je suis convaincu que nous y parviendrons et nous vous présenterons prochainement un projet de loi de programmation pluriannuelle des finances publiques pour tenir compte des évolutions fortes intervenues depuis 2017 – nous aurons alors à débattre de questions de gouvernance et d'indicateurs.

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général. – Nous sommes nombreux à approuver l'idée d'un plan de relance, d'autant que nous l'avons appelé de nos vœux à chacun des collectifs budgétaires du printemps et de l'été. Nous sommes cependant circonspects sur certains points, en particulier de méthode. Vous annoncez par exemple des appels à projets en octobre, donc avant toute approbation de la loi de finances : parlez-vous là des crédits du dernier collectif, ou de la prochaine loi de finances ?

Nous partageons aussi votre choix d'une relance par l'investissement, c'est d'autant plus nécessaire que notre pays, faute de s'être réformé comme l'ont fait nos voisins allemands, ne dispose guère des moyens d'une véritable relance de la consommation. Cependant, ici encore, des questions se posent, car votre chiffre global de 100 milliards d'euros, sur lequel le Gouvernement communique beaucoup, recouvre des mesures déjà votées – par exemple les 5,2 milliards d'euros de soutien aux collectivités territoriales, les 2,6 milliards d'euros pour l'automobile... autant de crédits que vous recyclez dans ce plan. Comment, ensuite, mieux distinguer le court et le long terme, les aides pour aujourd'hui, et les investissements à plus long terme comme pour la filière hydrogène ?

Sur le volet fiscal, vous remplacez un impôt de production par un impôt conjoncturel, la TVA, qui n'est pas toujours dynamique, on l'a vu récemment : il faudra donc trouver une forme de garantie.

Par ailleurs, en 2009, nous avons voté des mesures utiles, comme le *carry-back* et le suramortissement, qui ne figurent pas dans ce plan : les prévoyez-vous dans le projet de loi de finances ?

Enfin, nous avons des questions sectorielles. La situation d'Île-de-France Mobilités est mauvaise, car si l'opérateur assure le service de transports en commun dans la région francilienne, la fréquentation est bien moindre et les recettes manquent ; nous avons proposé des mesures spécifiques en juillet, vous ne les avez pas retenues : que comptez-vous faire ?

Autre exemple : l'entreprise Beneteau subit la chute brutale de la demande de navires de plaisance, quelque 700 emplois de très haute compétence sont en jeu. Comment conserver ces compétences sur notre territoire en attendant la reprise du secteur nautique ?

M. Bruno Le Maire, ministre. – Merci pour vos propos encourageants, utiles dans cette période. Nous avons examiné les options pratiques pour l'architecture budgétaire de ce plan de relance, et plutôt que de prendre un nouveau collectif, nous avons préféré inscrire l'ensemble des mesures dans le projet de loi de finances, par souci de simplicité et de démocratie. La loi de finances est le cœur battant de la vie politique, le vecteur des grands choix et des grands débats. Cette option n'exclut pas des décisions anticipatrices, comme les appels à projets pour l'industrie, qui représentent un milliard d'euros. Cela n'exclut pas non plus d'intervenir ponctuellement pour la relocalisation industrielle. Avec le Président de la République, nous avons visité le laboratoire pharmaceutique Seqens, capable de produire des principes actifs de médicaments qui nous font défaut ; nous sommes convaincus que nous pouvons être aussi compétitifs que les Chinois, mais comme le marché est peu porteur, il faut accompagner le mouvement. Je n'ai pas peur de le dire : nous voulons subventionner directement certaines entreprises capables de développer de tels investissements. Je pense également au groupe Lesaffre, leader mondial de la fermentation, marché porteur pour l'agroalimentaire : le groupe a besoin de monter deux nouvelles lignes de production, pour un montant de 150 millions d'euros, 400 emplois sont en jeu, nous voulons soutenir ce type d'investissement.

Les actions du plan de relance agissent à court et à long terme. Le soutien à la demande, le chômage partiel et les baisses d'impôts auront des effets immédiats sur la croissance. À plus long terme, nos objectifs sont, pour l'ensemble du plan, de récupérer 4 points de PIB d'ici 2025, et nous visons une réduction de 57 millions de tonnes de CO2 sur la durée de vie des projets financés. Nous visons aussi la création de 400 000 emplois d'ici 2022, dont 160 000 pour 2021, tel qu'annoncé par le Premier ministre. Ceux qui pensent que ce n'est pas assez, ne doivent pas oublier d'y ajouter les emplois qui ont été sauvés grâce aux mesures de chômage partiel.

Sur le volet fiscal, nous avons effectivement écarté le suramortissement, lui préférant la baisse d'impôt, mais le *carry back* figure dans le troisième collectif budgétaire.

Le président Bruno Retailleau nous a signalé les difficultés de l'entreprise Beneteau, ce fleuron de notre savoir-faire nautique, de réputation mondiale. Les élus sont tout à fait dans leur rôle. Nous comptons sur ces relais pour cibler au mieux les aides publiques et nous entendons bien sûr nous mobiliser pour l'entreprise Beneteau : il faut l'aider à passer le cap.

Je donne un deuxième exemple, qui est très cher à mon cœur : le décolletage dans la vallée de l'Arve. Cette activité, qui est une tradition française depuis la fin du XIX^e siècle, représente 15 000 emplois directs et dépend totalement de deux secteurs : l'automobile et l'aéronautique. Or le marché aéronautique s'est effondré.

Nous n'allons pas laisser tomber le décolletage dans la vallée de l'Arve. Nous devons trouver des moyens d'accompagner sur la durée un tel secteur industriel ; les entrepreneurs n'ont pas démérité, les salariés non plus, ils ont simplement été victimes d'un effondrement conjoncturel.

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. – J'apporte deux précisions.

Au-delà des dispositions qui seront adoptées dans le cadre du projet de loi de finances pour 2021, l'objectif, c'est 30 % de décaissement à cet horizon. Les dispositions votées dans les projets de loi de finances rectificative (PLFR) successifs, notamment le troisième, garantissent le financement des actions qui doivent être mises en œuvre sur la fin de l'année. Si nous devons profiter du PLFR de fin de gestion pour abonder tels ou tels crédits, nous le ferions, mais, à ce stade, ce n'est pas utile. De la même manière, nous avons ouvert l'appel à projets pour la rénovation des bâtiments de l'immobilier d'État. Le processus est très rapide, puisque l'appel à projets sera clos le 10 octobre ; les projets seront sélectionnés entre fin novembre et début décembre, pour une mise en œuvre en 2021.

Je confirme qu'un accord est intervenu entre le Premier ministre et la présidente de région, Valérie Pécresse. Dans cet accord, qui fait l'objet d'une convention, nous avons arrêté le principe d'une compensation des pertes de recettes d'Île-de-France Mobilités pour un montant compris entre 1,1 milliard et 1,4 milliard d'euros. Nous verrons début 2021 la réalité des pertes de recettes lorsque l'exercice sera clos, afin d'arrêter définitivement le montant de cette compensation. Je signale que, à la suite du vote du PLFR 3, il avait été convenu du principe d'un acompte. Un premier acompte de 425 millions d'euros a été versé à Île-de-France Mobilités. Cet accord permet de garantir que la crise de la covid n'aura pas de conséquences sur le prix pour les usagers et, nous l'espérons, sur le programme d'investissement.

M. Jean-François Husson. – Vous avez dit, et j'y suis sensible, qu'il fallait accélérer la transition écologique et la décarbonation de l'économie pour en faire un sujet de rassemblement. Je forme le vœu que nous y parvenions. Jusqu'à maintenant, cela a plutôt été un sujet de division : je pense aux « bonnets rouges », aux « gilets jaunes » et aux « zadistes ».

Je souhaiterais que vous puissiez nous donner des éléments de réponse sur tout ce qui concerne les efforts faits pour le dernier kilomètre, dont on parle beaucoup depuis vingt ans et qui présente plusieurs avantages : lutter contre la pollution et rendre plus efficace et plus fluide la distribution des marchandises.

L'agriculture paraît être un angle mort. Vous abordez la question agricole principalement sous le volet environnemental. Vous qui avez exercé d'éminentes responsabilités au ministère de l'agriculture, M. Le Maire, vous savez combien l'agriculture française – je dirai même les agricultures françaises – sont en difficulté. Or c'est un sujet majeur pour notre souveraineté alimentaire. J'aimerais par ailleurs que soient rappelés tous les efforts réalisés par le monde agricole en matière de traçabilité et de sécurité des produits. La France mérite autre chose que de l'« agribashing ».

L'Europe mobilise des fonds importants : plus de 700 milliards d'euros. La France va bénéficier de 40 milliards d'euros par rapport à un effort contributif de 100 milliards d'euros, l'Allemagne de 30 milliards d'euros, alors qu'elle mobilise 130 milliards d'euros. Pour quelle raison cet accord est-il intervenu sans corrélation avec la participation des États ? Pour ma part, je suis partisan du donnant-donnant, des efforts partagés, sans distorsions.

J'ai interpellé ici même le gouverneur de la Banque de France au sujet de l'épargne des ménages, qui s'envole. Une bonne partie de cette épargne provient des efforts que fait l'État. Vous avez appelé à un rassemblement. Moi, j'appelle aussi à un rassemblement des énergies et des finances, parce que ce que l'État donne, les Français, peut-

être faute de visibilité, le thésaurisent. Nous devons trouver des moyens originaux d'associer les Français à cet effort exceptionnel que nous devons réaliser ensemble.

M. Michel Canevet. – Vous avez terminé votre propos introductif en évoquant l'évolution des métiers. La délégation sénatoriale aux entreprises a publié un rapport fin juin à ce sujet. Il pourra être utile pour bien appréhender cette question.

Dans le cadre du plan de relance, vous avez évoqué différents axes de développement, notamment l'habitat. Les 2 milliards d'euros dédiés à la rénovation énergétique pour l'habitat privé seront-ils suffisants ? Une subvention est-elle vraiment le meilleur moyen d'intervention ayant un réel effet de levier ? Ne faudrait-il pas plutôt envisager un abondement du prêt à taux zéro, dont on connaît l'efficacité ?

Vous avez aussi évoqué la question du numérique, qui est absolument essentielle. Nous avons pu le constater lors de la période de crise sanitaire. En Bretagne, par exemple, nous avons un plan de fibrage jusqu'à l'abonné d'ici à 2026, sans doute 2027, pour tous les foyers. Le secrétaire d'État chargé de la transition numérique a récemment dit que la France serait fibrée intégralement en 2025. Des crédits sont-ils prévus pour les programmes déjà lancés par les collectivités ? L'apport de l'État permettra-t-il d'aller un peu plus vite ?

L'aéronautique est effectivement un secteur extrêmement touché. Dans le Finistère, nous subissons les conséquences de la restructuration du groupe Air France, notamment la suppression d'un site aéronautique historique à Morlaix. Dans le cadre des aides de l'État octroyées à Air France, qui sont par ailleurs justifiées, ne pourrait-on pas envisager des compensations en termes d'aménagement du territoire ? Le siège social de Hop !, par exemple, pourrait être implanté à Morlaix. À Nantes, il y a une telle diversité d'activités que 250 emplois en plus ou en moins ne changeront rien, tandis qu'à Morlaix, l'impact serait significatif.

Si l'aéronautique souffre terriblement, le transport maritime est aussi considérablement touché. Nous avons la chance d'avoir en France une compagnie maritime créée par les paysans : Brittany Ferries. Elle est essentielle au désenclavement d'une partie de notre pays. Le secteur maritime pâtit des mesures de quarantaine décidées par le gouvernement britannique, de la perspective du Brexit et fait face à des concurrents qui bénéficient d'exonérations de charges sociales. Pourrait-on envisager une prolongation du dispositif de chômage partiel, car le temps de retour à meilleure fortune ira au-delà de la fin de l'année ? Des mesures complémentaires du type des exonérations de charges sociales permettant à cette compagnie de retrouver de la compétitivité et de demeurer française pourraient-elles être prévues ?

M. Yvon Collin. – À bien des égards, le plan de relance fait le pari de la reprise de l'offre, ce qui suppose un déblocage de l'épargne accumulée par nos concitoyens. Ce bas de laine est de l'ordre de plusieurs dizaines de milliards d'euros. Avez-vous des signaux concernant une reprise de la consommation, alors que la confiance des ménages doit faire face à un horizon de milliers de faillites attendues et à une hausse du chômage, qui devrait toucher en fin d'année 9,5 % de la population active ?

Dans son allocution aux Français au mois de mars dernier, le Président de la République a déclaré que la pandémie révélait la nécessité de placer des biens et des services en dehors de la loi du marché. Comment le plan de relance aborde-t-il cet objectif, sachant que les aides telles que la baisse des impôts de production ne sont pas conditionnées et que

l'emploi public n'est pas mobilisé ? J'ajoute que les maires sont particulièrement inquiets concernant les compensations consécutives à cette baisse des impôts de production. Que leur répondez-vous ?

Mme Nathalie Goulet. – Toutes les collectivités essaient de renforcer leur aide aux entreprises. Comment comptez-vous fluidifier ou, tout du moins, homogénéiser cette territorialisation ? Pensez-vous à un guichet unique ?

Lors de l'examen du PLFR 3, nous n'avons pas pu voter de dispositif de lutte contre la fraude *ex ante*, et non pas *ex post*, au chômage partiel. Quelles mesures entendez-vous prendre à la fois pour répondre au rapport de la Cour des comptes sur la fraude fiscale et aux questions de fraude au chômage partiel ?

En tant que rapporteur spécial de la mission « Engagements financiers de l'État », j'aimerais savoir si le Gouvernement serait d'accord pour que nous commencions la session par un débat sur ce thème. Les engagements financiers de l'État vont en effet conditionner notre liberté d'action pour cette relance.

M. Bruno Le Maire, ministre. – M. Husson a mis le doigt sur quelque chose de très juste : la transition écologique ne doit pas devenir un motif de conflit entre les Français. Elle doit au contraire être un sujet de rassemblement. Les dernières années ont montré, avec les « bonnets rouges » ou les « gilets jaunes », que si nous prenons des décisions trop brutales, trop rapides, la transition écologique peut créer des conflits profonds dans le pays, alors même qu'une immense majorité de Français souhaite que nous accélérions en la matière. Il faut donc trouver une autre méthode. Celle que nous avons retenue, c'est la consultation, la plus large possible. C'est l'objectif de la Convention citoyenne ou des discussions avec les fédérations concernées. Lorsqu'en Bretagne, par exemple, un certain nombre de représentants de très petites entreprises de travaux publics se sentent pénalisés par les évolutions fiscales sur le gazole routier ou l'utilisation des engins de chantier, il faut, comme je l'ai fait, les recevoir, apporter des solutions et ouvrir des perspectives. Il ne faut pas se contenter de dire : « Circulez, il n'y a rien à voir ! » C'est inefficace et cela crée des conflits. Pour que la transition écologique soit un facteur de rassemblement entre les Français, cela demande beaucoup d'écoute, beaucoup de travail.

Pour que cet objectif nous rassemble, il faut également être clair sur la stratégie. Personne n'a la vérité révélée, mais, la responsabilité politique, c'est de faire des choix clairs. Nous pensons que la transition écologique ne doit pas aboutir à moins de prospérité pour les Français, moins de technologies, moins de savoirs scientifiques, moins de médicaments ou de thérapies de qualité. Mieux vaut poser ce débat sereinement, parce que c'est en faisant preuve de clarté que l'on convainc davantage. Nous croyons à une croissance décarbonée. Nous ne croyons pas à la décroissance.

Je ne peux laisser dire que l'agriculture est un angle mort du plan de relance. Julien Denormandie, le ministre de l'agriculture, s'est beaucoup battu pour qu'un volet agricole très important figure dans le plan de relance : il représente 1,2 milliard d'euros, avec des projets très concrets ; je pense notamment au renforcement de l'indépendance de la France en matière de produits bio. Il est absolument anormal que nous enregistrons une telle explosion de la consommation de produits bio et que nous ne soyons pas indépendants en matière de production. Nous allons donc continuer à soutenir fiscalement la production bio en France.

Autre exemple très concret : nous mettons 250 millions d'euros pour la rénovation des abattoirs.

S'agissant de l'épargne, nous avons tous conscience du problème : 85 milliards d'euros ont déjà été mis de côté par les Français, tout simplement parce qu'ils voient venir des temps difficiles. Lorsque l'on se dit que son gamin de 22-23 ans risque de ne pas trouver d'emploi, qu'il va être obligé de rester chez vous ou qu'il va falloir lui payer son loyer et sa nourriture, il est normal de réagir ainsi.

Je veux redire à quel point le cercle vertueux est celui qui va amener les Français à consommer, à investir dans l'économie française et à participer au redémarrage de notre économie. Nous le faisons avec des incitations. Quand nous proposons 7 000 euros pour l'achat d'un véhicule électrique, ça marche. Les gens se disent que ce ne sera pas là tout le temps et qu'ils investissent dans un bien durable. Nous l'avons vu, la consommation de biens durables a fortement augmenté au cours des derniers mois ; c'est moins vrai pour la consommation courante. Il faut le faire aussi en offrant des produits attractifs. C'est ce que nous faisons avec le plan d'épargne en actions (PEA), avec l'assurance vie, avec des produits qui vont financer les PME françaises, et c'est ce que nous allons faire avec les obligations convertibles ou les prêts participatifs. Nous allons continuer à développer des produits qui permettront aux épargnants français de financer les PME et l'économie françaises.

Monsieur Canevet, les subventions sont-elles ce qu'il y a de plus efficace ? Effectivement, le prêt à taux zéro fonctionne bien, mais MaPrimeRénov' aussi. Quand vous accordez jusqu'à 20 000 euros d'aide directe à des ménages pour rénover leur habitat, c'est exactement comme pour la prime de 7 000 euros pour les véhicules électriques, cela fonctionne remarquablement bien. Je rappelle que nous avons décidé de simplifier MaPrimeRénov' : d'abord, en l'ouvrant à tous les ménages, qui ne recevront pas la même chose, évidemment, ce sera en fonction de leurs revenus ; ensuite, en faisant deux innovations majeures.

Première innovation : MaPrimeRénov' sera accessible aux syndics de copropriété, afin de permettre une rénovation globale de tout l'immeuble, ce qui inclura la façade et les combles. Nous réfléchissons même à une simplification des décisions des syndics de copropriété pour accélérer ces rénovations globales.

Deuxième innovation : les propriétaires bailleurs seront éligibles à MaPrimeRénov, à condition qu'ils baissent ensuite le loyer.

MaPrimeRénov' s'inscrit donc dans un cercle extraordinairement vertueux : elle permettra la rénovation globale d'un bâtiment – c'est bon pour l'environnement – et elle favorisera la baisse des loyers.

Le déploiement de la fibre doit-il aller plus vite ? Je suis très attaché au développement rapide de la 5G, même si j'entends les inquiétudes concernant ses conséquences sur la santé. Au travers de deux enquêtes, l'une en septembre, l'autre en janvier, notamment avec l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), nous allons étudier de manière très sérieuse cette question. Je dis « nous », mais ce sera en fait mené par des organismes totalement indépendants.

Il est faux de dire, comme tous ceux qui sont des avocats de la décroissance, que la 5G ne va bénéficier qu'à Amazon. Sans la 5G, vous ne répondrez pas aux besoins médicaux des territoires les plus reculés. Si nous voulons accélérer son déploiement, c'est parce qu'elle va bénéficier à tous les Français dans leur vie quotidienne. Aucune usine ne s'installera près de chez vous avec ses vingt salariés si elle a besoin d'envoyer ses plans dans des délais rapides partout à travers la planète. Je le répète, je suis favorable au déploiement rapide de la 5G, pas simplement pour des usages récréatifs, mais pour répondre à des besoins médicaux ou industriels, pour favoriser l'emploi. Pour tous ceux qui sont attachés comme vous et moi au développement de tous les territoires et qui refusent la fatalité des déserts français, la 5G est une opportunité.

S'agissant du site de Morlaix, nous suivons la situation de très près. J'ai demandé à Air France de proposer des options aux salariés et d'avoir une stratégie permettant à ce site de voir comment son avenir peut se construire. Je ne me satisferai pas d'une réponse consistant à dire : voilà, c'est fini, on passe à autre chose.

De manière plus générale, et je ne vise pas du tout Air France en disant cela, nous constatons que beaucoup de plans sociaux sont en préparation. Certains sont nécessaires, parce qu'ils vont permettre à l'entreprise de retrouver des marges de manœuvre et, donc, de survivre à cette crise. D'autres sont des plans sociaux d'aubaine. Ils ne sont pas acceptables. Le ministère de l'économie et des finances emploiera tous les moyens qui sont à sa disposition pour refuser ces plans sociaux d'aubaine. Je vois se profiler, par exemple, à Belfort, chez General Electric (GE), un certain nombre de propositions qui ne me paraissent pas toutes correspondre aux engagements qui ont été pris. Nous veillerons à ce que GE respecte ses engagements et que le partenariat que l'État a construit avec les salariés et la direction puisse se poursuivre sur de bonnes bases. J'aurai l'occasion d'appeler très prochainement le président de GE, Larry Culp, pour le lui dire. Il faut que les choses soient claires entre nous. Je souhaite que nous puissions conserver la qualité de ce partenariat avec GE, comme avec toutes les autres entreprises en France, ce qui suppose que chacun ait le sens des responsabilités.

S'agissant de Brittany Ferries, je l'ai déjà indiqué, nous sommes prêts à soutenir le trafic transmanche. Soyons honnêtes, le Brexit plus la crise du coronavirus, c'est 75 % à 80 % d'activité en moins. Cela étant, j'ai besoin de voir clair dans les comptes. J'ai besoin que chacun fasse preuve de transparence totale. Le trafic transmanche est vital pour la Bretagne...

Mme Nathalie Goulet. – Et pour la Normandie !

M. Bruno Le Maire, ministre. – ... et pour la Normandie.

Monsieur Collin, la consommation retrouve un niveau proche de celui d'avant la crise : moins 4 % en juillet 2020 par rapport à juillet 2019 et moins 2 % en août de cette année par rapport à août de l'année dernière. En outre, les recettes de TVA sont bonnes. Je veux le dire aux Français : nous sommes dans la bonne direction et nous allons y arriver, mais il ne faut pas se laisser décourager par le moindre incident – il y aura forcément des trous d'air. Je me donne deux ans pour que nous retrouvions le niveau de production d'avant-crise.

Madame Goulet, la territorialisation des aides est indispensable. Pour ce faire, nous allons nous appuyer sur les préfets, les sous-préfets à la relance, la Banque publique d'investissement (BPI), qui fait un travail remarquable dans les territoires, et la Caisse des

dépôts et consignations, qui aura la responsabilité de la mise en place des 6 000 foncières – 10 000 demain, je l’espère. Je cite l’exemple des foncières, parce que je pense que c’est très important. Vous voyez tous dans vos communes des commerces qui ferment. Comment résoudre ce problème ?

Premièrement, il faut aider les commerces de proximité à se digitaliser. Tous ceux qui n’ont pas de site internet pour vendre à distance, alors que l’épidémie reste aujourd’hui vivace, ne pourront pas s’en sortir. C’est pourquoi nous apportons plusieurs centaines de millions d’euros, notamment avec le soutien de la BPI.

Deuxièmement, il faut racheter des fonds de commerce, les rénover, notamment sur le plan énergétique, et parfois les regrouper. C’est la Caisse des dépôts qui va s’en charger. Ensuite, il conviendra de les louer à un tarif préférentiel pour faire revenir des commerçants en centre-ville.

Troisièmement, évitons le saccage des terres agricoles pour construire de grands centres commerciaux.

Si ces trois volets de cette politique globale sont réunis, on peut réussir à territorialiser le plan de relance en soutenant le commerce de proximité.

Enfin, nous voulons durcir notre dispositif de contrôle et de sanction pour lutter contre la fraude sociale. Elle est inacceptable en temps ordinaire, elle est révoltante en temps de crise. Nous tirerons toutes les conséquences du rapport de la Cour des comptes.

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. – Comme vient de le dire Bruno Le Maire, nous allons durcir nos dispositifs pour lutter contre la fraude, mais nous allons aussi utiliser les dispositifs existants. Aujourd’hui, tous nos services, y compris Tracfin, sont mobilisés, notamment pour lutter contre la fraude au chômage partiel, comme contre la fraude, un peu moindre dans son envergure, au fonds de solidarité. Plusieurs dizaines de procédures sont en cours, mais vous comprendrez que le secret de l’enquête nous interdit de donner leur teneur. En tout cas, soyez assurés que nous sommes vigilants. Nous avons mis à profit cette crise et ce contrôle nouveau sur le chômage partiel *ex post* pour améliorer les modes de communication et les transmissions d’informations entre nos services d’enquête et un certain nombre de services comme l’Agence de services et de paiement, afin que nous puissions aussi intervenir avant le paiement à d’éventuels fraudeurs.

Sur la question des ressources des collectivités locales, je complète d’un mot ce que j’ai dit précédemment.

La compensation se fera par une fraction de TVA. Elle se fondera sur la recette constatée entre 2019 et 2020. Les discussions avec les régions ont abouti.

Pour la compensation de la taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB) et de la CFE, je voudrais apporter deux précisions. Tout d’abord, le prélèvement sur recettes, qui sera dynamique en fonction de l’évolution des bases, sera calculé sur la base des valeurs locatives de 2020 et du taux de 2020, ce qui est rassurant en termes de plancher et de compensation. Ensuite, la contribution économique territoriale (CET) fait d’ores et déjà l’objet d’un plafonnement à 3 %. Si une entreprise devait contribuer au-delà de ce plafond, c’est un dégrèvement que l’État assurera pour garantir à la collectivité l’intégralité de sa recette.

Indépendamment de cette compensation des recettes fiscales à venir pour les impôts de production, la confiance avec les collectivités se bâtit aussi sur le passé. Je renvoie à la stabilité de l'enveloppe globale des dotations de fonctionnement. Je saisis l'occasion pour d'ores et déjà indiquer au Sénat que, dans le PLF pour 2021, les dotations de fonctionnement resteront stables, ainsi que les dotations d'investissement.

Pour l'application du mécanisme de garantie de recettes que vous avez adopté dans le cadre du PLFR 3, en ce qui concerne les départements, l'avance remboursable sur les droits de mutation à titre onéreux (DMTO) fait l'objet d'un calcul d'acompte à l'initiative des présidents de département, qui ont jusqu'au 21 septembre pour déposer cette demande d'acompte, en lien avec nos directions départementales des finances publiques (DDFiP). En ce qui concerne les communes et les intercommunalités, qui font l'objet d'un mécanisme de compensation pour garantir un niveau minimum de recettes domaniales et fiscales sur la moyenne de 2017-2019, ce sont nos services des finances publiques qui estimeront la perte de recettes et qui proposeront un acompte. Il n'y aura donc pas de démarche à faire. Comme pour les départements, comme pour Île-de-France Mobilités, le début de l'année 2021 sera l'occasion de la régularisation. Je le dis, parce que je pense que c'est important pour les maires, notamment.

M. Roger Karoutchi. – Deux observations et deux questions.

Première observation : l'accord intervenu sur Île-de-France Mobilités n'est que le rattrapage de l'erreur commise par le rapporteur général du budget à l'Assemblée nationale il y a quelques semaines. J'espère que cet accord sera respecté et se traduira dans les faits, pour que ce ne soit pas les cinq millions d'utilisateurs par jour des transports publics, qui représentent 60 % des utilisateurs des transports publics en France, qui paient la différence.

Deuxième observation : j'entends bien que l'État va apporter 9,5 milliards d'euros pour compenser les 7,3 milliards d'euros de pertes de recettes des collectivités. J'espère que cette compensation aura réellement lieu afin que les collectivités, qui ont eu beaucoup de charges supplémentaires avec la crise de la covid et qui sont exsangues, s'en sortent. Je suis moins rassuré quand on me dit qu'il y a d'abord la perte de recettes, puis la compensation, alors que la situation est déjà très difficile.

Première question : j'avais déjà dit au mois de mai à Bruno Le Maire que j'étais admiratif devant le fait d'avancer, à l'époque avec les PLFR, comme si nous étions non pas en fin de crise, mais pas loin. Je disais déjà que nous n'étions pas à l'abri d'une deuxième vague ou, en tout cas, d'une crise sanitaire tellement forte que les conséquences économiques et sociales seraient beaucoup plus lourdes que ce qui était prévu. Je ne vois pas pourquoi aujourd'hui je serais rassuré. À Bercy, vous maîtrisez peut-être ce que vous prévoyez, mais c'est une maîtrise rationnelle. Or l'irrationnel domine. Les gens ne veulent pas désépargner, non pas seulement parce qu'ils se demandent si leur fils aura un emploi, mais parce qu'ils se demandent quelle sera la situation sanitaire demain pour eux. Je suis un peu éberlué de voir dans ce Gouvernement un côté rationnel, clair, précis, à Bercy et un côté irrationnel, pour ne pas dire totalement aléatoire, de la gestion de la crise sanitaire. Si vous ne redonnez pas confiance aux Français sur la crise sanitaire, vous ne leur redonnerez pas confiance dans l'économie. Comment comptez-vous redonner confiance aux Français ? Cela ne passe pas que par l'aspect économique, cela passe par le fait d'avoir une politique sanitaire crédible, acceptable pour tous.

Deuxième question, presque ironique : vous lancez un plan de relance, qui, par définition, va durer quelque temps. Quel est le lien envisagé avec le Commissariat général au Plan ?

M. Jean-François Rapin. – Je voulais poser trois questions, puis terminer par une remarque, que vous jugerez à mon avis sympathique. Sur les trois questions, deux ont déjà obtenu une réponse. Néanmoins, j’y insiste.

Ma première question concernait le transport maritime et Brittany Ferries. Le ministre Le Maire a évoqué deux régions, la Normandie et la Bretagne ; or je rappelle que le trafic transmanche est aussi très important pour les Hauts-de-France. En tout cas, faire le point sur Brittany Ferries, qui a perdu 80 % de son activité en raison du Brexit et de la crise de la covid, était essentiel.

Ma deuxième question portait sur l’industrie nautique. Ce matin, sur les ondes d’une grande radio nationale, Fabien Metayer, délégué général de la fédération des industries nautiques, a fait part de ses fortes inquiétudes. L’industrie nautique représente 50 000 emplois directs et près de 100 000 emplois indirects. Au-delà de la situation de Beneteau, il y aura des efforts à faire.

Ma troisième question a trait à un point beaucoup plus technique. Comment vont s’articuler le plan de relance européen et le plan de relance national, sachant que, dans les 100 milliards d’euros injectés, 40 milliards d’euros viendront de l’Europe ? Il est important de savoir si cette articulation sera fluide et qui générera les fonds. Ces réponses sont essentielles pour les déclinaisons régionales du plan de relance.

J’en viens à ma remarque. M. Le Maire a parlé de sa croyance forte dans le déploiement de la 5G, notamment pour la santé et pour résoudre les problèmes de désertification. J’ai une proposition à vous faire : pour une fois, commençons par le milieu rural pour déployer une innovation numérique.

Mme Sophie Taillé-Polian. – Je regrette que Bruno Le Maire soit parti, car j’ai été très étonnée de sa manière de rechercher le consensus sur les questions environnementales. Il a quelque peu caricaturé ce que peuvent être les écologistes, qui voudraient selon lui moins de prospérité, moins de technologies, moins de recherches médicales. Est-ce vraiment le bon chemin pour aboutir à un consensus ? Les questions qui se posent sur le plan de relance par rapport aux contreparties environnementales sont réelles et les attentes des Français en la matière sont très importantes. Il convient d’y répondre autrement que de cette façon.

Dans le plan de relance – c’était déjà une constante dans les différents PLFR que nous avons examinés ces derniers mois –, il y a un impensé et des oubliés : les personnes en situation de précarité. Bruno Le Maire veut soutenir la demande par le travail, mais tous ceux qui connaissent des carrières précaires ou qui ont de grandes difficultés pour accéder à l’emploi sont oubliés. Une très faible part du plan de relance – 0,8 %, si je ne m’abuse – est consacrée à des mesures comme l’allocation de rentrée scolaire ou l’aide pour les tickets restaurant pour les étudiants. Cela ne couvre pas les immenses difficultés que rencontrent un très grand nombre de Français. Neuf millions d’entre eux sont dans la grande pauvreté, et ce sont eux qui sont touchés directement, fortement, terriblement, par cette crise. Oui, c’est vrai, il y a des Français qui épargnent, mais il y a aussi des Français qui sont loin de pouvoir épargner, parce qu’ils n’arrivent pas à boucler leurs fins de mois. On parle de

800 000 chômeurs en plus. J'ai entendu Bruno Le Maire dire que 400 000 emplois seraient créés d'ici à 2022 ; le Premier ministre parle de 160 000 emplois d'ici à 2021. En tout cas, la marche est très haute.

Vous allez de nouveau baisser les impôts des entreprises de 10 milliards d'euros par an. Cela veut donc dire qu'une facture va suivre pour d'autres à partir de 2022, sans compter que les baisses de recettes liées à la suppression progressive de la taxe d'habitation jusqu'à présent n'étaient pas compensées. Voilà une nouvelle baisse d'impôts sans contrepartie, encore une fois, et sans ciblage, alors même que l'on sait que cela ne marche pas. Vous privilégiez une politique de l'offre, alors qu'une relance par la demande pourrait permettre de satisfaire des besoins essentiels. Vous passez à côté de questions très importantes pour les Français, qui ont besoin de pouvoir se projeter un peu dans l'avenir. Ils demandent également davantage de justice.

Un certain nombre de hauts dirigeants, de personnes qui ont de très hauts revenus ont dit qu'ils étaient prêts à payer un impôt exceptionnel. Vous ne retenez pas la proposition ?

M. Jean-Claude Requier. – Je soutiens tout à fait ce plan de relance par l'investissement, qui est nécessaire. Il fait l'objet de deux critiques : certains le trouvent trop sélectif, d'autres le trouvent trop large et parlent de saupoudrage. La vérité est peut-être entre les deux.

Le plan prévoit 3 milliards d'euros pour renforcer les fonds propres des PME. Est-ce vraiment suffisant ? Les études économiques estiment leurs besoins à plusieurs dizaines de milliards d'euros. En outre, le cumul du dispositif des prêts garantis par l'État atteignait cet été un peu plus de 116 milliards d'euros et les entreprises devront rembourser cette montagne de dettes.

S'agissant des allègements de charges, comme on a déjà pu le voir dans le passé avec le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), l'absence de conditionnalité risque une fois de plus de ne pas donner de résultat significatif sur l'emploi. Comment flécher la baisse de ces impôts de production vers les entreprises et les régions, qui en ont le plus besoin ?

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. – Monsieur Karoutchi, le rapporteur général de l'Assemblée nationale n'a pas commis d'erreur d'appréciation. Au contraire, il a été particulièrement moteur pour qu'une compensation soit versée.

Vous craignez que la perte de recettes n'intervienne avant la compensation. En réalité, il y aura simultanéité. Comme l'a indiqué Bruno Le Maire dans son propos liminaire, le prélèvement sur recettes que nous allons mettre en place dans le PLF et qui s'appliquera dès le 1^{er} janvier 2021 permettra de compenser la perte de recettes des collectivités concernées en matière de CFE ou de TFPB. Nous parlons de 32 000 entreprises et de 86 000 établissements. Il y aura une répartition territoriale.

Sur notre capacité à avoir une maîtrise rationnelle ou non rationnelle du contexte économique, sachez que nous faisons preuve de la plus grande prudence. Lorsque nous avons présenté à l'Assemblée nationale et au Sénat le PLFR 3, nous avons retenu une hypothèse de croissance de - 11 % et un déficit public de - 11,5 % du PIB. L'hypothèse retenue était conforme à la moyenne plutôt basse de l'ensemble des prévisionnistes. Aujourd'hui, un certain nombre d'indicateurs, notamment les recettes fiscales, le niveau de la masse salariale,

le niveau de la consommation, tendent à montrer, pour le moment, que la récession pourrait être moins importante que prévu. Dans le cadre de la préparation du PLF pour 2021, nous aurons certainement l'occasion de réviser la trajectoire macroéconomique du PLFR 3. Nous le ferons là aussi sur la base des indicateurs et des analyses qui nous sont fournis par l'Insee, la Commission européenne, la Banque de France ou d'autres organismes. Si nous le faisons toujours avec une très grande prudence, c'est parce que nous partageons l'inquiétude qu'il puisse y avoir un ressaut de l'épidémie. Nous partageons aussi votre appréciation du côté un peu irrationnel du comportement des acteurs économiques en la matière. Nous y sommes très attentifs, y compris dans les messages que nous adressons au monde économique. Il n'y aurait rien de pire que d'être trop optimiste et de devoir réviser ensuite dans un sens négatif des prévisions : ce serait à la fois extrêmement perturbant et facteur de perte de confiance.

Sur le Commissariat général au Plan, vous avez très certainement pris connaissance de la lettre de mission du Président de la République, qui rappelle que le commissaire doit éclairer l'ensemble des choix, y compris pour construire l'économie de demain. L'articulation avec le plan de relance est ainsi assez manifeste.

Monsieur Rapin, nous aurons l'occasion, comme tous les pays européens, de présenter aux autorités européennes à l'automne, entre octobre et novembre, notre plan de relance pour montrer qu'il est cohérent avec les priorités fixées au niveau européen et que les dépenses répondent aux exigences attendues. Un point important : nous devons mettre en œuvre le plan pour pouvoir obtenir le décaissement des crédits européens. Je rappelle que le plan européen prévoit la nécessité de poursuivre les réformes structurelles et d'envisager les trajectoires pluriannuelles.

En ce qui concerne les plans régionaux, nous y sommes attentifs. À chaque fois que cela est possible, nous travaillons à leur étroite coordination avec les actions nationales. À chaque fois qu'il est possible de jumeler les dispositifs pour renforcer leur efficacité, nous le faisons. L'accord avec les régions évoqué précédemment prévoit à la fois un renforcement des CPER et, dans le cadre du plan de relance, une délégation de crédits directe de l'État vers les régions, à hauteur de 600 millions d'euros : 300 millions pour la rénovation thermique des lycées, 300 millions pour les mobilités douces. Les choses s'articulent donc plutôt bien.

Madame Taillé-Polian, trois choses et, malheureusement, trois points de désaccord.

Je crains que dans l'appréciation que vous avez eue des propos de Bruno Le Maire, vous ne confondiez les décroissants et les écologistes. Tous les écologistes ne sont pas décroissants. Pour ce qui nous concerne, si nous sommes attachés à une croissance décarbonée, nous ne croyons pas à la décroissance, nous ne croyons pas à la diminution de la production de richesses et encore moins au fait qu'il faille s'exonérer de la mise en œuvre de nouvelles technologies. Nous pouvons être opposés à la décroissance sans faire quelque procès que ce soit aux écologistes, au contraire. Beaucoup d'entre eux travaillent avec nous et, je crois, partagent cette opposition à la décroissance.

Vous avez parlé « d'oubliés ». Pour corriger cette appréciation, sachez que le plan prévoit 200 millions d'euros de soutien à l'hébergement d'urgence, une majoration de l'allocation de rentrée scolaire – elle a déjà été mise en œuvre –, 110 millions d'euros d'aide aux entreprises d'insertion. Le plan prévoit aussi de compléter ce qui a déjà été fait. Mobiliser 31 milliards d'euros pour le chômage partiel, dont 28 milliards ont déjà été engagés, c'est la meilleure façon de protéger le revenu des salariés. L'OCDE a souligné que nous sommes le

pays qui a le mieux protégé le revenu des salariés. Prévoir 7 milliards d'euros pour le « plan Jeunes » avec de la formation, de l'insertion – au-delà de ce que j'ai dit sur les entreprises d'insertion, c'est au total 1,3 milliard d'euros pour l'insertion et la formation –, c'est la preuve que nous nous préoccupons des plus fragiles. Faire en sorte que les parcours emploi compétences soient surabondés à hauteur de 80 000 postes, c'est aussi apporter une aide très directe aux plus fragiles. Nous avons la volonté de soutenir l'offre, de soutenir l'investissement, mais nous avons aussi prévu pléthore de dispositifs en faveur des plus fragiles, de ceux qui perdent leur emploi, de ceux dont les revenus sont menacés.

Le choix que nous avons fait de baisser les impôts de production est guidé par deux objectifs. Premier objectif : l'industrie. Plus de 60 % de la diminution des impôts va bénéficier au secteur secondaire, particulièrement à l'industrie. Deuxième objectif : les relocalisations. Sur les 10 milliards d'euros, 42 % vont profiter aux entreprises de taille intermédiaire (ETI) et 30 % aux petites et moyennes entreprises (PME), ce qui est une bonne chose pour la relocalisation et l'industrie du territoire.

Je termine sur un dernier point de désaccord. Vous avez évoqué la suppression de la taxe d'habitation. Je vous invite à consulter l'ensemble des maires qui ont vu, cette année comme l'année précédente, les douzièmes de fiscalité arriver. La suppression progressive de la taxe d'habitation, actée ou à venir pour les vingt derniers pour cent, ne s'est jamais traduite par une attrition des recettes des collectivités locales. Elle a été parfaitement compensée.

Monsieur Requier, les 3 milliards d'euros prévus pour renforcer les fonds propres des entreprises viennent s'ajouter aux dispositifs de garantie pour des prêts participatifs, puisque nous voulons passer du prêt garanti de trésorerie à des prêts participatifs assimilables à des fonds propres. Nous nous appuyerons notamment sur le secteur bancaire, en particulier sur la BPI. Pour ce qui concerne les allègements d'impôts de production, pour nous, la meilleure réponse, la meilleure contrepartie si je puis dire, ce sont les relocalisations et les créations d'emplois sur le territoire.

M. Charles Guené. – La baisse des impôts de production est légitime lorsque l'on veut favoriser la compétitivité des entreprises et les relocalisations. Cela étant, nous voyons très bien que nous assistons à un mouvement de remplacement de la fiscalité locale par des impôts nationaux. Les mécanismes de dynamique que vous évoquez vont donc être fortement limités. Comme le disait Bruno Le Maire, les élus locaux doivent-ils faire une révolution mentale ? Si vous voulez continuer à rassembler les Français, n'est-il pas temps de mettre ce dossier sur la table et d'évoquer une nouvelle gouvernance des finances locales ?

Vous avez aussi évoqué les DMTO. Là, il s'agit d'avances remboursables, mais nous avons vu lors du dernier comité des finances locales que les DMTO ont été meilleurs que prévu. Peut-être n'aurons-nous donc pas à utiliser l'ensemble des sommes. Est-il convenu de les recycler, bien qu'il s'agisse d'avances, et, le cas échéant, en direction des collectivités locales ? Je pense notamment à la contemporanéité du FCTVA.

Mme Christine Lavarde. – Bruno Le Maire a exposé la difficulté de consommer rapidement les crédits. Je vais prendre un exemple précis, qui me laisse penser qu'il a certainement raison.

Dans le secteur ferroviaire, il a évoqué un certain nombre d'actions qui allaient être mises en œuvre. Mais qui dit travaux de régénération dit contraintes sur le réseau. Vous n'êtes pas sans savoir que le développement du fret ferroviaire souffre du problème de

cadencement et du problème des sillons. Ces deux actions que vous promouvez sont donc en elles-mêmes contradictoires.

J'ai lu dans la fiche-action que tous les marchés publics portant sur la rénovation thermique des bâtiments publics devaient être lancés avant le 31 décembre 2021. Comment les contraintes architecturales qui se posent sur un certain nombre de ces bâtiments seront-elles résolues ? Est-ce à dire que, désormais, la rénovation thermique prend le pas sur la préservation du patrimoine ? Je n'ai pas d'avis tranché. Je pose juste une question technique, pratique.

Ma dernière question porte sur les programmes d'investissements d'avenir (PIA). Nous entendons parler d'un PIA 4. Dans la fiche, il est indiqué que 11 milliards d'euros seront consommés en 2020 et 2021, ce qui représente un doublement des crédits disponibles. Il est vrai que, dans l'enveloppe du PIA 3, il restait globalement 5 milliards d'euros. Est-ce à dire que PIA 4 recycle la fin du PIA 3 ? Va-t-on avoir deux programmes fonctionnant de manière concomitante ? Si oui, comment va-t-on les articuler, sachant que le PIA 2 était toujours en train de se terminer ? Le PIA 4 contiendra-t-il de vrais crédits d'impulsion, c'est-à-dire beaucoup de subventions, ou va-t-on rester dans la philosophie du PIA 3, qui prévoyait finalement peu de subventions et beaucoup d'avances remboursables ou de prêts garantis, ce qui n'est pas du tout la même chose en termes d'impact pour les entreprises ?

M. Philippe Dallier. – Le volet logement, tant le soutien à la construction que la rénovation thermique, apparaît comme le parent pauvre de ce plan de relance. Au-delà des sommes annoncées, tout risque d'être dans l'exécution, comme le disait Bruno Le Maire... Pour revenir sur les difficultés que l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (Anah) a connues pour mettre en œuvre les dispositifs qui existaient alors, il y a eu des problèmes de financement : on peut espérer que l'on en sera sorti. Mais il y a aussi eu des problèmes de traitement des volumes de dossiers, puis, du côté des entreprises, des difficultés dont on en a encore parlé cet été, dues à un effet d'aubaine lié aux subventions accordées, le prix des chaudières ayant flambé de 20 %... On a connu la même problématique avec l'isolation des bâtiments par l'extérieur. Donc, au-delà des sommes que vous annoncez, qui sont intéressantes, que comptez-vous faire pour que l'on devienne efficace sur le terrain, dans le cœur du sujet, qui est de sortir des logements qui soient effectivement convenablement rénovés, du point de vue énergétique ? Si on ne le fait pas, je crains que les résultats ne soient pas, au bout du compte, à la hauteur de de nos espérances.

Quant au soutien à la construction, il y a certes ce que la Caisse des dépôts peut faire par son plan de 26 milliards d'euros, mais que comptez-vous faire de votre côté ? Cela me semble assez limité. J'ai découvert les 375 millions d'euros de soutien aux maires « densificateurs ». Pouvez-vous, Monsieur le Ministre, m'en donner une définition ? Dans le passé, on parlait de « maires bâtisseurs », mais les sommes qui avaient été mises sur la table étaient assez faibles et les critères d'attribution étaient tellement stricts que très peu de communes concernées ont pu bénéficier d'aides. Pensez-vous que 375 millions d'euros seront à la hauteur du sujet ?

Enfin, puisqu'il est encore question d'exonération de CFE pour les entreprises industrielles, j'attire à nouveau votre attention, monsieur le Ministre, sur la disparition complète de la taxe d'habitation : il ne reste plus aux communes que la taxe foncière. Or la totalité des logements sociaux et le logement intermédiaire en sont exonérés pendant 20 à 25 ans – donc les maires qui construiront accueilleront des populations sans aucune rentrée fiscale ! Pas de taxe d'habitation, pas de taxe foncière ! Si vous voulez que votre aide aux

maires « densificateurs » ait un effet quelconque, il faut traiter ce problème de compensation qui n'est pas assumé par l'État. Cela coûte, selon ce que vous indiquiez lors de l'examen de l'un des derniers PLFR, à peu près un milliard d'euros... Si nous voulons faire en sorte que le logement ne soit pas également victime de cette crise, il y a là un sujet difficile à traiter, au moins partiellement. Sinon, les maires ne consommeront pas beaucoup de vos 375 millions d'euros...

M. Patrice Joly. – Dans la présentation du plan de relance, il y aurait intérêt à faire preuve d'un peu plus de rigueur, puisqu'il amalgame des choses de nature différente ou de tempos différents : dépenses réelles et dépenses de trésorerie qui n'ont pas le même impact ; étalement dans le temps et prise en compte de décisions qui ont déjà été prises... Si l'on veut réhabiliter la parole publique, il faut qu'on ait cette exigence de rigueur.

Ensuite, nous attendons des mesures concrètes sur un certain nombre de dispositifs dans le cadre du PLF et du PLFSS pour pouvoir nous prononcer. Ainsi, certaines mesures concernent plus les entreprises que les ménages. On peut critiquer l'absence de conditions environnementales et sociales, compte tenu des risques évoqués par le ministre Le Maire, de stratégies d'opportunité, de la part de certaines entreprises, que de telles conditions auraient évités.

Quant aux ménages, confrontés à des situations de grande précarité, l'Insee vient de publier une étude sur l'accroissement du taux de pauvreté en France entre 2017 et 2018, les ménages les plus riches ayant bénéficié de hausse de revenus, du patrimoine et des placements financiers en particulier, et en contrepartie, d'autres ménages ont subi les conséquences de la suppression ou de la diminution des aides personnalisées au logement (APL) et de réformes d'autres allocations sociales. Malheureusement, le risque de voir ce taux de pauvreté s'accroître est réel. Il est donc nécessaire de faire un effort particulier en direction de ces ménages, du point de vue humain et social, mais également du point de vue de l'accompagnement de la relance économique, puisque les moyens accordés iront immédiatement à la consommation.

Je rappelle que le secteur culturel est en grande difficulté, ainsi que l'événementiel et la restauration. La situation de l'agriculture, soumise aux aléas climatiques, a également été évoquée : un accompagnement fort est nécessaire, pour aider à l'adaptation à la transition des exploitations, mais également à la réorganisation des filières. L'enjeu est fondamental, eu égard à la qualité de l'alimentation, mais également à la souveraineté nationale.

Quant au numérique, nous pouvons, avec cette technologie, œuvrer à un réaménagement du territoire, au regard des attentes des Français et des entreprises, qui ont compris tout l'intérêt de disposer de salariés situés en France et installés dans des lieux où les mètres carrés de foncier ne sont pas comparables à ceux de zones beaucoup plus denses.

J'insiste sur la nécessité de poursuivre et de développer les moyens qui ont été engagés pour le développement des infrastructures, sachant que, du point de vue des mentalités, des freins ont sauté au cours de ces derniers mois. On s'est aperçu qu'en télétravail, on pouvait faire beaucoup de choses et que cela n'était plus un problème pour l'efficacité du fonctionnement des entreprises.

Comment les communes les plus petites pourront-elles bénéficier de l'accompagnement de la rénovation thermique de leurs bâtiments publics ? Si les crédits

augmentent, abonderont-ils une dotation pour les communes les plus petites, à savoir les communes rurales ? Pouvez-vous repréciser les modalités de compensation des pertes de recettes fiscales et domaniales ? Subsistent en effet des incertitudes : nos collègues élus locaux ne connaissent pas exactement les modalités de calcul de ces pertes de recettes...

Enfin, le lien entre le contribuable et les collectivités locales devenant de plus en plus ténu, il y a urgence à réformer la fiscalité et les finances locales, pour permettre le maintien de l'autonomie locale et le lien entre le contribuable, les collectivités et les élus et acteurs locaux : c'est la base de la démocratie et la péréquation des dotations doit en tenir compte.

M. Thierry Carcenac. – Le ministre a évoqué la possibilité de plans sociaux. Ma question concerne les grands groupes. Dans les territoires, se trouvent des établissements qui subissent les conséquences de leurs décisions, établissement par établissement, mais nous n'avons aucune visibilité de ce qui se passe au niveau du grand groupe. Le ministre a appelé à leur sens des responsabilités : il faudrait aller plus loin... Ainsi, dans le cas du grand groupe Verallia, des fonds de pension très importants essaient de se retirer, alors que la BPI détient une participation et que ce secteur, le verre, est très important pour la transition écologique et pour mon département, où se trouve la Verrerie ouvrière d'Albi, qui n'est plus une coopérative, mais appartient à ce grand groupe. Or nous n'avons aucune visibilité sur le plan social qui est en train d'être mis en place !

Une approche territoriale est indispensable. J'ai rencontré la préfète et nous n'avons aucun élément. Comment pouvez-vous, au niveau de l'État, mieux informer les parlementaires dans le territoire ?

Ma dernière question concerne l'une de mes missions à la commission des finances : l'immobilier de l'État. Comment l'État entend-il accélérer ses actions en la matière, notamment pour les cités administratives, dont nous avons constaté que les rénovations pourraient aller un peu plus vite ? Le budget de 2021 le permettra-t-il ?

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. – Merci à tous les participants pour la qualité de leurs interventions. La question posée par Charles Guéné sur le financement des collectivités locales, qui me passionne, a été reprise par d'autres, et nous pourrions débattre longuement des rapports entre l'autonomie financière et l'autonomie fiscale, ainsi que de la lecture qu'en fait le Conseil constitutionnel, et de la lecture que l'on pourrait en faire dans le cadre d'une révision...

Sur la question des DMTO, nous avons provisionné, dans le PLFR 3, pour la compensation, 2,7 milliards d'euros, correspondant à la diminution des DMTO perçus par les départements, que nous envisageons à ce moment-là. Aujourd'hui, les rentrées fiscales de DMTO sont plus importantes que prévu, ou en tout cas moins mauvaises qu'attendu, mais nous craignons un effet de retard entre la date de réalisation des DMTO, leur date d'enregistrement et l'encaissement par l'État. Nous nous gardons donc d'être trop optimistes et sommes extrêmement prudents sur la réalité des recettes des derniers mois de 2020, voire des premiers mois de 2021, avec un effet retard sur le soutien à l'investissement.

Monsieur le sénateur Joly, comme j'ai eu l'occasion de le dire pendant les débats sur le PLFR 3, nous n'avons pas retenu l'anticipation des remboursements de FCTVA, contrairement à ce qui avait été fait en 2009, car nous avons considéré que c'était un fusil à un coup dans la mesure où beaucoup de collectivités sont déjà plus sereines et qu'en 2020 les

sections d'investissements sont particulièrement bien financées, du fait des excédents de fonctionnement qui étaient en hausse permanente depuis trois ans et particulièrement en 2019, mais aussi parce que l'annuité du FCTVA versée en 2020 est particulièrement importante. Il en résulte des difficultés de financement résiduelles, ou de mise en œuvre de tel ou tel projet, au cas par cas, et nous avons inscrit un milliard d'euros de dotation de soutien à l'investissement local (DSIL) à cette fin.

Nous avons forgé des outils de souplesse pour son utilisation : contrairement aux autres années, cette fraction pourra faire l'objet de reports, dès lors que les engagements ont été pris et que les premiers ordres de service ont été passés. Nous avons aussi, comme l'a dit Bruno Le Maire, autorisé les préfets à utiliser cette tranche supplémentaire pour abonder des financements déjà actés au titre de la DSIL et de la dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR), lorsque le financement accordé initialement n'était pas suffisant pour avoir un effet levier et permettre le démarrage du chantier.

Nous avons aussi autorisé les préfets à réattribuer des DETR ou DSIL déjà accordées en début d'année 2020, en cas d'évolution du projet, notamment si le nouveau projet a pour vocation de répondre à la crise sanitaire. Nous avons adressé, avec Jacqueline Gourault, une circulaire aux préfets, pour indiquer, comme vous nous l'avez demandé dans le débat parlementaire, que pour cette tranche exceptionnelle d'un milliard d'euros supplémentaire, les critères d'attribution répondent à la fois à ceux, traditionnels, de la DSIL, mais aussi à ceux de la DETR. Ainsi, les préfets peuvent mobiliser cette tranche supplémentaire de DSIL pour les projets habituellement financés par la DETR. Chaque préfet a reçu cette circulaire et s'est vu notifier ce que représente, département par département, en termes de crédits nouveaux, cette DSIL supplémentaire.

Quant à la question de Mme Lavarde sur le ferroviaire, nous avons choisi, en lien avec la direction générale du groupe bien évidemment, de cibler nos efforts sur le rattrapage des pertes liées à la covid et sur le soutien au fret ferroviaire, ainsi que sur la régénération des lignes, considérant que la SNCF paye encore aujourd'hui dans son intégralité une course aux nouveaux équipements qui s'était traduite par un désengagement des opérations de maintenance, une dégradation du réseau et une diminution des performances. Ce que vous dites, madame Lavarde, est juste mais les travaux d'entretien, malheureusement, doivent aussi s'inscrire dans un temps long. C'est la meilleure façon d'aider la SNCF à traverser la crise mais aussi à préparer son avenir.

Sur la rénovation énergétique, en réponse à Thierry Carcenac, je confirme qu'à la conférence nationale de l'immobilier public que j'ai présidée ce lundi à Clermont-Ferrand, nous avons ouvert deux appels d'offres pour 4 milliards d'euros : l'un concerne les bâtiments d'État, au sens propre du terme, et l'autre les bâtiments universitaires, qui sont aussi des bâtiments d'État mais avec des caractéristiques particulières. Notre objectif est d'accélérer, dans la mesure où les opérateurs ont un mois pour déposer les projets et qu'ensuite, nous nous donnons six semaines pour les instruire. Notre but est avant tout de financer des projets qui sont prêts pour certains, et qui ont été labellisés par la conférence nationale, mais qui n'avaient pas obtenu de financement. Cela répond aux objections ou craintes de Mme Lavarde en matière de préconisations architecturales, puisqu'il s'agit de projets déjà prêts. Nous voulons aller très vite et c'est pourquoi nous souhaitons que tous les marchés publics soient notifiés avant le 31 décembre 2021, puisque nous savons aussi qu'une fois le marché notifié, l'entreprise peut, dans le cadre de son financement habituel, faire valoir cette notification pour garantir un certain nombre de financements à court et moyen terme.

Cette démarche s'ajoute au programme 348 de rénovation des sites administratifs, doté d'un milliard d'euros sur le quinquennat, qui poursuit sa mise en œuvre. À Clermont-Ferrand, nous avons annoncé qu'indépendamment de l'appel à projets, nous retenons par avance le projet de la cité administrative de l'État, en complément d'une décision de juillet, qui l'intégrait dans le programme 348, ce qui permettra de rénover les trois bâtiments principaux de l'État à Clermont-Ferrand dans les deux ans qui viennent. Nous sommes preneurs de tout ce qui peut être accéléré en la matière : ce n'est pas un problème de disponibilité de crédits mais de mise en œuvre des programmes qui ont été retenus.

Madame Lavarde, concernant les PIA et particulièrement le PIA 4, il s'agit de crédits nouveaux, à hauteur de 20 milliards d'euros, dont 9 milliards d'euros au titre du budget général et 11 milliards d'euros au titre du plan de relance. La seule nuance que j'apporte, est que ces 20 milliards d'euros intègrent la prolongation de la rémunération des dotations non consommables des PIA 1 et 2, mais sous forme de financements nouveaux, donc il n'y a pas de recyclage, au contraire : c'est vraiment un coup de booster.

Sur la question du logement et les inquiétudes de Philippe Dallier sur la mise en œuvre du programme et les questions de formation, des contacts sont menés, sous l'égide d'Élisabeth Borne et d'Emmanuelle Wargon, avec les fédérations du bâtiment, sur la qualité des travaux et la mobilisation des crédits de formation pour la montée en puissance. Nous réfléchissons aussi à la labellisation indispensable à l'intervention des entreprises : nous essayons d'élargir le spectre, tout en garantissant la qualité des travaux réalisés. Ce n'est pas une mince affaire, mais cela conditionne la rapidité de la mise en œuvre et le fait que les entreprises bénéficiaires soient implantées sur les territoires.

Quant au soutien à la construction et au dispositif des maires « densificateurs », monsieur Dallier, je veux vous rassurer sur le fait que les crédits seront consommés. Nous avons, là aussi, des premiers échanges avec les associations d'élus, pour déterminer les critères et mesurer la densité de la construction, à partir du dépôt de permis de construire sur des parcelles déjà urbanisées. Dès lors qu'une commune intégrée dans les zones ainsi définies respectera ces critères, l'aide sera versée automatiquement, sans qu'il y ait lieu de la demander ou de faire valoir une candidature.

Notre volonté est de l'accompagner en deux fois, pour les exercices 2021 et 2022, très certainement au cours de l'été, pour avoir un temps suffisamment long d'examen des permis déposés et des projets menés par la commune, mais le détail de la mise en œuvre est encore en cours de discussion.

Sur les exonérations, vous ouvrez un débat que nous avons à l'occasion de chaque PLF...

M. Philippe Dallier. – Ah !

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. – Je confirme que ce que vous appelez « le milliard d'euros » existe. Il s'agit en réalité de l'écart qui s'est progressivement creusé entre les recettes dont devraient bénéficier les collectivités et la compensation qu'apporte l'État – progressivement puisque vous connaissez comme moi les mécanismes d'écêtement et autres gels de compensation...

Monsieur Joly, j'ai rappelé dans mon propos liminaire que certains crédits étaient portés par le PLFSS, que d'autres avaient été adoptés dans le PLFR et que nous aurons

l'occasion, dans le débat parlementaire, d'établir une véritable cartographie du plan de relance, qui ne pose aucune difficulté.

Sur la question des ménages, gardons en tête ce qui a été fait précédemment en matière de revalorisation d'un grand nombre de minima sociaux ou d'augmentation de la prime d'activité.

Le PLF nous permettra de revenir sur l'étude de 2018 que vous avez évoquée, qui ne pointe que l'évolution des revenus au sens strict du terme, sans jamais prendre en compte les compensations. Par exemple, l'étude a retenu la baisse des APL, mais pas la baisse de loyer qui en était l'une des contreparties.

Pour la culture, 2 milliards d'euros sont d'ores et déjà prévus dans le cadre du plan de relance et la ministre est en discussion avec les acteurs du secteur. Pour l'agriculture, le plan que nous proposons s'élève à 1,2 milliard d'euros, qui s'ajoutent aux 3 milliards d'euros que le PLF consacre traditionnellement aux politiques agricoles : au total, c'est un développement des moyens consacrés à l'agriculture rarement, voire jamais constaté dans notre pays.

Nous avons voulu un mécanisme de garantie pour les communes qui soit aussi simple que possible : nous savons calculer la moyenne des recettes fiscales et domaniales et je renvoie à l'instruction comptable qui en détermine la liste pour chaque collectivité, commune et intercommunalité, sur la base de la moyenne 2017-2019. Les agents de la direction générale des finances publiques (DGFIP) feront une estimation, en fonction de ce que nous connaissons à date, des mêmes recettes, à périmètre constant, perçues en 2020 par les communes. Nous verserons un acompte : nous avons donné comme consigne qu'il soit à la fois suffisamment élevé pour aider la commune et calculé au plus juste pour éviter les trop-perçus, qui entraîneraient des demandes de remboursement l'année prochaine. Début 2021, lorsque nous connaîtrons exactement le vrai volume de recettes fiscales et domaniales de la collectivité, nous compléterons l'acompte ou, malheureusement, nous demanderons une régularisation en sens inverse. La date n'est pas tout à fait fixée, nos services sont en train de calculer les estimations et nous espérons que cet acompte puisse intervenir courant novembre, donc avant la fin de l'exercice évidemment. C'est pourquoi nous avons évoqué dans le PLFR 3 une idée de provisions : si la situation fiscale s'avère moins dégradée que prévu pour les collectivités, il n'y aura pas lieu d'aller aussi loin que ce qui est inscrit dans le PLFR 3. À l'inverse, si elle se dégrade davantage, il faudra aller plus loin et nous y ferons face, évidemment. Nos services calculeront cet acompte et feront la démarche auprès des collectivités, sans que les communes et les intercommunalités aient à les solliciter ou à faire quelque calcul que ce soit.

Enfin, monsieur le Sénateur Carcenac, vous avez évoqué le cas de l'entreprise Verallia. Le ministère de l'économie et des finances, de manière générale, entretient des liens avec les grands groupes et cherche à accompagner les élus pour y voir plus clair. Nous mobilisons régulièrement, sous l'autorité de Bruno Le Maire, le comité interministériel de restructuration industrielle, pour avoir un outil de pilotage et de discussion. Pour Verallia en particulier, j'ai ici quelques éléments écrits que nous pouvons partager l'un et l'autre.

M. Philippe Dominati, président. – Merci, monsieur le ministre, pour la précision de vos réponses.

La réunion est close à 11 h 20.

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 9 septembre 2020

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

La réunion est ouverte à 9 h 5.

**Audition commune de MM. Jong-Moon Choi, ambassadeur de la République
de Corée en France et Philippe Lefort, ambassadeur de France en République
de Corée**

M. René-Paul Savary, président. – Nous poursuivons nos travaux avec une audition consacrée ce matin à la gestion de la crise en République de Corée.

Je vous prie d'excuser l'absence du président Milon, retenu dans son département.

Nous entendons ce matin MM. Jong-Moon Coi, ambassadeur de la République de Corée en France, et Philippe Lefort, ambassadeur de France en République de Corée.

La Corée a elle aussi été confrontée à une éruption violente de l'épidémie en février dernier. Comme en Grand Est, un rassemblement religieux a été à l'origine de nombreuses contaminations, mais la comparaison avec la France s'arrête là. Le pays a mis en place une stratégie de tests massifs, de *contact tracing*, de distanciation sociale et de port du masque qui a produit de bons résultats.

En matière de tests, le pays est devenu l'un des premiers producteurs mondiaux de kits de dépistage.

Nous avons donc souhaité consacrer une audition au retour d'expérience coréen sur la gestion de la crise sanitaire.

Je vais donner à nos intervenants un temps de parole d'environ 10 minutes avant de passer aux questions des rapporteurs, puis de nos commissaires.

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,
M. Philippe Lefort prête serment.*

Monsieur l'ambassadeur de la République de Corée en France, vous avez la parole.

M. Jong-Moon Choi, ambassadeur de la République de Corée en France. – C'est un grand honneur pour moi de participer aux travaux de la commission d'enquête du Sénat ce matin. À cette occasion, je voudrais vous expliquer ce que la Corée du Sud a fait pour endiguer la crise sanitaire ces derniers mois.

L'objectif de ma présentation est le partage d'informations. Ce n'est ni un jugement ni une recommandation.

Le premier cas confirmé a été rapporté le 20 janvier, mais la situation a commencé à se dégrader rapidement fin février. La Corée du Sud est par la suite devenue le deuxième pays le plus contaminé par le virus après la Chine.

De nombreux pays ont alors averti leur population sur les risques de voyage en Corée. Quelques pays sont allés jusqu'à fermer leur frontière aux Coréens.

Sept mois plus tard, en Corée, le bilan s'élève à 21 400 cas confirmés et 340 morts, dans un pays qui compte 52 millions d'habitants.

Grâce à sa gestion de la crise sanitaire, la Corée du Sud a pu éviter un confinement total. Les élections législatives se sont tenues mi-avril sans encombre. La Corée du Sud n'a également jamais fermé ses frontières aux autres pays.

Selon le rapport de l'OCDE publié voilà deux semaines, l'économie de la Corée du Sud devrait se contracter cette année, mais de manière limitée, à - 0,8%.

J'aimerais maintenant évoquer la façon dont mon pays a agi pour éviter une dégradation de la situation. Depuis 2000, la Corée a été frappée par une série d'épidémies qui n'ont que très peu touché l'Europe : le SARS, le H1N1, le H5N1, et enfin, le MERS, en 2015. Sur la base des leçons tirées de chaque épidémie, le Gouvernement a mis en place deux mesures principales.

En 2015, une loi pour mieux réagir à de futures épidémies a été votée à l'Assemblée nationale. Elle permet notamment au centre coréen de contrôle et de prévention des maladies ou KCDC, agence indépendante créée en 2004, de voir ses ressources financières et humaines augmenter.

Par ailleurs, le rôle des gouvernements locaux est primordial. Sur le terrain, leurs agents ont été de véritables soldats sur le front de la lutte contre les épidémies. Un nouveau système de collaboration entre le Gouvernement central et les collectivités territoriales a alors vu le jour.

Face à la covid-19, la stratégie du KCDC peut se résumer en trois « T » : tests, traçage et traitements.

Dès le début de la crise sanitaire, et avant même que le premier cas soit confirmé en Corée, le Gouvernement et des entreprises de biotechnologie locale ont commencé à travailler ensemble sur le développement d'un kit de test. Un mois plus tard, nous avons atteint une capacité de dépistage allant jusqu'à 40 000 par jour.

La seconde étape a été de faciliter l'accès aux tests. Environ 600 centres de dépistage, publics et privés, ont été ainsi mobilisés pour les personnes présentant des symptômes, ainsi que pour les cas de suspicion de contamination ; 48 stations de tests mobiles (*drive-through*) ont même été aménagées, permettant aux conducteurs de l'effectuer sur place, sans sortir de leur véhicule.

Les cas confirmés sont étroitement suivis par les équipes d'enquête épidémiologique du KCDC, lequel publie les données relatives aux déplacements des cas

confirmés, mais seulement quand l'ensemble des personnes potentiellement concernées n'ont pas pu être identifiées. Ces données sont obtenues au moyen d'outils numériques variés, comme les historiques de transaction de cartes de crédit, la vidéosurveillance ou les données GPS des téléphones portables.

Cette procédure a été mise en place sur la base de la loi adoptée par consensus à l'assemblée nationale coréenne en 2015. Elle avait alors consulté des experts, des associations, et bien sûr, l'opinion publique, ce qui explique l'adhésion des Coréens à la loi, considérée comme étant au service de l'intérêt commun.

De plus, toutes les informations collectées sont gérées et contrôlées, dans leur intégralité, de manière anonymisée, dans le respect des lignes directrices fixées par la commission nationale des droits de l'homme. Après utilisation, ces informations sont détruites par les autorités sans délai.

Sur la base de ces chaînes de contamination vérifiées et rendues publiques par le KCDC, des entreprises privées développent et diffusent des applications destinées à la population. Grâce à ces applications, les Coréens ont la possibilité de vérifier s'ils ont fréquenté les mêmes endroits que des personnes contaminées ou s'ils les ont croisées.

Dans la lutte contre le virus, le mot clé est la transparence. La transparence libère la population d'une peur diffuse. Les Coréens ont le droit d'être informés des dernières évolutions épidémiques et des réponses qui seront apportées.

En ce qui concerne la dernière étape, celle du traitement, en l'absence de vaccin ou remède, les mesures mises en place par les différents gouvernements ne peuvent qu'être similaires. La différence majeure en Corée tient à son système de gestion des patients, particulièrement ceux présentant des symptômes légers. Afin de prévenir la propagation du virus, ils sont provisoirement isolés dans des établissements non hospitaliers, appelés « centres de traitement », et suivis médicalement.

Monsieur le président, dans cette crise, rien n'aurait été possible sans la coopération active et volontaire des citoyens.

Tout comme le gouvernement français, le gouvernement coréen a lancé une stratégie pour renforcer l'adhésion et l'engagement de la population. Cette stratégie a encouragé la distanciation physique, ainsi que la suspension de voyages inutiles et de certaines activités sociales.

Les citoyens coréens ont répondu de manière très positive à la campagne sur les gestes barrières, dont le port du masque. J'entends souvent dire que les Coréens sont culturellement familiarisés avec le port du masque. Or ils trouvent aussi le port du masque étouffant et inconfortable. Cependant, grâce à l'expérience des précédentes épidémies et aux conseils suivis des experts, les Coréens, dans leur grande majorité, ont accepté le port du masque. Ils ont surtout simplement conscience de l'importance de se protéger les uns les autres.

Dans la ville côtière de Busan, presque 7 millions de personnes se sont rendues sur la plage pendant ces vacances. Cela n'a pas causé de nouveau foyer de propagation. Les efforts menés par la mairie de Busan pour la surveillance du respect des gestes barrières semblent avoir été efficaces, particulièrement sur le port du masque.

La propagation du Coronavirus constitue une crise non seulement sanitaire mais aussi économique. Le gouvernement coréen, comme d'autres, a lancé un programme budgétaire pour minimiser les conséquences négatives sur l'économie. Le Gouvernement a ainsi injecté presque 200 milliards d'euros dans l'économie nationale via trois budgets rectificatifs et différentes mesures d'aide financière.

La pandémie ne connaît pas de frontières. C'est pourquoi l'ensemble de la communauté internationale doit coopérer. À cet égard, le leadership de la France dans le combat contre la crise sanitaire mondiale dans un cadre multilatéral est très apprécié. De notre côté, étant à la présidence des groupes de l'amitié pour la sécurité sanitaire mondiale à l'ONU, à l'OMS et à l'Unesco, nous faisons des efforts pour promouvoir la coopération internationale.

Par ailleurs, la Corée et l'Organisation internationale de normalisation (ISO) travaillent ensemble sur la standardisation des mesures prises par le gouvernement coréen, dont les tests mobiles, *drive-through* et *walk-through*, les centres de traitement, l'autodiagnostic sur smartphone et les applications d'auto-isolément.

Pour finir, à l'échelle bilatérale, nos deux pays coopèrent étroitement. Après l'échange téléphonique entre le président Moon Jae-in et le président Emmanuel Macron, des projets variés sont en cours, y compris le développement d'un traitement par l'Institut Pasteur en Corée.

M. Philippe Lefort, ambassadeur de France en République de Corée. – (*en visioconférence*) Merci de l'honneur que vous nous faites et de l'attention que vous portez à l'expérience coréenne. Bienvenue, si j'ose dire, à l'ambassade de Corée virtuellement, et j'espère bientôt physiquement.

Mon collègue a dit l'essentiel sur les grands traits de l'expérience coréenne. Je vais me contenter de trois réflexions, qui, à mon sens, expliquent le succès coréen dans la lutte contre la pandémie, puisque le pays n'a jamais été confiné et que les frontières sont restées ouvertes, mais contrôlées, et contrôlées de façon très sérieuse. Par conséquent, l'impact de la pandémie sur la croissance a été limité par rapport à d'autres économies majeures, avec des estimations qui varient, selon les instituts, d'une perte de 0,5 % du PIB à 2 % en cas de démarrage d'une nouvelle phase.

Les atouts de la Corée dans cette épreuve étaient à mon avis les suivants.

Le premier, c'est certainement une conscience plus aiguë que partout ailleurs dans le monde de la présence et de la proximité du danger. La Corée est un pays voisin de la Chine, et la Chine est souvent à l'origine, pour des raisons géographiques et démographiques, d'un certain nombre de crises sanitaires. Il y a donc une conscience accrue du risque sanitaire au sein de la population coréenne, laquelle a été, de surcroît, particulièrement stimulée par le précédent de la crise du MERS. Le MERS, qui est une forme de coronavirus passant par le chameau, en l'occurrence, et qui était originaire du Moyen-Orient, a occasionné une crise douloureuse pour les Coréens en 2015, crise qui n'a pas forcément été très bien gérée à l'époque. Le Gouvernement et l'administration avaient été fort critiqués, mais ils ont su en tirer des enseignements très opérationnels. Enfin, comme l'a dit mon homologue, il y a la culture du masque, liée au fait que les gens ont l'habitude de se protéger avec le masque facial lors des périodes de petites pollutions aux microparticules. Je ne répondrai pas aujourd'hui à la question que tout le monde se pose sur l'utilité du masque face à la pandémie, mais je puis

vous assurer que le masque a un effet visuel très impressionnant qui constitue une forte incitation à la distanciation.

L'autre atout, c'est l'existence d'une véritable structure d'état-major prépositionnée, montée en puissance au moment de la crise, avec un plan d'escalade préétabli. De façon générale, la gestion d'une crise se passe toujours à peu près de la même façon, et le modèle est foncièrement militaire : cela repose d'abord sur le renseignement et l'information, ensuite sur l'analyse, puis sur le commandement, et, enfin, sur l'échelle d'exécution. S'agissant du KCDC, je vous ferai passer une petite infographie en complément de mon intervention pour vous en montrer les structures. C'est une organisation qui a été réformée à l'occasion de la crise du MERS et qui répond à ces impératifs.

L'information a été, je crois, l'atout spécifique de la Corée dans la gestion de cette crise, puisque, de l'expérience du MERS est venue la certitude qu'il fallait très rapidement disposer des données permettant de remonter les chaînes de contamination et ainsi contrôler les agrégats. Souvent, on a une vision un peu excessivement technologique de la Corée. En réalité, les technologies qui ont été mises en œuvre sont tout à fait ordinaires et disponibles. C'est tout d'abord l'agrégation des données de bornage de téléphonie mobile. Ce n'est pas très précis en ville, mais cela permet effectivement de délimiter un carré d'environ 50 mètres. À la campagne, les antennes sont plus rares et c'est plutôt de l'ordre de 200 à 300 mètres, mais elles sont utilisées avec les données de paiement. En Corée, on paie beaucoup avec des cartes de crédit et de débit – même les plus petits commerçants acceptent ce moyen de paiement –, ce qui laisse des traces de géolocalisation. Enfin, il y a le croisement des données issues des caméras de vidéosurveillance, qui, elles aussi, sont présentes à peu près dans tous les espaces.

Le tout est échangé par les opérateurs par voie d'e-mail, ce qui n'a rien d'exceptionnel. À partir du moment où le dispositif de crise est monté en puissance, on a fait appel, d'une part, à une industrialisation des échanges de données avec les opérateurs, et, d'autre part, à l'utilisation de moyens plus modernes. Les Coréens sont allés chercher ce que l'on appelle un système d'information géographique, tiré de leurs travaux sur la ville intelligente, et qui permet, effectivement, la représentation des données sur une carte. Au départ, donc, rien de miraculeux.

S'agissant des effectifs, il y a eu de fausses informations qui ont circulé en France, puisque l'on a parlé de 20 000 personnes impliquées dans les enquêtes épidémiologiques. Le véritable chiffre, que nous avons vérifié auprès du KCDC, est de 403, dont 300 à l'état-major, et le reste auprès des collectivités territoriales, au contact avec les centres de dépistage. Cette organisation, qui a prouvé son efficacité, ne repose donc pas que sur une accumulation de moyens.

Tout cela s'est fait conformément à une législation très protectrice des données, pratiquement équivalente à celle du règlement général sur la protection des données (RGPD) en Europe, et sous le contrôle de la commission de protection des droits de l'homme, qui, en Corée, est une organisation placée en dehors des pouvoirs publics. Elle ne relève ni du législatif ni de l'exécutif ou du judiciaire, et elle est appelée à s'autosaisir de questions impliquant notamment la protection des données personnelles. Il y a eu effectivement quelques petits incidents en la matière puisque, en dehors de l'agrégation des données autorisée par la loi, les Coréens ont aussi une politique de communication consistant, en cas d'incertitude, à signaler les cas anonymisés en envoyant des messages du type SMS, sous l'autorité des collectivités territoriales et du KCDC. Les données étaient un peu trop riches, en

quelque sorte, et il y a eu quelques cas où des personnes ont été identifiées dans des lieux peu convenables, ou avec des personnes avec lesquelles ils n'auraient pas dû être. La commission des droits de l'homme a été saisie mi-mars et a donné des consignes au KCDC pour dégrader la qualité des données transmises à l'ensemble de la chaîne d'exécution.

Enfin, les questions de commandement ont été organisées de façon tout à fait sérieuse, avec un maximum de niveau 4, qui implique effectivement la prise de direction de l'ensemble du dispositif par le Premier ministre, autour duquel se tenait une réunion tous les matins à 8 heures avec l'ensemble des autorités impliquées dans la lutte contre l'épidémie.

En résumé, on a un système de renseignement, d'analyse et de commandement clair, ajouté à une chaîne d'exécution prédestinée qui a bien fonctionné. Elle est fondée essentiellement sur des dispensaires gérés par les collectivités territoriales dans les grandes villes ou au niveau des cantons.

La réponse à la crise, sous l'autorité du Gouvernement, et plus précisément du KCDC, a permis, avec un numéro de téléphone unique, le 13-39, de séparer la chaîne de tests et de prise en charge des malades suspectés de porter le virus du reste des urgences médicales, ce qui a permis d'éviter la saturation du système hospitalier.

Je le répète, ce dispositif est directement issu de l'expérience du MERS en 2015.

Il y a aussi la chance, qui a son importance. L'avantage de la Corée, par rapport à d'autres pays, dont le nôtre, c'est qu'elle n'a pas de frontière terrestre, la zone démilitarisée (DMZ) ne pouvant être considérée comme telle. C'est naturellement beaucoup plus facile de contrôler des frontières aériennes ou maritimes. Les Coréens ont aussi eu la chance d'avoir un seul gros agrégat lié aux activités de l'église, en février à Daegu, au milieu du pays. Certes, il y a quand même eu 25 000 personnes touchées, mais le cluster est resté circonscrit grâce à une forte mobilisation des pouvoirs publics.

La Corée a traité la pandémie de la même façon que l'on traite des incendies de forêt. On ne peut pas éviter les départs de feu, mais il faut éviter que ceux-ci se transforment en incendie. C'est ce qu'ils sont parvenus à faire jusqu'à présent, à une petite nuance près. Après le 15 août, en effet, il y a eu un petit rebond des contaminations, avec une situation qui a un peu inquiété nos amis coréens, car ils n'arrivaient pas très bien à retracer les chaînes de contamination. Ils ont donc décidé la fermeture temporaire des écoles pendant quelque temps.

Je termine en appelant votre attention sur les activités de la Corée en matière de recherche médicale et biomédicale. Les choses avancent moins vite qu'on ne le voudrait, mais il y a plusieurs pistes très significatives qui sont en cours d'études en Corée, en collaboration avec d'autres pays, dont la France, car il y a peu de cas actuellement sur place. Qu'il s'agisse de médicaments génériques, des anticorps, du traitement par plasma ou du vaccin, j'espère que nous aurons de bonnes nouvelles dans les mois qui viennent.

Je vous montre maintenant quelques éléments d'infographie, qui vous seront distribués, afin d'illustrer mes propos.

Tout d'abord, la chronologie, avec les grandes dates dans la lutte contre la pandémie en Corée. Vous le voyez, le niveau d'alerte a été très rapidement activé, dès janvier, en raison de la proximité avec la Chine. L'autre avantage de la Corée, c'est qu'elle a

rapidement eu à sa disposition les éléments sur le code génétique du virus, ce qui lui a permis de mobiliser très rapidement son industrie pharmaceutique pour développer des tests.

Le 18 février, c'est l'explosion de l'agrégat de Daegu, avec le patient 31. Très rapidement, avec la mise en place du dispositif de traçage, l'épidémie est circonscrite. Au mois de juin, plusieurs jours de suite sans cas déclaré, puis le rebond post-15 août, qui conduit temporairement à un renforcement du dispositif de distanciation sociale.

Les statistiques nous montrent que, en gros, on est sur un ordre de grandeur de 1 à 10 avec ce que nous avons connu en France et dans d'autres pays européens.

J'y insiste, tout ne repose pas sur les technologies. La Corée est une démocratie, mais il y a beaucoup plus d'acceptation sociale de l'utilisation des données personnelles par le Gouvernement. C'est un élément important dans le succès de leur stratégie. Cette demande sociale forte s'est exprimée à la suite de la crise du MERS.

Je vous montre maintenant les quatre niveaux d'alerte épidémiologique qui ont été mis en œuvre : bleu, jaune, orange, rouge. On est passé directement en février du niveau 2 au niveau 4, avec le pilotage de la crise en direct par le Premier ministre, et l'élargissement des compétences de l'autorité centrale du Gouvernement sur les dispositifs locaux gérés par les collectivités territoriales. On est à l'heure actuelle au niveau 2,5 à cause de l'épisode du rebond. Vous avez également la structure de l'état-major, qui est quasiment militaire. Enfin, le contenu des données de géolocalisation disponibles chez les opérateurs et la description des applications à destination des personnes en quarantaine. Vous le voyez, les contrôles sur les mouvements de ces personnes sont beaucoup plus stricts.

En conclusion, la coopération internationale est indispensable dans la gestion de ces crises. La coopération franco-coréenne a été particulièrement dense, notamment au travers du réseau des instituts Pasteur, mais également en matière industrielle. Nous devons maintenant nous efforcer de construire le monde post-covid dans un cadre multilatéral.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Merci, vos exposés sont très instructifs, compte tenu des résultats que la Corée a obtenus dans la gestion de la pandémie. Je souhaiterais néanmoins avoir quelques précisions.

Si j'ai bien compris, le KCDC est une autorité de santé indépendante, chargée de piloter la réponse à une épidémie, mais comment s'articule-t-elle avec les autorités politiques, notamment le ministère de la santé, sachant que l'ambassadeur Lefort nous a décrit une structure très verticale, centralisée, avec le Premier ministre au sommet ?

Ensuite, je m'interroge sur la place des tests dans votre stratégie. Je crois savoir que vous en faisiez 40 000 par jour au plus fort de l'épidémie, ce qui n'est pas énorme. Êtes-vous toujours au même niveau ? Quelle est votre stratégie en la matière ?

M. Jong-Moon Choi. – Le KCDC a été créé en 2004, lors de la crise du SARS, mais ses pouvoirs ont été considérablement accrus en 2015 lors de l'épidémie de MERS. Il est affilié au ministère de la santé et des affaires sociales, mais, compte tenu de son expertise en épidémiologie, il est assez indépendant en matière d'organisation et de fonctionnement. Par exemple, le ministère des affaires étrangères a dû suivre ses recommandations pour la gestion des frontières. Il va même très prochainement voir ses pouvoirs et ses moyens devenir encore plus importants, notamment au niveau local.

En matière de tests, c'est l'anticipation qui a fait la différence. Avant même le premier cas confirmé, notre industrie biotechnologique avait développé un test. Nous avons eu une approche maximaliste dès le début. N'importe qui, présentant ou non des symptômes, pouvait être testé s'il le désirait. Il s'agissait d'isoler le plus vite possible les porteurs asymptomatiques.

Aujourd'hui, nous effectuons entre 20 000 et 40 000 tests par jour, mais nous avons une capacité de 70 000 tests par jour.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteur. – Messieurs les ambassadeurs, j'ai trois questions à poser. Tout d'abord à M. l'ambassadeur de la République de Corée. Qu'en est-il de votre autonomie en matière de production d'équipements de protection individuelle ? Est-ce à la suite des crises précédentes que vous avez adapté votre appareil de production ? Étiez-vous prêt au mois de janvier ?

S'agissant de l'impact économique, vous avez déclaré que votre pays avait été relativement épargné, n'ayant pas eu à confiner sa population ni à fermer ses frontières. Le Gouvernement a pourtant injecté 200 milliards d'euros dans l'économie. Quelles sont les activités qui ont été touchées pour justifier un tel plan ?

Enfin, ma dernière question s'adresse à M. l'ambassadeur Lefort. Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur l'état des recherches de l'Institut Pasteur en Corée ?

M. Philippe Lefort. – Comme il s'agit de recherche clinique en cours, je ne vous répondrai que de manière générale, parce que nous sommes soumis à certains impératifs de discrétion. L'Institut Pasteur de Corée est effectivement indépendant du dispositif de recherche coréen. Il s'insère dans le réseau Pasteur, qui ouvre l'accès à toutes les bibliothèques d'agents infectieux en Europe. C'est un laboratoire de niveau 3, donc à très haut niveau de sécurité.

Il y a également des investissements très importants qui ont été réalisés dans le domaine de l'imagerie biologique. Depuis le départ de la crise, ils se sont beaucoup investis dans l'analyse *in vitro* de l'activité d'environ 150 molécules génériques ou non. Ils ont réussi à en sélectionner trois, dont la capacité est effectivement très prometteuse. Il s'agit d'un anti-coagulant, d'un anti-parasitaire et d'un anti-inflammatoire. À l'heure actuelle, des recherches ont été engagées en Corée sur le premier médicament, qui était un générique employé depuis 40 ans en Corée et au Japon. Son historique de sécurité est donc indéniable. C'est l'une des pistes véritablement prometteuses sur lesquelles la Corée et d'autres travaillent actuellement.

Il y a aussi des recherches très actives de la part de plusieurs entreprises pharmaceutiques coréennes, notamment sur des médicaments à base d'anticorps destinés à empêcher la pénétration du virus à travers la « protéine ». Ces recherches avaient été entamées au moment des épidémies Ebola et MERS. Il y a enfin des recherches très actives sur des personnes guéries. Un certain nombre de pistes justifient dans certaines entreprises la préparation de capacités industrielles de production. Je crois que l'on n'est pas loin d'une solution thérapeutique, mais il faut naturellement respecter tous les stades requis par la méthodologie. C'est frustrant, parce que l'on voudrait aller plus vite, et c'est tout naturel. Pour terminer, je précise que la Corée est le pays où le montant de dépense publique par habitant pour la recherche est le plus important, devant Israël.

M. Jong-Moon Choi. – Dès le 20 janvier et le premier cas confirmé, le Gouvernement a imposé les gestes barrières et le port du masque à l'intérieur. Il y a eu consensus dès le départ entre le Gouvernement et les autorités médicales sur l'utilité du port du masque. Pendant le premier mois, il y a eu quelques problèmes d'approvisionnement, mais, très vite, la production est montée en charge et il n'y a pas eu de rupture. Nous avons connu quelques achats de panique après le rebond du 15 août, ce qui a occasionné des tensions. Néanmoins, il faut savoir que les pharmacies sont regroupées dans une base de données publique pour éviter que des fraudeurs ne tentent de se procurer plus de masques que ce qu'autorise le Gouvernement. Tout se fait dans la transparence.

Le Gouvernement incite à produire des masques par des réductions de taxes, des aides au recrutement, des subventions pour les heures supplémentaires. Nous avons eu une pénurie de masques fin février, mais le problème a été réglé en mars. En juillet, nous n'avons plus de rationnement. Début février, nous produisions 10 millions de masques par semaine ; fin août, 273 millions.

Nous avons des stocks de vêtements de protection, et pas de problème d'approvisionnement. Nous étions très dépendants de l'étranger pour les matériels médicaux centraux. Le Gouvernement a subventionné la production locale de douze appareils importants ; la Corée possédait la technologie, mais il était parfois plus simple d'acheter ces appareils à l'étranger. Nous allons développer des appareils dits ECMO (oxygénation par membrane extracorporelle), des thérapies de remplacement rénal continu, des tests PCR (réaction de polymérisation en chaîne) dont il faut améliorer la technologie.

De nombreux secteurs, comme le tourisme ou la restauration, ont besoin du plan de relance. Nous avons un *New Deal* vert qui aide les industries vertes, afin de lutter contre le changement climatique. Ce plan de relance attribue aussi une aide financière à chaque foyer. Nous vous enverrons des documents précis sur ce sujet.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. – Je vous remercie, messieurs les ambassadeurs, pour la qualité de vos communications, qui seront très instructives pour notre rapport.

Monsieur Choi, combien de temps restent les patients isolés dans les établissements non hospitaliers, dans lesquels ils sont suivis médicalement ? Un test est-il réalisé avant leur sortie ?

Vous avez rappelé avoir une capacité de test importante. Sont-ils fabriqués en Corée ?

Monsieur Lefort, quels traitements ont été testés en Corée lors d'essais cliniques ? En France, il y a eu des débats sur l'hydroxychloroquine et des essais sur le Remdesivir notamment. Cette dernière molécule a-t-elle été testée en Corée ?

M. Philippe Lefort. – Ce sujet est un peu sensible, et je parlerai sous le contrôle de l'ambassadeur Choi. En Corée, la réponse médicale a été très largement décentralisée, auprès des médecins et surtout des institutions hospitalières, qui rédigent traditionnellement des recommandations thérapeutiques. Différentes pistes ont pu être proposées initialement selon les régions et les hôpitaux. Mais dans l'ensemble, la première réponse était d'utiliser la combinaison antivirale Kaletra ainsi que le Remdesivir. Le Remdesivir a été autorisé ponctuellement, mais avec peu d'enthousiasme. À ma connaissance, il n'y a pas d'essai

clinique sur le Remdesivir. Le Kaletra a été complètement abandonné. En revanche, l'hydroxychloroquine a été prescrite par beaucoup de médecins en Corée, dans un second temps, après la publication de l'étude chinoise. Tout cela figure dans ma réponse écrite.

Un des essais cliniques coréens porte sur l'hydroxychloroquine, mais la combinaison avec l'azithromycine n'est pas trop utilisée, à ce stade. De nombreux essais sont menés par la Corée avec des pays tiers sur l'utilisation de génériques, d'anticorps et de plasma. Cela devrait donner des pistes intéressantes dans les prochaines semaines. Les Coréens font de la recherche sur les vaccins, mais sans véritable essai à grande échelle en Corée.

M. René-Paul Savary, président. – Vous évoquez une réponse médicale décentralisée. Cela signifie-t-il que les médecins locaux pouvaient prescrire ce qu'ils voulaient, selon les connaissances du moment ?

M. Philippe Lefort. – Oui, des exceptions ont même été permises par rapport au remboursement des médicaments, afin que les médecins aient le maximum de marge de manœuvre.

M. Jong-Moon Choi. – Une fois que le cas est confirmé positif, le médecin évalue si les symptômes sont graves ou légers. En cas de symptômes graves, le patient est transféré à l'hôpital pour être soigné. Au début de l'épidémie, les patients avec des symptômes légers allaient à l'hôpital, mais la charge est devenue trop lourde pour les établissements. Ils ne pouvaient rester à la maison, au risque sinon de propager le virus. Nous les guidons donc vers l'un des 140 centres de traitement ou d'isolement – qui sont des résidences où se déroulaient des séminaires d'entreprise. Les médecins passent les voir deux fois par jour, et si leur cas s'aggrave, ils sont transférés à l'hôpital.

Dès le début de l'épidémie de coronavirus, nous avons défini 70 hôpitaux dédiés à la covid. Le Gouvernement leur a alloué un budget spécifique. Dans une centaine d'hôpitaux, un quota de lits est réservé à des patients atteints du coronavirus, et des lits supplémentaires ont été ouverts.

Au total, la Corée a eu 300 décès liés à la covid ; 50 % sont des octogénaires, 30 % des septuagénaires, 12,5 % des sexagénaires. Dans les établissements à haut risque, l'équivalent de vos établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), nous avons eu un premier cas le 20 janvier. Le Gouvernement a limité les visites dans ces centres, et dès qu'un membre du personnel avait des symptômes, il était isolé. L'admission de nouveaux résidents a été retardée pour mieux surveiller la situation. Chaque jour, un point d'étape est réalisé sur la situation du coronavirus.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. – Faut-il un test négatif pour sortir d'un centre de traitement ? Les tests sont-ils fabriqués en Corée ?

M. Jong-Moon Choi. – Nous sommes autosuffisants, les kits de dépistage sont à 100 % produits en Corée. Nous avons été les premiers, dans le monde, à les produire en masse. Nous avons exporté – vendu ou donné à titre d'aide humanitaire – des kits à 149 pays.

Effectivement, une personne sort d'un centre de traitement uniquement lorsqu'elle a un test négatif. On dit souvent que la Corée est très stricte, et que cela gêne les Coréens. Mais lorsque vous avez dîné avec un cas confirmé, vous êtes un cas contact et vous êtes donc

testé. Même si vous êtes testé négatif, il y a un risque de contamination puisque la période d'incubation est de 14 jours : on vous demande de vous isoler. La plupart du temps, la population accepte ce dispositif. Durant ces 14 jours, un fonctionnaire communique avec la personne à l'isolement via une application. Cette personne peut demander de voir un médecin, et elle est suivie.

M. René-Paul Savary, président. – Allez-vous conserver la durée de 14 jours, ou souhaitez-vous réduire ce délai pour ce qui est plus un isolement qu'une quarantaine ? En France, la personne peut rester avec sa famille...

M. Jong-Moon Choi. – La durée s'applique à partir du dernier contact avec la personne contaminée. Si vous avez dîné avec une personne positive il y a 5 jours, il vous reste 9 jours d'isolement. Pour l'instant, nous n'envisageons pas de réduire cette durée.

M. Damien Regnard. – Monsieur Choi, quelle est la procédure appliquée pour les voyageurs arrivant en Corée à l'aéroport, Coréens de retour ou étrangers ? Prévoyez-vous des mesures au départ ? J'ai lu que vous seriez en capacité de tester tous les étrangers à l'aéroport, est-ce vrai ? Combien de personnes sont ainsi testées ? Comment gérez-vous les flux de passagers ? Notre commission va se rendre à Roissy-Charles de Gaulle, qui fait preuve d'un certain amateurisme en matière de sécurité, avec de nombreuses lacunes. Je suis très intéressé par vos procédures. Fin juillet, un décret du Gouvernement français exigeait des tests PCR au plus tard 72 heures avant le vol pour certains pays.

Sénateur des Français établis hors de France, monsieur Lefort, je m'intéresse aux 4 500 Français résidant en Corée, que ce soit pour leur situation économique – par le biais de la chambre de commerce franco-coréenne – financière – avec l'Alliance française et l'Institut français- ou sanitaire. Est-il possible pour eux de voyager et de revenir en France ? Quels impacts a eu la pandémie, notamment sur le lycée français, sur l'obtention de bourses, sur l'aide sociale négociée difficilement ?

M. Olivier Paccaud. – Merci de vos présentations rigoureuses et passionnantes. Les ressortissants français sont français. Nous avons beaucoup à apprendre de votre pays, dans lequel l'anticipation, l'organisation sont érigées comme des sciences. C'est notamment dû au fait que vous avez l'expérience d'autres épidémies comme le SRAS, les gripes H1N1, H5N1, le MERS – lequel a, selon M. Lefort, provoqué un électrochoc. Quel bilan en faites-vous ? Les Coréens font preuve d'une autodiscipline formidable pour le masque, et la loi a été votée de manière consensuelle. Comment est sanctionné le non-port du masque, par une amende ? Combien de citoyens ont été verbalisés pour cette raison ?

Mme Angèle Prévile. – Pour lutter contre le virus, il faut de la transparence. Vous avez évoqué la vidéosurveillance, et consulté experts, associations et opinion publique. Comment cette dernière a-t-elle été consultée ?

Monsieur Lefort, on ne peut pas éviter un départ de feu, mais l'important est la rapidité de la réponse. Compte tenu de l'expérience de la Corée, la réaction immédiate a-t-elle été importante ?

M. Philippe Lefort. – La communauté française est un peu plus nombreuse que le chiffre que vous citez : nous comptons 6 000 foyers enregistrés. C'est une communauté très active, engagée dans les affaires. La France est l'un des premiers investisseurs en Corée. Le socle français en Corée est cinq fois supérieur au socle d'investissements coréens en France.

Nous voulons développer ces investissements, notamment industriels, en France. La communauté française a réagi avec beaucoup de sagesse et de discipline. Nous avons dû traiter le cas de personnes plus fragiles et précaires, notamment les jeunes qui ont des visas vacances-travail. L'organisation de leur départ était compliquée. Nous n'avons pas eu de problème massif de situations sociales précaires, mais nous avons prévu un dispositif mutualiste avec la chambre de commerce franco-coréenne – en plus des aides publiques, assez faibles. Actuellement, ce sont surtout les auto-entrepreneurs qui sont en difficulté. Mais il nous reste de la réserve pour les mois à venir.

En revanche, il était difficile de faire rentrer en France ou surtout de faire rentrer en Corée des ressortissants français, en raison de la quatorzaine. Je m'y suis moi-même plié. Par ailleurs, le Gouvernement coréen a restauré l'obligation de visa pour les courts séjours, en contrepartie du rétablissement de la frontière Schengen. Nous avons levé les contraintes, nous aimerions que la Corée lève cette obligation de visa pour faciliter les échanges.

La communauté a été peu touchée par le virus – au maximum cinq personnes. Nous avons détecté à la fois des voyageurs et des résidents, dont une jeune femme qui a été hospitalisée plusieurs semaines, avec des complications. Heureusement, elle est guérie.

M. Jong-Moon Choi. – En 2015, lors de l'épidémie du MERS, 38 personnes sont décédées ; nous étions le deuxième pays touché après l'Arabie saoudite. Mais à la différence d'aujourd'hui, nous n'étions pas encore prêts, d'où ce nombre de décès. Le système a été amélioré et est aujourd'hui plus performant. Comme le disait M. Lefort, nous recourons au *big data*, aux nouvelles technologies, qui nous sont très utiles.

Dans les aéroports, nous avons supprimé, à partir de fin mars, l'exemption de visa pour un séjour de moins de 90 jours qui valait pour les ressortissants de certains pays visitant la Corée, car 10 % des cas confirmés étaient importés. Nous avons alors demandé un test négatif pour visiter la Corée. La personne arrivant en Corée repasse un test en arrivant, car elle a pu être contaminée entre sa demande de visa et son arrivée en Corée. Le résultat est disponible dans les 24 heures. Les mêmes règles s'appliquent à tous, qu'il s'agisse de ressortissants coréens ou étrangers. Les personnes positives vont à l'hôpital, tandis que les autres sont auto-isolées, et ne peuvent partager le même espace que d'autres personnes. Cette mesure n'est pas stricte à 100 %, des exemptions sont possibles en cas de funérailles, réunion économique stratégique ou signature de contrats par exemple.

Les amendes pour non port du masque s'élèvent à 70 euros. En Corée, le port du masque fait consensus : on se protège soi-même, et on protège les autres. En 2015, le KCDC a obtenu des pouvoirs accrus, dont le pouvoir de traçage, le plus important, pour collecter des données. Il y a 300 parlementaires en Corée, dans une chambre unique. Une trentaine de parlementaires a proposé un amendement à la loi. Certains craignaient une atteinte à la vie privée. Nous avons eu de nombreux débats avec la société civile et l'opinion publique. La loi a été votée avec 247 voix pour, aucun vote contre, et deux abstentions, soit une majorité écrasante. Il y a un consensus de la population par rapport à cette loi, et le KCDC est expert en ce domaine.

M. René-Paul Savary, président. – Vous nous confirmez donc qu'il y a bien eu une consultation publique avant l'adoption de cette mesure ?

M. Jong-Moon Choi. – Oui, et nous avons débattu pour rassurer et atteindre un consensus. Il y a 52 millions de citoyens coréens ; vous en trouverez toujours qui sont opposés à ces mesures sanitaires, mais l'écrasante majorité y est favorable.

M. Damien Regnard. – Tous les passagers, qu'ils soient coréens ou d'un pays tiers, sont-ils testés à l'aéroport ? Que faites-vous des passagers durant les 24 heures en attendant le résultat du test ?

M. Jong-Moon Choi. – Toutes les personnes arrivant sur le territoire coréen sont testées à l'aéroport. Elles sont ensuite emmenées dans des établissements dédiés près de l'aéroport pour attendre le résultat ; le transport est pris en charge par le Gouvernement car il y aurait sinon un risque de contamination.

M. Roger Karoutchi. – Une de mes nièces vivait en Corée avec son mari et ses deux enfants. Ils sont rentrés il y a un mois en France. En février, nous étions inquiets pour eux ; depuis mars, ce sont eux qui s'inquiètent pour nous. Et depuis qu'ils sont rentrés, ils sont sidérés par le laisser-aller et par l'absence de mesures sanitaires en France. Ils n'étaient pas inquiets à Séoul, ils sont paniqués par la scolarisation de leurs enfants à Paris.

Monsieur Choi, vous habitez Paris, et vous savez parfaitement ce qui se passe en Corée. Si vous étiez conseiller du Gouvernement français, quelles seraient les deux propositions que vous lui feriez pour réduire la force de la pandémie ? Vous avez eu 300 morts, nous en avons eu 40 000...

Monsieur Lefort, vous connaissez parfaitement la France et vous habitez à Séoul. Compte tenu de votre expérience, quelles seraient aussi les deux mesures que vous proposeriez au Gouvernement français pour lutter contre la recrudescence de la pandémie ? Certes, il y a en Corée une unité de l'opinion publique par rapport à la vision médicale et aux autorités. Il n'y a eu aucun débat sur le port du masque, les tests, les mesures prises, ce qui est loin d'être le cas en France...

Mme Muriel Jourda. – Monsieur Choi, quelle est l'importance du stock de réserve que vous évoquiez ? Est-il réservé aux professionnels de santé ou à toute la population, et avec quel délai d'autonomie prévu ? J'ai bien compris que les équipements de protection individuels (EPI) étaient fabriqués en Corée.

Avec la réorganisation des hôpitaux, qu'avez-vous fait de leur activité habituelle et programmée durant cette période ?

Monsieur Lefort, qu'avez-vous dit au gouvernement français sur la crise sanitaire lorsque vous avez vu qu'elle risquait d'être mondiale ? Avez-vous communiqué sur la manière dont le gouvernement coréen a traité la crise, lui qui a tant d'expérience en la matière ?

M. Jean-François Rapin. – Monsieur Choi, vous évoquiez la plage et les vacances et notamment la manière dont la mairie de Busan a pris des mesures pour éviter la propagation du virus durant les vacances.

En France, nous avons travaillé avec le ministère et l'Association nationale des élus du littoral – que je préside – pour rédiger un document afin que le maire et le préfet puissent éventuellement reconfiner dans les meilleures conditions. Tout cela est devenu obsolète avec les exagérations estivales ; une partie de la reprise virale serait due à la

promiscuité dans les stations balnéaires. Quelles mesures avez-vous prises en dehors du port du masque ? Chez nous, il était difficile, voire quasiment impossible, d'exiger le port du masque sur la plage – c'est déjà plus facile sur une digue. Quels moyens avez-vous également pris pour vérifier que ces mesures étaient bien appliquées ?

Mme Victoire Jasmin. – L'identification faciale fait-elle partie de la législation coréenne sur l'utilisation des données personnelles ? Tous vos laboratoires sont-ils classés P3 ou sont-ce seulement les laboratoires de recherche de l'Institut Pasteur ?

M. Jean Sol. – Comment est composée la KCDC ? De quels moyens financiers dispose-t-elle ?

Vous dites que les cas confirmés sont suivis par les équipes d'enquête épidémiologique de la KCDC ; les autres épidémiologistes sont-ils occultés ?

M. Philippe Lefort. – La différence fondamentale entre l'approche coréenne et l'approche européenne – car nous avons beaucoup communiqué avec l'Allemagne – est l'utilisation des données des opérateurs pour tracer les chaînes de contamination. En Corée, il y a un absolu consensus sur la nécessité de donner au centre de crise de la KCDC tous les moyens pour identifier les clusters et établir des chaînes de contamination pour éteindre les foyers le plus rapidement possible. Cela n'a pas posé de problème au public, aux partis politiques ni aux relais d'opinion.

En France, j'ai senti une grande réticence sur le fait de confier ces données à une administration. Or le RGPD comprend une exception au principe de consentement en cas d'épidémie, dans des termes très proches de la loi coréenne de 2015, prise à la suite de l'épidémie de MERS. C'est une différence d'approche et de sensibilité. En Corée, il y a un niveau de confiance envers le Gouvernement et l'administration largement supérieur à celui existant en France.

Lorsque nous referons l'historique de la crise, il faudra réfléchir à de tels dispositifs, tout en mettant en place des garanties, un tiers de confiance pour un bon usage des données personnelles. En Corée, il n'y a jamais eu de suspicion de détournement des données personnelles par le KCDC, ni demande d'un tiers de confiance pour s'assurer que les données étaient bien utilisées et ensuite détruites.

M. Jong-Moon Choi. – Il n'y a pas eu pénurie d'EPI ; c'était davantage un problème d'approvisionnement, et notamment en raison des achats de panique. L'offre est largement supérieure à la demande. Nous n'avons eu aucun problème, pas même pour les équipements de protection. Nous avons suffisamment de filtres MB (*melt blown*) pour les masques.

Il y avait des risques de contamination dans les hôpitaux qui accueillaient des patients atteints, c'est pourquoi nous avons transféré ceux-ci dans des hôpitaux dédiés aux coronavirus.

Vous évoquiez la plage de Busan ; à Biarritz, cet été, j'ai été étonné que le masque soit si peu porté... À Busan, la distance de deux mètres entre deux personnes est strictement respectée. Il y a 50 % de parasols en moins. Différentes mesures sont mises en place... Les vacanciers coréens respectaient toutes les mesures sanitaires ; c'est une évidence en Corée. La mairie a réagi avec efficacité, et cela a été compris par la population.

Nous n'avons pas utilisé les outils de reconnaissance faciale, uniquement ceux de traçage. Ces outils, comme le bornage des téléphones mobiles et des cartes de crédit, sont très utiles à tout un chacun pour reconstituer son emploi du temps : essayez de dire précisément où vous étiez et qui vous avez vu avant-hier ou la semaine dernière, vous verrez que c'est difficile et combien les nouvelles technologies peuvent vous y aider – ces outils sont utiles, plutôt qu'intrusifs.

Pendant le confinement, j'ai relu *La Peste*, le chef d'œuvre d'Albert Camus, il m'a fait réfléchir aux relations humaines, à la liberté, à la mort. Dans un monde parfait, on pourrait lutter efficacement contre l'épidémie sans limiter en rien aucune liberté individuelle – mais chacun sait que le monde n'est pas parfait. Le Parlement coréen entend protéger la population coréenne tout en respectant les libertés individuelles, qui comptent parmi nos valeurs fondamentales – les mesures prises répondent à une situation de crise et elles ont visé à protéger la population, c'est sur cette base que le consensus a été possible au sein du Parlement coréen.

Le KCDC compte un millier d'employés, dont une centaine d'enquêteurs épidémiologistes, la plupart sont médecins, auxquels s'ajoutent les enquêteurs rattachés aux collectivités locales. Cette épidémie a révélé des manques d'enquêteurs, nous allons renforcer leur nombre.

M. René-Paul Savary, président. – Avez-vous été conduit à déprogrammer des opérations pour donner la priorité à des patients atteints par la covid-19 ?

M. Jong-Moon Choi. – Au plus fort de la crise, la Corée a compté seulement 160 patients gravement atteints par la covid-19, leur prise en charge n'a guère nécessité de report des opérations d'urgence, d'autant que la population, par peur de contracter le virus, se rendait moins à l'hôpital. Ensuite, la téléconsultation, normalement interdite en Corée, a été autorisée pendant la crise.

M. René-Paul Savary, président. – Les services de l'ambassade ont-ils interrogé les autorités coréennes sur les mesures prises en Corée pour faire face à la crise ?

M. Philippe Lefort. – Oui, nous avons informé régulièrement la chancellerie et les assemblées parlementaires sur ce que nous voyions, en particulier sur la gestion des données par le KCDC. Dès le 15 mars, nous avons fait savoir que le traçage nous semblait avoir fait preuve de son efficacité, et qu'il était la clé pour éviter un débordement des services sanitaires – c'est l'élément fondamental face à cette crise sanitaire.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. – Vous mentionnez la date du 15 mars, mais vos échanges d'informations sur le sujet remontent bien au 20 janvier ?

M. Philippe Lefort. – Oui, mais il faudrait que je revoie la correspondance pour être plus précis. Nous avons correspondu de façon au moins hebdomadaire sur l'évolution de la crise et les mesures prises par les autorités coréennes.

M. René-Paul Savary, président. – Vous mentionnez 430 personnes dans le KCDC, l'ambassadeur de Corée nous parle d'un millier de personnes : quel est le bon chiffre ?

M. Philippe Lefort. – Les deux : le KCDC compte un millier de collaborateurs en incluant l'ensemble de ceux qui sont mis à sa disposition par les autres ministères, et 439 est

le chiffre qui m'a été communiqué en mai dernier pour les personnes chargées de la collecte et de l'intégration des données.

Mme Victoire Jasmin. – Je n'ai pas eu de réponse sur la classification P3 des laboratoires.

M. Philippe Lefort. – Je ne suis effectivement pas en mesure de vous répondre maintenant.

M. René-Paul Savary, président. – Nous attendrons donc vos réponses par écrit. Merci à tous.

Audition de M. François Chih-Chung Wu, représentant de Taïwan en France, et de M. Jean-François Casabonne-Masonnave, représentant de la France à Taïwan

M. René-Paul Savary, président. – Nous poursuivons nos travaux avec une audition consacrée à la gestion de la crise à Taïwan.

De nombreux éléments nous intéressent dans la gestion de la crise à Taïwan. La géographie a sans doute rendu nécessaire une alerte précoce dans la gestion de l'épidémie et la mise en place rapide de contrôles aux frontières. Au-delà, fort de l'expérience des épidémies de SRAS et de MERS, et de la résilience de la population, le pays a mis en place une stratégie de protection, d'isolement et de traçage qui a, semble-t-il, permis d'éviter un confinement général.

Quelles ont été les orientations retenues en matière de tests ? La pénurie d'équipements de protection a-t-elle été ressentie ? Comment les lieux accueillant des personnes fragiles, en particulier les personnes âgées, ont-ils été gérés ?

Autant de questions que nous nous posons sur le retour d'expérience taïwanais sur la gestion de la crise sanitaire.

Je vais donner à nos intervenants un temps de parole d'environ 10 minutes avant de passer aux questions des rapporteurs, puis de nos commissaires.

Je vais maintenant, conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, demander à M. Jean-François Casabonne-Masonnave, représentant de la France à Taïwan, 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,
M. Jean-François Casabonne-Masonnave prête serment.*

M. François Chih-Chung Wu, représentant de Taïwan en France. – Quelques mots de contexte. Taïwan est un État d'une population de 24 millions d'habitants, c'est-à-dire deux fois la Belgique et l'équivalent de l'Australie. Le PIB taïwanais est légèrement supérieur à celui de la Suède. Au niveau commercial, nous importons plus que l'Australie, la Russie et le Brésil et nous exportons plus que la Suisse, la Belgique, l'Espagne et l'Inde. Taïwan est une

île dont la superficie équivaut à celle des Pays-Bas ou de la Belgique. Il est à noter que Taïwan n'a jamais été confinée et que la croissance économique s'est maintenue à un taux de 1,5 % pour cette année.

Taïwan est séparée de la Chine par un détroit large de 150 kilomètres et les échanges de part et d'autre sont denses : 40 % des échanges commerciaux de Taïwan se font avec la Chine. En 2019, 2,7 millions de Chinois se sont déplacés à Taïwan pour du tourisme et chaque année, 4 millions de Taïwanais voyagent en Chine. Pourtant, depuis l'apparition de la covid-19, Taïwan n'a recensé à ce jour que 495 cas confirmés, 7 personnes sont décédées et 13 personnes sont actuellement à l'hôpital pour une mise en quarantaine.

La réussite de Taïwan à endiguer l'épidémie jusqu'à ce jour tient à six facteurs, que je vais détailler : l'expérience, la vigilance, l'efficacité, la confiance, les masques et la technologie.

L'expérience, d'abord : nous avons su tirer les leçons du passé. Taïwan a été l'un des pays les plus touchés par l'épidémie de SRAS en 2003. À l'époque, 346 personnes ont été infectées et 81 sont décédées, soit un taux de plus de 20 % de létalité. Par manque de coordination entre le gouvernement central et local, un hôpital municipal de Taïpei a été confiné, causant la mort de 7 professionnels et des suicides. Des images apocalyptiques de personnes confinées voulant forcer la ligne de confinement et la directrice municipale de la santé portant une combinaison spatiale pour rentrer à l'hôpital ont traumatisé la population de Taïwan.

La vigilance, ensuite. Dès l'aube du 31 décembre 2019, Taïwan a exprimé ses craintes à l'OMS sur la possibilité d'un virus transmissible entre humains à Wuhan en Chine. À partir du 31 décembre 2019, le ministère de la santé taïwanais a commencé à effectuer des prises de température systématiques et des examens complets pour les cas suspects dès l'atterrissage des vols en provenance de Wuhan puis, très rapidement, sur tous les vols en provenance de Chine et ce jusqu'à la fermeture complète des frontières. Le 25 janvier, le gouvernement taïwanais décide de fermer les frontières aux touristes chinois. Tous les groupes de touristes chinois à Taïwan ont dû repartir avant le 31 janvier. Le 7 février, l'entrée à Taïwan a été interdite aux ressortissants étrangers qui se sont rendus en Chine au cours des 14 derniers jours. Enfin, le 18 mars, a été décidée l'interdiction d'entrée sur le territoire pour les ressortissants étrangers et la quatorzaine pour tous les voyageurs taïwanais entrants.

Troisième facteur, l'efficacité. Nous avons activé le Centre de commandement central des épidémies à partir du 20 janvier 2020 sous la responsabilité du ministre de la santé : le ministre dispose de toutes les ressources de l'exécutif, y compris le recours à l'armée si nécessaire.

Quatrième facteur, la confiance : la transparence des informations a inspiré confiance à la population. Une conférence de presse présidée par le ministre de la santé lui-même pendant 140 jours consécutif est tenue quotidiennement et les journalistes peuvent poser des questions illimitées. Cela permet de rassurer la population sur la pandémie et de combattre la manipulation d'informations.

Cinquième facteur, l'indépendance rapide de la production des masques : alors que Taïwan dépendait beaucoup de la production des masques en Chine, nous sommes devenus le deuxième plus grand pays producteur de masques au monde. Le 31 janvier, le Gouvernement a décidé de mettre en place une « équipe nationale » spécifique dédiée à la

covid-19 ; il réquisitionne alors et supervise l'installation de 92 chaînes de production supplémentaires pour faire passer la production de masques de 2 millions à 20 millions d'unités par jour. Le 3 avril, le gouvernement taïwanais décrète le port de masque obligatoire pour les usagers des transports en commun y compris dans les taxis.

Enfin, sixième facteur, la technologie accompagne une politique de mise en quatorzaine très stricte pour les personnes soupçonnées d'être infectées. Pour améliorer le suivi des voyageurs entrants, le gouvernement taïwanais a imposé une déclaration de santé obligatoire à tous les passagers à leur arrivée. Une déclaration inexacte est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 4 500 euros. Cette déclaration obligatoire a permis de classer les voyageurs dans différentes catégories à risques et de mettre en œuvre une politique de quarantaine adaptée. Une fois placé en quatorzaine, tout individu est dans l'obligation de respecter des consignes strictes sous peine de six mois de prison ferme et 30 000 euros d'amende. Le gouvernement taïwanais fournit aux personnes mises en quatorzaine un téléphone portable qui permet de faire respecter l'interdiction totale de sortie du domicile. Ce système a permis également au gouvernement taïwanais de prioriser les tests sur les personnes présentant les symptômes caractéristiques du coronavirus.

Le recours à l'application des technologies est autorisé par l'article 7 de la loi spéciale de prévention de la covid-19 d'assistance et de relance, adoptée le 25 février 2020, qui permet au Commandant du centre de mettre en œuvre toutes les mesures d'urgence nécessaires pour prévenir et contrôler l'épidémie.

Taïwan a gagné une première bataille contre la covid-19 mais n'a pas encore gagné la guerre. L'opinion publique taïwanaise exige que le Gouvernement utilise tous les moyens à sa disposition pour endiguer le virus en dehors des frontières nationales sans confinement général de la population.

La prospérité de Taïwan dépend fortement de ses échanges avec le monde extérieur. Dans ce contexte, il est crucial pour Taïwan de trouver un équilibre d'ouverture des frontières avec la communauté internationale car le virus, selon toute vraisemblance, va continuer à circuler. C'est un défi auquel Taïwan doit faire face.

Nous pensons néanmoins qu'il est très difficile de porter un regard sur les réponses d'un autre pays qui a ses propres facteurs et ses spécificités à prendre en compte pour limiter la propagation du virus. Pour autant, dans un monde où les échanges entre chaque pays ne font qu'augmenter, il serait indispensable de pouvoir partager, au niveau bilatéral et multilatéral, les expériences dans la lutte contre cette crise sanitaire qui ne connaît pas de frontières. Je pense que cette invitation de la commission d'enquête au Sénat constitue d'ores et déjà une première étape vers l'intérêt commun pour nos deux pays et pour celui de l'humanité.

M. Jean-François Casabonne-Masonnave, représentant de la France à Taïwan. – Nous avons convenu avec M. Wu que je ne répéterai pas ce qu'il vient de dire, et que je reprends à mon compte. L'expérience de Taïwan est unique : celle d'une île directement exposée à la pandémie qui, parce qu'elle a réagi immédiatement, en est indemne, comptant seulement 500 cas et 7 morts. Cette réussite tient à l'anticipation : avant même que la covid-19 ne se manifeste à Taïwan, tout le monde était prêt, du chef de l'État au simple citoyen. La clé, c'est l'expérience acquise avec le traumatisme du SRAS. Le phénomène s'est produit aussi à la suite d'un tremblement de terre survenu en 1999, lequel a occasionné une reprise en main des outils de gestion de crise.

Les autorités ont agi rapidement et avec cette conscience que dans une société démocratique, l'efficacité dépend de la confiance envers les autorités. Mes interlocuteurs me l'ont répété, une fois que les mesures prises avaient démontré leur efficacité et qu'ils étaient en confiance. Le point d'information quotidien, suivi par toute la population, et animé par le ministre de la santé – dont la popularité culmine aujourd'hui à 90% –, est un élément majeur de la stratégie.

Deuxième exemple, les masques. Lorsque, début janvier, le risque a été identifié, la production nationale atteignait 2 millions d'unités par jour, loin de suffire aux besoins ; en cinq mois, elle a décuplé, passant à 20 millions d'unités quotidienne. Comment cela a-t-il été possible ? Dès janvier, le ministère des finances a débloqué des fonds pour l'achat de machines en Allemagne, l'armée a été mobilisée pour les monter, et elles ont été mises à disposition des industriels, qui sont les mieux placés pour la fabrication de masse. La montée en puissance a été si rapide et maîtrisée que, dès le début mars, mes interlocuteurs du ministère de l'économie se montraient sereins et tout à fait disposés à partager leur expérience. Cette production de masques a donc vite permis de lever une pression de la population, qui a pu être approvisionnée de manière efficace.

Chaque nation a sa propre expérience, le résultat taïwanais tient à des raisons objectives. Aujourd'hui, les autorités taïwanaises se trouvent comme piégées par la qualité de leur gestion, car la population ne supporte pas l'idée que le virus entre sur l'île et elle demande des contrôles toujours plus stricts et rigoureux, ce qui peut aller contre l'intérêt de l'économie de l'île, si ouverte sur le monde – j'ai participé à une réunion où les représentants des pays européens demandaient plus de souplesse, au moins pour les entreprises.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. – Il semble que les tests aient été réalisés d'abord sur les personnes symptomatiques, puis que le contrôle ait été élargi à un ensemble plus large de la population : où en est-on ? Ensuite, sur les traitements : quels sont les médicaments utilisés et quelles sont les études cliniques conduites à Taïwan ?

M. François Chih-Chung Wu. – Les tests ont d'abord été ciblés sur les personnes présentant des symptômes, la stratégie d'ensemble étant d'empêcher le virus d'entrer sur l'île. Nous avons aussi testé les personnes en contact avec des malades. Cependant, le test est accessible à tous, chacun peut se faire tester à ses frais. Le ciblage a été préféré à une stratégie qui aurait consisté à tester tout le monde, stratégie qui nous est apparue peu soutenable, on l'a vu ensuite avec le cas de l'Allemagne. La quatorzaine a été appliquée de façon très stricte : l'un de mes amis, ambassadeur en Thaïlande, a été confiné 14 jours alors qu'il rentrait pour prendre des fonctions ministérielles, et c'est confiné chez lui qu'il est entré dans ses fonctions...

M. Jean-François Casabonne-Masonnave. – Le nombre de personnes touchées est si réduit, que l'on ne peut guère tirer de leçons stratégiques pour le traitement de la maladie dans d'autres pays : nous parlons d'à peine 500 malades, de quelques dizaines d'hospitalisations graves, il n'y a guère de statistiques significatives à cette échelle. On peut dire que c'est l'un des problèmes de Taïwan pour la recherche sur la covid-19 : il n'y a pas suffisamment de malades pour y conduire des recherches...

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Avez-vous eu besoin d'un plan de relance ? De quel montant, pour quel secteur, et comprenait-il des mesures de chômage partiel ?

M. François Chih-Chung Wu. – L'économie taïwanaise fonctionne bien mais nous avons eu besoin d'un plan de relance, en particulier dans les secteurs des spectacles ou encore du tourisme ; le plan avoisine les 30 milliards d'euros.

M. Jean-François Casabonne-Masonnave – Taïwan est une société riche, l'État est peu endetté – environ au tiers de son PIB –, il peut mobiliser des moyens et son gouvernement d'orientation sociale-démocrate l'a fait sans états d'âme pour protéger la population et l'économie. Les transports, le tourisme, en particulier le tourisme d'affaire ont souffert, la restauration aussi – mais le goût bien connu des Taïwanais pour la ripaille a repris le dessus dès que les restaurants ont rouvert... Les plans de soutien à l'économie ont été très ciblés, avec un soutien aux chômeurs et, de façon très large, un soutien à la consommation par un système de bons d'achat.

M. François Chih-Chung Wu. – Le système en est assez simple : le consommateur doit commencer par dépenser une certaine somme, ce qui lui donne droit à des bons d'achat d'une valeur supérieure délivrée par le Gouvernement. En réalité, tous les secteurs économiques se sont adaptés, pour inciter à la consommation.

M. Jean-François Casabonne-Masonnave. – Des mesures ont été prises également dès le mois d'avril pour l'action culturelle. L'économie a aussi bénéficié de secteurs florissants, comme celui des semi-conducteurs – le confinement a fait bondir les commandes de puces électroniques, secteur où Taïwan est leader mondial, et l'entreprise phare Taiwan Semiconductor Manufacturing Company (TSMC) a même vu son cours remonter alors qu'elle venait de perdre successivement deux clients très importants, Apple puis Huawei...

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Merci pour vos explications, des points communs apparaissent avec la situation coréenne, en particulier la proximité géographique avec le foyer de l'épidémie et la mémoire récente d'une autre épidémie. Vous parlez d'un pilotage par le ministre de la santé, mais dispose-t-il d'une agence ? *Quid*, ensuite, des controverses scientifiques, telles que nous les avons connues, qui ont un impact sur la compréhension des phénomènes par l'opinion ? Quelles mesures prises pour le masque ? Enfin, comment pensez-vous que l'expérience taïwanaise puisse être mieux partagée avec d'autres pays ?

M. François Chih-Chung Wu. – Le ministre de la santé s'appuie sur le Centre de commandement, lequel réunit tous les spécialistes de la santé. Il y a eu des tensions, des débats, par exemple lorsqu'un médecin a décidé de son propre chef un dépistage massif dans une localité, sans en informer le niveau central. Cependant, le problème a pu être réglé. Sur les masques, ensuite, il y a eu une sorte de progressivité : pendant le rationnement, le Gouvernement a assuré l'accès de chaque citoyen à un nombre minimal de masques ; ensuite, nous avons pu lever le rationnement et, même, envoyer des masques à l'étranger, cela dès le mois d'avril.

M. Jean-François Casabonne-Masonnave. – Le centre de crise est activé en cas de besoin, il est présidé par le ministre de la santé. À Taïwan, comme dans d'autres pays d'Asie, le port du masque est naturel en cas de maladie, avec cette idée qu'en se protégeant, on protège les autres et qu'en protégeant les autres, on se protège soi... Le masque n'est donc pas vu comme un signe de désocialisation, mais d'inclusion dans la société – et tout le monde porte le masque, y compris les enfants. Les règles d'accès au masque ont varié dans le temps, l'approvisionnement s'est libéralisé, aujourd'hui on vit à Taïwan quasiment sans masque, les

consignes sont allégées. La visibilité de Taïwan s'est accrue, pour de bonnes raisons, j'ai ressenti beaucoup de curiosité envers cette île.

Quant aux coopérations scientifiques, mon expérience m'enseigne qu'elles ne peuvent guère être montées à chaud. La coopération scientifique avec Taïwan existe, elle est riche et diverse, et nous avons constaté que pendant la crise, ont travaillé ensemble les équipes qui coopéraient déjà. Je suis donc optimiste sur les coopérations.

Mme Angèle Prévile. – Vous parlez du traumatisme vécu lors de l'épidémie de SRAS en 2003, mais les chiffres que vous nous donnez sont très faibles par rapport aux dizaines de milliers de décès que nous devons déplorer.

Sur la production des masques, comment les choses se sont-elles passées concrètement ? Aviez-vous anticipé la possibilité d'aller chercher des machines en Allemagne ? Avez-vous rencontré des pénuries, des moments de tension ? Où avez-vous trouvé la main d'œuvre, alors que votre pays compte si peu de chômage ? Vos propos donnent l'impression de facilité... Enfin, que pensez-vous du vocabulaire que nous utilisons, celui des gestes « barrières » plus que de protection ? Quelles sont les expressions utilisées à Taïwan ?

Mme Victoire Jasmin. – Parmi les victimes de la covid-19, quelle est la part des personnes âgées ?

Mme Jocelyne Guidez. – L'armée est intervenue en France pour soulager les hôpitaux, nous avons déployé une médecine de guerre en particulier dans les départements de l'Est ; quel rôle l'armée a-t-elle tenu à Taïwan ?

M. Damien Regnard. – Comment fonctionne le contrôle aux départs et aux arrivées à l'aéroport ? Tous les passagers sont-ils testés ? Quelles sont les procédures ?

M. François Chih-Chung Wu. – L'épisode du SRAS en 2003 a été traumatique moins par le nombre de victimes, que par les conditions dans lesquelles il a eu lieu. Nous savions que le virus était très mortel, qu'il venait du continent, et la décision avait été prise de confiner l'hôpital où entraient les malades ; le personnel soignant y entrait mais n'en sortait pas, et chacun y entrait avec une combinaison complète, les images étaient très fortes, elles ont marqué les esprits. Aujourd'hui, la connaissance médicale est bien supérieure, les technologies numériques aident, le confinement sur place est possible.

Le nombre de malades de la covid-19 à Taïwan étant très faible, nous n'avons pas de statistiques par catégorie d'âges.

Enfin, l'armée taïwanaise est intervenue dans la production des masques, elle a fourni de la main d'œuvre pour la production.

À l'aéroport, il y a un appareil thermique permettant de tester les voyageurs arrivant. En cas de fièvre, les voyageurs étaient immédiatement envoyés à l'hôpital pour un contrôle. Toute personne entrante pouvait être confinée 14 jours, dans l'attente de symptômes éventuels. Ce qui change de la France, c'est que les arrivées sont moins nombreuses.

Nous ne pouvions pas nous permettre de laisser pénétrer le virus, car notre système hospitalier n'aurait pas pu résister.

M. Jean-François Casabonne-Masonnave. – S’agissant des masques, il y a eu des tensions dans la chaîne d’approvisionnement en février. Il a fallu gérer la pénurie, mais il n’y a eu aucune hésitation sur le principe même du port du masque. Les débats portaient plus sur le point de savoir si une dotation de 9 masques pour un adulte et de 5 masques pour un enfant était suffisante. Les jeunes, les étudiants sont parfois victimes de leur précarité, mais on peut assister à des scènes amusantes dans les bus, lorsque des grands-mères leur donnent des masques. Il y a eu aussi des tensions lorsque des étrangers refusent de le porter.

Il faut bien comprendre qu’une stratégie individuelle ne peut pas marcher face à une telle épidémie, car nous ne sommes pas tous égaux face au virus. Seule une action collective est efficace. J’ai suivi les débats sur telle ou telle limite concernant le port du masque ou la prise de température dans les aéroports, mais il faut se dire que si cela marche essentiellement, globalement, il faut le faire. En France, en Europe, on a trop tendance à s’appuyer sur des démarches individuelles. C’est une différence culturelle. On a appris à manger des sushis et à faire du judo ; de la même manière, on apprendra à porter un masque.

L’armée a été utilisée au début pour la mise en place des chaînes de montage, mais, très vite, l’industrie a pris le relais.

Enfin, les patients gravement malades ou décédés ont été, comme partout, des personnes assez âgées ou déjà malades, mais je ne dispose pas de statistiques précises sur ce point.

S’agissant des mesures dans les aéroports, la situation est différente pour les nationaux et les étrangers. Avec une quinzaine de pays dont la situation est jugée satisfaisante, la procédure est allégée pour les hommes d’affaires. De manière générale, il faut un test PCR moins de 72 heures avant le voyage. Pour les nationaux, l’accès est ouvert, mais les contrôles se font dès l’atterrissage. Les gens se déclarent souvent d’eux-mêmes lorsqu’ils ressentent un symptôme. Il arrive même qu’ils rentrent exprès pour se soigner et bénéficier de la qualité du système taïwanais. En ce qui me concerne, j’aurai droit à une semaine de quarantaine chez moi à mon retour la semaine prochaine. Pour les nouveaux arrivants, il existe des hôtels spécialement dévolus, ainsi que des taxis. Voilà, c’est extrêmement balisé et personne ne peut passer entre les mailles du filet. Mais les Taïwanais peuvent aussi être indisciplinés : cet été, il en a été repéré un au karaoké, alors qu’il aurait dû être en quarantaine.

M. René-Paul Savary, président. – C’est une semaine ou 14 jours ?

M. Jean-François Casabonne-Masonnave. – Il y a différentes formules. En fait, il y a au minimum la semaine de quarantaine avec un isolement très strict. Si l’on n’a pas chez soi la capacité de s’isoler du reste de la famille, on doit aller dans un hôtel spécialisé. Ensuite, on privilégie l’auto-surveillance : il s’agit d’éviter les transports, les regroupements de personnes et de porter le masque en permanence pendant deux semaines. Au total, cela fait trois semaines de contraintes imposées. Il y a le même questionnement qu’en France actuellement sur la nécessité d’assouplir un peu ce régime.

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 heures.

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

La réunion est ouverte à 14 h 35.

Audition du Colonel Bruno Cunat, ancien commandant de la base aérienne 110 de Creil

M. René-Paul Savary, président. – Nous poursuivons nos travaux avec l’audition du Colonel Bruno Cunat, ancien commandant de la base aérienne 110 (BA 110) de Creil, qui complète notre précédente audition sur la gestion de la crise sanitaire dans l’Oise.

Je vous prie, Colonel, d’excuser l’absence du président Alain Milon, retenu dans son département.

Deux aspects nous intéressent : la place de la base de Creil dans l’épidémie, qui a suscité beaucoup d’interrogations, et la gestion du cluster qu’a été la base avec les moyens spécifiques du ministère des armées.

Je vais vous donner la parole pour un propos liminaire d’environ dix minutes, avant de passer aux questions des rapporteurs, puis de nos commissaires.

Auparavant, et conformément à la procédure applicable aux commissions d’enquête, je vais vous demander de prêter serment. Je rappelle qu’un faux témoignage devant notre commission serait passible des peines prévues aux articles 434-13 à 434-15 du code pénal.

Conformément à la procédure applicable aux commissions d’enquête, M. le Colonel Bruno Cunat prête serment.

Colonel Bruno Cunat. – Je tiens tout d’abord à me présenter rapidement, à présenter la base de Creil ainsi que les fonctions que j’occupais sur celle-ci lors de la phase initiale de la crise de la covid-19, à la fin du mois de février 2020.

J’ai une carrière de pilote de chasse et d’instructeur sur Alpha Jet et Mirage 2000. Dans la seconde partie de ma carrière, j’ai servi dans les domaines de la communication et des relations internationales militaires, à Paris mais aussi à Londres. J’ai enfin commandé la base de Creil d’août 2018 à août 2020.

La base de Creil est située au nord de Paris, dans l’Oise. C’est une installation dite « prioritaire de défense », qui héberge de nombreuses unités opérationnelles de l’armée de l’air, mais aussi des unités interarmées. Elle abrite également les unités de soutien nécessaires à son bon fonctionnement. Cette base d’environ 2 500 personnels civils et militaires concourt directement, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à des missions opérationnelles sur notre territoire national, mais aussi au profit des théâtres extérieurs, notamment dans les domaines du transport et de la logistique stratégique, du renseignement, de l’imagerie satellitaire ou encore de la cartographie. Je tiens à souligner que certaines des unités opérationnelles de la base de Creil sont vitales et stratégiques pour les opérations militaires françaises.

La base possède ses propres services de soutien, une antenne médicale et un service de soutien administratif et de soutien général. Elle bénéficie d’un réservoir d’environ 400 réservistes. Certaines fonctions sont confiées à des sous-traitants privés, notamment la

restauration collective, le transport ainsi que le ramassage des ordures et le nettoyage des bâtiments. Cette base est donc un véritable écosystème, avec de nombreux acteurs en interaction permanente. Ce facteur est dimensionnant dans la gestion d'une situation pandémique comme celle de la covid-19.

De 2018 à 2020, j'ai assumé trois fonctions. J'étais tout d'abord commandant de la base aérienne, donc plus spécifiquement le chef des unités de l'armée de l'air. J'étais aussi chef de la base de défense et, à ce titre, chargé de la coordination des soutiens ainsi que du pilotage des projets majeurs de transformation de la base. J'étais, enfin, délégué militaire départemental de l'Oise et, à ce titre, chargé, en coordination avec le préfet, de la mise en œuvre des moyens militaires potentiels sur le territoire du département, comme pour les missions Sentinelle ou Résilience.

J'en viens au cœur du sujet, la crise sanitaire. À compter du 25 février 2020, la base de Creil a été impactée par l'épidémie de covid-19. Un cluster s'est développé au sein de l'unité de soutien commun et administratif, que nous désignons sous le sigle « GSBdD », pour « groupement de soutien de la base de défense ».

Le premier cas répertorié a été rapporté dans la nuit du 25 au 26 février, au CHU d'Amiens. Ce personnel civil du GSBdD, œuvrant plus particulièrement comme vérificateur des prestations de nos sous-traitants privés, est placé en réanimation. Au sein du GSBdD se développe ensuite, en quelques jours, un cluster de 14 personnels malades, plus ou moins symptomatiques. On compte deux autres cas isolés dans d'autres unités de la base, mais ces cas ne donnent pas lieu à l'apparition de clusters. Donc 16 malades ont été identifiés entre le 26 février et le 3 mars. C'est ce cluster que nous nous sommes efforcés de contenir au plus tôt.

Je vais aborder plus particulièrement la gestion de la crise initiale, c'est-à-dire sur la période du 26 février au 17 mars, date du passage du pays en confinement généralisé. La base de Creil a été la première enceinte militaire touchée lourdement par la crise. Mes premières actions, le 26 février, ont été axées sur l'alerte aux différentes autorités militaires et au préfet. Dès le 26 février au soir, la base a bénéficié de l'arrivée de spécialistes du service de santé des armées (SSA). Ces spécialistes venaient renforcer l'équipe de l'antenne médicale de la base. Dans les premiers jours, j'ai également pu bénéficier du déploiement sur la base d'une équipe de désinfection de l'armée de l'air, spécialisée dans la lutte contre les risques nucléaires, radiologiques, bactériologiques et chimiques. Cette équipe venait de la base de Cazaux.

Dans cette gestion initiale de la crise, je devais, comme tout militaire, m'assigner, en liaison avec l'état-major de l'armée de l'air, un objectif global, que je devais tenir au mieux. Je l'ai formulé ainsi : « dans un contexte sanitaire dégradé et très incertain, je dois assurer au mieux la sécurité des personnels, mais aussi continuer à assumer les missions opérationnelles qui sont assignées à la base, et ce dans le calme. » Dans ce cadre, quatre actions principales ont été entreprises, en coordination étroite entre le commandement de la base et les médecins experts du SSA qui étaient déployés sur le site : traiter les malades ; identifier et isoler les sujets contacts ; préserver les autres personnels de la base ; informer en boucle la plus courte possible.

La première ligne d'opération a donc été de traiter les malades. La première action immédiate a été de désinfecter l'antenne médicale ainsi que les bureaux où les premiers malades avaient travaillé. Il a aussi été nécessaire de réorganiser le service médical afin de

pouvoir accueillir dans des conditions adaptées de potentiels malades infectés, qui ont ensuite pu être dépistés dans une chaîne de dépistage laryngo-pharyngée mise en place grâce à l'expertise du SSA. Si le test était positif, les patients étaient orientés vers un CHU civil ou un CHU militaire, l'hôpital Bégin, en fonction de leur position physique – à domicile ou sur la base – au moment où nous recevions le résultat du test. Une *hotline* de consultation a été mise en place pour les personnels ayant un doute sur leur état de santé, afin de poser un premier diagnostic qui permettait de décider de la suite du traitement, au cas par cas.

Le deuxième axe était d'identifier et d'isoler les personnels à risque. Le renfort du service de santé comprenait, entre autres, trois épidémiologistes – j'ai travaillé plus particulièrement avec deux d'entre eux –, qui se sont chargés du *contact tracing*, afin de définir le plus rapidement possible quels étaient les sujets contacts à placer en confinement. Je tiens à souligner ici la nécessité et l'efficacité du dialogue très étroit qui s'est instauré très rapidement entre ces épidémiologistes, les patients, les responsables du GSBdD et moi-même pour construire cette liste au plus vite. Le GSBdD a fonctionné à effectifs minimaux dès le 27 février. L'apport direct de ces épidémiologistes sur le site même de la base a donc été particulièrement précieux.

Le troisième axe de l'effort a consisté à préserver les autres personnels de la base. Nous avons mis en place immédiatement les consignes individuelles sanitaires préconisées par le ministère des solidarités et de la santé. Par ailleurs, les liaisons entre la base et les autres entités du ministère des armées qui n'étaient pas vitales ont été suspendues dès le 27 février. Nous avons annulé tous les rassemblements – séances de sport, grosses réunions, stages, visites, chantiers d'infrastructures... Surtout, dès le lundi 2 mars, toutes les unités de la base sont passées en effectif réduit, suivant un principe de bordée, avec un passage en télétravail lorsque cela était possible. Nous avons commencé à mettre en place une équipe de bionettoyage et à mettre à disposition du gel hydroalcoolique et, plus tard, des masques chirurgicaux, des visières et des plaques de plexiglas. Nous avons également pris des mesures restrictives pour les espaces de restauration collective.

Enfin, le quatrième axe a été d'informer en boucle la plus courte possible le personnel, *via* les commandants d'unité, ainsi que les autorités militaires et le préfet, la base étant la première emprise de défense impactée par le virus. Nous avons également tenu informés le chef du service départemental d'incendie et de secours (SDIS) et certaines crèches et écoles où les enfants des personnels étaient scolarisés.

À ce moment, l'origine de la contamination n'avait pas été décelée. Au regard des mesures de prévention strictes qui avaient été prises à la suite du rapatriement des ressortissants français de Wuhan, il était peu probable que la base soit à l'origine de la contamination. Il convenait toutefois d'être transparent avec le personnel dans ce contexte d'incertitudes.

Je tiens, à cet instant de mon intervention, à souligner que le cluster au sein du GSBdD a été stabilisé dès le 3 mars, soit six jours après l'apparition du premier cas, puis asséché en une quinzaine de jours, ce qui est un succès très significatif. Dans les semaines suivantes, la base a continué à assumer ses missions opérationnelles prioritaires et nous avons pu tirer les premières leçons pour les semaines suivantes.

Quels enseignements puis-je tirer de cette phase initiale de la gestion de crise ? Je veux tout d'abord évoquer l'importance de s'entraîner au travers du plan de continuité d'action, lequel comprend le montage d'une cellule de crise et liste les risques et les menaces

– épidémiologiques, mais pas seulement – susceptibles de peser sur le bon fonctionnement de la base. Dans ce cadre, nous nous entraînonns tous les six mois à des scénarios testant, par exemple, la sécurité et la protection de la base, en montant cette cellule de crise.

Je veux ensuite citer le caractère vital d'un suivi administratif exhaustif de nos personnels, qui a été assuré par la cellule de crise. Il s'agissait de savoir qui était malade, qui avait des symptômes, où les malades se situaient physiquement, s'ils étaient en stage ou en mission, quelle était leur position administrative, afin de les protéger en cas d'accident, etc. Il fallait aussi recenser ceux qui avaient des proches à risque ou âgés, connaître la position exacte en temps réel des malades placés en confinement – sur la base, dans des chambres dédiées ou à domicile – et celle des personnels sains, réservoir de forces permettant de compenser l'éventuel départ de malades.

Je veux aussi évoquer l'aspect logistique, très important dans la mise en place efficace des équipements et des dispositions de protection sur notre base, puisque le GSBdD, chargé de cette mission logistique, était impacté par le cluster et ne fonctionnait plus qu'en mode minimal.

Un autre enseignement est la prise en compte complexe de ce que le chef d'état-major des armées appelle la « singularité militaire ». Dans cette crise, il a fallu en permanence déplacer finement le curseur entre la nécessité de maintenir certaines opérations militaires et l'impératif de protection sanitaire de chaque personnel. Il a fallu décider des activités qui devaient être suspendues et de celles qui devaient absolument être menées, en coordination étroite avec l'état-major des armées et l'état-major de l'armée de l'air. Cette singularité, qui est liée à la nature de la fonction militaire, demande d'être appliquée avec discernement dans un contexte très incertain, ce qui place le commandant face à ses responsabilités.

Je veux également aborder l'importance du management de l'information, rendu complexe par le nombre d'interlocuteurs et d'organismes dont je devais coordonner l'action localement, mais aussi la remontée d'informations vers mes autorités hiérarchiques, pour bâtir notamment le retour d'expérience en boucle courte en vue d'aider à prévenir l'apparition et la diffusion du virus sur d'autres emprises du ministère ou vers le monde civil. C'était le ministère des solidarités et de la santé qui communiquait sur les aspects sanitaires de l'épidémie.

Les difficultés d'approvisionnement pour constituer des stocks de produits de désinfection et d'équipements de protection ont bien sûr été un facteur dimensionnant. À cet égard, la gestion initiale par priorité de distribution des masques en fonction des impératifs opérationnels et de régimes de travail particuliers est un autre enseignement que je veux citer. Les personnels indispensables travaillant en espace confiné, les personnels de sécurité et de protection travaillant à l'entrée de la base ont ainsi été prioritaires. Le personnel médical du SSA disposait de son propre stock.

Je retiens aussi l'apport vital des prestataires et des sous-traitants privés. Ils faisaient vraiment partie de l'équipe de la base. S'ils s'étaient désengagés, la gestion de la crise aurait été beaucoup plus problématique et la résilience de la base aurait été impactée.

Enfin, j'évoquerai la nécessité, dans la gestion initiale d'une crise, de préparer l'avenir, en estimant l'impact des mesures et des annulations d'activité, notamment sur le processus de recrutement, qui est permanent sur la base, avec des flux RH importants, sur

l'entraînement et la formation, c'est-à-dire, *in fine*, la préparation opérationnelle de nos combattants. Cette dette organique a dû rapidement être mesurée. Mon successeur a la charge de la résorber au mieux dans les mois et les années à venir.

Je veux, pour terminer, rendre un hommage appuyé à tous les personnels de la base qui ont continué à assumer leurs missions opérationnelles au service de notre pays, avec professionnalisme et dévouement, tout en appliquant les consignes sanitaires qui leur étaient imposées, avec une mention toute particulière pour les personnels du service de santé, qui étaient en première ligne tout au long de cette crise.

M. René-Paul Savary, président. – Je vous remercie de votre présentation. Vous nous avez présenté ce qui a été fait. Nous allons désormais passer aux questions, en commençant par celles de nos rapporteurs, pour voir ce que l'on pourrait améliorer...

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteur. – Le 25 février, quel était l'état de votre stock d'équipements de protection individuelle ?

Comment avez-vous été approvisionnés à la suite de la détection du premier cas ? Comment avez-vous pu mettre en place la protection de la base ?

Quel était votre contact au ministère des solidarités et de la santé ? Avez-vous eu des contacts avec Santé publique France ?

La base peut-elle aujourd'hui opérer le dépistage des personnels de manière fluide ? Dispose-t-elle d'une quantité suffisante de tests ?

Colonel Bruno Cunat. – Les stocks étaient en situation de grande tension au début de la crise, puisque, le 25 février, nous n'avions sur la base que 3 000 masques, relativement anciens, et 13 combinaisons intégrales, assez anciennes. L'antenne médicale disposait d'un stock limité de masques chirurgicaux – une centaine. Elle a été réapprovisionnée en tout ce dont elle avait besoin – masques, surblouses et gants – dès le 26, quand les renforts sont arrivés. Nous avons également, au début de la crise, 50 litres de gel hydroalcoolique en stock sur la base. Nous avons reçu les premiers réapprovisionnements au début du mois d'avril, avec 12 000 masques. Environ 72 000 masques ont été distribués sur la base jusqu'au mois de juillet, d'après le dernier chiffre dont je dispose.

Nous ne voulions pas consommer tout le stock. Les masques ont été distribués selon quatre priorités qui avaient été définies par l'état-major des armées : les retours potentiels au travail des personnels qui avaient été symptomatiques, une fois qu'ils étaient guéris ; les personnels en situation de permanence opérationnelle, notamment dans des milieux confinés ; ceux qui travaillaient à plusieurs dans le même bureau et y étaient séparés par des distances faibles ; tous les personnels en interaction avec d'autres personnes, en particulier l'entrée de la base.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteur. – Y avait-il des masques pour les personnels entre le 25 février et le début du mois d'avril ?

Colonel Bruno Cunat. – Avant le début du mois d'avril, avec le premier stock de 3 000 masques dont j'ai parlé, nous avons surtout approvisionné les personnels de l'Estérel et ceux qui assuraient les missions logistiques sur la base. Nous avons mis de petits lots à leur disposition. Les gendarmes ont également été équipés dès le début.

L'approvisionnement en gel hydroalcoolique a lui aussi commencé à se mettre en place au mois d'avril. Nous en avons reçu des centaines de litres. Nous en avons équipé toutes les entrées des bâtiments, notamment le mess.

Nous avons également reçu, à la fin du mois d'avril, 700 lots de quatre masques en tissu, afin notamment d'équiper les personnels devant prendre les transports en commun vers la région parisienne. Puis, à la mi-mai, nous avons reçu 2 000 lots de quatre masques en tissu, ce qui a permis d'équiper toute la population de la base.

S'agissant des contacts avec le ministère des solidarités et de la santé, j'ai eu quelques interactions avec le directeur de l'ARS, M. Champion, mais celles-ci sont restées relativement peu nombreuses. En fait, le contact avec le ministère se faisait *via* les épidémiologistes du SSA, qui étaient en relation quotidienne avec leurs homologues civils, lesquels travaillaient notamment sur le cluster de l'Oise. Il était très important qu'ils puissent partager leurs informations pour recouper les listes de sujets contacts. Cela passait par une transmission d'informations et une conférence téléphonique quotidiennes.

Pour ce qui concerne l'accès aux tests aujourd'hui, oui, l'antenne médicale a maintenu la chaîne de dépistage, qui peut au besoin être réactivée. La capacité est d'environ 15 à 20 tests maximum par jour, à destination des personnels qui tomberaient malades sur la base. En revanche, un personnel qui n'est pas sur la base doit rester confiné chez lui et être testé dans le civil. C'est conforme à ce que nous avons fait pendant le confinement, la majorité de nos personnels n'étant plus sur la base dès le 2 mars. Faire revenir les malades sur la base pour les tester n'aurait pas été très logique.

M. René-Paul Savary, président. – Les personnels habitent-ils majoritairement dans le secteur ?

Colonel Bruno Cunat. – C'est très variable. Sur la base de Creil, beaucoup de militaires sont célibataires géographiques. La moitié habite dans l'Oise ou dans le nord de la région parisienne. Beaucoup viennent de Picardie, du Nord, du Nord-Est, notamment des anciennes bases de Reims et de Cambrai. Les autres viennent de toute la France. En temps normal, 600 personnes dorment sur la base chaque nuit. Les militaires ont de plus en plus de mal à concilier leur carrière avec celle de leur conjoint. Certains font donc le choix du célibat géographique.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. – Le 6 mars, vous avez évoqué la difficulté liée à la décision de permettre le retour en activité des personnels sortis des CHU sans test biologique négatif. Qui a pris cette décision et de quels personnels s'agissait-il ?

Le dépistage obligatoire des enfants des personnels de la base confinés avant leur éventuel retour à l'école a-t-il eu lieu, conformément aux recommandations sanitaires émises par le préfet de l'Oise ? Sinon, pour quelles raisons ?

Enfin, comment avez-vous géré le retour des militaires déployés sur l'opération Barkhane qui, sauf erreur de ma part, a eu lieu le 23 avril ? Les militaires avaient-ils les équipements nécessaires ? Y a-t-il eu ultérieurement d'autres retours d'opérations extérieures ?

Colonel Bruno Cunat. – Dans ma remarque du 6 mars, j'anticipais que les malades symptomatiques qui étaient confinés à domicile ne seraient testés en CHU qu'en cas

de symptômes graves et d'urgence. Nous nous retrouvions donc avec une population de personnels absents, munis d'un certificat médical, mais non testés. Nous ne savions donc pas s'ils avaient contracté la Covid-19 ou la grippe saisonnière. Une fois guéris, ces personnels devaient revenir dans les réservoirs de forces. Ils le faisaient sept jours après la disparition de leurs symptômes et devaient porter un masque. S'ils n'avaient pas repris le travail, il serait arrivé un moment où la base n'aurait plus pu fonctionner.

Certains enfants seulement ont été testés. La décision de tester était prise par les épidémiologistes présents sur la base, sur des cas bien particuliers, notamment certains enfants de parents du cluster de la base ou de Crépy-en-Valois. Nous en avons reçu 15 sur la base. Les autres ont été testés dans le civil. Tous ont été négatifs. Nous n'avons pas testé toute la population des enfants de la base mis en confinement. Cela aurait complètement saturé nos capacités.

À la fin du mois d'avril, nous avons reçu 97 personnels qui revenaient de Barkhane. Le préavis a été très court. Cette voie aérienne militaire a été montée assez rapidement. Les personnels n'ont pas reçu de masques. On leur a distribué du gel hydroalcoolique et on les a mis en isolement dans un bâtiment de la base dédié. Ils n'ont pas eu d'interactions avec les autres personnels de la base. Ils mangeaient dans une salle dédiée. Ils sont arrivés le jeudi soir. Le vendredi, ils ont tous été testés. Le test était obligatoire dans le cadre d'une stratégie de santé mise en place pour les opérations extérieures. Nous avons pu les libérer dès le week-end. Ils sont donc restés 48 heures sur la base. La base n'a pas été réutilisée, d'autres bases en France – non seulement des emprises militaires, mais aussi, par exemple, des centres de vacances Igesa – ayant très rapidement été identifiées pour assurer ce type d'accueil.

Le paramètre psychologique doit être pris en compte : ces militaires revenaient de cinq mois d'opérations dans le désert. Ils étaient donc éprouvés, fatigués. La perspective d'une quinzaine sur la base de Creil ne les enchantait pas, ce que l'on peut comprendre. Il a donc fallu trouver des endroits pouvant servir de sas de décompression avant leur retour dans leur famille.

M. Olivier Paccaud. – Je suis très heureux que nous puissions vous entendre aujourd'hui. L'Oise est le premier département à avoir été touché par la crise, le premier où une personne est décédée. Aujourd'hui, le bilan y est d'environ 420 morts. Au cœur de ce département, la BA 110 de Creil est un théâtre particulier.

Vous nous avez apporté des éléments relatifs à la situation postérieure au 26 février. Pour ma part, c'est la période du 31 janvier au 26 février qui m'intéresse.

Je dois vous dire que beaucoup d'habitants ou d'élus de l'Oise sont devant leur écran, parce qu'ils se posent beaucoup de questions. Il y a eu des rumeurs. Peut-être faut-il les déconstruire, mais il est également nécessaire d'apporter quelques réponses très précises, très factuelles, certains faits demeurant aujourd'hui dans le flou.

Nous avons reçu en fin de matinée le rapport provisoire consécutif aux investigations sollicitées par la direction générale de la santé sur le cluster de l'Oise. Ce rapport est riche d'enseignements, mais aussi de lacunes. Vous nous permettrez peut-être d'y voir un peu plus clair.

Premièrement, je veux revenir sur le rapatriement des Français de Wuhan. Le 31 janvier, un Airbus militaire A340 rapatrie 193 Français de Wuhan. 18 militaires de l'escadron Estérel, dont les installations sont situées sur la base aérienne de Creil, les accompagnent. Les militaires sont accueillis à Istres par Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Les 193 passagers sont placés en quatorzaine dans un centre de vacances, à côté de Carry-le-Rouet. Les mesures sont strictes : ils sont tous testés, à plusieurs reprises. Les militaires sont quant à eux invités à retourner chez eux, dans des conditions qui méritent d'être précisées. Ils ne sont pas placés à l'isolement. Dans l'édition du 28 février d'*Aujourd'hui en France*, une source militaire déclarait qu'« aucun n'a été placé en quarantaine, seulement en permission – c'est le mot utilisé – de 14 jours à leur domicile, mais sans contrôle de leurs allées et venues, pas plus que de celles de leur famille ». Peut-être aurait-il été plus prudent de prendre à leur endroit les mêmes précautions que pour les rapatriés.

Les militaires de la mission et leur famille ont-ils été testés ? La ministre a affirmé qu'ils l'avaient été. D'autres sources, dont vous, ont affirmé l'inverse. Dans l'édition du 2 mars du même journal, vous avez ainsi déclaré : « ils n'ont pas eu de test biologique mais ont suivi des contrôles réguliers durant la période d'incubation et n'ont depuis développé aucun symptôme. » Toutes les sources et tous les témoins que j'ai pu consulter – ils sont nombreux – me laissent penser que c'est vous qui avez raison.

Deuxièmement, on nous a dit que les militaires qui étaient allés à Wuhan n'étaient pas repassés par la base. Le confirmez-vous ? Combien d'entre eux ont un conjoint qui travaille sur la base et qui a continué à y travailler ? Combien avaient leur logement sur la base ? Il semble qu'il y en ait. Avaient-ils reçu des consignes particulières, comme de ne pas manger au mess ?

Il existe une relation physique évidente entre les militaires de Wuhan et la BA 110. Vous avez évoqué les 16 cas positifs qui se sont déclarés entre le 26 février et le 3 mars, mais l'enquête épidémiologique n'a pas pu établir ce lien. Elle conclut de façon très floue que l'hypothèse ne peut pas être totalement démontrée. Il y a une raison très simple à ce flou : ce ne sont pas les épidémiologues de l'ARS ou du ministère de la santé qui ont mené l'enquête, mais le SSA. Vous évoquez un contact quotidien. Dans le document, on nous parle de deux réunions téléphoniques en un mois.

On ne peut qu'avoir des suspicions sur la présence du virus sur la base, mais il importe de savoir si c'est à partir de celle-ci qu'il s'est répandu ailleurs, notamment dans le deuxième cluster de l'Oise, Crépy-en-Valois – il y a eu 21 cas au lycée Jean-Monnet. Or il y a un lien direct entre ce lycée et la base aérienne de Creil : des matelots du bâtiment de commandement et de ravitaillement (BCR) Somme avaient un partenariat citoyen avec une classe du lycée. Ces 8 matelots sont venus dans le lycée les 5 et 6 février. Ils y ont déjeuné les deux jours. Le 5 février au soir, ils sont allés dîner dans un restaurant de la ville. Ils ont été accueillis par des professeurs. Me confirmez-vous que ces 8 matelots sont bien allés au lycée Jean-Monnet et qu'ils avaient dormi sur la base aérienne de Creil les 4 et 5 février ? Il est stupéfiant que cela ne figure en aucun cas dans le document émanant de l'ARS, qui a mobilisé six épidémiologistes.

Dans les questions qui ont pu être posées à certains malades, on a bien cherché qui avait pu être au contact des cas positifs en aval, mais pas en amont. On n'évoque jamais ce lien entre la base aérienne et le lycée. Or, dans l'Oise, notamment à Crépy-en-Valois, beaucoup le connaissent... Y a-t-il eu transmission par l'intermédiaire de ces matelots ? On

ne peut que se poser la question. Avez-vous transmis des consignes de sécurité aux matelots ?

Troisièmement, après le rapatriement de Wuhan, avez-vous reçu des consignes particulières de la part de votre hiérarchie ? La ministre des armées, qui twitte régulièrement, n'a pas twitté sur le coronavirus avant le 28 février. Elle évoque les préconisations qui vous ont été transmises. Avez-vous vraiment reçu des instructions précises ?

Quoi qu'il en soit, avez-vous pris des initiatives particulières entre le 31 janvier et le 28 février ? Pensez-vous avoir pris toutes les précautions nécessaires pour éviter une diffusion du virus ? Cette problématique ne vous est pas étrangère, les membres de l'escadron Estérel pouvant y être confrontés sur certains théâtres d'opérations.

Mme Victoire Jasmin. – Vous avez évoqué la présence d'épidémiologistes sur le site de Creil. Vous avez également indiqué que les personnes qui étaient atteintes du virus avaient la possibilité de se faire tester sur place.

Parmi ces épidémiologistes, y avait-il des biologistes ? Quels types de prélèvements ont été pris en charge ? Avez-vous bénéficié de l'aide de Santé publique France ?

Colonel Bruno Cunat. – Avant même le vol de Wuhan, nous n'avions pas pris de mesures actives sur la base, parce qu'il n'y avait alors pas d'épidémie. Nous suivions bien sûr la situation sanitaire en France. La grille de lecture pour alerter sur un potentiel cas de Covid-19 était la même que dans le civil : soit un retour de Chine ou de zone à risques, soit un contact avéré avec un cas positif. C'est ce qui explique d'ailleurs la détection tardive des premiers cas, notamment dans les CHU.

Ensuite a débuté la phase de préparation du vol de Wuhan. Il y a une petite confusion sur les chiffres : ce sont 180 ressortissants français de Wuhan que nous avons rapatriés. Ces derniers ont été accompagnés, dans l'avion, par 13 personnels du ministère des solidarités et de la santé et du ministère de l'Europe et des affaires étrangères – experts en biologie, en procédures douanières... – pour faciliter l'embarquement. S'y sont ajoutés 14 personnels navigants de l'Estérel, 3 auxiliaires sanitaires en renfort et un mécanicien navigant de la société de maintenance.

Il a fallu monter la mission. C'est le SSA qui était à la manœuvre, mais nous avons suivi l'affaire. Les experts sont montés à bord pour former l'équipage, qui portait des équipements de protection – masques, gants, lunettes et surblouses – pour l'accueil et la montée des 180 passagers. L'avion s'est posé à Wuhan, mais les personnels ne sont pas sortis de l'avion. On a vérifié que les ressortissants français étaient asymptomatiques. Ils étaient tous équipés de masques. Ils ont été installés dans une zone de l'avion à distance de sécurité des experts présents à bord et du personnel navigant. C'est ce qui a fait dire au SSA que nos personnels navigants n'étaient pas à risque, puisqu'ils étaient équipés, à distance de sécurité de personnes qui n'étaient pas symptomatiques et qui ont été testées négatives deux fois.

Le vol retour s'est déroulé sans encombre. Aucun passager n'a été malade. Il n'y a donc pas eu de contacts directs avec les ressortissants, qui, à Istres, ont été testés une dernière fois avant de partir en confinement à Carry-le-Rouet. Mes personnels navigants ont eu pour consigne de prendre leur température deux fois par jour pendant 14 jours et sont repartis chez eux. Ils n'ont pas été testés.

Les deux personnels de l'Estérel qui ont été testés après coup avaient des liens indirects avec des personnels du GSBdD. Nous voulions absolument nous assurer qu'ils étaient négatifs, ce que le test a confirmé. Les militaires du rang, qui n'ont pas beaucoup d'argent et qui logent sur la base, ont été mis en chambre individuelle. Ils prenaient leurs repas dans une salle dédiée, sans pouvoir aller au mess.

M. Olivier Paccaud. – Ils n'y allaient jamais ?

Colonel Bruno Cunat. – Je ne peux pas vous le garantir, mais c'est la consigne qui a été donnée.

Et en tout état de cause, ils ont été mis au repos, le vol ayant été assez éprouvant puisqu'il a duré quasiment 24 heures. Je veux encore une fois leur rendre hommage, parce qu'ils ont, dans un contexte assez incertain, réalisé leur mission avec rigueur. Ce ne sont pas des spécialistes du service de santé, mais ils se sont très bien adaptés. Ils n'ont pas développé de symptômes par la suite.

Je ne peux pas vous dire combien ont un conjoint qui travaille également sur la base. Je vous le communiquerai ultérieurement.

M. Olivier Paccaud. – Parmi les 18 personnels, combien étaient sur la base ?

Colonel Bruno Cunat. – Je ne le sais pas exactement. Je vous transmettrai les chiffres.

L'étude épidémiologique a été faite conjointement entre les épidémiologistes du SSA et les épidémiologistes civils. Ces derniers se sont assez rapidement orientés vers un possible lien de Crépy-en-Valois avec la base. Or les premiers symptômes des malades de Crépy sont apparus entre le 14 janvier et le 1^{er} février, donc avant le vol de Wuhan, ce qui plaide pour une contamination depuis Crépy vers la base.

Je n'ai pas eu beaucoup d'informations sur les matelots qui ont dormi sur la base. Cela dit, je ne doute pas que ce que vous dites est vrai... En revanche, ils n'ont pas eu de contacts directs avec les personnels initiaux du cluster du GSPdD, avec les premiers malades de la base, puisqu'ils étaient en chambre. Ils sont ensuite partis directement à Crépy. Ils n'ont fait qu'un aller-retour sur la base pour la nuit.

Pour ce qui est des consignes du ministère des armées, je suivais les consignes du SSA, qui apportait l'expertise épidémiologique. J'ai pris les devants sur le plan opérationnel, dans la mesure où, dès le samedi 29 février, voyant que le cluster était confirmé et qu'il fallait assurer les missions vitales de la base, j'ai demandé à l'état-major de l'armée de l'air de passer tout de suite en effectifs restreints et en confinement. Certaines de nos unités sont ainsi descendues à quasiment 20 % ou 30 % de leurs effectifs dix jours avant le passage des armées en effectif minimum. Dès le week-end, l'état-major me donne son accord. Ne reviennent le lundi que les personnes de la première bordée, pour réaliser les missions prioritaires. Dès la semaine précédente, j'avais demandé à mes commandants d'unité de préparer leur plan de contingence en vue d'un passage en effectifs réduits dès le lundi. Ont alors surgi toutes les questions relatives au télétravail, au statut du personnel à domicile. Cela a servi de retour d'expérience pour les autres bases.

Nous avons évidemment consenti un gros effort sur l'Estérel. Dès l'apparition du cluster, beaucoup de missions ont été annulées, mais certaines devaient absolument être

effectuées, en particulier des relèves d'opérations extérieures, notamment dans les territoires d'outre-mer. Nous avons très rapidement développé, avec l'armée de l'air, une doctrine de protection des personnels de l'Estérel : port du masque en permanence, fin des services à bord – ils ne servent plus à manger, une bouteille d'eau est prépositionnée sur le siège... Les passagers qui n'ont pas été testés sont séparés de ceux qui l'ont été, pour éviter les interactions.

Tout cela, je ne l'ai pas fait uniquement localement. Je l'ai fait en coordination étroite avec les experts en santé et l'état-major de l'armée de l'air, pour que ces procédures soient appliquées *in fine* dans toutes les flottes de transport, au-delà des Airbus de l'Estérel – l'A400M, les ravitailleurs d'Istres, les C-130, etc.

Je vous confirme, madame Jasmin, que la chaîne de prélèvements repose sur des tests PCR laryngo-pharyngés. Cette chaîne a été mise en place grâce à l'expertise d'épidémiologistes et de deux médecins de l'Institut de recherche biomédicale des armées (Irba), qui ont une vraie habitude de la virologie, avec une capacité de 15 à 20 tests par jour, à destination des personnels présents sur la base. Les personnels confinés à domicile ont été envoyés dans un CHU ou aux urgences pour être testés dans le milieu civil.

C'est le service de santé des armées qui a monté de A à Z la chaîne de tests sur la base. Nous étions entièrement autonomes.

M. René-Paul Savary, président. – Vous n'avez donc pas eu de relations avec Santé publique France ?

Colonel Bruno Cunat. – Non. Le dialogue avait surtout lieu entre épidémiologistes civils et militaires.

M. René-Paul Savary, président. – Localement, vos échanges avec la sphère civile passaient plutôt par le préfet que par l'ARS ?

Colonel Bruno Cunat. – Oui. Dans mes fonctions de délégué militaire départemental, mon point d'entrée unique était le préfet et son directeur de cabinet, qui ventilaient les informations, notamment vers l'ARS.

M. René-Paul Savary, président. – Est-ce le lien habituel entre l'armée et les territoires ?

Colonel Bruno Cunat. – Oui, c'est le lien privilégié du délégué militaire départemental.

M. René-Paul Savary, président. – L'exemple est intéressant.

Mme Jocelyne Guidez. – Vous avez déclaré qu'il fallait s'entraîner à tous les scénarios. Que pensez-vous de la mise en place, tous les ans, voire tous les deux ans, d'un exercice de simulation, sur toutes les bases et concernant tout le personnel, d'une situation précise – une pandémie par exemple –, avec un objectif pédagogique ou d'évaluation de la prise de décisions ?

Colonel Bruno Cunat. – Une situation de pandémie fait effectivement partie des scénarios que nous pourrions envisager pour un exercice. La crise actuelle montre que les crises biologiques font intervenir un nombre très élevé d'acteurs. L'exercice serait donc

bénéfique s'il était interministériel. Il serait utile de tester les connexions et les procédures en interministériel, *via* la préfecture.

Sur la base, nous avons d'assez bonnes connexions avec les forces de sécurité intérieure : nous nous entraînons régulièrement avec la gendarmerie, la police, les pompiers. Le SDIS vient régulièrement s'entraîner sur la base. En revanche, nous n'avons pas encore développé d'exercice avec des services de décontamination civils, comme le SAMU. Cela peut-être une voie d'amélioration.

M. Damien Regnard. – Comment avez-vous été appelés dans la chaîne ? Est-ce le ministère de l'Europe et des affaires étrangères qui vous a sollicités ?

J'ai suivi d'assez près le rapatriement d'un certain nombre de compatriotes. Il me semble qu'il y a aussi eu une évacuation assez discrète de civils depuis la République démocratique du Congo (RDC). Des mesures spécifiques ont-elles été prises pour cette opération ?

Y a-t-il eu d'autres évacuations de ressortissants français ? Les procédures sanitaires ont-elles évolué à la suite de ce qui s'est passé ?

Colonel Brunot Cunat. – En ce qui concerne l'évacuation du Wuhan, le 31 janvier, nous avons en effet répondu à la demande du ministère des affaires étrangères et du ministère de la solidarité et de la santé. Cette demande a été traitée directement à l'état-major des armées, par le centre de planification et de conduite des opérations, qui a transmis la mission à l'armée de l'air et au SSA pour assurer l'appréciation santé, le respect des procédures et la coordination avec les experts du ministère de la santé présents à bord. Nous étions des exécutants, notre rôle était seulement de décoller et d'aller chercher nos ressortissants.

Vous évoquez un rapatriement qui a eu lieu dans les semaines suivantes, depuis la République centrafricaine (RCA), et non la République démocratique du Congo. Nous avons alors mis en place les protocoles que j'ai évoqués précédemment en matière d'équipement et de ségrégation des passagers. La leçon que nous avons tirée de ces vols est qu'il importe de s'assurer de l'historique de santé des gens que l'on embarque ; comment le fait-on à l'étranger ? Comment savoir si tel passager a été placé en quatorzaine ? Comment en être sûr ? Est-ce déclaratif ou basé sur une validation officielle ? C'est une difficulté à laquelle nos commandants de bord de l'escadron Estérel ont dû faire face, ils ont placé à l'isolement les passagers dont ils n'étaient pas certains de l'historique.

M. René-Paul Savary, président. – Les procédures militaires sont donc très différentes des procédures civiles !

M. le colonel Brunot Cunat. – Je ne parle que du volet militaire, je ne me permettrais pas de juger des procédures civiles.

M. René-Paul Savary, président. – Les marins du BCR Somme qu'évoquait notre collègue ont-ils été testés ensuite ? Ont-ils déclaré la maladie ?

Colonel Brunot Cunat. – Ces marins ne sont jamais apparus dans mon radar, non plus que dans les remontées sanitaires, je vais me renseigner auprès du SSA.

M. Olivier Paccaud. – Ils n’ont pas été malades. Un professeur d’histoire-géographie est allé les voir à Brest ; ils n’ont pas été malades, mais ont pu être porteurs sains.

M. René-Paul Savary, président. – Je vous remercie de vos réponses à nos questions.

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 15 h 35.

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

La réunion est ouverte à 16 h 25.

Audition de Mme Andrea Ammon, directrice du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC)

M. René-Paul Savary, président. – Nous poursuivons nos travaux avec l’audition de Mme Andrea Ammon, directrice du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC).

Il s’agit pour nous de revenir sur le rôle de cet organisme et sa place dans la coopération européenne au cours de la gestion de la crise sanitaire.

Je vous prie d’excuser l’absence du président Milon, retenu dans son département.

Je vais donner à notre intervenante un temps de parole d’environ 10 minutes avant de passer aux questions des rapporteurs, puis de nos commissaires.

À toutes fins utiles, je rappelle à tous que le port du masque est obligatoire et je vous remercie pour votre vigilance.

Mme Andrea Ammon, directrice du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. – L’ECDC a été créé en 2005, à la suite de l’épidémie du SARS en 2003. Sa mission est d’identifier, d’évaluer et de communiquer sur les risques que font peser les maladies infectieuses sur la santé humaine ; nous ne couvrons donc pas tout le champ de la santé publique. En outre, la gestion des maladies reste de la compétence des États membres. Nous nous basons sur les preuves disponibles et nous permettons aux États membres d’apporter leurs réponses, il leur revient en effet de décider d’utiliser ou non nos recommandations. Certains les suivront de près, d’autres feront des choix différents, c’est ainsi.

S’agissant de surveillance, nous fonctionnons sur deux piliers : l’un est la notification par les États membres des maladies observées dans leur pays, par le biais d’une législation spécifique, parfois avec retard ; l’autre est la veille épidémiologique qui nous conduit à surveiller dans les médias ou sur les réseaux sociaux les rumeurs de maladies et tous types d’événements inhabituels, afin de déterminer les mesures à prendre.

Une autre partie de nos attributions est l’assistance à la préparation des États membres à l’aide d’exercices, de simulations, d’outils de classement des risques et de comptes

rendus transmis par les gouvernements en cas de menaces à la santé publique sur leur territoire. Notre système de réponse et d'avertissement précoce nous permet de mettre les États membres en relation entre eux pour échanger des informations sur des événements et sur des mesures prises ou à prendre, c'est précieux dans une situation comme celle que nous connaissons.

Nous renforçons nos capacités en matière de surveillance des épidémies ainsi que notre niveau de préparation, de manière à apporter une réponse efficace. Enfin – c'est important –, nous développons des efforts en matière de communication.

Une grande part de notre travail consiste à identifier et à évaluer rapidement les risques apparus dans les États membres, mais aussi en dehors de l'Europe, et qui pourraient concerner les citoyens européens. Nous identifions les dangers d'importation de maladies en Europe par un voyageur de retour de l'étranger ou par un étranger de passage.

Pour le Coronavirus nous avons fait tout cela. Nous avons d'abord essayé d'apprendre des foyers infectieux de pneumonie, les clusters, en décembre 2019. En janvier, l'agent infectieux a été identifié comme étant le nouveau coronavirus. Nous avons alors publié onze mises à jour de notre évaluation des risques, car nos connaissances étaient limitées au début, mais ont été actualisées à chaque fois que des données étaient disponibles. Nous avons également fourni des recommandations aux États membres en matière de gestion des risques et de préparation du secteur de la santé dans les hôpitaux comme dans les maisons de retraite.

Début janvier, nous avons connu les premiers cas en Europe, nous avons mis en place un protocole de surveillance, et nous avons conseillé les États membres en matière de tests et de recherche de cas contacts ainsi que sur la manière dont les professionnels de santé en première ligne pouvaient gérer cette crise sanitaire. Nous avons également fourni des conseils sur les voyages, sur les écoles, sur les centres de réfugiés, sur tous les cadres dans lesquels le coronavirus a eu un impact important.

Aujourd'hui, nous nous préparons avec les États membres à la saison hivernale, s'agissant notamment de la cohabitation de la grippe saisonnière et d'autres virus saisonniers avec le coronavirus. Que faut-il mettre en place en matière de tests et de surveillance épidémiologique pour effectuer un suivi de tous ces virus en même temps ?

La situation actuelle en Europe est la suivante. Nous avons donc connu un pic en avril, suivi, grâce aux mesures prises par les États membres, d'un déclin de 80 %. Nous étions descendus à 20 % des cas identifiés au 9 avril. Depuis six ou sept semaines, nous constatons une nouvelle augmentation des cas dans la plupart des pays, mais pas uniformément sur le territoire. Partout, les situations épidémiques diffèrent selon les zones.

En outre, les plus jeunes sont affectés et les taux d'hospitalisation sont plus bas, parce que ces personnes développent des formes moins sévères, c'est une différence par rapport à la situation de mars ou d'avril. Dans quelques pays, toutefois, cette résurgence touche également des personnes plus âgées, ce qui induit des taux d'hospitalisation plus élevés. Nous entrevoyons des mesures régionalisées dont nous ne connaissons pas les fruits. J'ai l'espoir que les pays qui ont appris de l'expérience vécue en mars et en avril réagiront plus tôt, afin que l'on ne retrouve pas les taux que nous avons connus alors.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. – Une question sur les harmonisations entre pays : au moment de l'expérience italienne, vous indiquez avoir donné des consignes particulières aux autres pays pour tirer les leçons de ce que vivait alors ce pays. La France vous a-t-elle alerté sur les difficultés d'approvisionnement en équipements de protection ? N'aurait-il pas fallu opérer une commande européenne globale en masques, en tests ou en réactifs pour éviter les tensions qui se sont produites ?

Vous donnez des conseils, comment expliquez-vous les discours très différents tenus d'un pays à l'autre et le fait que les agences nationales sanitaires ne communiquent pas toutes de la même manière ? Comment construire un discours commun ?

Enfin, sur la recherche, comment expliquer l'échec relatif de l'essai Discovery, qui n'a rien fédéré au-delà de nos frontières ? D'autres pays ont-ils connu, comme la France, des controverses entre experts scientifiques ?

Mme Andrea Ammon. – Sur l'harmonisation, nous avons proposé aux États membres en février différents scénarios dans lesquels étaient décrites les mesures à prendre, mais il a fallu du temps pour que chaque pays identifie le scénario dans lequel il se trouvait ; l'un décrivait des foyers locaux, d'autres une transmission globale. Le développement de l'épidémie semblait aller vers ce second cas de figure, dans laquelle on ne pouvait pas déterminer le point de départ de la chaîne de transmission. Dans cette situation, nous avons dit qu'il fallait tester les personnes contact, isoler les cas, et procéder à des quarantaines. La distanciation physique devait être maintenue, ce qui a mené à ce que les pays interdisent d'abord les grands rassemblements puis prennent peu à peu des mesures de fermeture des écoles et des commerces, jusqu'à ce que la population ne puisse plus sortir que pour les achats de première nécessité. Une évaluation locale a été menée : ces questions sont de la responsabilité des États membres, voire, pour certains, des échelons locaux.

En ce qui concerne les équipements de protection, il aurait été possible de procéder à des achats groupés ; la Commission européenne pouvait le faire, mais il aurait fallu pour cela que les États membres se manifestent et indiquent la quantité requise. Ils auraient alors pu recevoir les produits. Cela a été mis en œuvre, et nous avons eu des indications de la part de certains pays sur des réactifs ou des consommables pour les tests.

En janvier, nous avons demandé aux États membres s'ils s'attendaient à connaître une pénurie, mais ceux-ci n'avaient pas anticipé qu'ils en subiraient une, parce que l'augmentation des cas a été très rapide. C'est un enseignement : il est préférable de disposer d'un stock important de produits et de médicaments essentiels, la pénurie ayant également touché certains médicaments dans les services de soins intensifs.

Nos conseils étaient les mêmes pour tous les pays, mais ceux-ci peuvent choisir de retenir ce qui leur semble pertinent par rapport à leurs situations spécifiques. En mars, celles-ci étaient différentes : en Italie, par exemple, certaines régions connaissaient une augmentation très importante des cas alors que, dans d'autres, l'épidémie était plus sporadique. Les situations différant, les réactions n'ont pas été identiques.

Nous n'avons rien repéré de spécifique à la France en matière de décalage entre les conseils émis et ce qui a été retenu et mis en œuvre, ni rien de spécifique au coronavirus, d'ailleurs. Je travaille dans ce domaine depuis vingt-cinq ans et je peux vous dire que ça se passe comme cela à chaque fois.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. – Je précise mes questions : la France a lancé l'essai Discovery avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'a ouvert à plusieurs pays ; or les patients entrés dans les essais ont été quasiment exclusivement des Français. Selon vous, comment expliquer cet échec à l'ouverture hors de France ?

Par ailleurs, nous connaissons beaucoup de controverses entre scientifiques, sur le port du masque ou les traitements, sur l'utilisation de l'hydroxychloroquine, par exemple, qui déstabilisent la population, d'autres pays font-ils également cette expérience ?

Enfin, en réponse à vos conseils, la France a-t-elle indiqué dès le départ que tout allait bien ? À quel moment a-t-elle fait savoir qu'elle avait besoin de quelque chose ?

Mme Andrea Ammon. – Discovery était un des essais cliniques qui a été mis en place. Au début il existait une forme de concurrence entre les différents essais dont l'effet a été que la plupart d'entre eux se sont révélés trop petits pour donner des résultats probants. Cette question ne fait pas partie de nos attributions, mais nous avons dit que, quand des thérapies préexistantes pouvaient être testées avec tous les contrôles nécessaires, une cohorte de patients suffisamment importante pour permettre l'interprétation était nécessaire. Il a semblé, au début, qu'il était également plus pertinent de privilégier une étude multinationale, donc nous avons voulu intégrer des patients de différentes nationalités, mais les cohortes étaient trop faibles.

L'hydroxychloroquine est un traitement utile pour certaines pathologies, mais les essais cliniques n'ont mis en évidence aucun effet sur le coronavirus, c'est l'exemple typique d'une piste prometteuse qui ne s'est pas révélée probante. Les pratiques établies exigent, en outre, de procéder à des essais cliniques randomisés contrôlés en double aveugle, c'est cela qui permet d'évaluer l'efficacité et l'innocuité d'une thérapie.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteur. – Vous avez déclaré à plusieurs médias que l'Europe devait se préparer à une deuxième vague, laquelle ne serait pas nécessairement désastreuse. Que signifie « désastreuse » à vos yeux ? Pourrait-on connaître un nouveau confinement ou saurons-nous l'éviter ? À combien estimez-vous le taux d'immunité de la population en Europe à ce jour ?

Enfin, estimez-vous que nos hôpitaux sont prêts pour faire face à cette deuxième vague ? Disposons-nous des stocks de médicaments nécessaires ?

Mme Andrea Ammon. – On m'a posé cette question à de très nombreuses reprises : la notion de deuxième vague vient de la grippe, mais, dans le cas de nouveaux pathogènes, on observe souvent un premier pic, un déclin puis une résurgence. Il y a un débat sur ce que nous connaissons aujourd'hui : s'agit-il d'une résurgence limitée ou du début d'une deuxième vague ? La notion de vague est toutefois trompeuse, car elle suggère que le virus disparaîtrait entre deux vagues ; or ce n'est pas le cas. Après le premier pic, au printemps, les gens ont cru que c'était fini et que l'on pouvait revenir à la normale, c'est pourquoi j'ai toujours dit que le virus n'avait pas disparu et que, dès que nous nous relâcherions, il reviendrait. On assiste donc à une résurgence et, à mon sens, nous connaissons ces fluctuations jusqu'à la diffusion d'un vaccin efficace.

Sur l'immunité, nous n'avons pas encore de réponses à toutes nos questions ; nous avons beaucoup appris, mais pas tout. Elle est mesurée par les anticorps, des protéines que le

corps produit quand il est en contact avec un virus ou une bactérie et que l'on peut mesurer. Lorsque les tests pour le faire ont été validés, des études ont été menées, dont les résultats ont été décevants : une très faible proportion de la population a été en contact avec le virus, 5 % à 10 %-15 %, avec très peu de zones, très localisées, excédant 20 %. Cela signifie que la majorité de la population n'est pas immunisée. C'est pourquoi les mesures de précautions, le lavage des mains, le port du masque doivent être maintenues, pour se protéger soi-même et protéger les autres.

S'agissant de la préparation des hôpitaux, nous savons rétrospectivement qu'il s'agit d'un maillon essentiel. Il faut veiller à la capacité à augmenter le nombre de lits et de professionnels de santé disponibles : que se passerait-il si des membres des équipes médicales tombaient malades ? Tous les pays n'ont pas su intensifier les capacités, certains d'entre eux ont pu libérer des lits en reportant les opérations non essentielles, d'autres ont érigé des hôpitaux de campagne. Nous devons garder à l'esprit ces solutions pour être prêts à les mettre en œuvre si cela devenait de nouveau nécessaire dans les mois qui viennent. À l'heure actuelle, il n'y a pas de débordement des systèmes de santé, les hôpitaux peuvent encore gérer les cas. Une autre dimension de la préparation concerne les stocks de produits – médicaments, produits, respirateurs, équipements de protection.

Tels sont les deux piliers de la préparation du milieu hospitalier. J'espère que les pays membres ont appris de ce que nous avons vécu et que nous ferons mieux en matière d'achats groupés, mais cela prend du temps, il faut donc anticiper.

M. Damien Regnard. – Merci de votre présentation. Je suis désespéré par la réponse européenne : Kissinger disait « si vous voulez appeler l'Europe, quel est le numéro ? » Le gouvernement français indiquait que l'Europe n'était pas chargée de la politique de santé, mais je suis ravi de voir que l'ECDC existe !

À quelle date avez-vous commencé à vous inquiéter de la situation ? L'Europe a-t-elle pris la situation italienne suffisamment au sérieux ? N'aurions-nous pas pu faire mieux ? Votre rôle principal est de donner des conseils, la France a-t-elle suivi vos recommandations ?

Comment jugez-vous la situation en France aujourd'hui ? Quelle est votre perception de la réponse européenne à la covid, par rapport à l'Asie, par exemple ? Il s'agit d'une des premières situations de pandémie depuis la création de l'ECDC, quelles leçons avons-nous apprises ? Quelles sont les pistes d'améliorations ?

Quel est le rôle de l'ECDC au regard de l'OMS ?

Enfin, l'Union européenne et ses États membres n'ont pas été des modèles de cohésion, comme en témoignent les choix opérés en matière de trafic aérien ou de confinement. Comment améliorer cela ?

Mme Angèle Prévaille. – Quand avez-vous fait des recommandations aux pays européens et à qui les adressez-vous ? Aux ministères de la santé, sans doute, mais les avez-vous envoyés à tous les pays ? Les États membres vous informent-ils des choix qu'ils font après les avoir reçues ? Avez-vous préparé des recommandations à partir du moment où des cas se sont produits en Italie ? Vous nous avez indiqué que vous travailliez à partir des notifications des États membres ; est-ce que ce qui s'est passé en Chine avait déjà provoqué une réaction et l'envoi de recommandations ? Concrètement, avez-vous conseillé le port du masque, l'organisation de tests, le confinement ? À partir de quand ?

Comment, enfin, vous emparez-vous de la question des commandes, notamment sur l'obtention de masques en période de pénurie alors que l'on recommande à sa population d'en porter ?

Mme Victoire Jasmin. – Un budget communautaire est-il prévu pour la recherche et l'innovation ? Si tel est le cas, à combien s'élève-t-il ? Menez-vous des études comparatives sur la performance et la sensibilité des tests qui sont sur le marché ? Il s'agit aujourd'hui de tests naso-pharyngés, les tests salivaires français ne sont pas encore commercialisés en France, alors qu'ils seraient plus simples. Quels conseils pouvez-vous donner à ce sujet ?

Envisagez-vous de faire de la recherche clinique à l'échelle de l'ensemble des États membres de l'Union européenne ?

Mme Andrea Ammon. – L'Union européenne n'est en effet pas chargée de la santé, laquelle relève des États membres.

Nous avons commencé à être préoccupés quand les caractéristiques du virus ont été connues, étape par étape. Au début, celui-ci était lié aux marchés d'animaux vivants, nous supposions donc qu'il s'agissait d'une zoonose. Il est devenu clair qu'il y avait transmission d'humain à humain, puis que les personnes asymptomatiques étaient contaminantes, ce qui a été confirmé mi-février. Nous avons alors élaboré des scénarios intégrant différents modes de transmission. En effet, un nouveau virus transmis par des porteurs asymptomatiques est très difficile à contrôler, car lorsque l'on a connaissance d'un cas, toutes les personnes contacts sont peut-être déjà infectées. Nous essayons donc souvent de rattraper notre retard.

Début février, j'étais à Bruxelles, une semaine après que des mesures très restrictives ont été prises en Chine. Au Parlement européen, on me disait qu'il ne serait jamais possible de faire cela en Europe. C'est, à mon sens, la situation en Italie qui a démontré qu'il s'agissait d'un virus sérieux appelant des mesures draconiennes. Quand les Italiens ont mis en place des mesures comparables à celles de la Chine, il a sans doute été plus facile pour d'autres pays de suivre son exemple, mais il a fallu que l'Italie soit touchée pour que l'on prenne conscience que cela ne concernait pas seulement la Chine. Cela relève de la responsabilité des États, nous n'avons donc pas de mandat qui nous permette d'évaluer ce que ceux-ci mettent en œuvre. Je ne me lancerais donc pas dans cette sorte d'audit.

S'agissant du manque de cohésion, ce que vous avez dit est exact, mais j'ai l'impression que l'on en a pris conscience. Au début, la première réaction de la plupart des pays a été de s'occuper de soi-même d'abord, mais l'on s'est rendu compte que l'on ne pourrait réussir isolément et qu'il fallait savoir ce que les autres mettaient en œuvre. Il était important que nous comprenions qu'il s'agissait d'un problème commun et que nous essayions de le contrôler ensemble. Après cette prise de conscience, il faut que les pays se coordonnent, voire qu'ils s'alignent, malgré leurs organisations différentes. La coordination doit donc être suffisamment souple. À mon sens, la volonté est plus claire maintenant, mais le besoin est toujours présent d'évaluer nos propres situations respectives et de décider nous-mêmes des mesures appropriées.

Contrairement à ce que vous indiquez, il ne s'agit pas de la première pandémie : la grippe de 2009 a fait craindre à tout le monde une épidémie très grave, qui a finalement été modérée. C'est, en revanche, la première pandémie sérieuse, non pour l'ECDC, mais pour l'Europe.

Nous travaillons en étroite collaboration avec l'OMS, qui a un mandat sur les maladies infectieuses et à laquelle appartient également chaque État membre de l'ECDC. Nous coordonnons donc nos recommandations, parce que des différences pourraient susciter de la confusion. Parfois, l'action de l'OMS en Europe, soumise aux procédures internationales, prend un peu de temps, nous essayons donc de déterminer la direction qu'elle prendra pour réduire ce délai.

Nos interlocuteurs sont les instituts de santé publique des États membres et les ministères de la santé, nos documents sont discutés au sein d'un comité de sécurité sanitaire dans lequel les autorités sanitaires des États membres sont représentées, de sorte qu'elles soient pleinement avisées et puissent apporter leur contribution. Les États membres rapportent les mesures qu'ils mettent en place, par exemple, en matière de réponse précoce.

La mesure de l'efficacité des tests n'entre pas dans nos attributions, nous ne disposons pas de laboratoires, mais nous observons les tests qui apparaissent et nous formulons des recommandations. Il s'agissait au début de tests naso-pharyngés, mais il existe maintenant des tests salivaires, plus faciles à utiliser pour les patients comme pour les médecins. Nos collègues nous ont indiqué que ces tests apparaissaient comme aussi fiables que les tests PCR sur prélèvement naso-pharyngé.

De même, les essais cliniques ne font pas partie de nos attributions, mais il existe un consortium de recherches cliniques qui a été mis en place dès janvier ou février et qui est très impliqué dans ces essais.

M. René-Paul Savary, président. – Vous évoquez des tests salivaires, mais nous n'en utilisons pas en France. D'autres pays en disposent-ils ?

Mme Andrea Ammon. – Ces tests sont récents et je ne crois pas qu'ils soient encore présents partout, mais des collègues norvégiens nous ont indiqué avoir comparé leurs résultats à ceux des tests naso-pharyngés et avoir constaté que ceux-ci étaient identiques. Ils ont vocation à être plus utilisés à l'avenir.

M. René-Paul Savary, président. – Où les trouve-t-on ?

Mme Andrea Ammon. – Je ne sais pas, des collègues norvégiens ont spécifiquement évoqué cela, je ne sais pas à quel point ils sont déjà utilisés, mais ils vont l'être.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. – Pourrez-vous répondre par écrit de manière factuelle aux questions concernant le moment auquel la France a reçu vos recommandations et les retours que vous avez eus de sa part depuis janvier ?

M. Damien Regnard. – Je vous ai demandé quand précisément avez-vous entendu parler de cette pandémie et vous m'avez répondu sur la transmission et la propagation, mais sans avancer de date, sinon mi-février. Début janvier, la France et d'autres pays européens fermaient leurs établissements scolaires en Asie, et rapatriaient leurs ressortissants. Des cas ont été identifiés en France dès janvier. J'espère que vous avez été saisis de cette information avant mi-février, quand la pandémie était déjà connue en Europe.

Deuxième question : pouvez-vous avancer des éléments concrets sur ce que votre structure a appris de cette crise ? Chaque pays s'est replié sur lui-même, a fermé ses frontières sans concertation avec ses voisins, une multitude de politiques intra-européennes ont été

mises en œuvre, toutes différentes. Avons-nous appris ? Sommes-nous capables d'avoir des recommandations plus fortes de la part de l'ECDC ?

Enfin, les ministres de la santé de chaque pays siègent-ils avec vous, ou votre structure est-elle composée de fonctionnaires européens ?

M. René-Paul Savary, président. – Pouvez-vous répondre également sur le budget et le sens des recommandations envoyées, s'il vous plaît ?

Mme Andrea Ammon. – Nous allons vous envoyer par écrit les dates précises, cela remonte à janvier, mais je n'ai pas les dates précises en tête. Notre première évaluation de risque date du 17 janvier, alors qu'il n'y avait pas de cas en Europe. Nous vous enverrons une liste des différents documents que nous avons publiés.

J'ai dit dans mon propos introductif que nous avons appris l'existence d'un élément nouveau le 31 décembre, mais nous ne savions pas alors qu'il s'agissait d'un nouveau virus, cette information date du 9 janvier. À la fin du mois de janvier, l'OMS a décidé de parler de pandémie.

En ce qui concerne la France, je vous dirais quand nous avons été informés du premier cas en France, mais il me semble que c'était fin janvier.

Pour l'heure nous ne pouvons que proposer des options et les États membres sont libres de les suivre ou non, ce qui ne nous permet pas d'imposer un alignement entre pays. Sous la présidence allemande, il a été dit que le mandat et les compétences de l'ECDC avaient vocation à être modifiés pour imposer des recommandations plus strictes, la Commission européenne doit maintenant produire un document en ce sens dans la perspective d'une réunion en décembre.

Les États membres eux-mêmes ont exprimé leur désir que l'ECDC émette des recommandations plus fortes ; j'en serai heureuse, parce que nous rencontrons des difficultés chaque jour en raison des approches différentes des pays et cela a un impact sur les chiffres : nous comparons des données issues de différents systèmes de tests. Nos protocoles de surveillance ont été transmis très tôt, avant que les cas soient trop nombreux. J'appelle donc de mes vœux un mandat plus fort, mais ce n'est pas encore le cas.

Nous avons tiré comme enseignement que la manière dont nous procédons à la surveillance est actuellement entravée par le comportement des experts qui considèrent qu'ils ont d'autres priorités que de fournir des données à l'Union européenne. Le Conseil s'est accordé en juillet pour considérer que des ressources devaient être consacrées à la mise en place de solutions numériques pour la transmission d'informations et de données de manière à ne plus devoir passer par des experts chargés de saisir ces éléments. Il faut rationaliser nos processus. En outre, nous devrions disposer d'un plan pour l'Union européenne en lien avec les programmes des États membres.

Notre budget s'élève à 60 millions d'euros au total et nous avons 280 membres du personnel.

Enfin, nous travaillons avec des représentants permanents des États membres à Bruxelles, mais également au travers des contacts directs avec les ministères.

M. René-Paul Savary, président. – Merci, madame, de vos réponses.

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 30.

Jeudi 10 septembre 2020

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

La réunion est ouverte à 14 h 5.

Table ronde sur les équipements de protection

M. René-Paul Savary, président. – Nous poursuivons nos travaux avec une audition consacrée aux équipements de protection. Je vous prie d'excuser l'absence du président Milon.

Nous entendons cet après-midi M. Laurent Bendavid, président de la Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique (CSRP), M. Philippe Besset, président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), M. Gilles Bonnefond, président de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) et M. Jacques Creyssel, délégué général de la Fédération du commerce et de la distribution (FCD).

Notre pays a été confronté à une pénurie d'équipements de protection qui a affecté, sinon conditionné, sa réponse à la crise sanitaire.

Ce n'est pas tant la question des stocks que nous examinons aujourd'hui – nous y reviendrons au cours d'autres auditions – mais celle de la réponse apportée à cette situation.

À quelle période la rupture de la chaîne d'approvisionnement a-t-elle été effectivement constatée ? À quelle période a-t-elle été rétablie ?

Dans cet intervalle, quels étaient les acteurs les plus efficaces pour acheter des masques, pour les stocker, pour les distribuer ? Quels ont été les effets concrets de la réquisition par l'État et les leçons de la crise dans ce domaine ?

Je vous demanderai de prêter serment, conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête. 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, MM. Laurent Bendavid, Philippe Besset, Gilles Bonnefond et M. Jacques Creyssel prêtent serment.

M. Laurent Bendavid, président de la Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique (CSRP). – Depuis février, les entreprises de la répartition pharmaceutique

sont pleinement mobilisées pour répondre aux nombreuses sollicitations des pouvoirs publics lors de la crise de la covid-19. La distribution des masques du stock d'État était au cœur de la coopération entre la profession et les autorités de santé. Complexe, elle a mobilisé des moyens considérables. Les grossistes répartiteurs ont distribué plus de 500 millions de masques, et continuent, chaque semaine, à distribuer 30 millions à 35 millions de masques du stock de l'État.

Outre cette mission prioritaire, le ministère de la santé a sollicité les grossistes répartiteurs afin d'acheminer des traitements sensibles des pharmacies hospitalières vers les pharmacies d'officine, car certains patients ne pouvaient pas se rendre dans les hôpitaux – leur présence n'était pas souhaitée étant donné la propagation du virus. Ainsi, près de 10 000 traitements ont été transférés, *via* un dispositif logistique totalement exceptionnel et spécifique géré par les répartiteurs.

Les agences régionales de santé (ARS) ont aussi largement sollicité la profession pour distribuer des masques et du gel hydroalcoolique, en raison de notre proximité avec les officines, notre réseau et notre expertise logistique. Nous avons près de 180 établissements pharmaceutiques répartis sur l'ensemble du territoire français, couvrant l'ensemble de la population et des officines françaises.

Dans le même temps, la répartition a continué à livrer les pharmacies tous les jours pour garantir leur approvisionnement en médicaments et en produits de santé, les pharmacies ayant été définies comme des commerces indispensables durant la période du confinement. Il était donc tout à fait normal de maintenir notre qualité de service envers nos clients, les pharmacies. Durant cette période très complexe, nous avons maintenu l'ensemble de nos équipes, soit 12 000 collaborateurs, au service des pharmaciens.

Les répartiteurs ont assuré leurs missions exceptionnelles de santé publique – et continuent à les assurer avec fierté et efficacité – pour soutenir les pharmacies, car ils sont particulièrement attachés à leur rôle d'acteur de santé publique. Nous livrons les 21 000 pharmacies près de deux fois par jour sur l'ensemble du territoire, afin que nos concitoyens aient accès aux traitements nécessaires.

À travers cette crise, les entreprises de la répartition ont démontré à la fois leur capacité à s'adapter et à s'extraire de leurs *process* habituels pour intégrer les contraintes imposées par les circonstances. Elles ont démontré leur pertinence et la force de leur implantation au plus près des territoires et des patients, et leur très grande réactivité pour répondre efficacement à toutes les demandes urgentes qui nous ont été adressées.

Pour autant, il me paraît important de vous alerter sur la fragilité du secteur. Nous traversons une crise exceptionnelle depuis plus de dix ans qui affecte notre économie d'une manière sans précédent. Les entreprises de la répartition ont abordé la crise en étant affaiblies. Plusieurs entreprises de distribution de médicaments ont mis en place des plans de restructuration qui se traduiront par des suppressions d'emplois et des fermetures de sites.

La répartition, acteur indispensable, particulièrement pendant les crises sanitaires et durant la crise de la covid-19, est en grande souffrance, voire en danger depuis plusieurs années. Nous réclamons vainement des mesures de soutien économique. Le Gouvernement s'est engagé sur une première mesure d'augmentation de marges ; nous attendons la publication d'un arrêté dans les prochains jours, mais malheureusement, ce sera insuffisant pour redresser le secteur. C'est pourquoi nous avons soumis trois autres mesures au

Gouvernement, en cours de discussion : l'allègement de la contribution sur les ventes en gros, la création d'un forfait pour les médicaments thermosensibles, et le relèvement du plafond de rémunération. Ces mesures économiques sont indispensables pour pérenniser l'existence de la profession, dont le rôle est fondamental pour préserver l'accès quotidien de tous nos concitoyens à leurs médicaments dans toutes les pharmacies de tous les territoires.

C'est un enjeu de santé publique. J'ai conscience qu'une telle demande n'est pas l'objet de cette commission, mais il m'était impossible de ne pas aborder ce sujet structurant et pouvant hypothéquer la mobilisation de notre profession lors d'une prochaine crise sanitaire.

M. Philippe Besset, président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF). – Le 18 février 2020, lorsque nous avons été convoqués par Agnès Buzyn, pour la première réunion de crise au ministère de la santé – et reçus par Olivier Véran, dans sa première et seule réunion présentielle avec l'ensemble des acteurs de santé – nous, les deux organisations professionnelles et l'ordre des pharmaciens, nous sommes portés volontaires pour participer à la distribution des masques du stock d'État aux professionnels de santé.

À ce moment-là, le réseau pharmaceutique, de santé et de proximité, est en souffrance économique, et depuis longtemps : nous perdons environ 200 officines de proximité par an depuis les années 2000. Il reste 21 500 officines pour réaliser la mission que nous proposons à Olivier Véran, et qu'il décide de nous confier. À l'époque, nous ne savions pas quel était l'état des stocks de Santé publique France. Il y avait quelques stocks résiduels dans les pharmacies d'officine ; avant cette crise épidémique particulière, le port du masque n'était pas répandu dans notre société, ni chez les soignants – hormis les chirurgiens-dentistes qui en utilisent quotidiennement – ni par les patients. Les ventes de masques en officine étaient donc plutôt confidentielles, avec très peu de stocks.

Le 3 mars paraît un décret de réquisition générale de tous les masques sur le territoire. Le lendemain, il n'y a plus de masques disponibles et il nous est interdit de nous approvisionner.

Le 23 mars, la situation change. L'arrêté de réquisition est confirmé pour tous les masques produits sur le territoire français, mais nous sommes autorisés, comme tous les acteurs, à acheter des masques sur le marché international. Nous nous heurtons alors au problème du long délai entre la commande et la réception des masques, et surtout de la concurrence des demandes : le monde entier essaie au même moment d'avoir des masques sur ce marché. Nous avons eu des difficultés extrêmes à assumer notre mission.

Les pharmaciens ont mené beaucoup d'autres actions durant la crise. Ils ont renouvelé les traitements chroniques ; selon l'enquête Epi-phare menée par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), il n'y a pas eu d'interruption de traitement sur les patients chroniques, grâce au fait qu'ils ont pu renouveler leur traitement en officine. Je ne reviens pas sur ce qui a été dit sur la dispensation en ville des médicaments hospitaliers, réalisée *pro bono* par les pharmaciens. Bien sûr, nous avons porté à domicile les médicaments pour les patients malades atteints de la covid-19. Nous avons mis en place les premiers moyens de protection dans des lieux ouverts au public – on a réinventé les hygiaphones à cette occasion, les sens de circulation, la ventilation, ce que maintenant vous voyez dans l'ensemble des commerces et des lieux ouverts au public.

La profession était très unie le 16 mars. Avec le président de l'USPO et la présidente de l'ordre des pharmaciens, nous tenions des réunions quotidiennes pour définir les messages et mobiliser le réseau.

Dans cette période suivant le Ségur de la santé et précédant le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), il faut traiter le sujet économique. Nous ne demandons évidemment pas de récompense particulière par rapport à cette action, mais nous estimons que nous sommes sanctionnés financièrement. Nous aurons l'occasion de vous en dire plus à l'occasion du PLFSS. Je ne pense pas que le réseau mérite une sanction financière compte tenu de son implication lors de la crise.

M. Gilles Bonnefond, président de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO). – Merci de votre invitation. Point le plus important, les pharmacies sont restées ouvertes, elles se sont organisées pour répondre aux besoins des patients. Notre maillage territorial est un atout formidable pour accéder aux médicaments sans difficulté.

Nous avons obtenu des pouvoirs publics des choses qui auraient été impensables en janvier, notamment pour assurer la continuité des soins lorsque le médecin est indisponible. En accord avec eux, même si l'ordonnance est expirée et à condition que l'état du patient soit stable, nous pouvions renouveler tous les médicaments, ce qui a rassuré les personnes âgées. Nous avons travaillé très en avant avec les médecins, puisque nous avons renouvelé des traitements chroniques, de stupéfiants, d'opiacés, d'hypnotiques, qui sont très sensibles. Cela a permis d'éviter une crise supplémentaire.

Ce travail a été compliqué. Il a fallu équiper les pharmacies, protéger et se protéger, fabriquer du gel hydroalcoolique, participer à la politique de prévention et de dépistage... On nous a aussi demandé de participer à la lutte contre les violences conjugales, à la distribution de médicaments hospitaliers, et permettre des interruptions de grossesse (IVG) médicamenteuses dans des conditions qui n'étaient pas faciles.

Cela a eu beaucoup d'impact sur le personnel des officines, parfois en danger, peu rassuré, qui avait parfois des difficultés à faire garder ses enfants, certains étaient asthmatiques... Nous avons travaillé avec un personnel réduit, dans des conditions difficiles. Nous avons rempli notre mission de santé, parce qu'il était hors de question de réduire l'activité des pharmacies en termes d'amplitude horaire ou d'accès aux médicaments.

La distribution des masques a été extrêmement chronophage, mais ce système a permis d'avoir accès à tous les professionnels de santé, dans des conditions de gestion de pénurie de ces masques, afin qu'il n'y ait pas de gaspillage.

Nous avons aussi participé au bon usage des médicaments : lorsque la crise est arrivée, nous avons eu une flambée de demandes de paracétamol. Nous avons donc averti les pouvoirs publics du risque de rupture. Nous avons limité la consommation et l'usage du paracétamol en le donnant boîte par boîte. Nous avons aussi limité la consommation d'ibuprofène, déconseillée pendant cette crise. Nous avons demandé à être protégés par rapport à une demande d'hydroxychloroquine pour pouvoir continuer de fournir les personnes à besoin chronique. Lorsqu'est parue une communication sur la nicotine, nous avons demandé de pouvoir limiter l'offre, car sinon il y aurait eu un important mésusage de médicaments. Nous avons participé à la garantie du bon usage.

Notre travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) est passé totalement inaperçu, dans une situation extrêmement tendue : les pharmaciens ont permis à tous les patients d'avoir accès, sans difficulté, à leurs médicaments – et ce n'était pas simple.

Le réseau, à l'épreuve de la tempête, a bien résisté. Il a assuré les nombreuses missions qu'on lui a confiées, sans faillir. Cela a permis d'avoir des dispositions qui pourraient être renouvelées, en coordination avec les infirmiers, les hôpitaux et les médecins.

M. René-Paul Savary, président. – Je vous remercie d'avoir insisté sur la continuité des soins et le rôle important des pharmaciens, car certains collègues nous avaient interrogés sur ce sujet, même si ce n'est pas directement notre thème. Votre rôle de secours était essentiel et entre dans la stratégie des masques, car sans protection, il ne se passe rien.

M. Jacques Creyssel, délégué général de la Fédération du commerce et de la distribution (FCD). – La distribution a eu un rôle totalement stratégique. Il n'était pas question que les Français ne puissent pas trouver de quoi se nourrir. L'ensemble des pouvoirs publics a d'ailleurs rendu hommage à nos salariés.

Aucun de nos 30 000 magasins n'a fermé, malgré un taux d'absentéisme important. Nous tenions, plusieurs fois par jour, des réunions avec les pouvoirs publics, notamment au niveau ministériel – surtout avec le ministre Bruno Le Maire, mais aussi avec les ministres du travail, de la santé et de l'agriculture.

Le sujet des masques est revenu tout au long de ces mois de travail, et était essentiel pour nos salariés et nos clients.

Je rappellerai les dates importantes : avant le 15 mars, nous ne vendions quasiment aucun masque, sauf marginalement.

Après le discours du 14 mars annonçant le confinement, Bruno Le Maire a réuni le 15 mars au matin les patrons des différentes enseignes. Ils se sont engagés pour que l'ensemble des magasins puissent fonctionner avec des exigences sanitaires élevées. Le 15 mars après-midi, nous avons bâti et envoyé aux pouvoirs publics un protocole sanitaire qui a été publié le 16 mars. Nous n'avions pas le droit, à l'époque, de rendre obligatoire le port du masque pour les salariés car nous n'avions pas la possibilité d'avoir des masques, réservés aux soignants. Une des enseignes avait cherché à acheter des masques. On lui avait répondu que c'était possible, sous réserve de réquisition, mais que cela ne servait pratiquement à rien pour lutter contre la maladie...

M. René-Paul Savary, président. – On vous a dit que les masques ne servaient à rien ?

M. Jacques Creyssel. – Une direction départementale, dans le Val-de-Marne, a répondu à une enseigne qu'il fallait indiquer que seuls les masques FFP2 servaient à lutter contre le coronavirus, et que porter d'autres masques ne servait à rien – nous vous avons envoyé ces précisions en mai. Nous avons donc privilégié les vitres en plexiglas et les visières, seuls équipements de protection disponibles.

Mais dès le 21 mars, à la suite de nos demandes répétées, nous avons obtenu l'autorisation d'acheter des masques pour nos salariés, et en avons massivement acheté. Nous avons aussi commencé à équiper les PME qui le souhaitaient – nous ne pouvions pas encore

fournir de masques au grand public – dans les conditions fixées par le Gouvernement : il fallait le déclarer, mentionner la possibilité de réquisition... Nous l'avons fait naturellement. Nos enseignes ont l'habitude d'acheter, c'est leur métier. Nous avons massivement acheté, en Chine notamment, avec des coûts importants.

Le 14 avril, en amont du déconfinement, le Gouvernement a souhaité que nous travaillions ensemble sur les voies et moyens de la participation de la grande distribution au déconfinement et au port du masque. Nous avons commencé à travailler d'abord sur la disponibilité des masques en tissu – selon le Gouvernement, la production globale de masques chirurgicaux était insuffisante par rapport aux besoins. On nous a demandé de faire un *sourcing* en France et à l'étranger pour compléter ces achats. Nous avons répondu présents, mais signalé que la fabrication à la demande de masques en tissu prenait du temps, et qu'il était possible d'acheter des masques chirurgicaux sur le marché. Nous avons proposé de participer à la mise à disposition de ces deux types de masques.

Le 24 avril, cela nous a été confirmé : il n'y avait plus de possibilité juridique de nous l'interdire, et les études montraient qu'il y avait besoin, pour déconfiner, d'avoir suffisamment de masques.

Le 29 avril, nous avons rédigé un communiqué commun avec la ministre Agnès Pannier-Runacher, indiquant que la grande distribution était prête à vendre des masques – chirurgicaux et en tissu – avec des prix encadrés selon des conditions définies en commun.

Pour les entreprises de la FCD, le confinement et le déconfinement ont représenté des surcoûts énormes. La sécurité, avec les masques et les plexiglas, a coûté de 300 millions à 400 millions d'euros ; avec les primes et le personnel supplémentaire, nous avons eu plus d'un milliard d'euros de surcoûts. Mais dans le cadre de notre mission de service public, la question de ces surcoûts ne s'est jamais posée durant la crise.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteur. – Pouvez-vous nous en dire plus sur la négociation avec l'État des prix encadrés ? De nombreuses choses ont été dites sur les marges de la grande distribution pour la vente de masques ou d'équipements. Il faudrait être plus transparent sur les marges et les pertes...

M. Jacques Creyssel. – Certains éléments varient selon les enseignes. Les pouvoirs publics ont souhaité, sur le fondement de leur analyse, que le prix maximal d'un masque chirurgical soit d'un euro. En réalité, ils sont plutôt vendus entre 50 et 60 centimes, car nous nous sommes collectivement engagés à les vendre à prix coûtant, sans marge. Au début, nous avons acheté de nombreux masques à un prix élevé, pour le week-end du 1^{er} mai. Nous n'avions pas le droit de les vendre à perte. Au fur et à mesure de la constitution de nouveaux stocks, les prix ont baissé. Actuellement, le prix minimum est de 20 centimes le masque.

Sur l'ensemble de la période, nous avons pris l'engagement, auprès du Gouvernement, de ne pas augmenter nos prix sur l'ensemble des produits vendus dans nos magasins, hormis les produits frais : nous avons promis au secteur agricole de donner la priorité aux produits français – asperges, fraises... – dont les prix d'achat sont supérieurs à ceux des produits étrangers.

La totalité de nos surcoûts est largement supérieure au chiffre d'affaires supplémentaire réalisé sur la période, d'autant que les Français ont acheté des produits à plus faible marge – pâtes, steaks hachés... – durant le confinement.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Allons plus loin. Vous êtes tous en bout de chaîne, en contact avec la personne qui achète. Mais d'autres facteurs concernent l'amont. Il semblerait que des intermédiaires, notamment transporteurs, au plus fort de la crise, aient multiplié par dix, quinze, voire vingt leurs tarifs, le justifiant par des tensions sur le transport international, notamment maritime, mais dans une proportion sans rapport avec l'augmentation des frais induits par l'épidémie. Confirmez-vous cette hausse importante des prix des intermédiaires, notamment pour le transport ? Qu'en pensez-vous ?

Nous espérons qu'un vaccin sera bientôt trouvé. Il nécessitera une production et un transport de masse, et donc une chaîne de distribution suffisante dans un contexte où le transport maritime est sous tension, avec des prix largement supérieurs à l'avant-crise. Quelle organisation des chaînes logistiques faudra-t-il pour délivrer rapidement un vaccin sans un surcoût gigantesque – comme cela a été le cas pour les équipements de protection individuelle (EPI) ?

Quand, en mars, l'État a confié à Géodis cette mission de transport des masques, l'entreprise a eu de grandes difficultés à la remplir. Elle ne l'a finalement pas effectuée seule. Le choix d'un unique opérateur est-il adapté ? Quel choix aurait-il fallu faire ?

M. Gilles Bonnefond. – Pour les vaccins, il y a une chaîne de santé avec des prix fabricant, grossiste répartiteur et au patient fixés par les pouvoirs publics. Les grossistes répartiteurs et les pharmaciens font face à des prix réglementés, tandis que les fabricants négocient le prix fabricant avec l'État. Pour l'approvisionnement, si les vaccins sont en France, la logistique existe avec les grossistes répartiteurs et les pharmaciens. Il n'y a pas de risque particulier.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Les prix sont fixés en France, notamment sur la filière des médicaments. Mais si la chaîne logistique mondiale impose des facturations plus importantes et que les prix sont 25 % à 100 % plus chers hors de France, alors nous n'aurons pas de vaccin... Votre réponse vaut pour le territoire national, mais elle n'est pas efficiente dans un marché mondial.

M. Gilles Bonnefond. – Nous avons connu cela lors de la grippe H1N1 : il fallait se positionner rapidement pour pouvoir ensuite vacciner. Cela avait fait débat à l'époque. Nous sommes actuellement dans la même situation : nous devons préempter des doses de vaccin pour éviter des difficultés ultérieures. Les négociations ont lieu au niveau de l'État.

M. René-Paul Savary, président. – Vous n'avez pas été associés ?

M. Gilles Bonnefond. – Non. Cette négociation devrait même se dérouler au niveau européen, pour éviter des compétitions entre pays européens...

Geodis, structure logistique pour acheter les masques en Chine, a remplacé durant une semaine les grossistes répartiteurs ; cela n'a pas fonctionné, et s'est arrêté de suite. Ce métier de logisticien pour les 21 000 pharmacies est un métier de spécialistes, on ne peut s'improviser grossiste répartiteur en une semaine. L'État a compris que ce n'était pas la bonne stratégie et a réagi immédiatement.

Je rappellerai les dates concernant la gestion des masques par le réseau pharmaceutique. Nous étions en lien avec le ministère de la santé et pas celui de l'économie, ce qui a sans doute posé certains problèmes, voire créé des incompréhensions.

Le 18 février, nous nous sommes portés volontaires pour distribuer des masques. Le ministre de la santé l'a approuvé. Le 2 mars, nous avons commencé la distribution aux professionnels de santé – dont les pharmaciens étaient exclus jusqu'au 15 mars, et il a fallu un mois pour que nos préparateurs en pharmacie en aient !

Le 3 mars a eu lieu la réquisition de tous les masques. De nombreuses entreprises devant assurer le fonctionnement de leur activité devaient avoir des masques, comme l'industrie pharmaceutique ou les entreprises en contact avec la population.

Le 21 mars, il y a eu une levée partielle des réquisitions pour permettre l'achat et la revente à des entreprises en ayant besoin – mais pas au consommateur.

Le 5 avril, une instruction interministérielle des directions générales du travail, des douanes, de la consommation, de la santé, établissait que les masques, les EPI et les dispositifs médicaux ne devaient pas être commercialisés pour les consommateurs. Cette instruction ayant été confirmée à plusieurs reprises à la suite de nos demandes, nous sommes restés sur cette position interministérielle. Lorsque des masques ont commencé à arriver, nous les avons donc proposés aux patients fragiles, gratuitement, jusqu'en juin. Nous n'avons toujours pas été rémunérés de ce travail. En juin, nous avons été rémunérés, d'un euro, pour cette distribution de masques aux professionnels... Or il fallait réceptionner des boîtes de 50 masques, les ouvrir dans un lieu isolé, compter 14 masques par semaine, les remettre en sachet pour le professionnel de santé et assurer leur traçabilité. Nous avons géré ce travail pour aider les professionnels et sans surstocker, pour éviter davantage de pénurie.

Mais le 29 avril, nous avons été surpris : le Premier ministre a annoncé qu'on pouvait distribuer des masques à tous les consommateurs, sans nous avoir avertis. M. Creyssel vient de nous dire que le 14 avril, la grande distribution avait été associée à une réunion pour modifier la doctrine, sans que les pharmaciens ne soient jamais associés ! Il aurait mieux valu que les deux réseaux soient complémentaires. Nous avons été exclus de ces réunions. Nous avons appris par la presse et les opérations de communication que certaines enseignes avaient 30 millions de masques, d'autres 80 millions ! Mais c'était compliqué ; certaines enseignes les vendaient par paquet de dix, d'autres exigeaient la carte de fidélité de leur magasin pour en vendre ou un caddie minimal de trente euros... (*M. Jacques Creyssel le conteste*).

M. Gilles Bonnefond. – J'ai des preuves. Ces pratiques ne convenaient pas à une gestion de crise sanitaire.

Nous étions gênés, car nous avons expliqué à tous les pharmaciens qu'il ne fallait pas vendre au consommateur. Les deux ou trois pharmacies qui l'ont fait ont été punies très sévèrement par le conseil de l'ordre. Il y a donc eu un dysfonctionnement. Un ministère ne peut pas interdire la vente au consommateur si un autre ministère organise en même temps l'approvisionnement pour d'autres ! Cela a créé des tensions inutiles.

Nous avons insisté pour qu'il y ait un encadrement des prix, afin d'éviter d'être en situation d'opportunité en période de crise. Il y a donc eu un prix maximal de vente et un prix intermédiaire. Le prix maximal – lorsque seul le transport aérien était possible – était d'un euro par masque. Cela ne veut plus rien dire aujourd'hui, car nous avons désormais d'autres

modes de transport qui réduisent les coûts. Désormais, tout le monde vend des masques à un prix inférieur au prix maximal.

M. Philippe Besset. – On ne parle pas de la même chose. Actuellement, dans mon officine, j'ai deux stocks de masques, d'environ 1 000 à 2 000 masques. J'ai acheté un stock de masques pour le grand public, que je vends au même titre que le fait la grande distribution. Mais cela n'est pas notre cœur de métier.

Nous avons un autre stock livré par les grossistes répartiteurs, provenant de Santé publique France. C'est comme pour le vaccin. Nous n'en sommes pas acheteurs. Jusqu'à mi-juin, nous avons reçu des masques sans savoir quand ils arrivaient et pour quel volume. Ils arrivaient un beau jour...

M. René-Paul Savary, président. – ... du ciel !

M. Philippe Besset. – Parfois certaines régions n'en avaient pas, il y avait du retard... Nous n'avions aucunement la main sur leur arrivée. Les patients ne comprenaient pas pourquoi certaines officines en avaient, et d'autres pas, ce qui a provoqué quelques crispations.

Notre métier, c'était cela : équiper les soignants et les malades avec le stock de l'État – ce qui est différent de la gestion de la stratégie de déconfinement, qui relève de l'État.

La communication de l'État a été trop précoce, alors que nous étions encore en pleine tension avec Santé publique France pour la livraison de masques aux professionnels. Tout le monde était de bonne foi. La grande distribution voulait participer à la stratégie de déconfinement, mais nous n'en étions pas encore là : nous devons encore gérer la pénurie des stocks de masques pour les soignants et les malades les plus fragiles.

Il faudrait, le plus rapidement possible, que l'État instaure un dispositif qui perdure au-delà du 4 octobre pour que nous poursuivions la distribution des masques aux malades ; le 4 octobre est prévue la fin de la livraison de masques aux officines par Santé publique France, et nous n'avons pas d'alternative connue.

M. René-Paul Savary, président. – Le rôle logistique de Santé publique France a été difficile à vivre pour les pharmacies ?

M. Philippe Besset. – Il était chaotique...

M. René-Paul Savary, président. – C'est bien de parler de Santé publique France au bout d'une heure d'audition sur les masques...

M. Philippe Besset. – Je l'ai dit à l'Assemblée nationale : Santé publique France, nous ne savons pas qui c'est...

M. Roger Karoutchi. – Personne ne le sait, et eux non plus !

M. Philippe Besset. – C'est un problème. Lorsqu'on doit dire qu'il faut modifier ou changer le système de distribution, mieux vaudrait savoir à qui s'adresser, et le connaître ! Nous connaissons le cabinet des ministres, le directeur de la CNAM, le directeur général de la santé, celui de l'offre de soins, mais pas Santé publique France...

M. Laurent Bendavid. – Cet épisode démontre que la distribution dans des réseaux de proximité ne s'invente pas du jour au lendemain. Nous n'avons pas été associés aux décisions, et avons appris la veille la distribution par cet autre acteur logistique. Nous ne sommes que preneurs d'ordre. Au bout de quatre jours, le ministère de la santé est revenu au réseau normal de distribution des masques. Distribuer 7 millions de masques par semaine vers 21 000 points de vente ne s'invente pas. Nous avons 12 000 professionnels, sept entreprises principales sur tout le territoire, et 5 000 chauffeurs livreurs qui connaissent toutes les pharmacies, leurs horaires d'ouverture. Ils ont pu remplir leurs missions. Cela démontre la force du réseau de santé publique en France et sa coordination. Nous avons, par l'interaction avec l'ensemble des métiers de la chaîne et de la filière de distribution, des médicaments et des produits de santé, une capacité de mobilisation qui n'existe que dans très peu d'autres pays européens. À nous de maintenir, faire vivre et solliciter ce réseau. Nous avons démontré notre capacité à assumer cette mission de santé publique et la continuerons jusqu'au 4 octobre, voire davantage.

En un mois, les volumes de masques demandés ont été multipliés par 100 000. Aucune chaîne logistique n'est capable de tenir des effets d'élasticité aussi importants. Il y a eu une nécessaire adaptation. Il faut savoir comment nous pouvons nous adapter et quel est le temps de réactivité de l'ensemble du réseau à ces évolutions. Nous sommes partis sur une longue période d'approvisionnement des professions de santé et le grand public en masse. Actuellement, les stocks sont là et nous sommes prêts à affronter les prochains mois si une augmentation du nombre de malades se confirme.

M. René-Paul Savary, président. – Vous avez des stocks de masques ainsi que de tous les EPI – gants, blouses, etc. ?

M. Laurent Bendavid. – Les grossistes répartiteurs et les professionnels de santé ont fait un certain nombre de commandes d'anticipation pour pouvoir y faire face.

M. René-Paul Savary, président. – Vous les avez ?

M. Laurent Bendavid. – Oui.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Certains surcoûts durant cette crise étaient légitimes, mais des acteurs, comme les complémentaires santé, ont connu des baisses de charges et ont été taxés en conséquence, nous devons donc répondre à la question suivante : l'augmentation des tarifs a-t-elle été proportionnelle à la hausse des coûts induite par la situation ou a-t-elle donné lieu à des profits bien supérieurs ? Il serait tout de même extraordinaire que le secteur sanitaire soit mis à contribution alors que le secteur marchand se partagerait les dividendes.

M. Laurent Bendavid. – Durant cette période, notre profession a rempli sa mission, alors même que nous n'étions pas reconnus comme personnel pouvant bénéficier d'une protection. J'ai 4 000 salariés, 3 000 étaient sur les routes ou dans les entrepôts chaque jour, nous avons mis en place des mesures de protection, mais nous n'avons pas de masques. Dans le stress et l'angoisse, ils ont assuré leur mission.

Ensuite, nous avons adapté les équipements de nos salariés en fonction des mesures gouvernementales, ce qui a emporté des coûts importants sur notre distribution. Nous avons poursuivi notre activité, car nous sommes acteurs de la santé publique, et il était inconcevable que nous arrêtions la distribution de médicaments ; l'absentéisme a été multiplié

par trois, ce qui a également entraîné une hausse des coûts. Tout cela a renchéri le coût de la distribution. Or dans la même période, le chiffre d'affaires des pharmacies a baissé de 20 %, ce qui s'est répercuté sur le nôtre. Nos comptes étaient déjà sous pression, et nous avons donc connu une hausse des coûts et une baisse de chiffre d'affaires. Nous discutons donc aujourd'hui avec les pouvoirs publics afin que ceux-ci nous aident à passer cette vague. Sans juger votre question, je voulais vous expliquer les enjeux et les impacts économiques de cette période pour nous. Nous avons rempli notre rôle de santé publique ; certains en ont peut-être profité, nous pas, bien au contraire.

M. René-Paul Savary, président. – De combien de temps avez-vous eu besoin pour vous adapter à cette explosion des volumes ?

M. Laurent Bendavid. – Celle-ci était liée à l'explosion de la fourniture de masques aux professions de santé. La problématique à laquelle nous avons dû faire face relève de l'approvisionnement, plus que de Santé publique France. Pour servir les professionnels de santé et préparer le déconfinement, il nous a fallu six à sept semaines pour assurer des chaînes de logistique et garantir que les pharmacies avaient des masques quand les pouvoirs publics ont ouvert leur commercialisation au public. Nous avons cherché des masques dès la publication du décret du 23 mars, et nous avons eu besoin de six semaines pour assurer un approvisionnement stabilisé, en raison de la pénurie mondiale.

M. René-Paul Savary, président. – Durant quelle semaine Santé publique France s'est-elle occupée de la distribution dans les pharmacies ?

M. Laurent Bendavid. – Durant la semaine du 17 mars.

M. Gilles Bonnefond. – La pharmacie n'a pas bénéficié de la crise : nous avons connu des baisses de chiffre d'affaires et une augmentation du travail et de sa complexité. Les patients nous téléphonaient pour renouveler leur traitement alors qu'ils étaient confinés. Nous passions alors du temps à rassurer et à expliquer, puis nous faisons de la dispensation à domicile, sans aucune rémunération. De même, nous avons pris en charge sans rémunération la distribution des médicaments précédemment uniquement dispensés à l'hôpital, pour éviter aux patients de longs trajets. Enfin, nous avons distribué gratuitement des masques aux professionnels de santé pendant trois mois. Nous allons peut-être entamer une négociation pour définir un forfait de compensation de ce travail. Nous nous sommes protégés et nous avons appris aux autres commerces à faire de même : nous leur avons conseillé le plexiglas, des associations fabriquaient des visières et passaient par nous, il y a eu un véritable élan de solidarité.

Nous avons donc connu une activité diminuée, mais beaucoup plus complexe, qui a emporté un impact sur la gestion du personnel et de la distanciation. C'était compliqué, ça l'est encore, mais nous sommes dans un secteur dans lequel on apprend parfois à ne pas compter.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. – Qu'est-ce qui a poussé l'État à décider que Géodis prenne en charge la distribution durant ce court intermède ?

Ensuite, nous avons beaucoup entendu parler de rupture dans les soins, consécutive à la fermeture de cabinets médicaux et paramédicaux, qui a entraîné une moindre prescription. Pourriez-vous nous envoyer des chiffres sur le type de pathologies qui ont été

sacrifiées lors de cette rupture des soins ? En ce qui concerne le Doliprane, ce sont bien les pharmaciens, en effet, qui ont demandé que la distribution soit réglementée.

Les fédérations hospitalières nous ont dit que la distribution s'était faite par le biais des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ; ce n'est pourtant pas leur vocation. Pourquoi ont-ils été chargés de cela ? Santé publique France a des antennes régionales, même si personne ne semble le savoir.

Comment, selon vous, la gestion de stocks stratégiques de l'État devrait-elle être idéalement configurée à l'avenir pour faire face à une nouvelle pandémie ?

Enfin, dans la grande distribution, vous avez évoqué le surcoût lié aux protections, mais ne pensez-vous pas que ces gestes d'hygiène de bon sens devront être prolongés après la covid ? Cela permet de limiter la transmission de certaines maladies.

M. Philippe Besset. – sur Géodis, je ne sais pas, je ne suis pas dans la tête des pouvoirs publics.

M. René-Paul Savary, président. – Vous avez bien une petite idée, non ?

M. Philippe Besset. – Non, aucune. Je suis sous serment, et je vous garantis que lorsque j'ai des idées, je les communique. En tout état de cause, à mon avis, c'était une très mauvaise idée, nous nous y sommes opposés quand nous l'avons su, mais je ne sais pas pourquoi cette décision a été prise.

Sur les maladies négligées, je vous ferai parvenir les trois études menées par Epi-Phare, rassemblant la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), qui montrent la répartition de l'évolution de la consommation de médicaments selon les catégories. Celle des traitements des maladies aiguës s'est effondrée, car les gens n'allaient plus chez le médecin, ainsi que celle des médicaments nécessitant un geste médical, c'est-à-dire les produits pour la radiologie ou les vaccins. Pour les vaccins des enfants, un rattrapage est en train de se faire, mais ce n'est pas le cas pour les rappels de vaccins pour adultes. Au contraire, les médicaments prescrits pour les maladies chroniques qui n'ont pas souffert de rupture, pour lesquels le pharmacien pouvait intervenir, n'ont pas été touchés. Si nous avions été inclus parmi les vaccinoteurs pour effectuer les rappels des adultes, nous aurions pu éviter le problème. C'est ce qu'ont fait les États-Unis. Ce qui s'est passé est donc assez logique : pas de médecins, donc pas de maladies aiguës, donc chute des antibiotiques, et chute des produits nécessitant l'intervention d'un professionnel de santé, mais stabilisation pour les maladies chroniques, car nous avons assuré la continuité des soins.

Sur le paracétamol, et l'ensemble des médicaments qui ont été médiatisés, nous avons joué notre rôle ancestral de gardien des poisons. Nous avons appliqué les recommandations des autorités de santé et nous avons donc refusé la délivrance, parfois sur ordonnance, parfois sans, de médicaments qui allaient à leur rencontre. Nous surveillions ces traitements médiatisés, tels que la chloroquine ou la nicotine – chaque semaine un médicament était désigné et le lendemain, beaucoup de gens venaient en chercher. Nous avons donc joué notre rôle, mais nous avons tout de même constaté une augmentation, certes modérée, des prises de ces substances.

Mes collègues ont beaucoup parlé d'absentéisme ; en pharmacie, cela n'a pas été le cas. Les équipes officinales sont restées sur le pont, sauf en cas de maladie, et nous avons connu très peu de retrait en raison de la covid. Nous avons malheureusement rencontré un problème récurrent au sujet duquel nous avons interpellé le ministre de l'éducation nationale et les autorités de santé : nous avons eu du mal à faire reconnaître les préparateurs en pharmacie comme des soignants, leurs enfants n'étaient donc pas acceptés dans les écoles et ils n'avaient accès ni aux tests ni aux masques. Cela paraît fou : nous ne pouvions accepter que le pharmacien soit masqué, mais pas le préparateur ! Nous avons beaucoup discuté avec l'Éducation nationale et, dans ce cas – c'est le seul –, nous n'avons pas appliqué la règle imposée par les pouvoirs publics.

M. Gilles Bonnefond. – Vous nous avez interrogés sur les stocks. Un stock, cela se gère. Il faut avoir de quoi assurer une distribution en période de crise ou de pénurie, il faut donc définir un volume nécessaire pour les hôpitaux, pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et pour les professionnels, puis le faire vivre. En effet, un stock s'abîme et se périmé, on l'a vu pour les masques, qui étaient périmés, ce qui n'était pas très grave, mais parfois aussi moisis, ce qui l'était un peu plus. Il n'y a pas eu de gestion dynamique de ce stock. Il serait intéressant de mettre cela en place, parce que les hôpitaux ont besoin de volumes que l'on connaît. Maintenir le stock de l'État en assurant une rotation me paraît relever du bon sens.

Nous avons senti une forme d'abandon de ce stock, car il avait été constitué pour H1N1 et il n'a pas servi à grand-chose. Malheureusement, la crise arrive sans prévenir et nous nous trouvons démunis. C'est donc une question de stratégie, qui emporte des coûts.

S'agissant de la distribution des masques, vous avez évoqué la participation des hôpitaux : il y a eu deux flux, l'un pour les hôpitaux, puis, pour les Ehpad et les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), qui consommaient un gros volume, et un autre pour les professionnels libéraux, les aidants familiaux et toutes les personnes intervenant auprès des malades, souvent âgés, et qui avaient été oubliés. D'autres groupes ont ensuite été ajoutés, comme les employés des pompes funèbres. À chaque fois, il fallait transmettre des masses d'informations aux 21 000 pharmaciens. Chacune de ces évolutions s'est faite sans que nous en soyons informés, alors que nous avons trois organisations, deux syndicats et un ordre, que nous étions pleins de bonne volonté et que nous acceptions de faire ce travail difficile, mais nécessaire, pour protéger les professionnels.

Cette absence de dialogue avec Santé publique France quand la doctrine évoluait était très perturbante et nous avons dû envoyer plusieurs courriers communs au ministère pour demander à être informé des changements de doctrine : informez-nous que vous ajoutez les employés des pompes funèbres à la liste, afin que nous réfléchissions à la manière de les identifier en officine ! Cela nous a beaucoup crispés et nous a demandé beaucoup de temps en communication auprès des pharmaciens pour limiter les erreurs, car nous avions de surcroît un devoir de traçabilité sur les masques.

Un stock est donc évidemment nécessaire, pas seulement pour les masques, mais aussi pour les équipements de protection tels que les gants – dont la pénurie n'est pas encore réglée –, les charlottes, les blouses, etc. Il faut avoir une véritable stratégie, ce stock pourra être écoulé vers les hôpitaux en fin de période d'utilisation, qui s'équiperont ainsi à un coût compétitif puisqu'ils feront vivre le stock de l'État.

M. Philippe Besset. – Sur le stock stratégique, M. Grégory Emery, membre du cabinet du ministre, nous a indiqué que le stock d'un milliard de masques serait reconstitué mi-septembre. La doctrine est désormais de disposer d'un stock stratégique en Champagne, chez Santé publique France, et de prépositionner un stock tactique chez l'ensemble des professionnels de santé, selon la stratégie officielle mise au point début août par Mme Katia Julienne, la directrice générale de l'offre de soins. Nous y avons été associés, pour la première fois, au dernier moment.

M. Jacques Creysse. – Nous ne nous sommes jamais posé la question des surcoûts, nous n'avons qu'un seul objectif : que les Français puissent avoir accès aux magasins dans une situation de sécurité sanitaire et de sécurité tout court satisfaisante. Durant un week-end, nous nous sommes demandé si nous n'allions pas devoir mettre en place des mécanismes de rationnement et d'organisation de pénurie, mais nous avons été sauvés par l'implication de nos personnels, par les masques, et par la généralisation du chômage partiel, qui a conduit beaucoup de salariés à revenir, car leur conjoint pouvait garder les enfants.

Sur la suite, faudra-t-il continuer dans la même direction ? La réponse appartient aux pouvoirs publics ; nous avons pris l'habitude de travailler en appliquant des protocoles sanitaires en permanence, même s'il est difficile de porter le masque toute la journée. Faut-il conserver les vitres en plexiglas aux caisses, qui sont un retour en arrière ? Il faudra y réfléchir, nous n'en sommes pas encore là.

M. Philippe Besset. – Les GHT servent à équiper les hôpitaux, ils ont peut-être reçu une mission complémentaire, mais ce n'est pas notre domaine. On peut le regretter, mais il y a deux mondes dans la santé en France : le monde libéral et celui de l'hôpital. Nous n'approvisionnions que le premier ; les GHT, j'imagine, s'occupaient du second, je n'en sais rien, il faudra le leur demander.

M. René-Paul Savary, président. – Les grossistes avaient-ils été sollicités pour les GHT ? Les fédérations hospitalières avaient évoqué cette question.

M. Laurent Bendavid. – Nous n'avons pas été sollicités pour cela. Nous avons largement été mis à contribution sur la distribution des masques aux personnels de santé libéraux au travers du réseau des pharmaciens, en période de pic d'équipement du personnel de santé, nous avons distribué jusqu'à 70 millions de masques par semaine, ce qui a saturé notre réseau, c'est sans doute pour cela que nous n'avons pas été contactés pour l'hôpital.

Il y avait eu une période de pénurie de masques auparavant, il a donc fallu rattraper le retard pour équiper tout le personnel concerné. Durant la dernière semaine de mars et la première d'avril, en particulier, nous avons connu un pic important de libération de masques pour équiper l'ensemble des professionnels de santé libéraux concernés et venir en support de la médecine de ville.

M. Gilles Bonnefond. – La logistique pour les hôpitaux, les volumes concernés et les types d'équipements demandent de grandes capacités ; or celles des grossistes répartiteurs étaient mobilisées par la distribution aux soignants libéraux, laquelle a été organisée de manière hebdomadaire afin d'absorber la masse et de la répartir régulièrement. Le choix opéré a été d'irriguer le secteur hospitalier, les maisons de retraite et les Ssiad par un circuit différent, aux mains des agences régionales de santé et de Santé publique France sur les territoires, et les autres professionnels de santé dispersés, qui exigeait des quantités et des types de masques divers, par le réseau pharmaceutique.

M. Philippe Besset. – N’y a-t-il pas eu un malentendu avec la Fédération hospitalière française parce que les libéraux travaillant en clinique ne savaient pas d’où venait leur matériel ? Ils dépendent en effet de nous pour le versant libéral de leur activité, mais pas pour la partie hospitalière.

Mme Victoire Jasmin. – Êtes-vous inclus dans les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ?

Certaines pharmacies vendaient des masques grand public, disposiez-vous de certificats de conformité aux normes Afnor ? Étiez-vous en mesure d’assurer une traçabilité conforme à votre éthique, en comparaison de la grande distribution, qui n’est pas soumise à la même rigueur que vous ?

Concernant les Ssiad, vous indiquez qu’ils étaient plus ou moins dotés, ils ne l’étaient pas toujours, en fonction des lieux, j’ai souvent vu des auxiliaires de vie en détresse, mais aussi des infirmiers de soins à domicile qui rencontraient de grandes difficultés pour se procurer le matériel nécessaire à leur protection et à celle de leurs patients.

Enfin, s’agissant des stocks de Santé publique France, les grossistes répartiteurs ne peuvent plus répondre aujourd’hui aux besoins des officines en Guadeloupe, parce que les stocks ont été diminués, semble-t-il, par l’ARS. Qu’en pensez-vous ?

Mme Angèle Préville. – Au début, dites-vous, pendant une période d’un mois, vous distribuiez des masques aux professionnels de santé, mais vous n’en aviez pas pour vous. Étiez-vous conscient du risque ? Comment avez-vous fait ?

Ensuite, vous indiquez que, le 3 mars, tous les masques sur le territoire ont été réquisitionnés, dont les vôtres, j’imagine. Savez-vous quelles autres structures ont dû rendre des masques ? Les Ehpad l’ont-ils fait ?

M. Philippe Besset. – Les masques sont réquisitionnés le 13 mars, et nous n’en aurons plus en propre jusqu’après le déconfinement, car nous ne pouvons-nous approvisionner qu’à partir du 23. Toutefois, nous n’en achetons pas directement, nous passons par les grossistes répartiteurs, qui en commandent à partir du 23, mais ne les reçoivent que six semaines après. Nous n’avions donc aucun masque et nous n’avions pas le droit de vendre des masques chirurgicaux jusqu’au déconfinement. Les produits de santé autorisés à la vente en pharmacie sont en effet inscrits sur une liste limitative et les masques en tissu n’y figuraient pas non plus. Nous avons dû intervenir, car nous savions depuis le début que le meilleur geste barrière était la distanciation sociale, ensuite venait le masque chirurgical ou grand public, avec un peu moins d’efficacité, qui sert à éviter la propagation du virus. Il s’agit donc essentiellement d’un geste citoyen : si tout le monde porte le masque, la couverture est la meilleure possible.

M. René-Paul Savary, président. – Ce n’est pas récent ! Le masque grand public, en revanche, a été inventé au milieu de la crise.

M. Philippe Besset. – En effet, nous savons depuis longtemps que le masque, y compris grand public, protège essentiellement les autres. Nous avons été très contrariés de devoir assumer ce qui nous semblait être du tri. En période de pénurie, certains acteurs de santé doivent appliquer des consignes spécifiques, comme en état de guerre, comme aux urgences. Il nous a été très pénible de refuser des masques à la population, notamment aux

malades, car nous avons interdiction de leur fournir des masques du stock de l'État. Nous aurions donné les nôtres, mais nous n'en avons pas. Nous devons distribuer les masques du stock de l'État quatorze par quatorze, nous battre chaque semaine pour compléter la liste avec des professionnels oubliés, comme les biologistes médicaux, qui ont été ajoutés en cours de parcours. Auparavant, quand ils venaient, mais nous ne pouvions les équiper, ce qui est tout de même embêtant, car ils ont un grand rôle à jouer !

Sur la Guadeloupe, il est vrai que, en raison de la croissance du nombre de cas, nous sommes de nouveau en forte tension sur les masques du stock de l'État. Ceux-ci devraient cesser d'être fournis le 4 octobre, mais nous n'en recevons déjà plus assez, notamment les masques pédiatriques, que nous n'avons pas du tout. Nous nous occupons essentiellement de la distribution des masques du stock de l'État aux personnes fragiles et malades sur prescription médicale. C'est cela qui pose problème en Guadeloupe.

M. Gilles Bonnefond. – Les CPTS ont largement contribué à créer du lien entre les professionnels de santé, même lorsqu'il s'agissait de communautés naissantes, elles nous ont permis de communiquer, d'échanger avec l'hôpital, avec les services d'urgences, sur leur situation, sur l'existence d'un système d'accueil pour tel ou tel type de patients, sur la coordination avec les infirmières intervenant auprès de patients susceptibles d'être contaminés, tout cela a amélioré la situation et a soudé le territoire, parce que nous partageons des informations. C'est très intéressant et cela démontre que le travail coordonné permet de gagner du temps.

S'agissant des masques grand public, nous avons eu l'autorisation d'en vendre le 26 avril, après plusieurs demandes. Auparavant, nous n'en avons pas le droit, nous ne pouvions pas en acheter, alors que l'approvisionnement était tendu, et nos fournisseurs ne prenaient pas le risque d'en commander en l'absence d'autorisation.

Leur qualité dépendait alors surtout du nombre de lavages possibles. Nous avons subi une pression légitime du ministère de l'économie pour éviter que ne se mettent en place des mécanismes d'opportunité de certains fabricants avec des prix déraisonnables. On voit aujourd'hui que ces masques ne sont pas prioritaires : ils sont moins utilisés que les masques jetables, ce qui pose d'autres problèmes, écologiques, en particulier.

En ce qui concerne le calendrier, nous avons commencé à distribuer le 2 mars. Les pharmaciens ont été exclus du bénéfice de ces masques jusqu'au 15 mars ; pendant quinze jours, nous n'étions donc pas censés porter de masque. Imaginez la réaction des pharmaciens, qui n'étaient pas reconnus comme professionnels de santé, mais qui devaient en distribuer à leurs confrères médecins ! Bien sûr, comme l'a dit Philippe Besset, nous avons désobéi, sinon nous aurions dû arrêter notre activité, notre personnel refusant légitimement de travailler sans protection. Ce n'est que le 20 avril que les préparateurs ont eu accès aux masques, alors qu'ils se trouvaient dans la même situation que nous. On voit bien aujourd'hui, alors que l'on sait que dans des locaux étroits tout le monde doit être masqué, que nous avons eu raison de protéger tout notre personnel.

En ce qui concerne la réquisition, nous n'avons plus de masques à ce moment-là. Nous n'en avons pas besoin, nous n'avons donc pas de stock et nous n'en vendons pas, car il n'y avait pas de demande. Certains d'entre nous avaient un vieux stock datant de l'épidémie H1N1. D'autres professions ont été sollicitées et nous avons été surpris de voir les dentistes restituer tous leurs masques FFP2 : quand ils ont pu reprendre leur activité, il n'avait plus ni masques ni blouses et la pénurie les empêchait toujours de s'approvisionner. Il faudra

en tirer les leçons et conserver un stock tampon chez les professionnels dans la perspective de la reprise de leur activité.

M. René-Paul Savary, président. – On parlait alors de masques chirurgicaux ou FFP2, les masques grand public n'existaient pas. Quand sont-ils apparus dans les discussions ?

M. Philippe Besset. – le Gouvernement s'est fié aux autorités de santé. C'est l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui a donné le top départ en matière de masques grand public, en les présentant comme des succédanés des masques chirurgicaux. Il s'agissait d'avoir un masque sur le visage pour protéger les autres. Je ne me souviens pas de la date de cette recommandation, mais je vous l'enverrai.

M. Gilles Bonnefond. – Une précision : les pouvoirs publics avaient étudié la possibilité de porter des masques grand public, et les conditions dans lesquels ces dispositifs étaient suffisamment protecteurs pour constituer une alternative acceptable et pouvaient être produits en quantité suffisante. Les discussions ont dû démarrer début avril ; le 14 avril, nous avons eu cette discussion au ministère de l'économie, durant laquelle la grande distribution a été sollicitée pour distribuer ces masques. On nous a demandé si nous voulions y participer et nous avons accepté sous réserve de leur efficacité. Ensuite, les critères de nombre et de conditions de lavages ont été fixés et l'autorisation a été accordée aux pharmaciens le 26 avril.

M. Jacques Creyssel. – S'agissant des masques textiles, les réunions qui se sont tenues à partir de mi-avril portaient, initialement, sur les masques textiles. J'ai devant moi le mail : « Urgent, *confcall* mercredi 15 avril, masques textiles ». Nous avons alors fait valoir que, à court terme, d'ici au 4 mai, il n'y en aurait pas assez et qu'il fallait compléter les stocks. C'est pourquoi il a été décidé à partir du 24 avril d'ouvrir la vente au grand public des deux catégories. Je regrette que ces discussions aient été limitées à nous, alors que l'on nous avait dit le contraire et que la ministre l'avait même écrit dans son communiqué, lequel évoque d'ailleurs à la fois les masques textiles, avec un encadrement des prix à 2 à 3 euros pour un coût à l'usage de 10 à 30 centimes, et des encadrements de prix volontaires sur les masques chirurgicaux que l'on commençait à appeler masques à usage unique.

Ensuite, souvenons-nous que, lorsque nous avons obtenu cette autorisation et que tout cela s'est mis en place, à partir du 4 mai, le résultat global a été très positif : tous les Français ont réussi à obtenir des masques dans les jours qui ont suivi le déconfinement. Certaines choses ont échoué auparavant, certes, mais dès que nous avons eu ces autorisations, tout a fonctionné.

Enfin, nous nous sommes engagés, à cette occasion, à établir conjointement avec les services de l'État un guide de bonnes pratiques contenant des éléments différents par enseignes, avec un sujet majeur : le problème du déconditionnement. En effet, le Gouvernement nous avait demandé de vendre les masques chirurgicaux par cinq ou par dix alors que nous les recevions par boîtes de cinquante. Tout le monde n'a pas pu le faire, car il fallait des salles pour opérer dans de bonnes conditions sanitaires, et les masques ont alors été vendus par boîtes de cinquante.

M. Gilles Bonnefond. – Sur les masques en tissu, je souhaite saluer la mobilisation des maires et des présidents de conseils régionaux, qui ont saisi l'opportunité au moment du déconfinement pour offrir des masques à leurs administrés. Cela a contribué à vider l'approvisionnement des entreprises et à nous permettre de passer la période du début du

déconfinement sans tension au 11 mai. Bravo de l'avoir fait, souvent en coordination avec les différents services de l'État.

Mme Victoire Jasmin. – Compte tenu de la situation que nous avons vécue, les pharmaciens d'officines connaissent leur patientèle et savent prendre les meilleures décisions. Pour les patients que vous connaissez ne pourrait-on pas permettre désormais aux pharmaciens d'officine, comme aux Ssiad, de disposer d'une zone d'autonomie en matière de choix des orientations à prendre en fonction de leur patientèle ?

M. Philippe Besset. – Ce point concerne la traçabilité et l'autonomie du pharmacien dans la dispensation. Nous sommes attentifs à suivre les recommandations des autorités de santé et, dans la plupart des cas, le fait que nous n'ayons pas d'intérêt économique à proposer un produit conduit l'ensemble de la population, et nous aussi, à préférer que nous soyons une profession ordonnée. Pour autant, s'agissant de la prévention, notamment des masques, voire des vaccins, la situation est différente. Les arbres décisionnels sont connus et la traçabilité est possible : les patients éligibles à la dotation en masques, par exemple, sont ceux qui souffrent d'affection de longue durée (ALD) et nous pouvons les identifier avec la carte Vitale. Il n'est donc pas nécessaire de passer par la case médecin pour obtenir un bon.

M. René-Paul Savary, président. – Merci, messieurs, de vos réponses.

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 15 h 55.

Mardi 15 septembre 2020

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

La réunion est ouverte à 10 h 30.

Audition du professeur Jean-François Delfraissy, président du conseil scientifique (sera publié ultérieurement)

Le compte rendu de cette réunion sera publié ultérieurement.

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 13 h 20.

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

La réunion est ouverte à 15 heures.

Audition du Professeur Didier Raoult, directeur de l'Institut hospitalo-universitaire en maladies infectieuses de Marseille

M. René-Paul Savary, président. – Nous poursuivons nos travaux avec l'audition du Professeur Didier Raoult, directeur de l'Institut hospitalo-universitaire (IHU) en maladies infectieuses de Marseille.

Je vous prie d'excuser l'absence d'Alain Milon, président, retenu dans son département.

Le bureau de notre commission d'enquête avait initialement conçu cette audition sous la forme d'une table ronde.

Comme je l'ai rappelé ce matin, alors que dans d'autres pays la réponse à la crise a été incarnée par un personnage politique, un médecin ou un chercheur, qui a réussi à rallier la population à ses recommandations, nous avons assisté, en France, à des propos discordants qui ont beaucoup nui au niveau de confiance de la population.

À propos d'un virus inconnu, les attentes dans la science étaient très élevées. Certes, la controverse est normale et fait avancer la science ; mais quand elle s'étale si largement dans les médias, elle a plutôt pour effet d'augmenter le degré d'inquiétude.

Nous avons donc souhaité demander des explications aux scientifiques. Comme certains n'ont pas manqué de nous le rappeler – mais nous ne l'ignorions pas –, nous ne sommes pas des scientifiques de haut niveau et ce n'est pas à une conversation scientifique que nous convions nos intervenants. Nous représentons des personnes qui, dans leur immense majorité, ne le sont pas davantage. C'est pourquoi nous aurions préféré éviter les monologues sans contradictoire.

Toutefois, ainsi que vous l'avez rappelé lors de votre audition à l'Assemblée nationale à propos du conseil scientifique, « vous n'êtes pas arrivés à vous parler » et il nous est apparu que vous ne parviendriez pas davantage, dans cette enceinte, à débattre en toute sérénité.

Cette audition a pour objet la recherche, les tests et les traitements. Elle abordera notamment la méthodologie applicable aux essais cliniques, les orientations privilégiées en France au vu de la comparaison entre Discovery et Recovery, les résultats ainsi que la question des publications ou des annonces précoces dans la crise.

Je vous prie de résumer vos principaux messages en dix à quinze minutes. Vous ne manquerez pas, en outre, de nous alimenter par voie écrite, comme vous l'avez déjà fait à diverses occasions.

Je demande également à chaque intervenant d'être concis dans les questions et les réponses.

À toutes fins utiles, je rappelle à tous que le port du masque est obligatoire et je remercie chacun de sa vigilance.

Conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, je vais maintenant 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, M. Didier Raoult prête serment.

Pr Didier Raoult, directeur de l'institut hospitalo-universitaire en maladies infectieuses de Marseille. – Avant tout, je tiens à faire une mise au point. Certaines personnes ont signé une tribune affirmant que je fraude et que je triche. D'autres ont porté plainte contre moi auprès du conseil de l'ordre. Dans ces conditions, la discussion scientifique n'est plus possible : c'est une limite à ma convivialité.

Je le très dis solennellement et après avoir juré de dire la vérité : je n'ai jamais fraudé de ma vie. J'ai écrit 3 500 publications internationales et je n'en ai jamais rétracté aucune. Depuis que je suis célèbre, une chasseuse de têtes me traque. Elle a réussi à trouver cinq erreurs dans l'ensemble de mes papiers scientifiques. Il y en a probablement beaucoup plus – j'estime le taux d'erreur entre 2 % et 4 %. Je ne suis qu'un pauvre humain, et je fais des erreurs comme tout le monde. Cela étant, je n'ai pas la force de discuter sereinement avec des personnes qui m'insultent. Je ne le ferai pas, je ne le ferai jamais.

J'en viens à l'analyse de l'épidémie elle-même. Depuis l'origine, je suis absolument incapable de mesurer la dimension symbolique de cette affaire. Or ce qui s'est passé n'est pas normal. On ne parle plus de chimie, de malades ou de médicaments, mais d'un sujet déconnecté de ce que je connais.

Je suis un être pragmatique, pratique. En science, il y a toujours eu une grande différence entre, d'un côté, l'empirisme, c'est-à-dire l'observation et la description des phénomènes, et, de l'autre, les théories déductives et spéculatives, dont je ne suis pas un praticien.

En l'occurrence, ce qui s'est passé est absolument inouï et marquera l'histoire des sciences. On a dénoncé l'un des deux médicaments les plus prescrits au monde – on en a probablement donné à 2 milliards de personnes – en affirmant qu'il tuait 10 % des patients. C'est la preuve d'une déconnexion entre la molécule de l'hydroxychloroquine et la manière dont elle a été perçue. Je suis extraordinairement surpris de l'ampleur prise par cette controverse.

Dès que mon premier papier a été publié, la chasseuse de têtes à laquelle je faisais allusion a prétendu que j'étais en situation de conflit d'intérêts avec Sanofi, ce qui est totalement faux : je ne fais d'essais thérapeutiques pour personne, et ma position est constante depuis vingt-cinq ans. L'article en question est aujourd'hui le document le plus cité de toute la littérature sur la thérapeutique du covid-19 : il a été cité 2 400 fois. Elle a tenté de le faire retirer en prétendant que je n'avais pas obtenu l'autorisation du comité de protection des personnes (CPP). Enfin, j'ai dû affronter un déluge de critiques de la part des maniaques de la méthodologie : je ne pouvais pas imaginer que ce papier, comme j'en ai envoyé tellement

dans ma vie, entraînerait une sorte de folie mondiale. Le temps triera. Il permettra de comprendre ce qui s'est passé. Mais, personnellement, je ne comprends pas cette signification, notamment symbolique. Je ne peux pas la comprendre et ce n'est pas mon problème.

Depuis plus de vingt ans, je pense qu'il faut développer des centres de lutte contre les maladies infectieuses, accueillant à la fois les patients et les laboratoires de recherche, sur le modèle des centres anticancéreux. Je l'ai écrit quand j'étais le conseiller de M. Mattei et de Mme Haigneré. Gilles Bloch, aujourd'hui directeur de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), travaillait d'ailleurs au cabinet de Mme Haigneré et il était du même avis.

Lorsque l'épidémie a commencé, nous étions en ordre dispersé. Je ne dis pas que tout est désorganisé à Paris. La Pitié-Salpêtrière dispose d'un centre de neurologie colossal. Pour la génétique, il y a l'institut Imagine de Necker. Mais, à Paris, l'organisation en matière de maladies infectieuses a subi une destruction physique ; l'unité de l'hôpital Claude-Bernard a disparu, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a été déplacé à Saint-Maurice, alors qu'il aurait dû être adossé à l'institut Pasteur, et les services spécialisés dans les maladies infectieuses ont été dispersés dans toute la ville.

En résumé, Paris n'a pas de « patron » pour les maladies infectieuses – il en est de même en microbiologie. Or c'était le cas il y a trente ans, et Paris garde des leaders dans d'autres domaines médicaux. C'est un véritable problème pour les maladies infectieuses. Les travaux de l'hôpital Pasteur, qui étaient de nature pratique, ont cédé la place à une recherche fondamentale largement axée sur les neurosciences ; elle compte parmi les meilleures du monde. Il n'empêche que notre pays est, en la matière, victime d'une désorganisation. C'est un problème de fond.

J'y insiste, de Gaulle a répondu aux enjeux de cancérologie en créant les centres anticancéreux, regroupant la radiothérapie, la chimiothérapie, la chirurgie et la médecine. Ces structures fonctionnent de manière inégale, mais elles ont joué un rôle très important : l'institut Gustave-Roussy est l'un des meilleurs centres d'immunologie et de cancérologie au monde.

J'ai proposé la création, dans le pays, de sept centres de même nature que celui que j'ai fini par réussir à construire à Marseille. L'absence de maillage territorial ne peut qu'entraîner des discordances. Les crises sanitaires ne vont pas cesser. Or notre civilisation y est extrêmement sensible. Elles peuvent désorganiser complètement la société si nous ne sommes pas armés pour lutter contre elles.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Vous avez apporté aux rapporteurs des réponses très en amont de cette audition, et je vous en remercie.

Ma première question est d'ordre pratique. Le parcours du patient au sein de votre institut marseillais a-t-il évolué depuis le début de l'épidémie, en février dernier ? En quoi consiste-t-il aujourd'hui ?

À la fin du mois de janvier dernier, la ministre de la santé déclarait qu'il y avait peu de risques que le virus arrive chez nous. Quel est votre avis sur les modélisations de l'Inserm qui ont pu conduire à cet avis ? Sur quels éléments, sur quelles alertes vous êtes-vous

fondé pour avoir un degré de connaissance de la situation qu'apparemment les autorités n'avaient pas ?

Ensuite, en période de crise sanitaire, les soignants doivent apporter une réponse thérapeutique rapide aux patients. Comment concilier cette mission avec l'exigence d'essais randomisés, base de travaux scientifiques robustes permettant d'évaluer l'efficacité d'un traitement ? Les patients qui n'entrent pas dans le champ des essais avec un médicament testé ne subissent-ils pas une perte de chances ? Vous résumez ce que vous pensez de ces essais dans la note que vous nous avez remise. Selon vous, ils n'étaient pas forcément adaptés à la situation pandémique que nous avons connue. Pouvez-vous revenir sur ce point ?

Enfin, quel est votre avis sur les CPP, qui, à l'origine, avaient un rôle éthique ? Pourquoi, en l'occurrence, a-t-on mené certains essais assez vite, alors que l'on n'y arrive pas habituellement ?

Pr Didier Raoult. – Je l'ai dit, je ne suis pas un homme de spéculation. Je suis très empirique, très pragmatique de nature. À mon sens, on peut confirmer par les techniques méthodologiques, mais on ne peut découvrir que par l'observation, par l'empirisme.

Notre staff d'une vingtaine de personnes couvre de nombreux domaines. Avec mes équipes, nous lisons toute la littérature produite en la matière et nous travaillons ensemble – je crois aux nids de recherche, et non pas aux réseaux. Nous nous réunissons tous les jours à huit heures du matin pour échanger nos analyses. L'équipe compte un pharmacien – vous l'avez vu : applique-t-on vraiment l'autorisation de mise sur le marché (AMM) quand on est médecin ? La réponse est non – ; une spécialiste d'hématologie-coagulation, qui assure la bibliographie de stomatologie-coagulation ; un grand immunologiste, ancien directeur des sciences de la vie au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), qui fouille les questions moléculaires, en matière de physiopathologie ; un chimiste ; des infectiologues ; des virologues ; des microbiologistes et des épidémiologistes de très haut niveau, dont celui qui a mené l'enquête relative au *Charles-de-Gaulle*. Nous creusons chaque question de manière très approfondie et nous avons déjà consacré cinquante-quatre publications internationales à ces sujets. Je vous en ai fourni la liste : ces papiers sont, soit publiés, soit acceptés, soit en préprint.

Face à cette situation, nous avons fait comme d'habitude : nous avons lu tout ce qu'avaient écrit les seuls sachants, à savoir les Chinois. Puis, nous avons observé ce qui s'est passé avec les autres coronavirus et avec le premier épisode de SARS.

Tout de suite, j'ai téléphoné au ministère pour que l'on se penche sur le targocid, antistaphylococcique – c'est un générique, qui ne coûte rien –, utilisé face au SARS-1 en Corée, et sur la chloroquine, également utilisée face au SARS. Les premiers résultats venus de Chine, *in vitro*, parus dans l'excellent groupe de journaux *Cell*, relevaient que c'étaient les deux médicaments qui fonctionnaient. Ils insistaient également sur le remdesivir, qui, lui, n'était pas disponible, à moins de conclure des accords avec Gilead, ce que nous ne voulions pas.

Peu après, les Chinois ont annoncé qu'ils disposaient de leurs premiers résultats préliminaires : cent malades avaient été traités et l'on observait une amélioration clinique, radiologique, ainsi qu'au titre du portage viral.

L'idée que tout va se dérouler en France n'a pas lieu d'être : par définition, une pandémie se déploie partout. Les Chinois, qui ont été les premiers à subir le flux, avaient décrit une quantité de phénomènes, que nous avons observés plus tardivement, comme l'hypoxie heureuse.

De plus, nous avons agi dès que les premiers cas se sont présentés : trois jours après que le génome a été publié, nous avons commandé les amorces PCR. Je l'ai dit à l'Assemblée nationale : dans l'esprit du ministère, il y avait des centres nationaux de référence (CNR). Mais c'est un rêve : ce n'est pas possible pour une maladie inconnue.

Les uns et les autres n'avaient que des séquences. Nous disposions du génome publié par les Chinois. Nous avons également pris connaissance de la qPCR testée à Hambourg et des publications de l'institut Pasteur : nous avons pris tout ce qui existait, nous avons testé et regardé. Il faut toujours avoir une deuxième, voire une troisième gâchette, pour être sûr de confirmer les cas positifs, car certaines contaminations se font par la PCR. Il n'y a pas de laboratoire où cela n'arrive pas.

On a fait du *benchmarking* – je m'excuse de cet anglicisme – en imitant les autres ; c'est ainsi qu'avance la science, neuf fois sur dix. Très rapidement, nous avons vu que nous n'étions pas sur la même longueur d'onde. Chaque fois que l'on évoquait cette maladie, on nous parlait d'essais et de CPP. Je ne voyais pas et je ne vois toujours pas ces patients comme des sujets d'essais.

Parmi nos tout premiers patients, quelqu'un nous a parlé de son anosmie. Nous travaillions sur ce sujet pour identifier les causes d'infection respiratoire, et nous l'avons repéré ainsi. Mais il fallait commencer par chercher. Aujourd'hui, on sait que l'anosmie concerne 60 % des malades.

Les autres n'ont pas mené cette phase d'observation empirique, appuyée sur la lecture de la littérature. Ainsi, pour l'essai Recovery, les Anglais n'ont pas retenu le critère clinique. On a publié des séries, qui, aujourd'hui, sont utilisées comme une base de réflexion, mais qui portent sur des personnes n'ayant pas fait l'objet de confirmation diagnostique. Certains ignoraient même l'élément clinique le plus déterminant, à savoir l'anosmie et l'agueusie. Ce critère permet un tri extrêmement efficace, en particulier pour les personnes de moins de soixante ans. Nous l'avons testé, notamment, sur le personnel de soins.

De plus, à mesure que le savoir s'est accumulé, on a observé de très graves troubles de la coagulation – les réanimateurs ont été les premiers à les observer. Nous avons rapidement administré des anticoagulants, car les marqueurs de coagulation sont apparus comme des marqueurs de pronostic extrêmement importants. Ensuite, les premiers travaux réalisés en Chine à partir des autopsies ont prouvé que ce que l'on croyait être des pneumonies était en fait des embolies pulmonaires multiples, des lésions d'infarctus du poumon.

Les Chinois ont aussi avancé qu'il fallait des scanners *low dose*. Je me suis déjà prononcé : en la matière, nous connaissons un sous-équipement terrible – le nouveau gouvernement a, entre autres projets, celui de combler cette carence ; à terme, il faudrait remplacer les radios du thorax par des scanners *low dose*. Pour les Chinois, au moins la moitié des personnes déclarées asymptomatiques présentaient des lésions pulmonaires au scanner. Nous l'avons confirmé.

La prise en charge a donc évolué sans arrêt. En se focalisant sur la saturation en oxygène et les scanners, ce que l'on fait systématiquement, on ne voit pas la même chose. Pour savoir que le covid n'est pas assimilable à la grippe, il fallait mener d'autres observations. C'est une fois que ce travail a été fait, et non avant, que l'on a défini une stratégie.

Ne pouvant pas savoir qui aurait ou non des lésions, nous avons décidé, avant que les tests ne soient déployés en France, de tester les personnes qui se présentaient. Tout de suite, nous avons mis en place notre système de PCR à très haut débit – les Français rapatriés de Wuhan avaient été installés tout près de Marseille.

De plus, nous conseillons aux patients de mesurer leur saturation en oxygène ; si elle est inférieure à 95 %, ils doivent systématiquement se rendre à l'hôpital pour avoir de l'oxygène. Ils n'éprouvent l'insuffisance respiratoire qu'au moment d'entrer en réanimation. Utilisés plus tôt, l'oxygénation et les anticoagulants auraient pu sauver des vies. Cette discordance entre les signes cliniques et l'état d'oxygénation ne pouvait pas non plus être connue *a priori* ; et cette connaissance progressive se conjugue mal avec des opinions initiales très tranchées.

À mesure que le savoir évolue, nous avons modifié nos méthodes. Nous avons proposé tout de suite des essais thérapeutiques d'hydroxychloroquine, imitant ce qui avait été fait en Chine, et selon des posologies dont nous sommes familiers. Cet essai thérapeutique a toujours été à un seul bras, et, à l'époque, il a été validé par le CPP. Nous y avons ajouté de l'azythromycine – cela fait partie de la pratique clinique –, dont on savait par ailleurs que c'était un antiviral pour les virus ARN, et nous avons eu la surprise de voir que la charge virale diminuait à une vitesse spectaculaire. Nous avons tout de suite prévenu le ministère. Le résultat était si impressionnant que nous avons proposé de créer un groupe hydroxychloroquine-azythromycine pour mener un essai thérapeutique. Mais, au sein du CPP, un méthodologiste a voulu que nous repartions de zéro, en composant un groupe placebo. J'ai refusé, considérant que ce n'était pas éthique.

Nous avons poursuivi nos travaux. Face à la toxicité potentielle de la chloroquine, interrogation qui m'étonne toujours, nous avons demandé aux professeurs de cardiologie de vérifier tous nos électrocardiogrammes. Au fur et à mesure que les questions étaient soulevées, nous avons réagi pragmatiquement, car nous avons la capacité d'agir en autonomie, sur place.

Les chiffres que je vous ai donnés sont tout à fait officiels. Je ne peux pas les inventer : nous sommes dans un pays administré – parfois trop, mais c'est une autre question.

M. René-Paul Savary, président. – Quel est votre avis quant au rôle éthique des CPP ?

Pr Didier Raoult. – Je me méfie de toutes les modes, notamment les modes méthodologiques. Depuis vingt-cinq ans, la Cochrane Library analyse toutes les publications et les recommandations médicales. En vertu de ce que l'on appelle la médecine basée sur les évidences, il faut au moins un ou deux essais randomisés.

À ce titre, la Cochrane Library a analysé 250 méta-analyses, soit, en tout, plus de 4 000 analyses, pour déterminer s'il y avait une différence de résultat et de qualité entre les études randomisées et les études observationnelles. La conclusion, c'est qu'il n'y a pas de

différence. On ne peut pas affirmer que les études randomisées sont l'alpha et l'oméga de la prise en charge thérapeutique : ce n'est pas vrai.

Il en est de même pour les recommandations : quelqu'un a calculé combien de recommandations de la société américaine des maladies infectieuses étaient fondées sur au moins une étude randomisée. Je vous ai donné cette référence. Le résultat obtenu est 18 %. En d'autres termes, 82 % des recommandations thérapeutiques émises aux États-Unis face aux maladies infectieuses ne reposent sur aucune étude randomisée.

Nous sommes donc face à un débat idéologique : je ne veux pas y revenir – j'ai déjà abordé ces questions, notamment en invitant Mme Costagliola à un jeudi de l'IHU pour parler des méthodes et, sur le plan idéologique, nous ne sommes pas d'accord.

Comme médecin, je ne peux pas tirer un malade au sort. Je n'ai jamais su le faire et je ne le ferai pas. D'ailleurs, la plupart des malades refusent ces méthodes, à moins qu'ils n'aient pas compris ce dont il s'agit. Cette méthode n'est pas souvent pratiquée, et nous ne sommes pas là pour cela. Notre contrat millénaire, c'est de faire de notre mieux pour le malade, spécifiquement.

Le but des CPP était d'éviter des expériences hors de propos. Je les ai vues naître : à l'origine, ces instances devaient comprendre des personnes de sagesse, notamment des prêtres catholiques, des pasteurs et des rabbins. J'ai créé le premier comité d'éthique animale en France, c'était en 1989 ; nous avons interdit les essais sur les chiens, les chats et les singes, ce qui a simplifié les rapports avec la population environnante.

Au sein des CPP, on assiste à une prise de pouvoir par les méthodologistes. Or ces instances ne sont pas faites pour valider telle ou telle méthodologie, mais pour déterminer si elle est morale. Nous sommes donc face à une dérive administrativo-méthodologique. Le législateur doit s'emparer de cette question. Soumettre l'usage des écouvillons nasopharyngés à un CPP, c'est du délire. En revanche, la réflexion morale est indispensable – je pense notamment aux essais de non-infériorité.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Je déduis de vos propos que le parcours du patient, chez vous, est le même depuis le début.

Pr Didier Raoult. – Nous l'avons amélioré, en achetant des appareils afin de mesurer la saturation pour toutes les personnes qui se présentaient. À partir de 95 %, nous faisons les radios. L'usage des anticoagulants est également devenu systématique.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – La démocratie sanitaire semble avoir été oubliée : on a négligé d'entendre les familles et, surtout, les patients. Moi-même, j'ai été malade aux alentours du 15 mars, à une époque où les tests étaient réservés aux soignants. On nous disait simplement de rester chez nous et de prendre du doliprane ; les malades n'étaient alors que des chiffres. En lançant votre essai, vous avez été le premier à nous donner l'espoir ; je vous en sais gré, et je tiens à le dire ici. Auparavant, le seul espoir que nous avions, c'était une boîte de doliprane.

Cela étant, aujourd'hui, on a le sentiment qu'il n'y a pas de démocratie dans le monde de la recherche. Pourquoi ? Est-ce à cause de la force de la pandémie, du fait de la pression médiatique, ou encore, comme vous l'avez dit en préambule, faute de patron dans le monde des maladies infectieuses ?

En outre, vous avez déclaré récemment : « Il existe deux hypothèses particulièrement plausibles, soit que l'épidémie disparaisse complètement, soit que l'épidémie reprenne et devienne saisonnière. » Pourquoi cette alternative ?

Pr Didier Raoult. – Je suis très sensible à ce que vous venez de dire. Souvent, c'est une simple anecdote ou un moment de vie qui provoque un tournant. Alors que l'épidémie grandissait, je me suis rendu à l'IHU un dimanche. Une de mes assistantes, qui y avait passé tout le week-end et qui était épuisée, était en train de se disputer avec un homme qui tenait son enfant de trois mois dans ses bras. L'homme et son enfant portaient un masque. Mon assistante ne voulait pas tester l'enfant, car il ne répondait pas aux critères que nous nous étions donnés. Cet homme avait transité par l'aéroport d'Amsterdam et avait peur que son enfant soit malade. J'ai fini par dire : ça suffit, faisons un écouvillon à cet enfant et son père partira tranquilisé. Le test était négatif ; on a appris ensuite qu'à cet âge, la plupart du temps, le résultat était négatif. Mais on ne peut pas laisser les gens sans solution. Le fait d'être sur le terrain nous a fait changer notre perception de la situation et des enjeux de prise en charge.

Pour ce qui concerne l'évolution de l'épidémie, je pondère toujours mes propos en précisant que je ne crois ni aux modèles ni aux prédictions ; à ce titre, je ne peux raisonner que par analogie. Auparavant, on dénombrait six coronavirus, dont quatre sont saisonniers. À l'origine, ils ne l'étaient sans doute pas, comme la grippe. La première grippe du XX^e siècle n'était pas du tout saisonnière. Elle a commencé un été et a duré toute une année : c'est la grippe espagnole. Longtemps, on a cru, à tort, que la grippe revenait sous l'influence du froid, d'où le terme *influenza*, qui vient d'« *influenza di freddo* », influence du froid ; c'est ainsi que l'on a décrit cette maladie à la Renaissance, en Europe. Mais il y en a autant, voire plus dans les pays chauds, il y en a même toute l'année dans les zones tropicales et, en Afrique de l'Ouest, il y en a davantage pendant la saison des pluies. On ne comprend pas bien ces rythmes saisonniers. J'ajoute que tous les virus respiratoires n'ont pas la même saisonnalité.

Les autres coronavirus endémiques ont probablement connu une diffusion mondiale ; on ne sait pas quand, car on les a découverts un peu par hasard. Ils se sont installés durablement chez nous et présentent une épidémiologie saisonnière, avec quelques cas sporadiques aux autres moments de l'année. Mais le covid-19 est une nouvelle maladie, il peut se déployer différemment et sa très forte vitesse de mutation est un phénomène nouveau, que je n'ai pas vu décrite au sujet des autres coronavirus.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Vous ne m'avez pas répondu au sujet de la démocratie dans le monde de la recherche.

Pr Didier Raoult. – La recherche est comme le sport de haut niveau : par définition, elle n'est pas démocratique. Un grand historien des sciences distingue trois phases en matière de recherche : premièrement, la phase pionnière, menée par des personnes audacieuses, qui font bouger les lignes et, de ce fait, sont empoisonnées toute leur vie ; deuxièmement, la phase de plateau, dite « normale », pendant laquelle les choses avancent peu à peu, grâce à une recherche collective que l'on peut qualifier de démocratique ; et, troisièmement, la phase de déclin : le champ s'épuise et un autre champ naît.

Tous les épistémologistes l'ont observé. Or les phases de découverte sont marquées par des conflits terrifiants. Sur ce sujet, je vous recommande un livre merveilleux de Bruno Latour intitulé *Pasteur : guerre et paix des microbes*. Il s'agit d'une véritable œuvre scientifique, fondée sur le dépouillement systématique des journaux de l'époque. Pasteur a pu réussir grâce à des alliés politiques et grâce au soutien des hygiénistes ; mais, pour imposer

l'idée du germe, il a dû mener des combats terribles. Auparavant, Lamarck avait été condamné au silence par Cuvier, qui, à l'époque, était tout-puissant en France dans le domaine des sciences. Or Lamarck était le plus grand scientifique au monde pour ce qui concerne la question de l'évolution. D'ailleurs, mon prochain livre s'intitulera *La Science est un sport de combat*.

M. René-Paul Savary, président. – Vous insistez sur la vitesse de mutation du virus. Or, lors des auditions de ce matin, on nous a affirmé que ce virus ne mutait pas.

Pr Didier Raoult. – Nos équipes font énormément de séquences ; elles en font sans doute plus que n'importe qui, si bien qu'elles travaillent même le week-end. Plus de 500 séquences de virus ont été réalisées depuis juillet dernier, car nous étions étonnés des formes que prenaient alors les cas cliniques et l'épidémie elle-même.

Dès le départ, on a trouvé un mutant, que nous avons appelé Marseille, présentant vingt-trois mutations par rapport à la souche de Wuhan, et nous avons tracé sa source : il est venu du Maghreb par bateau avant de se diffuser dans l'environnement. On a répertorié 100 cas de ce virus, qui a à peu près disparu depuis le mois d'août. Aujourd'hui, on dénombre sept mutants : le plus actif actuellement est le « quatre », pour lequel nous avons répertorié 60 cas. Je viens de publier ces données en ligne.

Il faut observer le degré de variation du virus par rapport à la souche initiale. Depuis juillet dernier, la variabilité des virus a été multipliée par dix par rapport aux virus observés jusqu'en mai. Il existe quatre bases génétiques, ATGC pour l'ADN et AUGC pour les virus ARN. Normalement, la dégradation de C vers U est réparée, car la plupart du temps elle est délétère. Majoritairement, on constate une mutation de T vers U. Elle traduit, soit l'effet d'une enzyme bien connue chez les humains, qui s'appelle Apobec et qui a l'habitude de couper les virus.

En parallèle, on a comparé 100 cas à partir de juillet et 100 cas auparavant, pour mesurer le degré des troubles de coagulation. Ces derniers sont beaucoup moins nombreux et moins sévères depuis juillet, et la mortalité est plus faible. J'ai téléphoné au conseiller du ministre, Antoine Tesnière, pour lui communiquer ces données. Je lui téléphone d'ailleurs chaque semaine pour mettre les résultats de nos travaux à la disposition du ministère, de manière tout à fait démocratique. Je les mets d'ailleurs à la disposition de la planète entière.

M. René-Paul Savary, président. – 100 cas comparés, avant et après le mois de juillet, est-ce suffisant pour affirmer que le virus mute ?

Pr Didier Raoult. – La mutation, c'est une autre question : on la constate dans le virus lui-même. Nous avons fait 500 séquences de génomes viraux et nous avons observé le changement de base en juillet et en août. Nous avons constaté, avec d'autres, que l'on pouvait séquencer directement les virus sans les cultiver. Dans la pratique, pour tous les virus présentant moins de 20 CT, on peut disposer du génome entier dans les huit heures qui suivent. Je vous renvoie à notre papier, publié sur notre site.

M. René-Paul Savary, président. – Nous le lirons bien sûr avec beaucoup d'intérêt.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – À l'origine, nous voulions vous auditionner avec d'autres éminents spécialistes. Nous utilisons couramment cette méthode au sein de

notre commission d'enquête. En effet, avec un savoir technique incomparable au nôtre en la matière, vous pouvez, pendant dix minutes, nous faire un exposé de virologie pour nous expliquer que le virus semble muter. Or un autre virologue éminent, le professeur Lina, nous a dit et répété que le virus n'avait pas muté. Cela ne fait pas beaucoup avancer notre compréhension.

Nous n'avons pas à mettre en scène des matches de catch, à provoquer des conflits. Notre méthode consiste à faire ressortir les points qui font clivage. Pour vous, ces confrontations peuvent être pénibles, face à tel ou tel confrère virulent. J'en suis tout à fait désolé pour les uns et les autres, mais au fond ce n'est pas notre problème. Nous devons rendre compte aux Français de ce qui s'est passé. Sur bien des sujets fondamentaux – la recherche, les tests, les dépistages –, vous disposez d'une expertise et vous avez été en désaccord avec d'autres. Pour nous, il est essentiel de vous entendre débattre avec vos confrères.

Vous avez eu l'obligeance d'adresser, en amont, un document très précis aux rapporteurs.

Ce matin, comme lors de précédentes auditions, nous avons débattu des tests et de la lenteur avec laquelle ils ont été déployés. Or, au printemps, en pleine vague épidémique, on voyait des files de personnes se présenter devant votre institut pour obtenir un test. Dans le document que vous nous avez adressé, vous affirmez que l'IHU a pratiqué 200 000 tests sur 100 000 personnes. Pouvez-vous nous préciser ce calendrier ? Comment vous êtes-vous procuré le matériel nécessaire, les réactifs, alors qu'ailleurs en France l'on n'y parvenait pas ?

De plus, vous avez parlé d'une « destruction physique » de l'organisation des maladies infectieuses, à Paris, voire en Île-de-France. Ces termes sont très forts. Globalement, malgré les polémiques, les patients hospitalisés en Île-de-France dans les services de maladies infectieuses ne semblent pas avoir subi de perte de chance par rapport à d'autres régions. Au-delà des scissions de services, en quoi consiste cette « destruction » ?

Enfin, vous êtes revenu sur l'hydroxychloroquine et l'azytromicine. Le *benchmark* est effectivement très utile. Vous avez mentionné la Chine et l'important savoir qu'elle a accumulé. Mais, aujourd'hui, la plupart des pays, des États-Unis au Japon en passant par la Corée du Sud, l'Allemagne et la Chine, ne recommandent pas, voire déconseillent l'hydroxychloroquine.

Il semble que la science ait parlé – ce n'est pas un jugement. Nous, spectateurs engagés de cette situation, dressons simplement ce constat. Aujourd'hui, ce traitement n'est plus guère utilisé dans le monde. Cela signifie-t-il que le monde entier est aujourd'hui dans l'erreur ?

Pr Didier Raoult. – Bien sûr, je ne suis d'accord avec vous sur aucun point.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Il ne s'agit pas d'un débat entre nous !

Pr Didier Raoult. – Tout d'abord, 4,6 milliards de personnes vivent dans des pays où l'on utilise l'hydroxychloroquine. Vous ne pouvez pas liquider la question comme cela.

En outre, je passe mon temps à faire des méta-analyses ; à peu près tous les pays du monde publient des résultats. Vous ne pouvez pas dire que vous savez mieux que moi ce dont il s'agit.

Vous voyez bien qu'il n'est pas possible de faire une opinion : c'est le temps qui s'en charge, en faisant le tri. Je l'ai dit à partir du mois de février : la quatorzaine est un fantasme analogique avec la quarantaine, elle n'a pas de sens sur le plan clinique. De même, à l'origine, on a dit que les tests de servaient à rien. On ne les a pas faits, parce que les centres nationaux de référence ont dit que c'était trop compliqué ; et, une fois que l'on a pris cet embranchement, il a été extrêmement difficile de revenir sur ce choix.

Ce n'est pas vrai que l'on n'avait pas les réactifs : je l'ai dit, redit, et je vous le dis encore une fois. Les laboratoires vétérinaires ont écrit à peu près à tout le monde, y compris au conseil scientifique, pour dire qu'ils fabriqueraient 300 000 tests. Les autres ne leur ont pas répondu ; mais, nous, nous leur avons répondu, et nous nous sommes servis de ces tests.

Dans une telle crise, des opinions différentes se confrontent, et vous ne pouvez pas penser que, par la magie du Sénat, tout le monde sera d'accord à la fin. C'est le temps qui trie : c'est à la fin que l'on voit ce qui s'est passé.

Pour ce qui concerne les tests, on a fait ce que l'on fait en situation de crise : tous les jours, nous nous sommes débrouillés. Nous-mêmes, chez nous, nous avons fabriqué de quoi faire 430 000 tests lyophilisés. Nous nous sommes organisés pour faire face. C'est l'intendance qui a suivi la décision, et non l'inverse.

Enfin, dans un papier qui vient d'être accepté, j'ai répertorié l'ensemble des pays qui recommandent l'hydroxychloroquine et relevé la mortalité qu'ils enregistrent : je ne suis pas d'accord avec l'opinion scientifique que vous émettez à cet égard. Chacun son métier et les vaches seront bien gardées.

M. René-Paul Savary, président. – Ces données sont-elles dans le document que vous nous avez adressé ?

Pr Didier Raoult. – Tout à fait.

M. René-Paul Savary, président. – Bien sûr, nous communiquerons ce document à l'ensemble des commissaires.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Je ne m'inscris pas dans un débat d'opinion : je suis rapporteur d'une commission d'enquête. Voici une liste, d'ailleurs incomplète, des pays dont les autorités de santé déconseillent actuellement l'usage de l'hydroxychloroquine. Aux États-Unis, les *National Institutes of Health* (NIH) et l'*Infectious Disease Society of America* (IDSA) déconseillent l'utilisation de l'hydroxychloroquine ; la Grande-Bretagne fait de même ; à l'échelle mondiale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) demande de ne pas l'utiliser, quelle que soit la gravité des cas ; l'Italie déconseille ce traitement, de même que la Belgique, l'Allemagne, le Brésil, le Portugal, la Chine – le *Chinese Center for Disease Control and Prevention* (CDC) estime que l'utilisation de l'hydroxychloroquine doit être déconseillée, quelle que soit la gravité des cas –, le Japon, l'Australie, l'Espagne et le Canada, sans oublier l'Union européenne, via l'*European Medicines Agency* (EMA), la Suisse et la Corée du Sud.

Je peux entendre que ces recommandations soient erronées. J'attends qu'on nous l'explique. Je respecte votre opinion, mais vous transformez ma question en un débat d'opinion entre vous et moi, et je le déplore.

Pr Didier Raoult. – Une nouvelle fois, je vous recommande la lecture de notre papier, qui détaille la question très précisément. Les États-Unis sont un pays fédéral ; un tiers des États américains recommande l'hydroxychloroquine ; un autre tiers ne sait pas trop ce qu'il faut faire et le dernier tiers le déconseille. Il n'y a donc pas d'homogénéité. Les conflits autour de l'hydroxychloroquine sont mondiaux.

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. – Alors, la liste est fausse ?

Pr Didier Raoult. – Nous avons dressé notre propre liste en indiquant chaque source – je peux vous envoyer le préprint de ce document si vous le souhaitez. D'après nos chiffres, 4,6 milliards de personnes vivent dans des pays recommandant ou permettant l'usage de l'hydroxychloroquine.

M. René-Paul Savary, président. – Pour revenir aux tests, vous avez répondu à la proposition des laboratoires vétérinaires : à l'échelle nationale, il y aurait donc eu un retard à cet égard ?

Pr Didier Raoult. – J'ai eu l'occasion de le dire au Président de la République : la PCR est une méthode extrêmement simple, elle ne pose pas beaucoup de problèmes et tout le monde est capable de la pratiquer. D'ailleurs, on le voit maintenant. À l'époque, le Président de la République a été surpris, mais quand je l'ai revu, il m'a déclaré : « Vous avez été le premier à me dire cela. On m'affirmait que c'était un acte très compliqué, qui ne pouvait être fait que dans les centres de référence. »

M. René-Paul Savary, président. – C'est ce que l'on nous a régulièrement dit.

Pr Didier Raoult. – L'an dernier, nous faisons déjà 150 000 PCR : l'ADN, c'est l'ADN. Je ne vois pas comment débattre avec des personnes qui prétendent que c'est très compliqué, alors que, selon moi, c'est la chose la plus simple du monde.

Je connais les chiffres des morts par ville et par région, notamment pour ce qui concerne les jeunes. J'ai publié les résultats – ce ne sont pas les miens, mais ceux de Santé publique France. La surmortalité en Île-de-France et dans l'Est est manifeste et elle est tout à fait spécifique, y compris dans des tranches d'âge où elle est inhabituelle.

M. Martin Lévrier. – La controverse scientifique a rapidement dominé la scène médiatique, avant de virer au combat scientifique. Cette situation dure depuis quatre mois ; selon moi, elle n'a que trop duré. Vous affirmez vous heurter à une incompatibilité idéologique. Je comprends votre refus des groupes placebos. Mais si vous avez raison depuis le début, combien de patients n'ont pas été soignés, pour des raisons idéologiques ? Cette question est capitale.

En outre, la communication n'a-t-elle pas pris le pas sur la véritable controverse scientifique, qui est une nécessité ? Comment sortir de ce débat, pour avancer ? C'est un sujet mondial.

M. Damien Regnard. – Sénateur des Français établis hors de France, je peux attester de votre renommée parmi eux. Cette pandémie a débuté en Asie, avant de toucher

l'Europe et l'Amérique du Nord, puis l'Amérique latine. Au mois d'avril, on faisait des projections catastrophiques pour l'Afrique, mais ce continent n'a finalement pas connu une vague aussi importante que dans d'autres territoires. Vous connaissez très bien l'Afrique, en particulier le Sénégal. Comment expliquez-vous que la catastrophe annoncée n'ait pas eu lieu ?

On peut comprendre l'anxiété des Français ces derniers temps, quand plus de 10 000 nouveaux cas sont annoncés certains jours. Si vous aviez trois recommandations à faire, quelles seraient-elles ? Comment voyez-vous l'évolution de cette pandémie dans les deux mois à venir ?

M. Roger Karoutchi. – Je voudrais également entendre votre opinion quant à ce qui pourrait se passer dans les semaines qui viennent.

Que pensez-vous du fait que les médecins ont été bien souvent contraints de ne pas appliquer votre traitement et empêchés de le prescrire, alors même que les autorités scientifiques affirmaient qu'il n'y avait ni traitement ni médicament ? Est-ce normal qu'on dise simplement aux gens de rester chez eux, de prier et de prendre du doliprane plutôt que de tenter votre traitement ?

Comme je le faisais remarquer ce matin au professeur Delfraissy, l'autorité du conseil scientifique ne semble pas toujours être suivie par le Gouvernement. On a institutionnalisé un débat, certes passionnant, mais très anxiogène pour la population. Pensez-vous que l'existence du conseil scientifique tel qu'il est défini aujourd'hui a encore du sens ?

M. Olivier Henno. – On nous a expliqué ce matin, de manière assez floue et complexe, que le système de santé français n'était pas prêt ; il serait trop curatif. Quel est votre diagnostic ? Pourquoi n'étions-nous pas prêts ? Notre pays consacre des moyens importants à la santé ; ces défauts relèvent donc plutôt de l'organisation du système. Par ailleurs, notre système me semble souvent un peu trop corporatiste. Qu'en pensez-vous ?

M. Jean-François Rapin. – Le professeur Delfraissy nous affirmait que les informations scientifiques et cliniques qu'il avait directement reçues des Chinois, sous l'œil bienveillant de l'OMS, étaient telles qu'on ne pouvait leur accorder qu'une confiance très réservée. Vous vous êtes pourtant appuyé sur les expertises chinoises au début de vos recherches sur le traitement à base d'hydroxychloroquine : quelle différence y a-t-il entre les approches du conseil scientifique et la vôtre ?

Vous nous avez affirmé qu'il y a de plus en plus de souches virales. Mais ce qui fait les souches, ce sont les mutations du virus, qu'elles soient plus ou moins pathogènes ou virulentes. Le virus mute-t-il, oui ou non ?

Mme Victoire Jasmin. – Concernant les essais thérapeutiques, les protocoles que vous préconisiez font-ils l'objet d'études comparatives ? D'autres équipes les utilisent-elles ? Par ailleurs, la liberté de prescrire a été mise en cause dans notre pays. Cette obstruction a-t-elle causé des pertes de chances ? Enfin, vous avez affirmé avoir commandé des séquençages du génome du virus et avoir observé sept mutations : quelle était leur nature ?

Pr Didier Raoult. – Monsieur Lévrier, je suis content que vous me posiez cette question, mais je me demande pourquoi vous ne la posez pas au ministère de la santé. Il y a des gens qui adorent faire des essais : pourquoi n'en ont-ils pas fait un pour comparer le

traitement hydroxychloroquine-azithromicine à un placebo ? C'est l'un des reproches majeurs que j'ai faits au conseil scientifique : tous les essais avaient été décidés avant que ne se tienne la moindre réunion de ce conseil et il n'a été question que du remdesivir et du lopinavir, jamais de l'hydroxychloroquine, qui était le seul médicament pour lequel on disposait de données préliminaires. C'est l'une des raisons pour lesquelles je me suis mis en retrait du conseil scientifique : il n'a jamais piloté quoi que ce soit dans la recherche sur le covid-19. Qui a apporté les données montrant que les enfants n'étaient pas affectés, sinon nous ? Les gens semblent découvrir que les CT n'ont pas tous la même valeur : cela fait deux mois et demi que nous l'avons écrit ! Ce sont des choses que l'État aurait dû piloter : l'incidence des différentes couches de population, l'incidence chez les patients symptomatiques et asymptomatiques. Voilà le pilotage que le conseil scientifique aurait dû assurer. J'ai écrit très tôt que celui qui avait été mis en place ne pouvait pas piloter une recherche de crise ; je m'en suis retiré, parce que j'estime, à tort ou à raison, être plus utile sur place, dans les décisions à prendre tous les jours, mais j'ai proposé des gens qui, à Toulouse ou à Créteil, faisaient des centaines de milliers de tests PCR, connaissaient parfaitement la pharmacologie et n'auraient jamais entériné l'idée selon laquelle l'hydroxychloroquine serait un poison mortel : ces gens auraient été capables de mener une véritable politique scientifique, ce qui n'était pas le cas des membres de ce conseil scientifique, comme je l'ai exprimé au Président de la République et au Premier ministre. Je regrette qu'aucune politique n'ait été entreprise pour vérifier les quelques éléments préliminaires que j'avais apportés.

Concernant l'efficacité, nous avons bien commencé à faire une étude dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) avant que ce ne soit interdit. Ses résultats sont disponibles en ligne : on constate une baisse de 50 % de la mortalité dans les Ehpad où nous avons pu traiter les gens par rapport aux endroits où l'on n'a pas pu les traiter – on est passé de 27 % à 14 % de mortalité. Ce sont nos données : il faut les regarder et chercher à les reproduire, plutôt que de se plaindre que l'on ne fait rien dans les Ehpad. On a encore du temps, il y a encore des malades : les gens qui se posent la question de l'efficacité peuvent faire le nécessaire. Il ne faut pas vivre dans des mythes : un grand article publié dans l'*American Journal of Medicine* explique la place de l'hydroxychloroquine, notamment contre les facteurs qui entraînent la coagulation, au premier rang desquels la sécrétion d'anticorps antiphospholipides, ceux-là mêmes qu'on trouve dans le lupus – c'est d'ailleurs pourquoi l'hydroxychloroquine est prescrite pour le traitement de cette maladie. Ce sont des éléments réels !

Vous parlez de communication : personnellement, j'ai toujours pensé que, de ce point de vue, on allait dans le mur. Je n'ai jamais porté d'opinion sur la politique du Gouvernement, hormis quand vous me le demandez dans un cadre officiel ; je n'ai fait que donner des chiffres, communiquer les données que nous étions les seuls à détenir dans ce pays, voire dans le monde. Je vous ai transmis quatre pages de résultats de nos recherches. C'est officiel : on ne peut pas tricher avec ces résultats ! Vous estimez peut-être que ma communication est nuisible, mais quantité de pays l'ont utilisée pour prendre des mesures qui ont fonctionné. Ainsi, en Algérie, on a vite compris qu'il fallait tester et on l'a fait plus massivement qu'en France à la même époque. Les meilleurs journaux du monde, aux États-Unis comme au Royaume-Uni, ont publié des articles dont les auteurs se prononçaient sur l'efficacité de tel ou tel traitement sans même avoir fait un test biologique ! Ce phénomène de déroute n'est pas seulement français.

Les Chinois sont actuellement les seuls compétiteurs que nous ayons, avec Taïwan et la Corée du Sud. Sur les infections respiratoires, ils ont les plus grandes séries du monde, ils ont une approche extrêmement pragmatique et moderne. Quand on essaie de faire

le séquençage direct d'une infection du cerveau ou du cœur, alors même qu'on obtient les résultats et qu'on commence à écrire le papier, on se rend compte qu'un papier équivalent a déjà été publié dans un journal chinois dont on n'a jamais entendu parler ! Ils ont une stratégie de recherche : il suffit de visiter l'hôpital spécialisé en maladies infectieuses qu'ils ont construit à côté de Shanghai pour s'en convaincre. Pour les maladies infectieuses, la France ne dispose pas même actuellement de ce qui existe au Sénégal, au Mali ou au Congo. Il existe près de l'aéroport de Dakar un bâtiment technologique, d'ailleurs financé par Gilead, dont le niveau d'équipement de diagnostic et de séquençage est absolument inouï. Une course technologique a commencé ; certains pays n'ont pas suivi et elle se passe aujourd'hui essentiellement en Extrême-Orient.

Je ne sais pas pourquoi la vague annoncée n'a pas eu lieu en Afrique. Je ne sais pas prédire. Beaucoup d'Africains disent que le fait qu'ils prennent systématiquement de la chloroquine a pu jouer un rôle ; c'est possible, mais je n'en sais rien, honnêtement.

Quant à l'anxiété, vous admettez qu'elle n'est pas de mon côté : ce n'est pas moi qui affole les populations. Il n'y a d'ailleurs pas de raison d'être affolé. Les données de l'Institut national d'études démographiques (Ined) vous indiqueront la perte d'espérance de vie due à cette épidémie. C'est une donnée différente de la mortalité. La perte d'espérance de vie est moindre quand la victime souffre d'une polyopathie ou d'un cancer métastaté, ou quand elle a 92 ans, que quand elle a 18 ans et a un accident de moto. Or la perte d'espérance de vie constatée en 2020 par rapport à 2019 n'est que de 0,2 an ; cette perte est inférieure à celle qui avait été constatée en 2015. Loin de nourrir l'anxiété, j'ai toujours essayé d'être optimiste : on n'est pas face à un drame absolument insupportable. Ce débat ne va pas se régler maintenant, mais à la fin, avec les chiffres. Je les suis de manière très précise, parce que je suis empirique : cela m'intéresse de regarder les données chiffrées, de les analyser et de les comprendre. La grippe a énormément tué en 2015 et tout le monde s'en est fichu ! Elle a plus tué que ne le fera l'épidémie cette année, sauf événements absolument imprévisibles pour moi.

J'ai essayé de vous donner des données comparatives par rapport aux désastres du passé : on ne vit pas le même désastre parce que ce n'est pas le même âge qui meurt : 50 % des gens qui sont morts avaient plus de 85 ans ; 72 % d'entre eux, si je ne me trompe, avaient plus de 80 ans. Dans les pays européens, plus de 90 % des victimes avaient plus de 60 ans. Il s'agit de personnes dont l'équilibre est précaire : les circonstances font qu'elles tombent du mauvais côté. C'est ce que nous observons dans les données d'âge actuelles. Chez nous, le mort le plus jeune a longtemps été un homme de 58 ans ; malheureusement, une femme de 54 ans, dans un état absolument épouvantable, est venue mourir : elle a été refusée en réanimation parce que son état physiologique de base était trop mauvais. Avant même de prendre en compte, par des calculs très complexes, les polyopathologies, on constate que la perte globale d'espérance de vie sera extrêmement mineure en fin d'année. Ce n'est pas moi qui développe l'anxiété !

Concernant l'interdiction de prescrire l'hydroxychloroquine, tout le monde connaît mon opinion à ce sujet. Je ne vois pas comment on aurait pu avoir un débat serein quand, dans l'espace d'une demi-journée, le ministère et l'OMS se sont mis à dire qu'on interdirait partout ce traitement, qui tuerait les gens, sur la base d'un article qui a été retiré trois semaines plus tard ! C'est une bande de pieds nickelés qui avait écrit ce truc ! Personne ne savait d'où ils sortaient. Ce n'est pas moi qui raconte des bêtises ! Qu'on puisse penser que cette étude était vraie, alors qu'on parle d'un médicament qui a été prescrit à 2 milliards de personnes, cela témoigne d'une déconnexion des deux parties du cerveau : l'une a perdu en

pragmatisme et l'autre est devenue guerrière et symbolique. Réussir à vous faire avaler quelque chose de tel, c'est spectaculaire ! D'ailleurs, les Africains se moquaient de nous, eux qui prennent de la chloroquine depuis des décennies. Quand j'étais enfant en Afrique, j'en prenais dès l'âge de deux ans, les comprimés étaient sur la table, chacun en prenait. C'est peut-être pourquoi je ne crains pas la chloroquine.

Quant à ce qui ne marche pas dans notre système de santé, il faut là encore regarder les données chiffrées, en l'occurrence le rapport *Health at a Glance* que publie l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) tous les ans. Vous y verrez les différences qui existent entre la France et les autres pays quant au rapport entre effort financier et mortalité. L'effort financier français est considérable, mais nous sommes l'un des pays qui a le moins de médecins et dont les médecins sont les plus vieux, du fait du *numerus clausus* imposé par l'État pendant trente ans. En outre, les médecins hospitaliers, sauf s'ils sont universitaires, sont moins bien payés en France que dans la moyenne des pays de l'OCDE ; le niveau des grands équipements est lui aussi inférieur à la moyenne.

Concernant les mutations, tout mute tout le temps. Quand on copie, il y a des erreurs. En moyenne, pour l'ADN, il y a en moyenne une erreur par million de copies ; c'est assez peu. En revanche, l'ARN, présent dans ce virus, connaît environ 100 fois plus de mutations : le taux d'erreur serait entre 1 pour 10 000 et 1 pour 40 000. Parfois, il s'agit de mutations dites « synonymes », qui n'entraînent pas de changement d'acide aminé ; elles peuvent cependant parfois entraîner un changement dans la capacité du virus à se multiplier. Certaines mutations que nous avons observées agissent sur la protéine *spike*, spécifique à ces coronavirus, d'autres sur la nucléocapside, qui a beaucoup de points communs avec les autres coronavirus, ce qui expliquerait certaines réactions et, peut-être, protections croisées : la protéine *spike* et la nucléocapside sont les deux grands antigènes reconnus par la réponse immunitaire. On compte le nombre de mutations survenues par rapport au virus souche. Entre mars et mai, on n'en avait compté qu'une dizaine ; depuis, ce nombre est 10 fois plus élevé. La distance mesurée entre les versions actuelles du virus et la souche primaire augmente.

M. René-Paul Savary, président. – Pouvez-vous répondre à la question posée au sujet des préconisations du conseil scientifique qui n'ont pas été suivies par le Gouvernement ?

Pr Didier Raoult. – Je ne me rappelle pas quelles préconisations n'ont pas été suivies.

M. Roger Karoutchi. – Le conseil scientifique est censé constituer l'autorité de référence en la matière. Il délivre des avis ; parfois le Gouvernement les suit, parfois il ne les suit pas. L'existence du conseil scientifique a-t-elle encore une vraie valeur ?

Pr Didier Raoult. – Le Gouvernement détient la responsabilité politique : il lui incombe de suivre ou non les recommandations du conseil scientifique. Le Gouvernement reçoit des conseils ; je n'étais pas d'avis de les rendre publics, j'estime que les décisions auraient dû être prises autour du Président de la République ou du ministre de la santé, comme toujours jusque-là. Surtout, la composition du conseil scientifique n'était pas bonne : il était dérivé de Reacting, le groupe mis en place par l'Inserm.

Mme Angèle Prévaille. – L'inconscient collectif tend à associer les mutations d'un virus à une dangerosité fortement accrue. Voyez-vous arriver des souches plus virulentes ?

Vous avez évoqué les raisons éthiques qui vous ont dissuadé d'avoir recours à des placebos dans le cadre d'essais cliniques en période de crise, face à une maladie qui peut être mortelle. Que pensez-vous de l'effet placebo ?

Vous avez évoqué la création de centres anti-infectieux. La structure que vous dirigez à Marseille en est-elle un ? Que lui manquerait-il ? D'autres centres existent-ils sur le territoire national ? Les pouvoirs publics vous ont-ils entendu quant au développement, après la crise, de centres semblables au vôtre ?

Mme Véronique Guillotin. – Je regrette que cette audition n'ait pas lieu sous la forme d'une table ronde : il aurait été plus éclairant de vous voir échanger avec d'autres scientifiques.

Je voudrais rebondir sur le début de vos propos : vous dites ne pas comprendre l'emballement médiatique qu'avaient suscité vos propos. Je me rappelle le premier matin où vous êtes intervenu à la radio : vous avez affirmé l'effet positif de la chloroquine, ce qui a suscité un espoir important chez des Français inquiets en pleine période épidémique, alors que la situation de notre pays était presque catastrophique. Ne pensez-vous pas, en tant que scientifique reconnu, que vos paroles auraient dû être différées, qu'il aurait fallu attendre plus d'études, des résultats plus concrets ? Certains de nos concitoyens ont pris vos propos pour argent comptant : cela me semble avoir été le début de la fracture d'opinion dans notre pays. Reconnaissez-vous une certaine imprudence, ou feriez-vous les mêmes choix aujourd'hui en matière d'expression publique ?

Mme Céline Boulay-Espéronnier. – Quel est le sens de l'emballement médiatique autour de vous ? Que dit-il de vous et de l'état du débat contradictoire et de la démocratie sanitaire en France ?

Vous avez fait l'apologie de l'empirisme : attendons, dites-vous, et on verra qui aura eu raison. Aujourd'hui, une grande confusion règne encore dans la tête de nos compatriotes, car le retour d'expérience n'est pas encore probant : on reçoit des réponses contradictoires.

Où en sont nos connaissances quant aux malades qui ont été symptomatiques ? Les séquelles évoluent-elles ? Ces malades peuvent-ils souffrir à vie, ou durablement, d'une perte de goût ou d'odorat ?

Vous avez évoqué une destruction physique de l'organisation de la médecine spécialisée dans les maladies infectieuses ? Qui est à l'origine de cette destruction, et pourquoi a-t-elle eu lieu ?

Interrogé récemment sur le port généralisé du masque, vous avez répondu ne pas faire de politique. Tout à l'heure, vous avez dit que l'intendance a suivi la décision. Or il semblerait, au vu des déclarations que nous ont faites ce matin les membres du conseil scientifique, que l'inverse est plus proche de la réalité : on n'a pas imposé plus tôt le port généralisé parce qu'il n'y avait pas de masques. Qu'en pensez-vous ?

M. Olivier Paccaud. – Les membres du comité scientifique ont évoqué ce matin l'impréparation de notre système médical. Vous avez pointé du doigt la déstructuration programmée du système de recherche épidémiologique. N'est-ce pas une combinaison des deux phénomènes qui a abouti à ce qu'on peut tout de même considérer comme une

hécatombe, quand bien même la situation, à vous croire, serait moins dramatique que lors de la grippe de 2015 ?

Vous avez évoqué le *benchmarking*. Les résultats français sont loin d'être brillants : il y a pire et il y a mieux. Nous avons reçu les représentants de Corée du Sud et de Taïwan, où il n'y a eu que très peu de morts. D'après vous, quand on veut éteindre un incendie épidémiologique, que doit-on faire quand on n'a pas de vaccin ?

Mme Annie Guillemot. – Vous avez dit que le temps ferait le tri. Beaucoup de papiers ont été publiés, mais certains sont faux. La confusion reste donc très importante. Cela dit, la science a parlé sur certains points. Je regrette, comme Véronique Guillotin, qu'il ne puisse y avoir ici de confrontation entre d'autres chercheurs et vous.

Une agence dédiée aux crises, qui regrouperait des scientifiques et des chercheurs en sciences humaines et sociales permettrait également de diminuer l'anxiété des Français. Qu'en pensez-vous ? Par ailleurs, on n'a pas parlé du vaccin. Quelle est votre position à ce sujet ?

M. David Assouline. – Le grand public a appris votre nom grâce à la polémique autour de votre traitement. Six mois après, même en l'absence d'autorisation officielle, dans la mesure où les gens se sont rués dessus, on devrait tout de même avoir des résultats mettant fin au débat. Or il n'y a rien de probant au-delà de vos tests sur une centaine de personnes. Que dites-vous à M. Macron et à tous les scientifiques qui nient l'efficacité du traitement ? Allez donc au bout : accusez-les de refuser un traitement qui permettrait de soigner les Français, si vous en êtes convaincu ! Je ne gobe pas tout ce que nous disent le Gouvernement ou les scientifiques, mais je reste perplexe : y aurait-il un complot pour que des Français meurent ? Je crains que, derrière le scientifique pragmatique que vous êtes, il n'y ait une idéologie qui vienne troubler votre approche : qu'avez-vous en commun avec M. Michel Onfray, avec qui vous vous apprêtez à signer une tribune ?

M. Jean Sol. – Que pensez-vous du confinement total mis en place dans notre pays ? Aurait-il pu être évité ? Quel est votre avis sur la doctrine en matière de masque ? Reconnaissons que sa géométrie a été pour le moins variable et qu'elle est encore floue aujourd'hui. Les moyens sont-ils au rendez-vous en France en matière de recherche ? Enfin, est-il possible de raccourcir les délais de réalisation des tests ?

Pr Didier Raoult. – Concernant l'effet placebo, on prétend qu'il est dramatique d'apporter de l'espoir : je ne suis pas d'accord. Au contraire, c'est dramatique d'apporter du désespoir. L'effet placebo commence par l'espoir qu'on apporte. La négligence de cet effet biologique, observable par les outils radiologiques actuels, est terrifiante. Il existe même un « effet nocebo » : quand on annonce à quelqu'un qu'il va mourir, des zones du cerveau s'éteignent. Un tel effet a été engendré par les annonces quotidiennes à la télévision. À l'inverse, quand on donne de l'espoir aux gens, l'effet placebo les calme, comme sous l'effet de benzodiazépines.

Les séquelles sont une vraie question. On a commencé à travailler dessus : nos recherches ont montré l'existence d'un hypométabolisme persistant dans certaines zones derrière le bulbe olfactif ; on ne sait pas encore combien de temps cet effet peut persister ni ce qui pourrait le guérir. Les séquelles cérébrales semblent plus importantes que les séquelles pulmonaires, qu'on redoutait davantage.

Le débat autour de l'hydroxychloroquine n'est pas seulement français : il est mondial. Ce n'est pas juste moi ! Comment une bande de polichinelles a-t-elle pu publier dans le *New England Journal of Medicine* et dans le *Lancet* si l'on n'avait pas perdu toutes notions de base ? Ces articles ont été rétractés dans les trois mois. Je n'ai jamais rien vu de tel dans toute l'histoire de la médecine ! Arrêtez de croire que c'est une histoire franco-française : il s'agit d'un phénomène international beaucoup plus puissant. L'Europe de l'Ouest et une partie des États-Unis, où les chiffres sont d'ailleurs les plus mauvais au monde, ont géré la crise d'une certaine manière, en courant après une molécule nouvelle faite par les laboratoires, puis après la vaccination, alors qu'une autre partie du monde a adopté une gestion extrêmement pragmatique. En Corée du Sud, le pragmatisme était total : on détecte et on isole. On réquisitionne les hôtels pour y mettre les gens qui sont positifs : c'est le modèle du lazaret plutôt que celui de la quarantaine.

La destruction des services de maladies infectieuses n'a pas été volontaire. On a connu une époque paradoxale, juste avant l'épidémie de sida, où on disait que les maladies infectieuses étaient terminées. On a fermé l'hôpital Claude-Bernard, l'endroit même où on aurait pu investir massivement pour lutter contre les nouvelles épidémies, en particulier contre le sida, pire épidémie du XX^e siècle, qui commençait tout juste. Il est compliqué de se remettre en cause : quand on s'engage dans une direction, c'est dur de sortir du sentier et de reconnaître son erreur : cela s'applique à tous, du Président de la République au professeur Delfraissy et à moi-même ! On manque de lucidité sur ses propres erreurs.

À ce propos, je trouve curieux que des consignes relatives aux maladies infectieuses aient été données par le directeur général de l'Assistance publique de Paris, plutôt que par le titulaire de la chaire de maladie infectieuse. C'est un truc de professionnel, la médecine !

Dès 2003, je jugeais nécessaire de créer un « infectiopôle » Necker-Pasteur, un centre de taille mondiale dédié aux maladies infectieuses. Je pense toujours qu'une telle initiative est nécessaire, peut-être parce que je suis incapable de changer d'avis...

Vous m'interrogez sur le confinement et le masque. Ce sont des questions difficiles ; des chercheurs commencent à faire des études comparatives, mais elles sont difficiles à analyser dans la mesure où les comportements sociaux diffèrent suivant les pays : les contacts entre personnes ne sont pas les mêmes en Suède ou en Italie. Il est donc très complexe de comparer l'efficacité des mesures de confinement. J'ai déclaré au Président de la République que le rôle du politique était, selon moi, de prendre toutes les mesures pour éviter l'affolement ; si ces mesures produisent un effet inverse, elles ne sont plus fonctionnelles. Le confinement, suivant les analyses effectuées en Italie et en Espagne sur des milliers de donneurs de sang, n'a pas protégé les gens individuellement du risque d'infection : ceux qui n'étaient pas confinés étaient plutôt moins positifs que ceux qui l'étaient. Il n'y a pas de substrat scientifique individuel, ce qui ne veut pas dire que ce ne soit pas un choix de société : plutôt que d'affoler tout le monde, il pouvait être pertinent de confiner. Je ne sais pas répondre.

Pour le masque, c'est pareil : il n'y a pas de vérité scientifique brutale. Celle-ci existe pour le personnel de soin, qui opère à 30 ou 40 centimètres des patients ; le risque de contamination est alors évidemment plus important et il a été démontré que le masque diminuait ce risque dans ces conditions. Cela ne peut pas être démontré dans d'autres conditions. Là encore, c'est une question de message social : ce message peut s'avérer utile, même si je ne sais pas s'il faut être extrêmement punitif en la matière : si porter un masque

change les comportements, empêche les gens de s'embrasser et leur rappelle que quelque chose circule, on peut penser que c'est raisonnable ; cela peut permettre de conserver une distance sociale sans se faire d'énormes illusions sur le pouvoir du masque lui-même. La clef, ce sont les mains, il faut se passer dix ou vingt fois de l'alcool sur les mains chaque jour.

Concernant les mutations, « mutant » ne veut pas dire « plus méchant » ! Je n'ai jamais dit le virus se faisait plus virulent ; nous avons plutôt l'impression d'observer des formes dégradées de la forme initiale, des formes moins graves, mais c'est très compliqué de deviner le pouvoir pathogène d'un virus à partir de sa séquence génétique ; personne ne sait vraiment le faire.

M. René-Paul Savary, président. – Une question concernait la régulation de la parole scientifique.

Pr Didier Raoult. – Je suis français, mais je ne vous appartiens pas. Ma parole scientifique est une parole libre, comme garantie par la Constitution et l'histoire de ce pays. Elle s'adresse à une quantité de gens dans le monde. Si vous pensez que mes propos n'ont pas eu de conséquences sur la prescription d'hydroxychloroquine-azythromicine dans le monde, vous vous trompez très lourdement. Des sondages menés sur les médicaments prescrits dans le monde montrent une influence thérapeutique énorme : vous verrez bien avec le temps. Ce n'est pas moi qui ai raconté des balivernes sur la toxicité d'un médicament qui est prescrit à 2 milliards de personnes. Vous verrez bien ! Les publications montrant que l'usage de l'hydroxychloroquine fait diminuer entre 30 % et 50 % la mortalité sont en train de s'accumuler : il en sort tous les jours !

M. René-Paul Savary, président. – Concernant les questions de Jean Sol, vous avez rappelé qu'il manque des scanners. Quant aux délais de tests, on constate que notre stratégie devrait peut-être évoluer.

Pr Didier Raoult. – Nous n'avons pas de problème en la matière à Marseille : le délai moyen de rendu est chez nous de huit heures ; aucun test n'est rendu en plus de vingt-quatre heures.

M. Jean Sol. – Ce n'est pas partout ainsi.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Certains laboratoires ont des machines très rapides, mais elles ne sont pas présentes partout.

Pr Didier Raoult. – On nous demande pourquoi les approches ne se réconcilient pas. Les gens n'ont qu'à venir voir ce qu'on fait ! On a testé 79 000 personnes, mais le ministre n'est même pas venu à l'IHU lors de sa visite à Marseille ! Je suis républicain : je respecte donc les gens qui sont aux affaires. Je publie nos données chaque semaine : si vous voulez voir comment on y parvient, il faut venir voir, je ne refuse personne, je discute avec tous les gens intelligents, quel que soit leur bord.

M. René-Paul Savary, président. – Merci de vos réponses : il n'y a pas eu de confrontation, mais des échanges frontaux, ce qui était important.

Audition commune des Professeurs Dominique Costagliola, épidémiologiste, membre de la cellule de crise de l'Académie des sciences, et Yazdan Yazdanpanah, chef du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Bichat, directeur de l'Institut thématique d'immunologie, inflammation, infectiologie et microbiologie de l'Inserm (Reacting), membre du conseil scientifique

M. René-Paul Savary, président. – Nous poursuivons nos travaux avec l'audition commune du Professeur Dominique Costagliola, épidémiologiste, membre de la cellule de crise de l'Académie des sciences, et du Professeur Yazdan Yazdanpanah, chef du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Bichat, directeur de l'Institut thématique d'immunologie, inflammation, infectiologie et microbiologie de l'Inserm (Reacting), membre du conseil scientifique. M. Yazdanpanah est accompagné de Mme Marie Paule Kieny, conseillère scientifique auprès de Reacting et du docteur Éric Dortenzio, directeur scientifique de Reacting.

Cette audition a pour objet d'obtenir des précisions sur la recherche et les traitements. Nous souhaitons notamment aborder la méthodologie applicable aux essais cliniques, les orientations privilégiées en France au vu de la comparaison entre les essais Discovery et Recovery, les résultats obtenus, ainsi que la question des publications ou des annonces précoces au cours de la crise. Nous voudrions savoir comment vous avez réagi à l'évolution chronologique de cette épidémie.

Après une brève présentation de vos principaux messages, je laisserai nos rapporteurs vous poser leurs questions.

Je vais maintenant, conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, 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, Mme Dominique Costagliola, M. Yazdan Yazdanpanah, Mme Marie Paule Kieny et M. Éric Dortenzio prêtent serment.

Pr Dominique Costagliola, épidémiologiste, membre de la cellule de crise de l'Académie des sciences. – Je tiens d'abord à me présenter, afin que vous sachiez d'où je parle. Je suis directrice de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et membre de l'Académie des sciences depuis décembre 2017. Je suis également directrice adjointe de l'Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique, établissement placé sous la tutelle de Sorbonne Université et de l'Inserm, et vice-doyenne déléguée à la recherche de la faculté de médecine de Sorbonne Université.

Mes recherches portent sur l'infection à VIH dans le domaine de la santé publique, de l'épidémiologie, de la modélisation et de la recherche clinique, dont les essais randomisés, mais aussi les études observationnelles. Ma spécialité méthodologique est la pharmaco-épidémiologie, c'est-à-dire l'étude par des méthodes épidémiologiques de l'effet des médicaments, avec une concentration sur l'inférence causale en situation observationnelle : il s'agit de déterminer à quelles conditions une différence observée entre deux groupes liée à une exposition – un traitement, par exemple – peut-elle se voir attribuer

une interprétation causale – autrement dit, quand peut-on dire que cette différence est due au traitement ?

Je termine actuellement un mandat de trois ans en tant que présidente du comité santé publique de l'Agence nationale de recherche (ANR). Depuis 2018, je suis vice-présidente chargée de la méthodologie du jury du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) national.

J'ai été consultante en pharmaco-épidémiologie pour l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (Afssaps), le prédécesseur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), de 1997 à 2001 ; ma mission consistait à développer une expertise interne dans ce domaine.

J'ai été membre de la commission nationale de pharmacovigilance entre 2001 et 2007 ; j'ai présidé le groupe 2, « Renforcer la surveillance du médicament » des assises du médicament, en 2011, et j'ai été chargée en 2013, avec Bernard Bégaud, d'une mission de surveillance et de promotion du bon usage du médicament en France. Dans les deux cas, j'ai tenu à préciser deux choses avant ma nomination : d'une part, je ne suis pas médecin, mais scientifique ; d'autre part, j'ai des liens d'intérêt avec certains laboratoires. Le ministère de la santé, qu'il soit dirigé par Xavier Bertrand ou par Marisol Touraine, a jugé dans les deux cas que ces liens ne constituaient pas des conflits d'intérêts m'empêchant d'assumer ces responsabilités.

Au sein de la Haute Autorité de santé (HAS), je suis membre depuis 2017 de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS), la commission chargée de donner des avis sur la prise en charge par la sécurité sociale des dispositifs médicaux et des technologies de santé. La méthodologie de cette commission repose surtout sur les essais randomisés en double aveugle, mais ils ne sont pas toujours possibles au vu de la faiblesse de la population cible en France : il faut donc savoir s'adapter et recourir à toutes les méthodologies possibles.

Au sein de Reacting, je suis depuis longtemps membre du groupe chargé de la méthodologie et de la recherche en situation d'urgence. À ce titre, j'ai participé le 3 mars dernier, à la demande de France Mentré, responsable de la méthodologie au sein de l'essai Discovery, à une réunion avec le biostatisticien de l'étude Solidarity ; nous y avons abordé des enjeux de planification : aurions-nous recours à une étude randomisée, se fera-t-elle en double aveugle ? Fin janvier, j'ai été contactée par Reacting pour faire partie de son conseil scientifique sur la covid-19. J'ai participé aux réunions de ce conseil scientifique, qui était chargé à l'origine de réfléchir sur les priorités de la recherche et d'évaluer les projets soumis pour financement d'amorçage par les fonds mis à disposition de Reacting par le ministère de la recherche. À ce titre, j'ai également participé aux groupes de travail sur la thérapeutique qui se sont tenus chaque semaine à partir de mars.

Au cours du mois d'avril 2020, à la demande du président de l'Inserm, j'ai assuré l'intérim du professeur Yazdanpanah à la tête de Reacting pendant sa maladie. J'ai alors rejoint l'équipe de Discovery en tant que représentant de l'Inserm au sein du comité international de direction de l'étude.

En tant que vice-présidente du jury du PHRC et que membre du conseil scientifique de Reacting, j'ai participé à l'évaluation des projets de recherche clinique déposés au titre des appels d'offres de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Dans ce

cadre, 27 projets ont été évalués dans le cadre classique et 142 dans le cadre de l'appel d'offres spécifique. Bien entendu, je n'ai pas participé à l'évaluation des projets où une personne de mon laboratoire était investigateur principal. J'ai aussi été rapporteur extérieur de projets soumis à l'appel d'offres de l'ANR ; j'ai joué le même rôle pour l'appel d'offres allemand et j'ai aussi été membre du jury de l'appel d'offres Covid-19 de la Fondation de recherche flamande.

Enfin, à partir de mai, nous avons décidé de déposer un projet européen pour créer un réseau de recherche unique sur les maladies émergentes ; le consortium a été approuvé par la Commission européenne et l'accord signé il y a une dizaine de jours.

J'ai également présidé le conseil scientifique de plusieurs études de cohorte sur la covid-19 en France et au Burkina Faso ; je préside le comité indépendant de l'essai Coverage, dont l'investigateur principal est Denis Malvy.

Enfin, j'ai effectué beaucoup de communications dans les médias sur l'épidémiologie et les perspectives thérapeutiques. J'ai fait partie de la cellule de crise de l'Académie des sciences autour de la Covid-19.

Je veux par ailleurs signaler que, depuis 2017, je suis élue membre du conseil d'administration de l'association Aides, bien connue dans la lutte contre le VIH-Sida, à titre de personnalité qualifiée.

Je ne me présente pas devant vous de façon indépendante de Reacting ; je suis totalement solidaire du travail d'équipe que nous avons cherché à accomplir dans le domaine de la recherche depuis le début de cette crise.

Pr Yazdan Yazdanpanah, chef du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Bichat, directeur de l'Institut thématique d'immunologie, inflammation, infectiologie et microbiologie de l'Inserm (Reacting), membre du conseil scientifique. – Votre invitation m'honore ; je ferai de mon mieux pour contribuer au débat et faire avancer de manière rationnelle le front de connaissances autour de cette pandémie. La science est collective ; c'est pourquoi je suis accompagné de mes deux collaborateurs.

Je suis chef de service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Bichat-Claude Bernard et professeur de maladies infectieuses à l'université de Paris. J'ai été nommé directeur de l'institut d'infectiologie de l'Inserm en 2017 et je suis le coordinateur de Reacting pour l'Inserm.

Depuis 2018, je suis président de Glolid-R, consortium visant à coordonner l'activité des institutions de recherche et des financeurs publics en période d'épidémie à l'échelle internationale. Je suis par ailleurs expert auprès de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Je suis clinicien, mais aussi enseignant et chercheur ; cela fait environ vingt-cinq ans que je travaille sur les maladies infectieuses et surtout émergentes. J'ai été confronté pour la première fois à celles-ci en 1993, quand j'ai travaillé sur une épidémie de bilharziose, maladie parasitaire, dans la vallée du fleuve Sénégal. J'ai été le premier médecin à recevoir un patient atteint de SRAS en mars 2003, à l'hôpital de Tourcoing. J'ai été impliqué dans la prise en charge et la coordination de la recherche sur les épidémies d'Ebola en Afrique, de Zika en Amérique latine et de peste à Madagascar.

Dans le cadre de la présente épidémie, c'est dans mon service qu'a été accueilli le premier patient atteint de covid-19 en France et en Europe. J'ai été impliqué dans des aspects de recherche, à travers Reacting. J'ai été nommé membre du conseil scientifique présidé par le professeur Delfraissy et mis en place par le Président de la République le 11 mars, ainsi que du Comité analyse recherche et expertise (Care) présidé par le professeur Barré-Sinoussi et créé par le Président de la République le 24 mars.

Beaucoup a été dit sur les liens d'intérêt. Je tiens donc à préciser que j'ai été amené, en tant qu'expert, à travailler avec l'industrie pharmaceutique, occasionnellement contre rémunération. Cependant, depuis ma nomination à l'Institut thématique d'infectiologie de l'Inserm, en 2017, j'ai arrêté de percevoir toute rémunération en qualité d'expert de l'industrie.

Je vais revenir sur trois points. Quelles ont été les avancées ? Quelles améliorations peuvent être apportées ? Quelles sont les perspectives ?

Je dois d'abord dire qu'une épidémie suscite toujours beaucoup d'interrogations et de questionnements et que la recherche peut et doit guider les réponses à apporter. Cependant, par définition, le temps de la recherche bien faite est long, alors que ces réponses doivent être rapides. Il existe donc une certaine contradiction. Ainsi, la population en général, les décideurs et les malades en particulier, veut un traitement et a besoin d'espoir. En outre, nous accordons parfois davantage de crédit aux thèses qui nous plaisent qu'à celles qui nous déplaisent. Or le temps nécessaire pour identifier un traitement et en évaluer correctement l'efficacité et la toxicité est, je le répète, long. C'est pour cette raison qu'en 2013 nous avons mis en place Reacting. Nous voulions essayer d'améliorer la réponse scientifique à ce type de situation, car ce problème avait été identifié au moment de la crise du H1N1.

Dans le cadre de Reacting, nous avons compris dès le 2 janvier 2020 que quelque chose se passait, mais nous n'en imaginions pas l'ampleur. Nous avons très rapidement mis autour de la table l'ensemble des institutions de recherche qui travaillaient sur les virus respiratoires afin de définir les priorités et lancer des projets, que ce soit en termes de diagnostics pour comprendre l'histoire de cette maladie, de traitements ou de vaccins. Nous nous sommes aussi appuyés sur les sciences humaines et sociales qui sont très importantes sur ces questions. Nous avons impulsé des projets structurants, en restant à l'écoute du terrain.

Pour permettre à la recherche d'avancer plus rapidement, nous avons établi des liens entre les chercheurs et les agences de régulation et cela a donné des résultats : durant cette crise, les autorisations, notamment celles délivrées par les comités de protection des personnes (CPP), ont été en moyenne accordées en sept jours, contre plus d'un mois habituellement, et souvent plusieurs mois...

Pour aller vite, nous avons aussi besoin de financements. Reacting n'est pas une agence de financement, mais nous avons très rapidement obtenu de la part des ministères chargés de la recherche et de la santé des fonds d'amorçage, en général inférieurs à 50 000 euros, le temps que les financements habituels se mettent en place. Ainsi, dès le 7 février, nous avons pu commencer à financer des projets, en nous basant sur les travaux d'un comité indépendant, dont faisait partie Dominique Costagliola. Les agences et programmes habituels ont pris le relais : l'ANR le 6 mars, le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) le 10 mars. Nous avons également établi des liens entre les chercheurs de différents pays et avec l'OMS.

Nous avons donc essayé d'amorcer, d'impulser, d'accélérer, et la recherche a effectivement apporté un certain nombre de réponses. Je prends l'exemple des traitements : malheureusement, nous ne disposons pas de traitement antiviral, mais, grâce à des essais cliniques randomisés, la recherche française et européenne a montré que des traitements ne sont pas efficaces et qu'ils ne doivent donc pas être utilisés, notamment chez les patients hospitalisés – je pense à l'hydroxychloroquine et au kaletra, qui ont été étudiés dans l'essai Discovery.

Les essais cliniques randomisés ont aussi montré que des traitements étaient efficaces – je pense aux corticoïdes, notamment le dexaméthasone –, ce qui a eu un effet, puisqu'un travail de modélisation réalisé en France et encore soumis pour publication montre que le nombre de patients hospitalisés transférés en réanimation a diminué de moitié par rapport au début de l'épidémie et que, grâce à ces traitements à base de corticoïdes et d'anticoagulants, la mortalité des patients hospitalisés a diminué d'environ 60 %. Je crois important de le rappeler.

Pour autant, nous devons encore progresser et c'est mon deuxième point : comment améliorer les choses ?

La recherche que nous avons essayé de mettre en place a toujours été multidisciplinaire et multi-institutionnelle : nous avons besoin de tout le monde, nous ne pouvons pas nous appuyer sur une personne, une discipline, une institution, une hypothèse. Or de nombreuses initiatives institutionnelles isolées ont été prises sans réelle vision globale, ce qui a conduit à une importante dispersion des forces et des moyens. Une certaine communication a aussi desservi la science. Il y a eu beaucoup de financements à partir du mois de mars et chaque hôpital, chaque chercheur, a mis en place son propre essai clinique. Or un certain nombre de patients refuse de participer à de tels essais ; il faut donc créer un grand réseau qui associe l'hôpital et la médecine de ville. Il faut améliorer la communication autour de la science, en impliquant les citoyens. Il faut aussi mettre en place des outils réglementaires et financiers pour éviter cette dispersion.

Quel est le bilan et quelles sont les perspectives ? C'est mon troisième point.

Tout d'abord, il est probablement un peu tôt pour faire un bilan. Avant l'été, j'avais un peu l'impression que les gens pensaient que l'épidémie était terminée, ce qui n'est malheureusement pas le cas. Le virus s'est installé dans la durée. Pour autant, nous avons avancé, notamment grâce à la recherche, ce qui a eu un impact sur la gestion de l'épidémie, et un espoir de traitement existe. Les indicateurs montrent que la France est au cinquième rang mondial en matière de publications scientifiques sur le covid. Il faut aller plus loin et beaucoup de questions se posent encore, au-delà de celles sur les traitements et les vaccins, par exemple en termes de transmission.

Ensuite, nous devons nous préparer à prendre en charge les patients, nombreux, qui ont contracté le covid et en souffrent toujours. La recherche doit aussi se pencher sur l'organisation des soins, les liens entre l'hôpital et la ville, l'éducation à la santé, la prévention, etc. Beaucoup d'outils dont nous disposons aujourd'hui peuvent être mieux utilisés. Les réponses qui seront apportées à ces questions peuvent tirer vers le haut l'ensemble de notre système de santé.

Enfin, l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), les ministères concernés et Reacting qui ont l'habitude de travailler ensemble réfléchissent à la mise en place d'une agence dédiée à la question de l'émergence.

Mesdames, messieurs les sénateurs, nous allons répondre à vos questions de la façon la plus honnête possible, mais aussi avec beaucoup de prudence et d'humilité : même si nous avons beaucoup progressé depuis le mois de janvier dernier, beaucoup de questions demeurent, et, dans la science, les vérités ne sont ni absolues ni définitives – elles peuvent changer au fil du temps.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Une question générale tout d'abord : que pensez-vous de l'organisation de l'effort de recherche en France ?

Ensuite, comment expliquez-vous l'échec relatif de Discovery par rapport à Recovery, dont la rigueur et la flexibilité ont été saluées dans le monde ? Pourquoi Discovery n'a-t-il pas apporté de véritables réponses cinq mois après son lancement, contrairement à Recovery ? Cela n'a-t-il pas pesé sur la crédibilité de la parole scientifique en France ?

Par ailleurs, lorsque la ministre de la santé disait à la fin du mois de janvier que le virus avait peu de chances de pénétrer en France, j'imagine qu'elle s'appuyait sur des modélisations de l'Inserm – nous lui poserons la question la semaine prochaine. Comment expliquez-vous les conclusions de ces modélisations et cette formulation politique, alors que des données différentes commençaient à apparaître un peu partout sur le globe ? Notre commission d'enquête s'intéresse beaucoup à cette période entre les premiers cas en Chine et l'émergence de l'épidémie en France dans le Grand Est, période durant laquelle les discours et la gestion ont parfois été chaotiques.

En ce qui concerne les personnes incluses dans les essais, étaient-elles toutes positives au covid ? Pour les malades qui n'étaient pas inclus dans les essais, comment se déroulaient les soins à l'hôpital en l'absence de traitement connu ?

Où en est-on à propos de l'antiviral kaletra ?

Au début de l'été, l'Agence européenne du médicament a accordé une autorisation de mise sur le marché (AMM) conditionnelle au remdesivir, qui a reçu une autorisation temporaire d'utilisation de cohorte. Le professeur Lina nous a indiqué que des études de cohorte et des essais cliniques étaient en cours. Pouvez-vous me le confirmer ? Comment les choses s'articulent-elles ? À l'hôpital Bichat, professeur Yazdanpanah, vous avez utilisé le remdesivir. Sous quelle forme le faisiez-vous avant l'AMM ? Des stocks ont-ils été constitués ? Quel est l'état des connaissances sur les éventuels effets secondaires de ce médicament ?

Pr Yazdan Yazdanpanah. – Pour nous, Discovery n'est pas un échec, c'est même un succès. Nous avons commencé à réfléchir à un essai de ce type dès le mois de février, à un moment où nous ne savions pas comment l'épidémie allait évoluer. Dès le départ, nous avons voulu travailler au niveau européen et avec l'OMS. En effet, la plupart des épidémies s'arrêtent rapidement – heureusement ! Il est par conséquent très important de s'inscrire dans un effort international. Ainsi, Discovery est une étude dite « fille » de Solidarity, l'étude de l'OMS qui regroupe plus de 10 000 patients ; nous testions exactement les mêmes traitements – kaletra, kaletra-interféron, remdesivir, hydroxychloroquine et le standard de traitement –, mais nous recueillions beaucoup plus d'informations.

Il est vrai que le développement de la dimension européenne de Discovery a été compliqué, mais cinq ou six pays en font aujourd'hui partie et l'épidémie n'est pas terminée. En outre, nous disposons maintenant de financements européens, ce qui va permettre d'inclure une dizaine d'autres pays.

Nous avons déjà obtenu des résultats à partir du mois de juin, mais ils sont malheureusement négatifs : les médicaments repositionnés que nous avons étudiés n'ont pas prouvé leur efficacité. Personne au monde n'a d'ailleurs trouvé de traitement antiviral efficace. C'est aussi pour ce motif d'absence d'efficacité que nous avons arrêté le bras hydroxychloroquine de Discovery, ainsi que, au mois de juin, les deux bras utilisant le kaletra – en outre, une alerte de toxicité liée à des insuffisances rénales avait été lancée sur le kaletra. Ce sont bien des résultats issus de Discovery et de Solidarity. Le seul traitement qui continue d'être évalué est le remdesivir, mais d'autres bras vont être ajoutés. Je le redis, ce n'est pas parce que les résultats sont négatifs que l'essai est un échec.

En ce qui concerne le remdesivir, nous n'avons à ce stade aucune preuve de son efficacité : aucun des quatre essais cliniques internationaux qui l'ont testé n'a apporté une telle preuve. Nous estimons qu'il faut continuer l'évaluation.

Discovery a débuté le 23 mars et il n'existait alors aucun essai. Or l'hôpital Bichat a reçu son premier patient le 24 janvier et, le même jour, l'OMS publiait une liste des médicaments prioritaires avec le remdesivir en premier et le kaletra en deuxième. Nous avons donc, à cette période, utilisé le remdesivir chez les patients les plus graves, et uniquement pour eux. Ensuite, nous n'avons utilisé le remdesivir, en tout cas dans mon service, que dans le cadre des essais cliniques. Nous ne prescrivons plus le kaletra, parce que l'essai Discovery comme l'étude anglaise Recovery ont montré son absence d'efficacité.

Je voudrais ajouter plusieurs points au sujet de l'étude Recovery. Elle était uniquement nationale et pas du tout internationale, contrairement à ce que nous avons mis en place en France. Ensuite, le Royaume-Uni a opté pour un système très vertical qui ne correspond pas à la culture française : un essai clinique important au niveau national et pas d'autres autorisations – il faut certainement trouver un juste milieu entre ces deux expériences pour éviter la dispersion que nous avons connue. En outre, notre essai est beaucoup plus complet que le leur, puisque nous nous intéressons aussi à la charge virale, à la toxicité, à la pharmacovigilance, etc. Enfin, le Royaume-Uni a connu 53 jours d'épidémie de plus que nous.

M. René-Paul Savary, président. – Sous quelle forme utilisez-vous le remdesivir ? En perfusion ?

Pr Yazdan Yazdanpanah. – Il existe uniquement en format injectable.

Pr Dominique Costagliola. – En ce qui concerne la modélisation, je pense, madame la rapporteure, que vous faites allusion aux travaux de Vittoria Colizza, qui travaille dans le même laboratoire que moi. Il est vrai qu'en janvier les premiers résultats de son modèle montraient une faible probabilité que le covid se développe en France, mais les résultats suivants – trois jours après ! – évaluaient cette probabilité à 60 %. Vous le voyez, les données ont évolué très vite dans cette épidémie. En tout cas, tous ces résultats ont été transmis aux instances gouvernementales.

Dans Discovery, l'un des critères d'inclusion dans l'essai était un test PCR positif au covid, ce qui n'était pas toujours le cas dans d'autres études. Cette question se pose toujours dans le cadre des maladies virales brèves, notamment émergentes et y compris pour la grippe. Les deux approches se défendent et présentent des avantages et des inconvénients. Ainsi, lorsque nous obtenons un résultat, il est parfois trop tard pour engager un traitement. Il faut trouver un équilibre entre disposer de groupes comparables par le tirage au sort et se concentrer sur les malades. Il est d'ailleurs préférable de disposer de plusieurs études reposant sur des approches différentes.

Je vais revenir sur la question du remdesivir qui est assez complexe. Il faut dire en préambule que le laboratoire qui commercialise ce produit a fait beaucoup de communication...

La première étude qui a été publiée – c'était dans le *Lancet* – était chinoise, mais l'essai a été arrêté précocement du fait de la décroissance de l'épidémie en Chine, il n'incluait donc pas le nombre de personnes prévu au départ. Le critère de jugement principal se basait sur l'échelle de l'OMS : est-ce que la personne est sortie de l'hôpital, est-ce qu'elle est hospitalisée sans oxygène, est-ce qu'elle hospitalisée avec une forme quelconque d'oxygénation, est-ce qu'elle décède ? De ce point de vue, l'essai ne trouvait pas de différence.

Le jour de la publication de cette étude, le laboratoire – Gilead – diffusait un communiqué de presse pour donner les résultats d'un essai qu'il avait mené – depuis, l'étude a été publiée. Cet essai visait à comparer les durées de traitement : 5 ou 10 jours. La durée de 10 jours était alors recommandée et correspondait aux paramètres de l'étude chinoise et à ceux de Solidarity et de Discovery. Une durée de 5 jours serait intéressante, si elle était efficace, parce que les stocks sont faibles pour ce médicament et qu'il est cher.

Cependant, au moment de la publication de ces résultats, aucun essai ne prouve encore que ce traitement est efficace et on ne sait pas exactement la question que les auteurs de l'étude se sont posée. Cette étude ne répond donc à aucune question clinique qui nous intéresse.

Ensuite, l'Institut national de santé américain (NIH) a mené un essai en double aveugle sur un traitement de dix jours de remdesivir, mais il a été arrêté précocement sur recommandation du comité indépendant de surveillance du fait d'un résultat positif sur le critère de jugement, à savoir le fait de ne plus avoir besoin d'être à l'hôpital – certains patients étaient maintenus à l'hôpital davantage par souci de les isoler que pour des raisons thérapeutiques. La durée d'hospitalisation variait de quatre jours, ce qui n'était pas très intéressant d'un point de vue clinique. En outre, 29 % des participants n'atteignaient pas la durée de suivi considérée comme intéressante, à savoir J-29. Il n'y avait d'ailleurs pas de différence sur la mortalité.

Enfin, Gilead a récemment publié un quatrième essai, dans lequel le *standard of care* est comparé à J-11, ce qui me semble trop tôt, entre un traitement sur 5 jours et un sur 10 jours. Ce qui est paradoxal dans cette étude, c'est que le résultat à 5 jours est meilleur que le *standard of care*, contrairement à celui sur 10 jours.

Dans ce contexte, il nous semble que nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour dire qu'il faut arrêter d'évaluer le remdesivir et connaître son efficacité sur la mortalité.

En tout cas, comme vous l'avez dit, madame la rapporteure, ce médicament a obtenu une AMM européenne. Comme toujours dans le cadre d'une telle autorisation, le laboratoire a alors déposé un dossier auprès de la commission de transparence, qui doit donner un avis sur la prise en charge. La commission s'est réunie le 8 juillet et l'avis a été validé le 22 juillet, mais il n'a pas été publié, ce qui signifie que le laboratoire n'en était pas satisfait. Je ne sais pas si le problème porte sur le service médical rendu (SMR) ou sur l'amélioration du service médical rendu (ASMR), mais la procédure veut qu'une nouvelle audition ait lieu – elle est programmée pour demain... Nous en saurons plus ensuite !

Je termine mon propos, en disant que des articles de presse ont annoncé que les États-Unis avaient acheté l'ensemble des stocks disponibles de remdesivir, médicament difficile à produire en quantité. Selon un éditorial paru dans le *British Medical Journal* (BMJ), ce n'est pas une perte pour le reste du monde...

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – En France, l'autorisation temporaire d'utilisation de cohorte permet justement d'utiliser un médicament entre son AMM, la procédure d'évaluation du SMR et de l'ASMR et la fixation du prix. Savez-vous si l'Allemagne, où la procédure de mise effective sur le marché est habituellement plus rapide qu'en France, utilise le remdesivir ?

Pr Yazdan Yazdanpanah. – Discovery est un essai clinique européen et les Allemands en font partie.

M. René-Paul Savary, président. – Combien de pays en font partie ? Au début, il n'y avait que les Luxembourgeois.

Pr Yazdan Yazdanpanah. – Depuis le mois de mai, plusieurs pays nous ont rejoints et il est vrai que les choses ont pris du temps. Le premier pays était le Luxembourg, le deuxième la Belgique, le troisième l'Autriche et le quatrième le Portugal.

M. René-Paul Savary, président. – Avec un nombre significatif de personnes enrôlées ?

Pr Yazdan Yazdanpanah. – Pas encore, parce que l'épidémie était alors à un niveau bas en Europe. Pour l'instant, nous avons 916 participants hors de France. Mais nous participons à la dynamique de Solidarity. Des Allemands vont entrer dans l'essai et ils n'ont aucun problème pour randomiser le remdesivir. Nous avons tous des doutes sur l'efficacité de ce médicament ; nous devons donc mener des évaluations pour savoir s'il marche ou non.

Pr Dominique Costagliola. – Aujourd'hui, les pays européens n'ont pas tous accès au remdesivir ; nos collègues ne pourraient donc pas nécessairement l'utiliser dans le cadre de Discovery ou même pour un usage compassionnel.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Sur quoi s'est alors basée l'Agence européenne du médicament pour donner cette AMM ?

Pr Dominique Costagliola. – Il faut poser la question à ses responsables !

En fait, c'était le premier « nouveau » médicament, à dire vrai le seul, qui entrait dans le champ du covid. L'Agence européenne examine aujourd'hui la dexaméthasone, mais ce médicament ne coûte pas cher, si bien qu'aucun laboratoire ne pousse franchement dans ce

sens... J'ajoute que l'Agence européenne n'a accordé qu'une AMM conditionnelle, à charge pour la firme de fournir des données sur la mortalité.

M. René-Paul Savary, président. – Une question financière qui ne se pose pas, en effet, avec la dexaméthasone...

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Quels sont les obstacles à la coopération européenne ? Où sont les freins ?

Le professeur Delfraissy a évoqué la possibilité d'un vaccin partiel au premier trimestre 2021 soit pour diminuer la gravité de la maladie, soit pour éviter la transmission. Quel est votre point de vue sur cette question, y compris sur l'échéance du premier trimestre prochain ?

Pr Yazdan Yazdanpanah. – Les obstacles au niveau européen ont d'abord été réglementaires. Cet aspect des choses a très bien marché en France – il est vrai que d'autres aspects ont moins bien fonctionné. Il faut remercier les comités de protection des personnes et l'ANSM. En Allemagne et dans d'autres pays, les choses ont été beaucoup plus lentes.

Les financements européens ont aussi mis du temps à arriver, puisque nous avons signé il y a seulement une semaine environ l'accord de consortium.

Certains pays ont refusé de participer, parce qu'ils ne voulaient pas telle ou telle molécule ou parce qu'ils menaient des essais cliniques concurrents – c'était le cas du Royaume-Uni. Quoi qu'il se soit passé, il faut absolument que l'Europe participe à la recherche, ce qui était difficile au début.

M. René-Paul Savary, président. – Il faut qu'elle s'organise !

Mme Marie-Paule Kieny, virologue, conseillère scientifique auprès de Reacting. – En mai, les ministères de la recherche et de la santé m'ont chargée de mettre en place un comité scientifique international Vaccin, que je préside. Il est composé de onze spécialistes et experts pluridisciplinaires – immunologie, vaccinologie, éthique, recherche en milieu industriel, etc. Ainsi, trois de ces experts ont eu des fonctions élevées en recherche et développement dans l'industrie – aucun n'a actuellement de conflit d'intérêts.

Ce comité a trois fonctions principales : assurer une veille scientifique, émettre des recommandations et conseiller le groupe de travail placé auprès du Premier ministre sur les négociations relatives aux réservations, pré-achats ou achats de vaccins.

Par exemple en ce qui concerne les recommandations, nous travaillons sur la pertinence des essais cliniques de vaccins contre le covid en France pour explorer des points auxquels les firmes ne seraient pas nécessairement attentives au premier abord. Ainsi, les firmes vont plutôt recruter des participants jeunes afin d'avancer rapidement, mais, comme la France a identifié les personnes âgées comme cibles pour la vaccination, il faut aussi travailler sur l'immunogénicité des personnes âgées pour connaître les différences dans les réponses induites par les vaccins entre les personnes âgées et plus jeunes.

En ce qui concerne notre troisième mission, il s'agissait au départ d'une alliance entre quatre pays – la France, l'Allemagne, les Pays-Bas et l'Italie –, qui a été élargie à l'Espagne, à la Pologne et à la Suède. Ces négociations sont aussi menées pour le compte de la Commission européenne. Nous formulons des opinions sur les qualités et éventuels

manquements des projets de vaccins, pour lesquels la France ou la Commission européenne a fait preuve d'un intérêt. Comme d'autres pays, la France a fait le choix de ne pas mettre tous ses œufs dans le même panier, si vous me permettez cette expression, d'autant qu'il existe une grande incertitude sur le type de protection qu'un vaccin pourrait apporter.

Que savons-nous actuellement sur l'avancée des travaux ?

Selon les données que nous avons pu étudier sous accord de confidentialité, nous pouvons être raisonnablement optimistes sur le fait qu'un vaccin est possible et que nous saurons dans les semaines ou mois à venir, certainement avant la fin de l'année, à quel point ces vaccins sont efficaces.

Que signifie être efficace pour un vaccin ? Les essais en cours, notamment ceux qui sont financés par le ministère de la santé des États-Unis, ont un modèle commun. Ils recrutent 30 000 personnes, la moitié étant vaccinée, l'autre non. Dès lors que 150 cas de covid clinique, c'est-à-dire symptomatique, sont détectés, on regarde comment se répartissent ces cas entre les deux groupes. Tout le monde s'accorde à dire que pour utiliser un vaccin il doit être efficace à 50 %. C'est le cas si, dans mon exemple, 50 cas sont apparus chez les vaccinés et 100 chez les non-vaccinés. Mais sur de tels petits nombres, cela signifie en fait que le vaccin sera efficace à au moins 30 %. C'est à peu près la borne que se sont fixés les Américains et l'OMS.

Néanmoins, les vaccins peuvent avoir plusieurs types d'efficacité. La plupart des vaccins ne protège pas contre l'infection, mais contre la maladie. Bien sûr, nous souhaiterions tous que ces vaccins protègent aussi bien que possible contre l'infection, car sans infection, il n'y a ni maladie ni transmission. Nous pourrions cependant avoir des vaccins qui ne protègent pas contre l'infection, mais qui protègent entièrement ou partiellement contre la maladie et qui protègent ou non contre la transmission.

Nous ne disposons pas encore de résultats chez l'être humain, mais beaucoup de firmes ont procédé à des essais sur des primates. Chez les macaques, la plupart des vaccins testés ne protègent pas totalement contre l'infection, certains protègent contre la maladie – il n'y a alors pas de pathologie pulmonaire – et certains bloquent plus ou moins la transmission.

Nous pouvons donc être raisonnablement optimistes sur le fait que nous disposerons d'un ou de plusieurs vaccins induisant un certain niveau de protection chez l'homme, mais nous ne savons pas encore exactement de quelle protection il s'agira. Nous devrions avoir davantage de connaissances d'ici à la fin de l'année, mais je n'ai pas pris ma boule de cristal pour venir au Sénat et je ne peux pas vous en dire plus !

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Ma première question porte sur la recherche, car des critiques ont été portées sur la façon dont a fonctionné notre système de recherche. Professeur Yazdanpanah, vous nous avez dit qu'il fallait que les essais cliniques s'appuient sur un réseau. On ne peut qu'être déçus du constat que vous faites : il n'y avait donc pas de réseau prêt à mener une étude d'une ampleur suffisante lorsque l'épidémie a commencé. L'étude *Discovery* a été particulièrement lente à démarrer, nous n'en sommes qu'à quelques centaines d'inclus, plusieurs mois après son lancement.

Pour certaines études, des résultats prématurés ont aussi été publiés. C'est le cas d'une étude menée par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris où la situation est devenue un peu ubuesque à cet égard. Je note d'ailleurs, Professeur Costagliola, que vous avez arrêté

votre participation à cette étude à la suite de cette publication. D'autres publications ont suscité de vives critiques. Je pense en particulier à la publication du *Lancet* sur l'hydroxychloroquine. Par conséquent, y a-t-il des défauts en matière de recherche auxquels on peut apporter des améliorations structurelles ?

Ma seconde question s'adresse au Professeur Costagliola. Nous avons compris vers la fin mars que tout le monde n'était pas touché partout de la même façon par la maladie, qu'il y avait des conditions socio-économiques et des modes de vies qui avaient un effet sur le risque d'être victime de l'épidémie. Or, on a tardé à mesurer ces phénomènes. Comment avez-vous pris conscience de ces faits, comment les avez-vous analysés et quel a été le chaînage entre l'analyse de ces phénomènes et leur prise en compte par les autorités ?

M. Yazdan Yazdanpanah. – Je suis d'accord avec vous, il y a beaucoup de points à améliorer. J'ai simplement dit que la recherche n'était pas un échec.

M. René-Paul Savary, président. – Vous avez dit que c'était un succès.

M. Yazdan Yazdanpanah. – Oui, à propos de l'étude *Discovery*. Par exemple, pour la cortisone, les travaux de recherche ont été très importants. Ce sont des succès que nous avons obtenus. La recherche est utile sur le traitement étiologique de la maladie ; si on avait un traitement efficace, l'étude *Discovery* l'aurait montré. Les résultats qui ont été publiés sur le remdesivir sont à mon avis prématurés, et nous continuons à évaluer cette molécule.

L'absence de réseau européen est un problème à améliorer. La multiplication des essais a aussi été problématique. La France a de très bons chercheurs. Il faut essayer de mieux coordonner leurs travaux pour ne pas avoir trente-cinq essais sur la même molécule. Nous travaillons à la manière de coordonner la recherche, en créant par exemple une agence des maladies émergentes.

Pour l'étude *Recovery*, les anglais ont, dès le départ, annoncé qu'ils n'auraient pas de résultat avant le mois de juin. Nous aurions dû faire la même chose avec l'étude *Discovery*. Il faut donc améliorer la régulation et la coordination de la recherche, notamment sur les financements.

Mme Dominique Costagliola. – Chaque hôpital peut être promoteur d'une étude et personne n'a le pouvoir de lui dire non, même s'il n'a pas de financement dédié. Donc personne n'a régulé le développement des travaux de recherche. J'ai participé à l'évaluation des projets dans le cadre de l'appel à projets « Flash Covid-19 ». Dans le comité que je présidais, nous avions quatre projets qui voulaient tester la même molécule et personne n'avait le pouvoir de les coordonner. C'est donc ce qu'on essaie de faire progressivement.

Sur la communication de l'étude *CORIMUNO-19*, conduite par l'AP-HP, le comité indépendant n'a sans doute pas bien agi. Le rôle du comité indépendant doit être d'éviter que l'investigateur de la recherche ne s'emballe, notamment avec de premiers résultats. Or, en l'espèce, ils ont continué à dire qu'ils avaient bien fait, donc j'ai démissionné.

Il faut être conscient que l'un des objectifs des revues de recherche scientifique est de produire des publications. S'agissant de l'affaire du *Lancet*, il y a eu de vraies lacunes d'analyse et je ne comprends pas comment les erreurs de l'étude ne sont pas apparues au moment du *reviewing*. Les taux de mortalité de pays très différents ont été comparés, avec

l'application de traitements standards différents. Ils n'étaient pas compétents, ni sur le plan méthodologique, ni sur le plan clinique. Donner la moyenne des doses administrées n'avait en outre pas de sens. Cet article est donc paru qu'on voulait faire de la « news », les revues y sont sensibles.

Nous avons en France un problème avec la santé publique que cette crise montre bien. On fait peu de recherche sur l'implémentation. On voit bien le problème avec l'organisation des tests : on n'a pas de système fluide et qui fonctionne bien. Or, pour faire de la bonne santé publique il faut aussi faire marketing, s'associer avec des gens qui font de l'opérationnel sur le terrain. Or, cette approche est totalement absente en France. Il faut donc faire de la santé publique au-delà de la médecine.

M. Olivier Paccaud. – Ma question s'adresse à M. Yazdanpanah. Vous en excuserez le caractère volontairement provocateur ; je sais le mal que l'on peut avoir à résister à l'appât d'un micro... Mme Deroche a évoqué l'optimisme de Mme Buzyn au moment de ses vœux et s'était interrogée sur la source de cet optimisme. Or les réseaux sociaux gardent la mémoire d'une de vos interventions où, bien que vous n'avez pas prononcé comme certains de vos confrères le mot de « grippette », vous avez mis en doute l'existence d'une épidémie – vous n'anticipiez alors que 0 à 1 cas – et cette intervention tourne encore en boucle. Vous n'êtes certes pas le seul à avoir alimenté la cacophonie scientifique, mais ne croyez-vous pas que la parole scientifique sortira très abîmée de cette pandémie ?

Mme Victoire Jasmin. – Ma première question concerne les vaccins. M. Delfraissy nous a rassurés ce matin sur l'absence de mutation du virus, mais M. Raoult a tout à l'heure dénombré jusqu'à sept mutations du virus ! Devant la contradiction, qui doit-on croire ? Faudra-t-il plusieurs vaccins pour chacune des mutations ? Ou bien le seul vaccin à venir sera-t-il suffisant ?

Concernant la santé publique et les propos que vous avez tenus, il y a en France de nombreuses écoles de grande qualité, et on ne relève pas suffisamment la valeur de la recherche qui y est actuellement menée. Dire que la santé publique française ne vaut presque rien me paraît gravement excessif ; je souhaiterais m'inscrire en faux contre ce déni, bien que je ne conteste pas la nécessité de réajustements.

Mme Jocelyne Guidez. – On constate un regain d'activité du virus, surtout chez les jeunes très contraints par le port du masque. Je serais personnellement plutôt favorable à donner la priorité aux tests de dépistage aux personnes symptomatiques, quitte à laisser plus de liberté aux Français. Quel regard portez-vous sur cette préconisation ?

Mme Annie Guillemot. – Nous ne partons tout de même pas de rien en matière de santé publique ! Je me souviens avoir géré la réponse publique locale à Bron lors de la crise H1N1, et nous n'avions alors pas connu pareille déroute.

Concernant les essais cliniques, comment trouve-t-on les personnes volontaires pour les intégrer ? Le problème ne manquera pas de se poser au cours des autres pandémies.

Sur la crédibilité de la parole scientifique, M. Raoult n'a pas voulu intégrer cette table ronde et échanger avec vous. Comment les Français peuvent-ils comprendre une attitude pareille ? Ne devrait-on pas aller vers la création d'une agence spécifique dédiée aux crises, pour lutter par anticipation contre la décrédibilisation de la parole scientifique ?

M. Martin Lévrier. – De mémoire, c'est la publication de l'article controversé du *Lancet* qui a interrompu l'évaluation de l'efficacité de l'hydroxychloroquine de l'essai *Discovery*, alors même que cet article reposait sur une aberration scientifique. Maintenant que ce débat est épuisé, pourquoi ne pas reprendre cet essai, afin d'enfin éprouver la robustesse du protocole de M. Raoult ?

Mme Dominique Costagliola. – Sur la santé publique, j'approuve parfaitement vos remarques sur la qualité des écoles françaises. Nous souffrons malheureusement d'un déficit de formation, et pas seulement dans le domaine médical. Il nous reste pourtant de gros progrès à faire en termes d'organisation : sur l'infection VIH, si l'on veut encore progresser, il faut organiser des actions au plus près des territoires, et c'est une lacune que nous continuons de déplorer. Cette culture de l'action de proximité manque encore à la France.

Sur la table ronde, nous déplorons la défection de M. Raoult autant que vous.

Sur l'interruption du bras hydroxychloroquine de l'essai *Discovery* à la suite du *Lancetgate*, elle ne s'explique pas que par cette polémique, mais également par des signalements de pharmacovigilance importants. Le dosage d'hydroxychloroquine préconisé par l'équipe de l'IHUM Infection ne faisait absolument pas sens et plusieurs équipes de recherches – de *Discovery*, mais aussi de *Recovery* – ont conclu à l'absence d'efficacité de ce traitement en ville et à l'hôpital.

Les méta-analyses faites avec une méthodologie rigoureuse, qu'il s'agisse d'essais randomisés ou d'études observationnelles, montrent que, sous réserve qu'il n'y ait pas de biais extrême, il y a peu d'hétérogénéité dans la taille des effets mesurés et que cela ne marche pas. Les études avec un risque de biais extrême, en revanche, qui sont de nature observationnelle, concluent à des effets positifs. Mais la question reste de savoir si les différences d'effet observées peuvent être attribuables au traitement ; c'est là toute la différence entre un essai et une étude observationnelle. Dans un essai, minimiser les biais, l'hétérogénéité entre les deux groupes au départ, augmente la probabilité que la différence puisse s'expliquer par le traitement. Dans une étude observationnelle, au contraire, il faut prendre en compte la possibilité qu'il y ait, en amont, des différences importantes entre les groupes ; s'il y en a beaucoup, l'étude n'apporte pas de réponse. Nous pouvons dire que l'hydroxychloroquine ne fonctionne pas comme traitement dans la covid.

On comprend désormais mieux pourquoi : initialement, il y avait eu des études *in vitro* dans des cellules mais le mécanisme d'entrée du virus dans ces dernières n'était pas le même que celui de l'entrée dans les cellules pulmonaires. Une équipe allemande et une équipe française ont prouvé, dans le cas des cellules du poumon, que l'hydroxychloroquine ne marchait au contraire pas du tout, quelle qu'en soit la dose. De mon point de vue, il n'y a pas lieu de continuer à faire des études sur la covid avec l'hydroxychloroquine : ce serait de l'argent perdu et déloyal vis-à-vis des personnes à qui il est proposé de participer à un essai. Un essai n'a de sens d'un point de vue éthique que si l'on ignore si le bénéfice va dépasser le risque.

L'autre argument en faveur des essais cliniques est que l'on dispose alors d'un cadre permettant de juger la pertinence de l'étude d'un point de vue rationnel, éthique et réglementaire. Lorsqu'un protocole a été déposé dans le cas d'un essai non randomisé, il existe en effet une notice d'information et un ensemble de règles à respecter ; le consentement est alors éclairé, et c'est la seule façon d'évaluer les traitements de façon éthique. Il peut arriver, cependant, d'utiliser des données observationnelles, lorsque l'objectif est d'étudier

l'effet d'un traitement sur autre chose que ce pour quoi il a été prescrit. Mais faire spontanément des études observationnelles n'a pas de sens.

Concernant l'immunité grégaire, il s'agit d'un concept apparu dans le cadre des modalités des maladies infectieuses, qui vise à savoir quel pourcentage de patients doit être vacciné afin de contrôler l'épidémie. Pour la variole et la rougeole, par exemple, les modèles montrent qu'il faut vacciner respectivement 60 % et 98 % de la population sur plusieurs années, ce qui est atteignable au niveau mondial dans le premier cas.

C'est la première fois que l'on mobilise, dans le cadre d'une crise épidémique, un concept selon lequel il faudrait laisser les gens s'infecter pour être naturellement immunisés et ainsi la stopper. Rien ne dit que cela marche dans ce contexte, et cela ne constitue pas une stratégie. Cela reviendrait à imaginer que les jeunes ne côtoieraient aucune personne à risque (parents, amis, etc.). Certes, le taux de personnes positives augmente depuis la semaine 29 (mi-juillet) uniquement chez les jeunes de moins de 40 ans. Mais à partir de mi-août ce taux augmente dans toutes les tranches d'âge, y compris parmi les personnes de plus de 70 ans. C'est donc à partir de maintenant que les hospitalisations vont augmenter, avec certes moins de morts et moins d'engorgement en réanimation, puisque désormais nous savons mieux prendre en charge ces malades et que nous gérons mieux l'oxygénothérapie.

Le nombre de cas à l'hôpital doublait mi-août tous les 26 jours, puis tous les 14 jours et désormais, dans certaines régions, tous les 7 jours. Lorsque l'on attend d'être submergé pour agir, on a quatre semaines de retard sur le virus et donc les mesures de type distanciation ou limitation des réunions n'ont plus aucune efficacité.

La mutation du virus n'est pas une explication à la situation actuelle, puisqu'un virus à ARN mute très régulièrement. Le problème est de savoir si la mutation change sa virulence ou non, or nous n'avons pas de donnée qui montre une telle modification en la matière. En outre, les coronavirus ont une enzyme spéciale réparatrice : quand le virus se réplique, il « fait des erreurs », et une enzyme vient réparer ces erreurs, ce qui le distingue fortement de la grippe ou du VIH.

M. Yazdan Yazdanpanah. – Concernant mon intervention selon laquelle il n'y aurait pas d'épidémie en France, je souhaite d'abord rappeler qu'elle a eu lieu au mois de janvier. Quel était le contexte ? Nous avons très régulièrement des alertes relatives aux maladies émergentes ; l'erreur qui a été faite par nombre de spécialistes, c'est d'avoir alors cru à une forme de mimétisme avec les autres coronavirus (le Sars et le Mers). Le Sars-CoV-2 nous était, à l'origine, inconnu, en particulier ses différences avec les deux autres. Nous ignorions jusqu'au mois de mars qu'il pouvait être transmis par des personnes asymptomatiques. C'est aussi en raison de cet aspect que la doctrine sur le port du masque a évolué, puisqu'un des problèmes les plus importants aujourd'hui pour contenir cette épidémie réside dans le fait que jusqu'à trois jours avant l'apparition des symptômes, une personne peut transmettre le virus. Le port du masque, et c'est important de le rappeler, n'est donc pas l'affaire uniquement des malades. La première publication qui atteste qu'une personne asymptomatique peut transmettre le virus a été réalisée par une équipe allemande et date de février. Cela dit, je partage votre opinion : il nous faut être plus prudent et humble dans les communications.

Il n'est pas certain qu'une mutation observée en laboratoire, *in vitro*, entraîne le développement d'une forme grave de la maladie chez le patient. On ne peut donc pas conclure, à partir des données que l'on a aujourd'hui, que l'épidémie entraînerait des formes

cliniques moins graves en raison d'une mutation. Il y a moins de formes graves car la population atteinte est jeune et que nos anciens se protègent mieux ; mais la séparation entre ces deux groupes n'est pas étanche, et il faut donc rester très vigilant – une forme de bascule vers les anciens a d'ailleurs déjà commencé.

Un patient qui participe à un essai clinique n'est pas un cobaye : son consentement lui est demandé et respecté.

Mme Annie Guillemot. – C'était une expression. Il n'en reste pas moins vrai qu'en temps de crise, les patients ont peur.

M. Yazdan Yazdanpanah. – Il y a une éthique collective qui exige de rapidement pouvoir conclure sur l'efficacité d'un traitement, qui plus est lors d'une épidémie. En amont d'un essai, j'informe toujours le patient que j'ignore si le traitement fonctionne mais que je sais qu'il n'est probablement pas toxique pour lui. L'essai permettra de le savoir pour autrui : il y a une dimension altruiste dans le fait de participer à un essai clinique.

Lors de l'épidémie d'Ebola, il a fallu trois essais pour trouver un traitement qui, du reste, ne fonctionne pas très bien. Mais ne pas faire ces essais reviendrait à s'en remettre toujours aux mêmes traitements, sans connaître leur réelle efficacité.

Concernant la crédibilité de la parole des scientifiques, il y a bien entendu des améliorations à apporter à notre communication. On a mis en place une action coordonnée pour réfléchir à ce sujet, qui réunit les associations de patients, des journalistes, des chercheurs en sciences sociales, des cliniciens, des acteurs de santé publique, afin de renforcer notre pédagogie et de déterminer la façon dont présenter les choses.

Mme Marie-Paule Kiény. – Le virus mute tout le temps. Certaines structures qui séquencent le virus dans leur établissement ne voient que de petits phénomènes de mutation. Au total, au regard des données agrégées, il ne semble pas, jusqu'à présent, que ces mutations aient une influence sur la pathogénicité et l'antigénicité du virus. Beaucoup de chercheurs et d'industries ont essayé de tester le fait que les anticorps qu'ils génèrent dans le cadre de la recherche vaccinale réagissent aux mutations et, pour le moment, on pense que le vaccin pourra être efficace malgré ces mutations.

Sur le port du masque, des études randomisées qui ont porté sur la grippe ont montré son utilité pour les personnes malades. On a transposé cette recommandation pour le covid-19. C'est sans doute un manque d'humilité.

Beaucoup de pays, dont la plupart des pays africains, ont intégré l'hydroxychloroquine dans leur standard de traitement. Donc ces pays veulent conduire des essais. Un consortium a été monté avec le soutien d'une fondation suisse et des essais sont en train d'être développés dans ces pays. J'espère que cela mettra un terme au débat, car sur ce sujet nous avons perdu beaucoup de temps ! On aimerait tous que ça marche car c'est un traitement qui ne coûte rien !

Pourquoi faire de la recherche pendant une épidémie ? J'ai travaillé pour l'OMS sur l'épidémie liée au virus Ebola en Afrique de l'Ouest. Beaucoup de gens ne voulaient pas utiliser de bras de contrôle dans les études, en raison de la mortalité : il fallait traiter tout le monde, on ne faisait donc qu'administrer des traitements à usage compassionnel. La France a essayé de tester un traitement qui s'appelle *Favipiravir* et cela a été fait sans bras de contrôle.

Or, en l'absence de contrôle, on n'a rien pu en conclure. Le traitement *ZMapp* a été développé par des américains et administré aux expatriés occidentaux pendant l'épidémie. On a pensé que ce traitement était efficace mais c'était parce qu'en réalité ces patients étaient surtout mieux pris en charge dans leurs pays.

Lors de la deuxième épidémie au Congo, on a fait des essais cliniques. On a ainsi pu prouver que le remdesivir et le *ZMapp* ne marchaient pas et que le traitement à base de deux d'anticorps monoclonaux était efficace. Non seulement on peut faire des essais pendant une épidémie mais on doit le faire pour les malades.

Mme Dominique Costagliola. – C'est comme ça qu'on a la réponse la plus rapide à la question !

M. René-Paul Savary, président. – Je vous remercie.

La réunion est close à 19 heures.

Mercredi 16 septembre 2020

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

La réunion est ouverte à 9 heures.

Table ronde avec des experts en santé publique (sera publié ultérieurement)

Le compte rendu de cette réunion sera publié ultérieurement.

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 11 h 50.

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

La réunion est ouverte à 14 h 30.

Table ronde avec des acteurs institutionnels (sera publié ultérieurement)

Le compte rendu de cette réunion sera publié ultérieurement.

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 h 55.

Jeudi 17 septembre 2020

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

La réunion est ouverte à 9 h 30.

Audition de Mme Marisol Touraine, ancienne ministre de la Santé (sera publié ultérieurement)

Le compte rendu de cette réunion sera publié ultérieurement.

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.

Audition de Mme Roselyne Bachelot, ancienne ministre de la Santé (sera publié ultérieurement)

Le compte rendu de cette réunion sera publié ultérieurement.

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 30.

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

La réunion est ouverte à 14 heures.

Table ronde d'anciens directeurs généraux de la santé (sera publié ultérieurement)

Le compte rendu de cette réunion sera publié ultérieurement.

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.

Audition de M. Gérard Darmanin, ministre de l'Intérieur (sera publié ultérieurement)

Le compte rendu de cette réunion sera publié ultérieurement.

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 h 15.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LE CONTRÔLE, LA RÉGULATION ET L'ÉVOLUTION DES CONCESSIONS AUTOROUTIÈRES

Mercredi 16 septembre 2020

- Présidence de M. Éric Jeansannetas, président -

La réunion est ouverte à 14 h 30.

Examen du rapport

M. Éric Jeansannetas, président. – Mes chers collègues, comme vous le savez, le Sénat a décidé en début d'année, à la demande du groupe de l'Union Centriste, la création d'une commission d'enquête sur le contrôle, la régulation et l'évolution des concessions autoroutières.

Depuis le mois de février, nous avons procédé à une vingtaine d'auditions plénières, qui ont fait l'objet de comptes rendus publiés, tandis que le rapporteur s'est entretenu, pour l'essentiel à distance en raison du contexte sanitaire, avec un grand nombre d'experts, de représentants des services compétents ou encore d'acteurs économiques concernés. Vous avez été invités à suivre ces entretiens si vous le pouviez.

Il est maintenant temps de conclure nos travaux pour lesquels nous avons bénéficié de deux mois supplémentaires en raison de la crise sanitaire.

Vous avez pu prendre connaissance du projet de rapport. Vous sont en outre distribués plusieurs documents dont nous allons reparler : le projet de synthèse, destiné à figurer en tête du rapport, les modifications que le rapporteur et notre collègue Jérôme Bascher proposent d'apporter au rapport, les observations que nos collègues Éric Bocquet, au nom du groupe CRCE, et Olivier Jacquin, au nom du groupe SOCR, souhaitent annexer au rapport et, enfin, un échange de courriels avec un juriste que le rapporteur propose d'annexer au rapport.

Je vous rappelle que vous devrez restituer votre exemplaire du rapport lorsque vous quitterez la salle. Le rapport adopté ne sera en effet publié que lorsque le délai de vingt-quatre heures prévu par l'ordonnance de 1958 pour la constitution d'un comité secret sera échu.

J'attire par ailleurs votre attention sur le fait que seuls les éléments repris dans le rapport sont publics. En conséquence, il ne peut être fait état, et ce pendant vingt-cinq ans, d'éléments figurant dans les documents remis qui ne sont pas cités dans le rapport, ou des propos tenus lors des auditions du rapporteur qui n'y sont pas repris.

Avant de passer la parole à notre rapporteur, je dois vous consulter sur la publication du compte rendu de notre réunion. Y a-t-il des objections ?... Je n'en vois pas. Le compte rendu sera donc publié.

Le rapporteur va nous présenter ses principales conclusions auxquelles vous pourrez réagir et nous examinerons ensuite les propositions de modification.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Je tiens tout d’abord à remercier notre président qui a vécu une épreuve difficile dans cette période de crise sanitaire, mais a néanmoins continué de participer aux travaux de la commission d’enquête. Je remercie l’ensemble de nos collègues pour leur participation aux auditions plénières et aux auditions que j’ai menées en tant que rapporteur. Je remercie également les administrateurs, qui ont dû travailler pendant l’été. Notre rapport est imposant et il n’est pas facile à relire en peu de temps, mais cela fait partie des contraintes de fonctionnement d’une commission d’enquête. Comme l’a rappelé notre président, nous avons tenu à faire figurer de nombreuses informations dans le rapport, faute de quoi elles seraient perdues. Un résumé reprend l’essentiel. Nous vous proposerons effectivement d’annexer les contributions des groupes CRCE et SOCR : elles contribuent à éclairer utilement nos travaux, puisque nous n’avons pas tous le même point de vue sur l’avenir des concessions. Nous avons essayé d’évoquer dans le rapport toutes les possibilités qui existent, en dégageant les principales pistes qui nous semblent devoir être suivies, à court, moyen et long termes. Le sujet est loin d’être épuisé, même si nous nous sommes efforcés d’être aussi complets que possible.

Je vous propose de commencer par le titre du rapport pour lequel je propose : « Concessions autoroutières : des profits futurs à partager avec l’État et les usagers ». Pour la deuxième partie, j’avais aussi pensé à : « négocier pour partager les futurs profits ». Il me semble en effet important de lancer rapidement des négociations avec les sociétés concessionnaires d’autoroutes (SCA).

M. Olivier Jacquin. – Ce titre me semble intéressant, mais la référence à de « futurs » profits laisse entendre que la situation n’est pas profitable actuellement. Or le rapport est éloquent sur ce point. Je suggère donc une autre rédaction : « Concessions autoroutières : renégocier la rente entre l’État et les usagers ». En effet, il s’agit bien d’une rente de situation qui va croissant.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Le terme de « rente » me gêne. Pour moi, « profit » n’est pas un gros mot : il me semble naturel qu’une société puisse faire des profits, reste à savoir jusqu’à quel niveau. Nous montrons dans le rapport que les sociétés concessionnaires des groupes Vinci et Eiffage auront atteint fin 2022 la rentabilité actionnaires attendue sur la durée de la concession : les profits réalisés après cette date peuvent donc être considérés comme du « bonus » – on parle de près de 40 milliards d’euros de dividendes – : c’est cela qui est à partager, on ne va pas revenir sur les profits déjà réalisés.

Mme Christine Lavarde. – Est-ce que l’on ne se focalise pas uniquement sur les concessions en cours, alors que le rapport ouvre la réflexion sur le futur modèle économique à mettre en place lorsque ces concessions seront arrivées à terme,? Je propose de ne pas s’arrêter à la notion de profit, mais d’insister sur la nécessité de mieux appréhender l’équilibre économique des contrats de concession.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Un titre est toujours réducteur, il laisse forcément de côté certains aspects. Pour moi, la problématique majeure est que la rentabilité attendue, qui était déjà élevée, sera prochainement atteinte pour deux des groupes alors que les contrats doivent se poursuivre. Leur durée est trop longue de presque dix ans ! L’intérêt général voudrait que la collectivité puisse bénéficier d’une partie de ces profits. Titrer sur ce que l’on va faire dans quinze ans, même si le rapport aborde ce sujet, ne me paraît pas pertinent.

J'ai indiqué que j'aurais aimé faire référence à la notion de négociation, parce que je souhaite qu'il y ait une table ronde. Je le dirais d'ailleurs au ministre quand je lui présenterai le rapport. Les sociétés concessionnaires seront sans doute réticentes, mais il faut leur « mettre la pression », ce que fait le titre que je propose.

Bien sûr, il faut mieux appréhender l'équilibre des contrats, mais cet équilibre est toujours évoqué et jamais défini.

Je vous propose de revenir sur ce sujet en fin de réunion.

M. Éric Jeansannetas, président. – Nous passons donc aux autres propositions de modification.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Avec la proposition de modification n° 1, notre collègue Jérôme Bascher souhaite insister, dans l'évocation des privatisations de 2006, sur la perte de recettes pour l'État. Sa formulation est plus claire et j'y suis donc favorable.

La proposition de modification n° 1 est adoptée.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – La proposition de modification n° 2, toujours de Jérôme Bascher, insiste sur le rôle des parlementaires dans le renforcement de la régulation intervenu dans la période 2014-2015. Avis favorable.

La proposition de modification n° 2 est adoptée.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Ma proposition de modification n° 3 tend à souligner que les sociétés concessionnaires resteront bénéficiaires en 2020, malgré la crise sanitaire. Les pertes de chiffre d'affaires sont chiffrées très différemment par l'Autorité de régulation des transports (ART) et les sociétés d'autoroutes, mais les résultats resteront malgré tout positifs et l'équilibre économique des concessions ne sera pas remis en cause.

La proposition de modification n° 3 est adoptée.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Ma proposition de modification n° 4 attire l'attention du Gouvernement sur le fait que le niveau des investissements prévisionnels baisse fortement dans les dernières années des concessions. Or il convient de maintenir un haut niveau d'investissement jusqu'à la fin des concessions et de faire en sorte que les infrastructures soient remises en bon état.

La proposition de modification n° 4 est adoptée.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Avec la proposition de modification n° 5, nous suggérons l'organisation d'un sommet des autoroutes, réunissant les services de l'État, les sociétés concessionnaires et associant l'ART, ainsi que des représentants du Parlement, pour définir l'équilibre économique et financier des concessions autoroutières historiques.

M. Éric Bocquet. – Un sommet des autoroutes, c'est très bien, mais si c'est pour arriver au même résultat que le grand débat, la convention citoyenne, etc., on se fait plaisir ! Il faudrait que les décideurs y donnent vraiment une suite.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Bien sûr, mais il s’agit surtout d’inciter les sociétés concessionnaires à s’asseoir autour de la table. Si c’est le ministre qui les invite, elles auront du mal à décliner l’invitation.

La proposition de modification n° 5 est adoptée.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – La proposition de modification n° 6 insiste sur la prise en compte des trajets du quotidien. L’association « L’A10 gratuite » a présenté une demande concernant le péage de Dourdan. Nous ne souhaitons pas nécessairement intégrer cette demande dans le rapport comme une proposition en tant que telle, mais nous tenons à soulever la question car elle mérite examen.

Mme Christine Lavarde. – J’avais noté ce passage dans ma lecture du rapport. Existe-t-il d’autres portions d’autoroute payantes en France qui représentent un frein à la mobilité domicile-travail ?

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Si nous ne citons que quelques exemples sans être exhaustifs, nous serons critiqués.

M. Olivier Jacquin. – Je me suis fait la même réflexion que Christine Lavarde. Je pourrais citer un exemple similaire sur l’A4 à Metz. Nous pourrions adopter une rédaction plus large.

Mme Christine Lavarde. – L’idée serait que les trajets pendulaires sur autoroute, lorsqu’il n’y a pas d’alternative, ne soient pas soumis aux mêmes tarifs que les trajets réalisés pour les vacances.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – L’objet initial de ma proposition de modification n° 6 était de supprimer la mention du cas particulier du diffuseur de Dourdan de nos propositions finales, mais de le réintégrer à titre d’exemple dans le rapport. Il ressort de nos échanges, que nous pourrions maintenir la proposition n° 28 en la rédigeant autrement : « **examiner la possibilité de revenir sur des péages péri-urbains pénalisant pour les trajets du quotidien**, en particulier le diffuseur de Dourdan (A10) pour les usagers locaux ».

La proposition de modification n° 6, modifiée, est adoptée.

Mme Christine Lavarde. – J’aurais quelques suggestions de modification à faire, mais je n’ai pas eu le temps de les préparer formellement.

M. Éric Jeansannetas, président. – Cette réunion a précisément pour objet de discuter de possibles améliorations.

Mme Christine Lavarde. – Le rapport couvre une période historique très longue au cours de laquelle la valeur de la monnaie a fortement évolué ; on trouve même des montants libellés en francs... À certains endroits, on trouve l’indication de l’équivalent en euros de 2020, mais ce n’est pas systématique.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Il me paraît difficile d’actualiser toutes les sommes mentionnées – nous l’avons fait principalement pour les 6,5 milliards d’euros de manque à gagner pour l’État en 2006, en indiquant que cela équivaut à 7,8 milliards d’euros en 2020. Je suis d’accord pour indiquer l’équivalent en euros des sommes figurant en francs.

Mme Christine Lavarde. – Par ailleurs, la mention d'un « taux élevé de distribution » quand il est de 624 % ou de 782 % dans l'année de la privatisation me paraît légèrement édulcorée...

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Je propose de préciser « le maintien d'un taux exceptionnellement élevé de distribution », si nos collègues en sont d'accord.

M. Éric Jeansannetas, président. – Je constate que tel est le cas.

Mme Christine Lavarde. – Il est question d'affecter à l'ART tout ou partie du produit des taxes en lien avec ses missions de régulation. Doit-on comprendre que plus l'ART sanctionnera, plus elle aura de recettes ? Par ailleurs, d'un point de vue budgétaire financer une autorité de régulation par une taxe affectée me pose problème. La Commission de régulation de l'énergie (CRE), quand elle gère des taxes, finance des politiques publiques, elle ne les utilise pas pour son propre compte.

Je rappelle par ailleurs que, dans le rapport sur le projet de loi de finances pour 2020, nous avons souligné que les moyens humains de l'ART augmentaient moins vite que son champ de compétences.

M. Jérôme Bascher. – Par respect pour les principes budgétaires, je suis opposé à l'affectation de taxes ou d'amendes à des autorités indépendantes : c'est un dévoiement du budget général.

M. Éric Jeansannetas, président. – Je précise que le mode de financement envisagé ne serait en aucun assis sur le produit d'amendes.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Je suis d'accord pour ne pas retenir cette solution et je vous suggère de nous proposer en fin de réunion une nouvelle rédaction du passage concerné.

Mme Christine Lavarde. – Par ailleurs, concernant les difficultés rencontrées par l'ART pour effectuer ses missions de contrôle, l'augmentation d'un mois de ses délais d'instruction me paraît une bien faible réponse.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Cet allongement répond à une demande de l'ART. À titre personnel, je ne suis pas favorable à un allongement excessif des délais, qui ne contribue pas à la réactivité des services. Vous noterez par ailleurs que le rapport comporte d'autres propositions en particulier pour permettre à l'ART d'accéder de plein droit à plus de données qu'actuellement.

Mme Christine Lavarde. – La référence aux « clauses de durée endogène » me semble peu compréhensible.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Elle est effectivement très technique. L'expression « clauses d'encadrement de la rentabilité » serait effectivement plus claire.

Mme Christine Lavarde. – Enfin, je regrette que l'une des idées phares du rapport, à savoir la fin de la prolongation des concessions pour financer des plans d'investissement ne figure que parmi les dernières propositions du rapport. Il faudrait la mettre davantage en valeur.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Il ne s’agit pas de mettre fin aux plans d’investissements autoroutiers, mais aux plans d’investissements compensés par un allongement de la durée des concessions existantes sans mise en concurrence. J’insiste toujours dans mes interventions sur ce point important. Nous pourrions le mettre plus en valeur dans la synthèse.

M. Éric Jeansannetas, président. – Merci de vos observations, ma chère collègue. Venons-en maintenant aux contributions que nos collègues Bocquet et Jacquin souhaitent annexer au rapport. Il faut toutefois que la commission en soit d’accord.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – En tant que rapporteur, et après une rapide lecture, je suis favorable à ce que ces contributions figurent en annexe.

M. Éric Jeansannetas, président. – J’ajoute que ces contributions reprennent des conclusions et des points de vue présentés lors des auditions. Y a-t-il des objections ?...

L’annexion des deux contributions au rapport est acceptée.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Je propose également d’insérer en annexe à notre rapport le courriel que nous a adressé en juillet Jean-Baptiste Vila, maître de conférences en droit public à l’université de Bordeaux, qui voulait attirer notre attention sur différents points juridiques, notamment les provisions pour renouvellement. Je n’ai alors pas pris le temps de lui répondre. Dans une interview récente à *Capital*, il déclare avoir alerté les sénateurs et ne pas avoir été entendu. Je lui ai finalement répondu par courriel la semaine dernière, et je vous propose de mettre en annexe du rapport aussi bien son courriel que ma réponse.

M. Jérôme Bascher. – Je ne suis pas très à l’aise avec l’idée d’insérer la réponse du rapporteur au courriel en annexe. Y a-t-il des précédents en la matière ?

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Je préfère que ma réponse figure également. Au demeurant, il est souhaitable que le débat se poursuive. S’il y a des polémiques ou des contestations, nous répondrons et cela nous permettra de faire vivre la discussion.

M. Jérôme Bascher. – La mode, aujourd’hui, c’est que toute commission d’enquête suscite une polémique, non pas tant sur le contenu du rapport que sur le déroulement des travaux. Nous avons tous des exemples récents présents à l’esprit. Je crains que cette publication en annexe ne crée un précédent, et que certaines personnes ne soient tentées de l’utiliser pour discréditer les commissions d’enquête et remettre en cause notre institution.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – En l’occurrence, il s’agit d’une petite négligence de ma part, car j’ai omis de répondre à M. Vila au mois de juillet. Cela ne veut pas dire qu’on en fera une règle générale.

M. Éric Bocquet. – Je suis favorable à la publication en annexe de l’interpellation de M. Vila et de la réponse du rapporteur. Dans un article intitulé « Quinze ans après, la privatisation des autoroutes continue de faire polémique », publié dans *Le Figaro* du 21 juillet, il est écrit que les auditions de notre commission d’enquête ont « parfois tourné aux règlements de comptes sur un sujet qui reste passionnel ». Or, je n’ai jamais ressenti un tel climat au cours de nos travaux. Le rapport n’est pas encore publié, mais déjà on bombarde...

La publication de l'échange de courriels en annexe du rapport est acceptée.

Mme Christine Lavarde. – Nous proposons donc de replacer les deux derniers alinéas du paragraphe intitulé « La régulation du secteur autoroutier doit encore être améliorée » par un alinéa rédigé comme suit : « Qu'elle soit financée directement par le budget général ou *via* des taxes affectées, le principal enjeu budgétaire pour l'ART demeure celui de son plafond d'emplois, qu'il paraît indispensable de relever rapidement. »

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Cette rédaction me convient.

M. Éric Jeansannetas, président. – Il s'agira donc de la proposition de modification n° 8.

La proposition de modification n° 8 est adoptée.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Nous avons eu de très bonnes relations avec l'ART pendant les travaux de notre commission d'enquête, même s'il a parfois été difficile d'obtenir des réponses simples, notamment sur la question de l'équilibre et de la rentabilité des contrats. Je suis également un peu resté sur ma faim à la lecture de son premier rapport quinquennal qui analyse la rentabilité projet à partir d'une méthode d'équivalence d'actifs.

Il en résulte qu'entre 2017 et 2019, s'il n'y avait pas eu d'augmentation de tarifs, la rentabilité des sociétés concessionnaires d'autoroutes aurait augmenté de 0,138 % au lieu de 0,150 %. La différence est donc assez marginale, et l'on ne trouve pas vraiment d'explications dans le rapport de l'ART, très utile par ailleurs.

M. Olivier Jacquin. – L'expertise demandée à Frédéric Fortin, l'expert indépendant sollicité par le rapporteur, est un élément important de nos travaux. Comment pourra-t-on défendre le sérieux de son travail, notamment face aux sociétés concessionnaires ?

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – On ne s'autodésigne pas expert. Frédéric Fortin, qui travaille sur la privatisation des sociétés d'autoroutes et leur rentabilité depuis de nombreuses années, est reconnu par ses pairs.

Pour la période allant de 2006 à 2019, les données sont issues des comptes des sociétés concessionnaires. Les données prévisionnelles des sociétés d'autoroutes étant couvertes par le secret des affaires, la seule façon de procéder était de se tourner vers une évaluation extérieure. J'ai demandé à Frédéric Fortin de retenir des prévisions plus prudentes que celles qu'il avait initialement envisagées. Pour l'année 2020, avec la crise sanitaire, il s'est fondé sur une diminution de 25 % du chiffre d'affaires, soit davantage que les prévisions de l'ART.

M. Olivier Jacquin. – J'ai toute confiance en son travail, mais il me semble aussi assez facile de décrédibiliser un expert indépendant.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Il sera assez simple, chaque année jusqu'à la fin des contrats de concession, de comparer les prévisions et les résultats.

Les prévisions transmises chaque année par les SCA à l'ART jusqu'à la fin des contrats – je les ai consultées, mais elles ne peuvent pas être publiées et n'ont pas été

communiquées à Frédéric Fortin – sont par ailleurs cohérentes avec les prévisions de Frédéric Fortin.

M. Éric Jeansannetas, président. – Venons-en maintenant à la synthèse qui vous a été distribuée et qui figurera également en tête du rapport.

M. Éric Bocquet. – Peut-on voter la synthèse indépendamment du rapport ?

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Non, la synthèse est indissociable du rapport, me semble-t-il.

En revanche, l'absence d'allongement de la durée des concessions ne ressort pas suffisamment de la synthèse, alors que c'est un point essentiel, qui devrait être mentionné en gras.

M. Olivier Jacquin. – On pourrait aussi l'ajouter dans la liste des propositions.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – En effet.

M. Jérôme Bascher. – On peut aussi mentionner, comme préalable à la rubrique « préparer la fin des concessions », cette non-prolongation de la durée des concessions.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – C'est une bonne idée, qui n'empêche pas de le faire figurer ensuite en gras en tête de l'axe 5.

Ces propositions et l'annexe, ainsi modifiée, sont adoptées.

M. Éric Jeansannetas, président. – Nous revenons à présent au titre du rapport.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Ma proposition de modification n° 7, déjà évoquée, rédige ainsi le titre : « Concessions autoroutières : des profits futurs à partager avec l'État et les usagers. »

M. Patrice Joly. – Et pourquoi pas : « Rééquilibrer le partage des forts profits à venir avec l'État et les usagers ? »

M. Olivier Jacquin. – Ce serait un titre consensuel et très social-démocrate !

M. Jean-Raymond Hugonet. – L'adjectif « fort » n'ajoute pas grand-chose, d'autant que personne ne peut préjuger des profits à venir. En revanche, il manque sans doute la notion d'équité. Je complétera ainsi la proposition du rapporteur : « Des profits futurs à partager équitablement avec l'État et les usagers. »

M. Olivier Jacquin. – J'avais une proposition plus radicale : « Concessions autoroutières : un niveau de profit exceptionnel – réguler et maîtriser dès maintenant. » Mais je vais sans doute un peu loin dans le sens de la régulation au goût du rapporteur...

M. Éric Bocquet. – Un titre qui évoquerait les seuls profits serait réducteur. N'oublions pas non plus les enjeux d'aménagement du territoire et de transition écologique.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Un titre est forcément réducteur, et nous sommes obligés de choisir une cible. Je ne suis pas partisan d'un titre trop long.

M. Jérôme Bascher. – Je propose alors : « Plus de concessions sur les concessions ! »

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Il me semble que nous devons faire référence à notre priorité dans le titre. Il faut parvenir à discuter de ce bonus sur la rentabilité des autoroutes. Nous ne pouvons pas attendre la fin des contrats pour le faire. Les sociétés d'autoroutes elles-mêmes ont intérêt à ce débat.

Je propose *in fine* le titre suivant : « Concessions autoroutières : des profits futurs à partager équitablement avec l'État et les usagers. »

La proposition de modification n° 7, modifiée, est adoptée.

M. Patrice Joly. – Je tiens à remercier le rapporteur pour son excellent travail et sa ténacité.

M. Olivier Jacquin. – Je salue également la qualité du travail et l'ouverture d'esprit du rapporteur, qui a accepté nombre de nos propositions d'auditions.

Le rapport, même s'il relève d'une philosophie qui n'est pas la mienne, est parfaitement cohérent avec la ligne de Vincent Delahaye, celle d'une approche libérale refusant la rente et le monopole, attachée à l'idée de justice.

Personne, me semble-t-il, ne pourra attaquer ce rapport, conforme à l'idée d'une institution sénatoriale produisant un travail sérieux et cohérent.

Pour prolonger ce travail passionnant, je déposerai dans les mois à venir, avec mes collègues du groupe socialiste et républicain, une proposition de résolution sur la future gestion des autoroutes.

M. Éric Bocquet. – Je m'associe aux remerciements. Les commissions d'enquête sont sans doute l'un des aspects les plus intéressants du travail parlementaire. Disons qu'elles permettent de faire tomber quelques copeaux de langue de bois...

Je regrette toutefois que l'on n'ait pas pu entendre les salariés, qui servent souvent de variable d'ajustement. De même, sur l'analyse juridique des contrats, nous aurions peut-être dû creuser davantage, à partir de la contribution de M. Vila.

De notre côté, nous optons clairement dans notre contribution pour une gestion publique, *via* une société adossée à l'État, Autoroutes de France, qui serait financée par les péages. Je regrette que ce scénario ait rapidement été écarté dans le rapport, au nom de la dette.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – Au nom surtout de son coût !

M. Éric Bocquet. – On a privatisé en 2006 au nom de la dette, et aujourd'hui on pourrait refuser la nationalisation au nom de la même dette...

Nous nous abstiendrons donc sur le rapport.

Le rapport est adopté et la commission d'enquête en autorise la publication.

M. Éric Jeansannetas, président. – Avant de nous séparer, je souhaite à mon tour remercier notre rapporteur pour son investissement indéfectible dans ce sujet délicat.

Je vous remercie également, mes chers collègues, pour votre assiduité, y compris à distance, dans cette période difficile.

J'espère que notre rapport, qui sera présenté lors d'une conférence de presse vendredi matin, permettra de dépassionner ce débat et, surtout, de le rationaliser. Je souhaite également qu'il conduise à réunir les acteurs autour d'une table avec des objectifs précis dans l'intérêt des usagers et de l'État, et à préparer bien entendu l'avenir de la gestion de nos autoroutes.

M. Vincent Delahaye, rapporteur. – J'ai beaucoup apprécié de travailler avec vous tous sur ce rapport, qui constitue d'une certaine manière la synthèse de ma vie professionnelle. Il faut, dans ce débat, de la rationalité, mais aussi un peu de passion si l'on veut pouvoir faire bouger les lignes. Personne n'a intérêt à l'immobilisme, y compris les sociétés d'autoroutes.

La réunion est close à 16 h 10.

**MISSION D'INFORMATION « QUEL RÔLE, QUELLE PLACE, QUELLES
COMPÉTENCES DES DÉPARTEMENTS DANS LES RÉGIONS
FUSIONNÉES AUJOURD'HUI ET DEMAIN ? »**

Mardi 15 septembre 2020

- Présidence de M. Arnaud Bazin, président -

La réunion est ouverte à 11 h 05.

Examen et adoption du rapport

M. Arnaud Bazin, président. – Mes chers collègues, nous nous réunissons aujourd'hui pour entendre notre collègue Cécile Cukierman nous présenter son rapport sur les travaux de la mission d'information.

Plusieurs d'entre nous ont malheureusement été retenus dans leur département. J'ai bien conscience que, à l'approche des élections sénatoriales, certains auraient pu souhaiter que notre dernière réunion soit organisée à une autre date. Il était cependant nécessaire que la mission ait achevé ses travaux avant le renouvellement partiel du Sénat et le début de la nouvelle session ordinaire du Parlement, le 1^{er} octobre.

Le projet de rapport écrit de Mme la rapporteure vous a été adressé jeudi dernier et vous a été distribué au format papier ce matin. Après avoir laissé la rapporteure le présenter, nous pourrions bien sûr avoir un temps d'échange.

Je rappelle que chacun peut présenter des propositions de modification qui seront, le cas échéant, mises aux voix. Après cette discussion, je vous proposerai d'adopter le rapport et d'en autoriser la publication.

Avant de lui donner la parole, je voudrais une nouvelle fois remercier la rapporteure, ainsi que son groupe, d'avoir pris l'initiative de créer cette mission d'information sur le rôle, la place et les compétences des départements dans les régions fusionnées. Je tiens aussi à la féliciter du travail accompli dans un contexte qui n'était pas simple.

Ce rapport tombe à point nommé : jamais le besoin de proximité de l'action publique n'a été plus criant et les conseils départementaux, promis à la disparition il y a quelques années, semblent aujourd'hui trouver une nouvelle légitimité.

Mme Cécile Cukierman, rapporteure. – Monsieur le président, mes chers collègues, un peu moins de sept mois après la création de cette mission d'information, le moment est venu de tirer les conclusions du travail accompli.

Les travaux de la mission ne se sont pas déroulés comme nous l'avions prévu au mois de février. L'irruption de la crise sanitaire nous a obligés à repenser un certain nombre d'auditions et de déplacements, puisqu'il aura fallu attendre le mois de juin pour reprendre nos travaux. Malgré tout, nous avons pu entendre à Paris les principales associations d'élus locaux, les représentants des chambres consulaires, des universitaires, ainsi que la direction générale des collectivités locales.

En Auvergne-Rhône-Alpes puis dans le Grand Est, avec ceux d'entre vous qui êtes élus des départements où je me suis rendue – l'Allier, le Rhône et l'Ardèche dans un cas, la Meuse, les Ardennes et le Bas-Rhin dans l'autre –, j'ai pu rencontrer les élus départementaux et régionaux, les services préfectoraux et des acteurs économiques.

Ces auditions et déplacements ont été particulièrement riches d'enseignements, d'autant plus qu'ils ont eu lieu juste après le pic de la crise sanitaire. Cette dernière a joué le rôle d'un puissant révélateur des forces et des faiblesses de notre organisation territoriale, et du rôle que les départements sont appelés à y jouer.

J'ai également pu m'appuyer sur les réponses au questionnaire que le président et moi-même avons envoyé à l'ensemble des présidents de conseil départemental et régional.

Lors de notre première réunion, nous sommes partis d'un constat et d'une hypothèse.

Le constat est que les départements ont été très affaiblis au cours de la décennie écoulée en raison de la perte d'une partie importante de leurs compétences et du resserrement de leur champ d'intervention sur l'action sociale, d'une part, et en raison de la diminution des dotations de l'État, de la perte progressive de toute autonomie fiscale et de l'augmentation continue de leurs dépenses obligatoires, liées notamment au service des allocations individuelles de solidarité (AIS), d'autre part.

Lors de l'examen du projet de loi portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) en 2014-2015, le gouvernement de Manuel Valls se proposait explicitement de « dévitaliser » peu à peu les départements pour aboutir à leur suppression à l'horizon 2020.

Pourtant, les départements sont encore là. Il semble même que l'on assiste aujourd'hui à une réhabilitation de cet échelon de l'action publique.

Notre hypothèse était que les départements ont toujours un rôle essentiel à jouer, au-delà même du domaine de l'action sociale, en tant que collectivité de taille intermédiaire, suffisamment proche du terrain pour être pleinement à l'écoute des attentes des citoyens, suffisamment étendue et puissante pour assumer la charge de grands services publics et assurer une péréquation entre des territoires d'inégale richesse. Nous avons décidé de porter une attention particulière au cas des très grandes régions issues de la refonte de la carte régionale en 2016, dans lesquelles le rôle du département en tant que collectivité intermédiaire est peut-être encore plus important qu'ailleurs.

La première partie du rapport est consacrée à approfondir le bilan de la décennie écoulée. Je ne m'y attarderai pas outre mesure.

En plus de la réduction des compétences départementales, de la concurrence des régions et des métropoles, ainsi que de l'entrée en vigueur du mode de scrutin cantonal binominal, il m'a paru nécessaire de présenter un aperçu assez détaillé de la situation financière actuelle des départements.

Rappelons quelques chiffres : les dépenses sociales représentent aujourd'hui 57 % des dépenses de fonctionnement des départements, dont 30 % pour les seules AIS ; le nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) a progressé de 40 % depuis 2008 ; l'État ne compense que 58 % de ces dépenses liées au RSA.

Au prix d'efforts de gestion considérables, et parce qu'ils se sont résolus à tailler dans leurs dépenses d'investissement en dehors du champ social, les départements étaient dans une situation financière globalement saine à la veille de la crise sanitaire. Cet équilibre est aujourd'hui fragilisé : la hausse des dépenses sociales des départements liée à la crise sanitaire est estimée à 1 milliard d'euros, alors même que les recettes fiscales tirées des droits de mutation à titre onéreux (DMTO) ont connu une forte chute.

Ce tableau d'ensemble n'est guère réjouissant. Il peut sembler confirmer les prédictions de certains observateurs qui, dès la fin des années 2000, prévoyaient que les départements se transformeraient peu à peu en agences techniques chargées de mettre en œuvre des politiques sociales très fortement encadrées par les lois et règlements nationaux, placées sous perfusion financière de l'État et ayant perdu toute capacité juridique ou financière d'intervenir dans d'autres domaines de l'action publique.

Et pourtant, le fait départemental résiste, ce qui résulte, me semble-t-il, de plusieurs facteurs.

Le premier facteur est l'impératif de proximité de l'action publique, dont la crise des gilets jaunes et la crise sanitaire ont une nouvelle fois révélé l'importance.

Ces crises ont d'ores et déjà une conséquence inattendue en ce qui concerne l'administration territoriale de l'État : après plusieurs décennies au cours desquelles les services régionaux de l'État n'ont cessé de monter en puissance au détriment des préfetures de département, on assiste aujourd'hui au début d'un mouvement en sens inverse. Le Premier ministre a annoncé que, en 2021, toutes les créations d'emplois dans les administrations de l'État seraient réservées, sauf exception, aux administrations départementales. Il a souligné à juste titre qu'il s'agissait d'une véritable « révolution ». Reste à voir si celle-ci se concrétisera car, comme saint Thomas, je ne crois que ce que je vois...

En revanche, le Gouvernement semble encore hésiter à tirer les mêmes conséquences de ce besoin de proximité de l'action publique en ce qui concerne l'organisation décentralisée de la République.

Le deuxième facteur de résistance du département est l'attachement que les citoyens continuent à manifester pour cette institution en tant que cadre de la démocratie locale. La participation aux élections en témoigne : celle-ci reste plus élevée aux élections cantonales qu'aux élections régionales dans les départements peu urbanisés.

Enfin, et cela peut paraître paradoxal étant donné l'origine des départements, ceux-ci apparaissent aujourd'hui, davantage que les grandes régions créées en 2016, comme un cadre d'expression des identités locales. Il est tout à fait révélateur que la renaissance de l'Alsace en tant qu'entité administrative prenne la forme de la création d'un nouveau département, la collectivité européenne d'Alsace.

Dans la deuxième partie du rapport, j'ai voulu rechercher les moyens de conforter les départements dans l'exercice des deux principales missions que la loi leur reconnaît aujourd'hui, la solidarité sociale et la solidarité territoriale.

Dans domaine de l'action sociale et médico-sociale, j'ai souhaité avancer avec prudence, car le champ d'investigation est très vaste. D'ailleurs, il aurait nécessité un grand nombre d'auditions complémentaires, sans compter qu'il relève au premier chef de notre

commission des affaires sociales. Il était entendu que cette mission d'information sur le rôle des départements ne serait pas une mission d'information sur l'action sociale, car nous sommes nombreux à être convaincus que les départements ont une vocation bien plus large.

Néanmoins, nos auditions et les contributions écrites que nous avons reçues nous permettent de dresser quelques constats et de formuler quelques recommandations.

Le domaine de l'action sociale se caractérise par l'intervention de très nombreux acteurs publics et privés, ce qui nécessite un effort de coordination, rôle qui incombe traditionnellement au département sur son territoire.

Par ailleurs, on assiste depuis quelques années à un interventionnisme croissant de l'État, qui se manifeste au travers de grands plans nationaux – la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ou la création d'un « service public de l'insertion » par exemple – ou du recours à la technique de la contractualisation : l'État fixe des objectifs et s'accorde avec les départements volontaires par voie de convention sur les moyens mis en œuvre par ceux-ci pour les atteindre, en échange de quoi les départements signataires bénéficient de financements supplémentaires.

Il est normal que l'État s'implique dans les politiques sociales. Le développement de la contractualisation ne me paraît pas condamnable en lui-même, à condition qu'il n'aboutisse ni à priver les acteurs locaux de toute autonomie ni à contourner les départements, qui ont une expertise ancienne et reconnue en la matière.

Sur le terrain, en revanche, l'enchevêtrement des compétences entre l'État, le conseil départemental et les autres acteurs publics soulève des difficultés. C'est particulièrement manifeste dans le secteur médico-social : la crise sanitaire a illustré un grave problème de gouvernance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), soumis à la double tutelle des autorités régionales de santé et des départements.

Le rapport évoque des pistes pour simplifier cette gouvernance, mais la réflexion est appelée à se poursuivre dans le cadre de la mise en place annoncée d'une « cinquième branche » de la sécurité sociale consacrée à la prise en charge de la dépendance.

Afin d'assurer la coordination locale des acteurs, il me semble aussi que la proposition de l'Assemblée des départements de France (ADF), consistant à créer une agence des solidarités dans chaque département, qui serait placée sous le pilotage du conseil départemental et servirait de référent unique aux usagers, mérite d'être soutenue. Dans mon rapport, je mentionne d'ailleurs plusieurs initiatives prises par les départements pour fédérer les acteurs locaux autour d'objectifs partagés, comme le plan May'Aînés du département de la Mayenne sur la prévention de la perte d'autonomie.

Dans le domaine de l'insertion, malgré le poids du financement du RSA, les départements ne doivent pas renoncer à mener des politiques actives d'accompagnement, ce qui nécessite sans doute de renforcer leur coopération avec les conseils régionaux, compétents en matière de formation professionnelle, d'emploi et de développement économique.

J'en viens à la seconde grande mission des départements, celle de la solidarité territoriale, domaine dans lequel ils ont été reconnus « chefs de file » par la loi de

modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (loi Maptam), mais dont les contours restent mal définis.

L'expression « solidarité territoriale » recouvre notamment le soutien financier aux investissements des communes et de leurs groupements, auquel les départements ont consacré 2,1 milliards d'euros en 2019, soit 16 % de leurs dépenses d'investissement, l'assistance technique au bloc communal, notamment dans les domaines de l'eau, de la voirie, de l'aménagement et de l'habitat, un certain nombre de compétences d'appui au bloc communal comme en matière d'archives publiques, de lecture publique ou d'archéologie préventive et, enfin, un rôle de coordination et d'orientation de l'action locale, par exemple en ce qui concerne l'accès aux services au public, ou encore les enseignements artistiques.

En raison du poids de leurs dépenses sociales, certains départements ont inévitablement plus de mal que d'autres à assumer cette mission indispensable de solidarité territoriale. En outre, même s'il a été reconnu chef de file, le département n'est pas seul : l'État et les régions interviennent aussi.

Sans vouloir mettre en place de mécanismes coercitifs, il me semble qu'une meilleure coordination des aides financières accordées par l'État, les régions et les départements au bloc communal serait souhaitable. Il en va de même en matière d'ingénierie : la nouvelle Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) devrait se concentrer sur les projets de haute technicité, nécessitant une expertise technique pointue dont il est impossible de disposer dans chaque département, plutôt que d'empiéter sur le champ de l'ingénierie départementale.

Je plaide, par ailleurs, pour que les départements disposent de la plus grande latitude juridique pour aider les communes et intercommunalités qui le souhaitent dans tout domaine et par tous moyens : conventions de prestations de services, mise à disposition d'équipements ou de services, créations de services unifiés, etc. Il est temps de laisser libre cours à l'innovation locale. Aussi serait-il nécessaire de rétablir l'habilitation générale du département à apporter aux communes qui le demandent son soutien à l'exercice de leurs compétences, supprimée par la loi NOTRe, alors qu'elle remontait à la loi Defferre du 2 mars 1982.

Certaines pistes esquissées par l'ADF, comme la création d'un service départemental de la donnée, me paraissent également dignes de retenir l'attention.

Au-delà des missions de solidarité sociale et territoriale, à l'exercice desquelles on a voulu le cantonner, le département me paraît appelé à jouer un rôle de pivot de la coopération locale et à intervenir à ce titre dans d'autres domaines de l'action publique, tout particulièrement dans les plus grandes régions.

C'est l'objet de la troisième partie du rapport, qui en constitue sans doute le cœur.

Le cadre juridique qui détermine aujourd'hui la répartition des compétences entre collectivités territoriales et les modalités de leur exercice concerté me paraît inadapté et en partie incohérent.

Tout au long des quarante dernières années, et plus encore au cours de la dernière décennie, on a cherché à spécialiser les collectivités territoriales en attribuant à chaque catégorie d'entre elles des blocs de compétence aussi étanches que possible. La logique des

blocs de compétence contraire, à l'évidence, le principe de subsidiarité, qui aurait plutôt exigé que l'on recherche, dans chaque domaine, les attributions susceptibles d'être exercées de la manière la plus efficace à chaque niveau.

Si elle s'est imposée, ce n'est pas pour donner plus de lisibilité aux citoyens en offrant une réponse simple à la question : qui fait quoi ? À mon sens, cela s'explique principalement par le principe de non-tutelle, qui empêche qu'une collectivité détermine la manière dont une autre exerce ses compétences, et qui rend difficile, par conséquent, la mise en cohérence de leurs actions.

Malgré les inconvénients d'une telle méthode, on a donc préféré confier une responsabilité exclusive, dans certains domaines, à telle ou telle catégorie de collectivité.

Toutefois, en 2010, le législateur a introduit un correctif pour adapter la répartition légale des compétences aux besoins locaux : c'est la faculté donnée à toute collectivité de déléguer à une autre collectivité ou à un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) une compétence dont elle est attributaire. Malheureusement, ce dispositif a lui-même été appliqué de manière trop stricte, puisqu'il a été compris comme imposant la délégation d'un domaine tout entier de compétence, tel que la loi l'apprehende. En outre, il a rapidement été assorti d'exceptions.

Par ailleurs, la spécialisation laissant subsister des zones de frottement entre les attributions des uns et des autres, et certains champs de compétence restant partagés entre les différents niveaux de collectivités, on a créé des mécanismes de coordination qui ont ceci de particulier qu'ils sont à la fois rigides et presque totalement inefficaces. Je pense bien sûr aux conférences territoriales de l'action publique (CTAP), dont tous les élus que j'ai rencontrés m'ont réclamé la suppression, ou encore au « chef-de-filat » qui, juridiquement, se réduit à l'obligation ou à la simple faculté pour la collectivité cheffe de file d'élaborer un projet de convention territoriale d'exercice concerté (CTEC), soumis à la CTAP puis à toutes les collectivités intéressées, d'une part, et à un ensemble de règles qui restreignent les possibilités de coopération entre collectivités dans ces mêmes domaines, en dehors du cadre des CTEC, d'autre part.

CTAP, CTEC et chef-de-filat restaient fondés sur la liberté conventionnelle des collectivités. De manière assez subreptice, avec la loi NOTRe, c'est un autre modèle de coordination qui a été privilégié, celui de documents d'orientation élaborés par une collectivité et doués de force obligatoire à l'égard des autres collectivités grâce à leur approbation par l'État.

Même si leurs premières moutures restent assez peu prescriptives, les schémas régionaux de développement économique, d'innovation et d'internationalisation (SRDEII) ainsi que les schémas régionaux d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET) constituent des instruments d'une redoutable efficacité, appelés à régir de vastes domaines de l'action publique locale.

Pourtant, l'expérience montre que les collectivités savent nouer des coopérations en dehors du cadre légal et mettre leurs forces en commun pour répondre aux besoins des citoyens. En la matière, le cadre légal a besoin d'être assoupli et non rigidifié.

Je propose donc de supprimer les CTAC, de réformer de fond en comble l'institution du chef-de-filat, afin de la supprimer là où elle est superflue et de la doter d'une réelle portée là où elle est utile, et de desserrer le cadre des délégations de compétence.

Enfin, je propose de rétablir la compétence générale des conseils départementaux et régionaux pour intervenir dans les domaines que la loi n'a pas expressément réservés à une autre personne publique. En effet, à l'aune de la crise que nous venons de connaître, on s'aperçoit que, à trop vouloir spécialiser, on rend parfois l'action publique inopérante. Rétablir la clause de compétence générale permettrait, pour de grands projets nécessitant d'être menés dans l'urgence, d'apporter de la souplesse, une plus grande créativité et assurerait, donc, une meilleure réponse de la part des collectivités locales, quelles qu'elles soient.

Je me suis particulièrement intéressée aux politiques de développement économique, domaine dont on a voulu expulser les départements avec la loi NOTRe, mais dans lequel ils continuent et doivent continuer à jouer un rôle important.

Non seulement les politiques départementales d'action sociale, de développement touristique et culturel ou d'infrastructures ont un impact économique indirect, non seulement les départements disposent encore de la faculté d'attribuer des aides aux entreprises dans des secteurs circonscrits et à des conditions plus ou moins strictes, mais certains d'entre eux continuent de s'impliquer de manière transversale dans le développement économique local.

Dans un département comme l'Allier, notre collègue Gérard Dériot a su convaincre le président du conseil régional de la nécessité de reconvertir l'ancienne agence départementale de développement économique en antenne locale d'une agence régionale, à la gouvernance de laquelle les conseillers départementaux sont pleinement associés. Ce même modèle a été reproduit dans le reste de la région Auvergne-Rhône-Alpes, sous des formes diverses qui sont révélatrices de l'implication plus ou moins forte des départements dans ce domaine avant la loi NOTRe.

Ce rôle économique direct ou indirect des départements doit être reconnu si nous voulons des politiques locales réellement coordonnées et efficaces. Cela implique notamment qu'ils soient consultés, comme les autres collectivités infrarégionales, lors de l'élaboration du SRDEII, notamment en ce qui concerne les orientations régionales en matière d'économie sociale et solidaire.

La crise actuelle a d'ailleurs montré la nécessité d'une action plus directe des départements, en bonne intelligence avec l'État et les régions. La loi du 23 mars 2020 et ses mesures d'application ont autorisé les conseils départementaux à contribuer au fonds national de solidarité pour les entreprises affectées par l'état d'urgence sanitaire. Au prix de certaines acrobaties juridiques, on leur a également permis, dans certains cas, de contribuer aux fonds régionaux. En revanche, les dispositifs d'aide que certains départements avaient mis en place de leur côté pour pallier les carences des aides de l'État ou de la région ont généralement été déferés au tribunal administratif et annulés.

Les régions sont des collectivités chargées des grandes stratégies de développement territorial. Elles ne sont pas taillées pour répondre aux besoins des petites entreprises, des artisans, des commerces de proximité, à plus forte raison dans l'urgence. Bien sûr, elles peuvent déconcentrer leur action, créer des antennes locales, recruter des agents sur le terrain. Mais ne serait-il pas plus efficace de leur permettre de s'appuyer sur les conseils

départementaux et leurs services ? Il n'y a aucune raison valable d'interdire aux régions et aux départements d'assouplir, par voie conventionnelle, la répartition de leurs compétences : les régions doivent pouvoir déléguer une partie de leurs attributions économiques aux départements, quand ces derniers doivent pouvoir monter leurs propres dispositifs avec l'accord de la région et contribuer au financement des actions conduites par celle-ci.

La quatrième et dernière partie du rapport est consacrée aux évolutions institutionnelles envisageables pour les départements.

Des réformes de trois types sont couramment évoquées.

Les réformes du premier type consisteraient à faire absorber par le bloc communal les compétences aujourd'hui exercées par les conseils départementaux. Il s'agirait, soit de fusionner les conseils départementaux et les métropoles sur le modèle de la métropole de Lyon, soit de transformer les départements en fédérations d'intercommunalités.

S'agissant de la fusion des métropoles avec les départements, elle correspond à un projet ancien qui reste à l'ordre du jour, puisqu'il figurait dans les engagements de campagne de l'actuel Président de la République.

Dans un premier temps, j'ai donc voulu dresser le bilan du mécanisme de transfert ou de délégation obligatoire des compétences départementales aux métropoles prévu par la loi Maptam. Tout compte fait, il s'avère que les transferts ont été réduits au strict minimum, d'un commun accord entre les parties. Les métropoles n'ont manifesté aucun empressement à récupérer les lourdes compétences sociales des départements, d'autant plus que l'État n'offrait aucune garantie quant à leur compensation. Nous verrons ce qu'il adviendra à la suite du renouvellement des exécutifs métropolitains cette année...

Ensuite, j'ai cherché à dresser un premier bilan de la création de la métropole de Lyon. Cette création, due à des raisons conjoncturelles, a notamment permis au département du Rhône d'échapper à la situation financière extrêmement délicate dans laquelle il se trouvait au début des années 2010, en transférant une partie de sa dette à la métropole, dotée de son côté de ressources fiscales plus dynamiques.

Selon ses promoteurs, la création de la métropole de Lyon se justifiait par la nécessité de réunir entre les mêmes mains les compétences sociales des départements et celles des intercommunalités en matière de développement économique, de logement et d'aménagement urbain. En réalité, le bénéfice de l'opération en termes d'efficacité des services publics reste à démontrer.

Ce qui est certain, en revanche, c'est qu'elle a créé une nouvelle frontière administrative susceptible de nuire à la cohérence des politiques menées en matière de tarification sociale, par exemple, ou encore en matière agricole. Elle a aussi réduit la solidarité entre les zones urbaines et rurales, comme en témoigne la forte diminution du montant des aides versées aux communes situées hors du territoire métropolitain depuis 2015.

En outre, et j'insiste sur ce point, la création de la métropole de Lyon a ôté aux communes situées sur son territoire toute possibilité de participer à l'exercice de compétences éminemment locales qui, sur le reste du territoire national, appartiennent au bloc communal : plan local d'urbanisme, logement, politique de la ville, gestion de l'eau ou des déchets, etc. Comme le soulignait le professeur Géraldine Chavrier lors de son audition, la création de la

métropole a conduit à « priver d'intercommunalité des communes, au profit d'une collectivité territoriale dont la vocation, et c'est paradoxal, est intercommunale ».

Ce choix institutionnel ne s'imposait nullement, et c'est pourquoi je recommande qu'à l'avenir, en cas de transfert intégral des compétences départementales à une métropole, celle-ci conserve un statut intercommunal.

Enfin, la fusion des métropoles et des départements ne doit pas conduire à segmenter le territoire ni à réduire la solidarité entre monde urbain et monde rural. Des mécanismes de transfert financier sont bien sûr nécessaires, mais il convient aussi de conserver des cadres institutionnels communs, qui permettent à ces territoires de se penser ensemble.

Quant à l'idée de transformer les départements en fédérations d'intercommunalités, elle me paraît devoir être abandonnée. Une telle transformation ne simplifierait en rien le paysage administratif : elle ferait disparaître un acteur indépendant capable d'assurer l'équilibre entre des EPCI de taille et de moyens inégaux, et constituerait un recul démocratique, puisque les assemblées départementales ne seraient plus élues au suffrage universel direct.

La deuxième piste de réflexion concerne d'éventuelles fusions de départements. Les projets en ce sens ne manquent pas, et ce depuis fort longtemps. Je rappelle que Michel Debré préconisait déjà aux lendemains de la Seconde Guerre mondiale de redessiner la carte des départements pour ramener leur nombre à quarante-sept. Pourtant, en dehors de situations très spécifiques où, comme en Alsace, deux départements limitrophes sont liés par des affinités culturelles et des liens économiques et sociaux particulièrement étroits, les projets de ce type ne font pas florès.

Les citoyens et les élus sont attachés, non seulement à l'identité de leur département, mais aussi au maintien de circonscriptions administratives de proximité. C'est pourquoi, à mon sens, tout en accompagnant les éventuelles initiatives locales, le législateur doit se garder d'inciter à la fusion, comme il en a eu la tentation par le passé, en attribuant des compétences supplémentaires ou des bonus financiers aux départements fusionnés.

J'ajoute que d'autres possibilités existent pour renforcer la coopération horizontale entre départements et la mutualisation des moyens, soit par voie de convention, soit *via* la création d'un établissement public interdépartemental, soit par la voie intermédiaire de l'entente interdépartementale, formule faiblement institutionnalisée.

Enfin, troisième piste, je me suis interrogée sur les rapprochements institutionnels possibles entre départements et régions.

Qu'il faille trouver de nouvelles articulations entre ces deux niveaux de collectivités, c'est certain. J'ai été très frappée de constater au cours de mes déplacements en Auvergne-Rhône-Alpes et dans le Grand Est que, non seulement les régions se déconcentrent en créant des services à l'échelon départemental, voire infradépartemental, mais que les conseillers régionaux élus dans le département jouent un rôle croissant en tant que délégués locaux du conseil régional, parfois chargés de l'animation politique des services départementaux de la région. C'est évidemment plus particulièrement vrai des élus de la majorité régionale... On observe même, dans certains cas, une forme de concurrence avec l'exécutif du conseil départemental.

Face à cette situation, trois modèles de rapprochement institutionnel entre les régions et les départements peuvent, en théorie, être envisagés : la transformation des départements en administrations déconcentrées des régions, la transformation des régions en établissements de coopération interdépartementale ou, enfin, un rapprochement organique entre les deux collectivités, qui resteraient distinctes.

J'écarte d'emblée les deux premiers modèles, apparemment radicaux, mais qu'il faudrait élaborer plus en détail pour en apprécier réellement les effets.

Le troisième modèle, celui du rapprochement organique avec maintien de deux collectivités distinctes, correspond à la mise en place d'un conseiller territorial, dans une forme plus ou moins proche de celle qui a été adoptée au cours du quinquennat de Nicolas Sarkozy. Je ne vous rappellerai pas l'histoire mouvementée de cette réforme, abandonnée en 2013, ni les nombreux obstacles politiques et techniques qu'il faudrait surmonter si l'on voulait s'engager de nouveau dans cette voie.

En revanche, je voudrais insister sur l'incertitude de ses effets, qui contribue d'ailleurs sans doute à son pouvoir de séduction. Les uns y voient le moyen pour les régions d'imposer leur mainmise sur les conseils départementaux, les autres espèrent ou craignent l'effet inverse. Mais que se passerait-il en cas de divergence politique entre les majorités départementale et régionale ? Sommes-nous si sûrs que les deux collectivités coopéreraient plus étroitement, pour la seule raison qu'elles auraient des élus communs ? N'est-il pas vraisemblable que les deux institutions continueraient à mener leur vie propre, à vouloir affirmer leur identité et définir leurs propres priorités politiques ?

Si l'on voulait ressusciter le conseiller territorial, comme certains s'y sont essayés ces derniers mois, il faudrait procéder de manière expérimentale, en commençant par une ou deux régions dans lesquelles ce projet ferait l'objet d'un large accord, et en se donnant le temps de l'évaluation.

Ce ne sera pas pour demain, puisque des élections départementales et régionales sont prévues pour le printemps prochain. Pour l'heure, il me paraît plus urgent d'encourager les coopérations concrètes entre conseils régionaux et départementaux, dans des domaines tels que l'insertion professionnelle ou le développement économique local, en desserrant le cadre législatif des coopérations locales.

S'il fallait me résumer en une phrase, je dirais que les départements, dans leur forme actuelle, ont encore un grand rôle à jouer pour le développement et la cohésion sociale et territoriale de notre pays, aux côtés des autres acteurs publics. Encore faut-il que nous leur en donnions les moyens juridiques et financiers.

Je vous remercie de votre attention et me réjouis que nous puissions discuter ensemble de ces conclusions.

M. Arnaud Bazin, président. – Merci pour ce rapport dense, fourni et stimulant. Avant de passer la parole à ceux de nos collègues qui souhaiteraient réagir, je me permets de faire deux observations.

En premier lieu, je tiens à remercier la rapporteure pour la qualité du travail fourni dans un contexte compliqué. Nous sommes parvenus au bout de la démarche : le rapport est de grande qualité et constitue une somme de réflexions, qui sera précieuse pour la suite.

En second lieu, je me félicite que ce rapport de référence soit aussi un rapport de rupture.

Depuis 2008, les départements font l'objet de dénigrement continus, qui émanent de tous les bords politiques. Je pense à la commission Attali, au comité Balladur, mais aussi aux trois lois qui s'en sont pris aux départements sur le plan institutionnel : tout cela fait beaucoup. La logique de ces réformes, c'était en quelque sorte : « Je te coupe une jambe pour montrer que tu cours moins vite » !

Les départements ont également été confrontés à un véritable défi dans le domaine budgétaire. Leurs dépenses ont explosé – président de conseil départemental pendant sept ans, je peux en témoigner. Il est surtout question dans le rapport du revenu de solidarité active (RSA), mais je veux rappeler également l'importance des dépenses liées à l'accueil des mineurs étrangers non accompagnés : elles ont été multipliées par quinze dans mon département entre 2011 et 2020 ! Dans le même temps, les recettes ont fortement chuté : les départements ont été confrontés à une baisse de 40 % de leurs dotations de fonctionnement lors du précédent quinquennat. De plus, ils ont perdu toute autonomie fiscale après le transfert des ressources de la taxe foncière aux communes – je laisse de côté les droits de mutation à titre onéreux (DMTO), puisque la quasi-totalité des départements ont déjà atteint le taux plafond.

Il s'agit d'un rapport de rupture, car celui-ci insiste sur le rôle primordial des départements, sur le fait qu'ils ont survécu malgré les difficultés et qu'ils ont, encore plus qu'en temps normal, montré toute leur utilité durant la crise sanitaire que nous venons de traverser. Ils se sont affirmés comme des acteurs indispensables de la solidarité, certainement voués à l'être encore davantage demain, puisque l'on évalue à 1 milliard d'euros supplémentaires les dépenses sociales que les départements auront à assumer du fait de la crise sanitaire et économique actuelle.

M. Bernard Bonne. – Je tiens à féliciter notre collègue Cécile Cukierman pour ce très intéressant rapport et remercie le président d'avoir conduit l'ensemble de nos travaux avec brio.

Depuis douze ans, le rôle du département est mis à mal. On souffle le chaud et le froid à longueur de temps sur cet échelon institutionnel. Je me rappelle notamment du discours de politique générale de Manuel Valls lors duquel ce dernier avait annoncé sa disparition pure et simple.

Durant cette période, les départements ont survécu avec beaucoup de difficultés, notamment sur le plan financier, et ont souffert du manque de clarification des compétences entre les différentes collectivités.

Les propositions figurant dans le rapport sont véritablement excellentes. C'est pourquoi j'espère qu'il sera lu par les membres du Gouvernement.

Dans le champ social, il faudra certainement préciser de la manière la plus détaillée possible le futur rôle des départements en vue de la prochaine loi Grand âge et autonomie. Plus qu'un chef de file, il conviendrait que le département soit le responsable de l'ensemble du secteur médico-social sur son territoire avec, bien entendu, le transfert financier correspondant à la médicalisation des établissements. Cette organisation serait beaucoup plus simple, réduirait un certain nombre de lourdeurs administratives et permettrait de gagner en

rapidité d'exécution. Cette réforme nécessiterait bien sûr une certaine homogénéisation, en particulier en ce qui concerne la valeur du point GIR départemental.

Toujours dans le champ social, la question des mineurs étrangers isolés a effectivement posé de nombreux problèmes aux départements, et ce de manière très hétérogène. De ce fait, la solidarité interdépartementale n'a pas suffisamment joué : il faudrait donc tendre, là encore, vers une homogénéisation.

Autre point essentiel, il faut absolument rétablir la clause de compétence générale. Dans cette hypothèse, les autres mesures proposées dans le rapport, en particulier dans le domaine économique, perdraient de leur intérêt, car les départements pourraient retravailler avec les régions et les communes. Laissons l'intelligence des collectivités locales prospérer : puisqu'elles travaillaient très bien ensemble par le passé, elles pourront à nouveau très bien le faire demain.

En tant que président de département, le principal problème auquel j'ai été confronté est celui de la métropolisation. On s'est polarisé sur l'exemple de la métropole de Lyon, alors qu'il est parfaitement atypique et que les accords passés l'ont été sans tenir compte des réalités de terrain et de la volonté des élus. Il aurait fallu attendre de dresser le bilan du transfert de compétences avant de poursuivre dans cette voie.

J'évoquerai enfin la question de la création du conseiller territorial : à l'époque, j'y étais assez favorable, parce que j'estimais qu'elle permettrait une clarification des compétences. Aujourd'hui, j'ignore si elle serait utile. Ce qui est certain en tout cas, c'est qu'il faut faire davantage confiance à l'intelligence des élus locaux.

M. Max Brisson. – Je tiens également à saluer la qualité du travail accompli et partage en grande partie les conclusions du rapport.

On assiste à la déconstruction dans la durée d'un vieux modèle républicain datant de 1790 : aujourd'hui, on met en cause les départements, mais aussi les communes et, si l'on pousse le bouchon un peu loin, le Sénat.

La déconstruction de ce modèle s'est toutefois heurtée à deux obstacles. D'abord, il faut compter sur le poids de l'histoire et de la géographie, dans la mesure où les départements se sont progressivement enracinés dans la pensée collective en deux siècles : dans ce pays, il est désormais très difficile de contester les départements comme le fait communal. Ensuite, il faut reconnaître que les grandes régions créées sous le précédent quinquennat ont contribué à redonner du sens aux départements.

Comme vous, madame la rapporteure, je plaide pour le rétablissement de la clause de compétence générale. On s'est aperçu pendant la crise sanitaire qu'on y aurait intérêt. Je suis aussi très favorable au chef-de-filat.

Pour aller dans le sens de mon collègue Bernard Bonne à propos de la métropolisation, je considère que le département reste aujourd'hui la collectivité de la péréquation. On l'a observé lors du déploiement de la fibre dans les territoires : c'est en effet le département qui reste le garant de la solidarité territoriale.

J'approuve également les propos de mon collègue sur le champ médico-social : ce serait un chantier intéressant pour les départements et ce serait la première fois depuis longtemps que l'on réattribuerait une compétence aux départements.

M. Patrice Joly. – Je m’associe aux félicitations adressées à la rapporteure. Le travail réalisé est remarquable et marque une forme de rupture par rapport à une tendance, je dirais même une mode, consistant à affirmer que les départements sont des institutions du passé. Certes, ils sont ancrés dans l’histoire et dans nos mentalités mais, dans cette période de mondialisation, on ressent un profond attachement à l’égard de cet échelon local : rappelez-vous les réserves qu’a suscitées la disparition des numéros de département des plaques minéralogiques. Il faut veiller à ne pas dissoudre certaines références, qui permettent de donner un ancrage à notre action.

Cela étant, je crains qu’à l’occasion de la sortie de ce rapport, nous passions pour d’affreux conservateurs, rétrogrades et nostalgiques, aux yeux des sachants, ceux qui nous montrent la voie de la modernité et de l’efficacité, c’est-à-dire les tenants de la massification et de la densité.

Aujourd’hui, les départements contribuent à rendre un service utile, de proximité à nos populations. Il faut dépasser le vieux clivage entre les « modernes », c’est-à-dire les tenants de l’intercommunalité, des régions et de l’Europe, et les « nostalgiques », favorables aux communes, aux départements et à l’État. La réalité est évidemment plus complexe.

Je salue l’idée d’un rétablissement de la clause de compétence générale : il est nécessaire de disposer de l’ensemble des outils existants pour travailler efficacement sur un territoire donné.

La métropolisation, tendance forte de ces dernières années, n’a pas réellement de sens : on a qualifié de métropoles des zones urbaines denses qui n’avaient en réalité rien de métropoles au sens géographique. À l’inverse, les départements apportent une réponse intéressante aux problématiques de gestion de l’espace et d’équilibre des territoires.

Mme Cécile Cukierman, rapporteure. – Si, d’aventure, quelqu’un ose me traiter de réactionnaire à cause de ce rapport, je m’inquiéterai des qualificatifs que l’on pourrait vous accoler, mes chers collègues ! (*Sourires*) L’objet de ce rapport est précisément de faire voler en éclats le faux clivage entre modernes et conservateurs. Après tout, c’est en donnant au département les moyens de se réinventer qu’il sera en mesure de répondre aux défis de demain. C’est en réfléchissant aux nouveaux besoins des populations que les départements continueront de faire la démonstration de leur pertinence.

Cela fait quinze ans que je suis conseillère régionale : je n’ai jamais défendu ni la région contre les départements ni l’inverse. Les défis sont tellement importants qu’il y a de la place pour chaque collectivité, du bloc communal à la région.

Les différentes auditions ont montré que l’hyperspécialisation des collectivités locales n’a pas eu l’effet escompté. Elle a même créé davantage de complexité et éloigné les centres de décision du terrain. Cela étant, les présidents de département montrent jour après jour leur capacité à innover pour rester efficaces, au besoin en contournant ou en adaptant la loi...

On a parlé de la clause de compétence générale. Dans un contexte démocratique difficile, nous devons garder en tête qu’il faut être capable d’apporter des réponses à nos concitoyens : ces derniers en ont assez d’entendre que leurs problèmes ne relèvent pas de notre compétence. La modernité ne consiste-t-elle pas à redonner tout son sens à la politique ? C’est en tout cas l’une des convictions qui animent ce rapport.

M. Arnaud Bazin, président. – Je partage entièrement la conclusion de la quatrième partie : l’heure n’est pas à un *big bang* institutionnel. En revanche, proposer d’introduire de la souplesse dans l’exercice des compétences, de favoriser les collaborations ou de donner du contenu au chef-de-filat, comme le fait la rapporteure, va dans le bon sens.

Max Brisson et Patrice Joly nous ont rappelé que le département était un territoire historique, ancré dans la réalité des citoyens. C’est un repère démocratique dont nous avons besoin. Mes chers collègues, souhaitez-vous formuler des propositions de modifications ?

M. Bernard Bonne. – Il faut simplement veiller à trouver la bonne articulation entre notre souhait de rétablir la clause de compétence générale et les autres mesures que comporte le rapport.

Mme Cécile Cukierman, rapporteure. – Je rappelle que la clause de compétence générale n’autorise pas les collectivités à faire tout ce qu’elles veulent, comme elles le veulent. Même si l’on rétablit cette clause, il faut réfléchir au rôle des départements dans chaque domaine d’action et, en particulier, en matière de développement économique.

M. Arnaud Bazin, président. – Les différentes recommandations formulées sont donc complémentaires.

Je vais à présent consulter la mission sur l’ensemble du rapport et le mettre aux voix.

À l’unanimité des membres présents, la mission d’information adopte le rapport d’information et en autorise la publication.

La réunion est close à 12 h 15.

MISSION D'INFORMATION TRAFIC DE STUPÉFIANTS EN PROVENANCE DE GUYANE

Mardi 15 septembre 2020

- Présidence de M. Olivier Cigolotti, président -

La réunion est ouverte à 11 heures.

Examen du rapport

M. Olivier Cigolotti, président. – Nous arrivons au terme de notre mission d'information constituée le 13 mai dernier, à l'initiative du groupe La République en Marche, dans le cadre du droit de tirage prévu par l'article 6 *bis* du Règlement du Sénat. Son objectif était d'évaluer la politique et les moyens mis en œuvre pour lutter contre le trafic de stupéfiants en provenance de Guyane et de proposer des pistes d'amélioration pour en renforcer l'efficacité, en s'intéressant au volet tant répressif que préventif.

Malgré le contexte sanitaire, et grâce à la technologie, nous avons pu conduire plus de trente auditions et entendre de nombreux acteurs : représentants des différentes administrations – douanes, police, gendarmerie, autorités judiciaires, services pénitentiaires, outre-mer... –, représentants des collectivités territoriales de Guyane, experts, associations localisées en Guyane et dans l'Hexagone, ambassadeurs...

Notre déplacement très intéressant à l'aéroport d'Orly nous a permis de voir précisément le dispositif de contrôle, même s'il n'y a eu aucune saisie ce jour-là. Quelques semaines plus tard, l'affaire de l'élus local guyanais interpellé avec de la cocaïne dans ses bagages démontrait cependant que le sujet restait d'actualité !

Jusqu'au bout, la mission a eu l'espoir de se déplacer en Guyane, mais le contexte n'était vraiment pas favorable, et nous y avons finalement renoncé. Pour autant, je pense que nous avons réussi à faire un large tour d'horizon du sujet, et que nous achevons cette mission bien informés.

Je remercie notre rapporteur pour la qualité de nos échanges et les relations conviviales que nous avons eues tout au long de nos travaux, ainsi que chacun d'entre vous, qui avez été très actifs et impliqués.

Je rappelle que sous réserve de son adoption, le rapport sera présenté cet après-midi à la presse, simultanément au Sénat et en Guyane, grâce à la visioconférence.

M. Antoine Karam, rapporteur. – Je commencerai par un bref état des lieux, résumant ce que nous avons entendu dans le cadre de nos travaux avant de vous présenter les recommandations du rapport. Jusqu'ici, aucun état des lieux n'avait été engagé sur le sujet de manière aussi précise, globale et transversale.

Selon les estimations, le trafic de cocaïne entre la Guyane et Paris représenterait 15 à 20% du marché hexagonal. Ce sont près de quatre tonnes de produits stupéfiants qui traverseraient chaque année l'Atlantique sur nos vols commerciaux.

Cette évolution tient d'une part au contexte régional et international du trafic de drogue, d'autre part aux déséquilibres économiques et sociaux dont souffre ce territoire. Seul territoire européen en Amérique latine, la Guyane se trouve à l'intersection des lieux de production et de consommation de la cocaïne. Dans ce contexte, le doublement de la production mondiale de cocaïne depuis 2013, la croissance de la demande européenne, la proximité du Suriname, pays de transit, et le renforcement des contrôles antistupéfiants sur l'axe Paramaribo-Amsterdam ont favorisé l'émergence d'une nouvelle route en Guyane, essentiellement aérienne et recourant à des passeurs occasionnels appelés « mules ».

Nous avons tenté de déterminer le niveau de structuration de ce trafic, et observé que, si des organisations comme les cartels mexicains ne sont pas encore présentes sur le territoire guyanais, les réseaux ne sont pas non plus purement artisanaux. Nous sommes actuellement dans un entre-deux, et c'est l'action que nous conduirons qui déterminera l'évolution des réseaux.

Le développement du trafic en Guyane est également révélateur d'importants déséquilibres économiques et sociaux. Les « mules » ont des profils variables : dans leur grande majorité, ce sont des jeunes défavorisés socialement mais l'on voit aussi de plus en plus des mères de familles, voire des personnes d'un certain âge en situation de précarité. Le phénomène s'est fortement banalisé et la plupart des Guyanais connaissent personnellement quelqu'un qui a déjà « fait le voyage », un voyage susceptible de rapporter entre 2 000 et 10 000 euros, mais pouvant aussi mener en prison.

Alors, que faire ? Si l'État n'est pas resté sans réaction face au problème, il a jusqu'ici privilégié une réponse essentiellement répressive. L'État a ainsi accru ses structures et ses moyens, tant au départ en Guyane qu'à l'arrivée à Orly, avec notamment la mise en service, très attendue, de deux scanners à ondes millimétriques à l'aéroport de Cayenne-Félix-Éboué, qui permettent de mieux détecter la cocaïne dissimulée par les passeurs. La coordination interministérielle a également été renforcée par la signature d'un protocole en 2019. Une meilleure coordination entre les administrations concernées et avec l'autorité judiciaire a accru l'efficacité des actions menées. Sur le plan juridique, de nouvelles possibilités d'action ont été instaurées, notamment en termes de procédure pénale.

Pour autant, le dispositif demeure insuffisant. Les trafiquants adoptent en effet une stratégie de saturation des forces de sécurité et de la chaîne pénale : ils envoient les passeurs en nombre, sachant que certains se feront prendre mais que d'autres passeront, car la capacité de contrôle n'est pas illimitée. Ainsi, bien que le renforcement des contrôles ait entraîné une augmentation des interpellations et des saisies, le trafic ne tarit pas et le point d'équilibre recherché par les autorités – à savoir une baisse ou une stabilisation des saisies conjuguée à un nombre croissant de contrôles – n'est pas encore atteint. Le trafic demeure donc rentable économiquement.

Par ailleurs, la politique pénale est peu adaptée au profil des passeurs de cocaïne, faute de prendre suffisamment en compte l'objectif de réinsertion.

La prévention se heurte à d'importantes limites. Les difficultés de financement sont récurrentes, tandis que les associations connaissent des difficultés structurelles de coopération avec les pouvoirs publics. L'absence d'un acteur institutionnel désigné constitue à nos yeux une importante faiblesse. Nous avons aussi relevé des limites relatives au contenu des actions de prévention, dont les messages ou les cibles ne sont pas toujours adaptés.

L'État doit apporter à la banalisation du trafic de cocaïne en Guyane une réponse beaucoup plus forte et plus complète que celle qu'il a mise en œuvre jusqu'à présent. Il s'agit d'une question de première importance, un enjeu de société, pour la Guyane comme pour tout le territoire national.

En Guyane, le trafic de cocaïne se développe faute d'alternatives et de perspectives offertes à la population. Il met en jeu des vies humaines et menace les équilibres économiques et sociaux. La rentabilité élevée du trafic – acheté 3 500 euros, le kilo de cocaïne peut être revendu dix fois plus cher dans l'Hexagone – et la structuration progressive des réseaux font craindre une dérive mafieuse. Les actes de violence liés au trafic, enlèvements ou séquestrations, commencent d'ailleurs à se développer.

À l'échelle du pays, le trafic de cocaïne est un enjeu de santé publique, avec 600 000 consommateurs réguliers en France, mais aussi d'ordre public. En effet, il irrigue désormais tout le territoire hexagonal, avec une prédilection pour les villes de province, où il alimente la délinquance et l'économie parallèle.

Nous demandons donc à l'État, de toute urgence, une politique ambitieuse et globale pour mettre un coup d'arrêt à ce phénomène délétère. Cette action forte ne doit pas se limiter à la répression mais aussi comporter un volet social, sans oublier la dimension coopération internationale.

Bien entendu, la politique répressive reste nécessaire. Elle doit viser l'efficacité dans le traitement de la masse de passeurs ainsi que le démantèlement des réseaux. Il s'agit d'intensifier les contrôles et les saisies de manière à diminuer la rentabilité du trafic sur la route guyanaise et décourager les trafiquants. Pour ce faire, il est indispensable de donner aux forces de l'ordre et à la justice les moyens de faire face à une augmentation des interpellations. Selon une estimation de l'Office anti-stupéfiants (OFAST), la systématisation des contrôles à corps et à bagages pourrait générer une augmentation de 40 % du flux à traiter, soit 2 800 cas supplémentaires par an ! Cela implique sans doute une réévaluation des effectifs, notamment des magistrats, mais également l'utilisation de procédures simplifiées et l'emploi des différents services au mieux de leurs capacités, en améliorant leur coordination.

Par ailleurs, nous devons accroître notre efficacité dans le démantèlement des réseaux. Les échanges d'informations doivent être renforcés et les actions de lutte contre le blanchiment poursuivies. Plus structurellement, il faut réorienter sur cette action l'OFAST, trop centré sur le traitement quantitatif des passeurs de cocaïne.

Au-delà du volet répressif de la réponse, nous considérons que l'État doit doter celle-ci d'un volet social ambitieux.

Il faut mettre en place une politique de prévention digne de ce nom, car c'est aujourd'hui le talon d'Achille de la lutte contre les passeurs.

Nous suggérons tout d'abord que soit explicitement confiée au Préfet, avec l'association étroite de la Collectivité territoriale de Guyane, la mission d'impulser cette politique de prévention et de renforcer la coordination des différents intervenants dans ce domaine. L'amélioration de la politique de prévention passe aussi par une meilleure connaissance du contexte social dans lequel intervient le passage à l'acte, ainsi que du profil des personnes. Afin de mieux cibler les actions, il conviendrait de les étendre à la famille et à l'entourage, potentiels recruteurs ou référents, ainsi qu'au collègue et aux milieux extra-

scolaires, pour toucher le public le plus large. Il convient aussi de mieux adapter le contenu des actions aux publics visés, par exemple en prévoyant davantage d'actions en langues régionales, notamment bushinenguées.

Enfin, il faut envisager une augmentation substantielle des crédits alloués à la prévention en Guyane.

La prévention passe aussi par la formation des jeunes et leur accompagnement socio-professionnel. Quelque 32 % des Guyanais de 18 à 25 ans sont au chômage et 43% ne sont ni en emploi, ni en formation. Il faut de toute urgence développer l'offre scolaire et de formation dans ce territoire jeune et en forte croissance démographique, sans quoi les déséquilibres ne feront que s'accroître. Il ressort de nos auditions que les passeurs sont fréquemment des jeunes qui n'attendent plus rien d'une société qui semble les avoir abandonnés, faute d'accompagnement suffisant. Nous ne parviendrons pas à lutter efficacement contre ce trafic sans apporter une réponse crédible à cette jeunesse, une réponse qui lui offre un avenir et lui ouvre des perspectives.

Si les peines prononcées à l'encontre des passeurs doivent rester exemplaires et dissuasives, la politique pénale doit être davantage tournée vers la réinsertion des personnes condamnées. Lorsque des peines en milieu fermé sont prononcées, le recours à des peines mixtes tournées vers la réinsertion doit être privilégié. Les sorties « sèches » mènent presque systématiquement à la récidive. Les magistrats doivent s'appuyer sur les nouvelles catégories de peine créées en 2019, telles que le sursis probatoire renforcé, particulièrement adapté aux passeurs de stupéfiants. Il ne suffit pas de punir, il faut donner du sens à la peine et en faire un temps utile pour éviter la récidive.

La principale difficulté reste le manque de ressources disponibles pour mettre en œuvre ces actions de réinsertion, dont le succès dépend directement de la force du tissu associatif et des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). À cet égard, le rapport propose d'attribuer au SPIP de Guyane un rôle de maître-d'œuvre, lui permettant de coordonner l'ensemble des actions menées en Guyane et dans l'Hexagone, et de renforcer les moyens humains et financiers qui lui sont dévolus. Il s'agit notamment de favoriser la réinsertion en Guyane des individus incarcérés dans l'Hexagone.

Enfin, le rapport propose diverses pistes pour agir au plan international. La mission plaide pour une plus grande implication de la France dans la coopération régionale en matière de lutte contre le trafic de stupéfiants dans la zone Caraïbe, *via* l'action de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), des attachés de sécurité intérieure et des forces armées aux Antilles.

Afin que la France pèse davantage dans les organisations qui portent cette coopération, elle suggère aussi de relancer l'adhésion de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Guyane à la communauté caribéenne (Caricom) comme membres associés.

Elle recommande enfin d'intensifier la coopération bilatérale avec les pays voisins, notamment le Suriname, en mettant à profit la récente évolution politique dans ce pays. Cette coopération est à développer sur le plan sécuritaire mais aussi économique compte tenu des synergies potentielles et des besoins convergents entre nos pays dans le bassin du Maroni.

Ce n'est que par un ensemble d'actions coordonnées dans tous les domaines, répressif, social, international, sous-tendues par une forte volonté politique, que nous parviendrons à enrayer ce phénomène dramatique du trafic de cocaïne en Guyane.

Celui-ci n'est pas une fatalité, j'en suis convaincu. Il n'en est pas moins un marqueur des difficultés que rencontre la Guyane à « se repositionner sur une trajectoire d'égalité réelle convergente avec le reste du territoire national », pour reprendre les termes de l'accord de Guyane de 2017. En 2019, le PIB par habitant y était inférieur de plus de 57 % à la moyenne nationale. Plus que jamais, la Guyane a besoin d'une impulsion forte pour soutenir son développement économique. La lutte contre le trafic de drogue doit y contribuer, car nous devons protéger notre jeunesse de ce fléau et lui ouvrir des perspectives d'avenir.

Je remercie le président Cigolotti, avec qui nous avons beaucoup échangé, au téléphone, en visioconférence et en présentiel. Je regrette que la pandémie nous ait empêchés de nous rendre en Guyane – mais nombre de nos collègues connaissent notre territoire, et la situation que nous vivons. Malgré le décalage horaire, nous avons pu travailler utilement.

Je suis convaincu que la Guyane doit donner une autre image que celle d'un pays de passage de la drogue venue de Colombie, du Venezuela ou du Suriname – et je ne parle pas du Brésil... La France ne peut rester indifférente à la situation internationale. Nous sommes l'Amazonie, nous sommes l'Amérique du Sud, nous donnons à la France son espace et son oxygène !

M. Joël Guerriau. – Les jeunes deviendraient passeurs parce qu'ils n'ont pas été correctement encadrés et suivis ? Une telle formulation me gêne, car elle donne le sentiment que nous serions à l'origine de la situation. Il est trop facile de rejeter la faute sur l'autre ! S'il faut agir pour décourager ces comportements, faut-il pour autant, dans le contexte actuel, nous en imputer la responsabilité ? C'est une question de présentation...

Mme Catherine Conconne. – Je félicite et remercie le président et le rapporteur, et salue chaleureusement Antoine Karam, qui clôt de très belle manière son mandat. Il fallait oser ce rapport, hélas réaliste. Il décrit une réalité que nous vivons aussi chez nous, aux Antilles. On ne devient pas passeur par hasard. Les indicateurs de développement de nos pays témoignent d'un lâchage par la société : voyez le nombre de chômeurs, de familles monoparentales, avec des mères souvent très jeunes, de décrocheurs scolaires, alors que l'école de la République devrait être la même partout, de jeunes sans qualification...

Ce millefeuille d'inégalités n'est pas tolérable. Je suis farouchement antidrogue, hostile même à la légalisation du cannabis, mais je peux comprendre qu'un jeune lâché par la société, qui ne percevra pas le RSA avant ses 25 ans, qui ne trouve pas de petit boulot, soit séduit par des voyous qui lui font miroiter de l'argent facile.

Je tonne souvent à la tribune pour attirer l'attention sur cette réalité, sur ces disparités que nous vivons au quotidien, pour exiger plus de considération et une meilleure prise en compte. La drogue n'est que la pointe émergée de l'iceberg.

M. Fabien Gay. – Je voterai ce rapport, qui me paraît très équilibré. On ne naît pas passeur, on le devient. Il ne s'agit pas de trouver des excuses mais de comprendre pour traiter le mal à la racine. Cela suppose un équilibre entre la répression et les moyens donnés à la justice, d'une part, et le traitement social, d'autre part. L'autorité de l'État s'exerce quand la République, les services publics, les fonctionnaires sont partout. Ce combat pour l'égalité

républicaine, je le mène aussi dans mon département. En Guyane comme en Seine-Saint-Denis, l'inégalité républicaine est patente. Quartiers populaires, zones rurales, outre-mers ont des problématiques communes !

Le rapport aborde aussi la dimension internationale, et notamment la relation avec le Suriname. Il embrasse le sujet dans son ensemble, de façon équilibrée, sans cacher qu'il faudra des moyens humains et financiers.

Je suis heureux d'avoir travaillé avec Antoine Karam, que je félicite et remercie et à qui je souhaite bon vent !

M. Philippe Dallier. – Je ne veux pas rentrer dans le débat entre responsabilité individuelle et responsabilité de la société. Je suis élu d'un département populaire, j'y ai grandi. Rencontrer des difficultés sociales n'implique pas de tomber dans la délinquance ! Ce serait faire injure à beaucoup de parents qui tiennent leurs gamins et leur évitent de mal tourner. Mais on sait que les difficultés sociales peuvent conduire à ce type de comportement, et qu'il faut aussi mener des politiques de prévention pour empêcher ces dérives.

Le rapport appelle à l'adaptation et à la simplification des procédures. Que met-on derrière ces termes ? S'agit-il simplement de ne pas trop surcharger les forces de l'ordre et les tribunaux ? Demander des adaptations législatives qui iraient assez loin risquerait de créer un précédent...

M. Antoine Karam, rapporteur. – Merci pour ces remarques pertinentes.

Je recherche toujours le consensus, car il faut réussir ce pari, dans l'intérêt des Guyanais. Après 44 ans de mandat électif, je tire ma révérence. Je viens du mouvement sportif ; j'ai été le plus jeune président de ligue d'athlétisme. Persuadé que le sport était le meilleur paravent contre les fléaux sociaux, j'ai plaidé pour des équipements sportifs, j'ai fait manifester trois mille personnes pour obtenir une piste d'athlétisme conforme en Guyane. Mais même avec des équipements de quartier partout, des terrains de foot, des panneaux de baskets, cela ne suffit pas. La population guyanaise a quintuplé en quarante ans ! Quand j'ai entamé ma carrière d'enseignant en 1976, Saint-Laurent-du-Maroni comptait 5 000 habitants ; ils sont aujourd'hui 50 000, et seront 130 000 en 2032 !

Pour nos voisins d'Amérique du Sud, nous sommes attractifs. Chaque jour, des centaines de Brésiliens entrent en Guyane, malgré la fermeture des frontières. Le Maroni n'est pas une frontière mais un lieu de circulation. Des enfants du Suriname vont à l'école en Guyane, des mères viennent accoucher dans nos maternités... La population explose, et 43% a moins de 23 ans.

Les jeunes prennent des risques. J'en ai rencontré qui me disaient être prêts à risquer un an de prison – qui sera ramené à six mois, vu la surpopulation carcérale – et à recommencer une fois sortis, car avec les 3 000 euros que leur rapporte le trajet, ils font vivre leur famille.

La pire des choses serait que ce rapport finisse dans un tiroir. C'est pourquoi nous avons rencontré ce matin le directeur de cabinet de la direction générale des outre-mer au ministère des outre-mer, qui connaît bien la Guyane. Les outils juridiques permettant d'alléger les procédures existent déjà, les acteurs doivent s'en saisir. Les douaniers se plaignent de manquer d'effectifs ; débordés, ils demandent à être mutés. Les élus savent qu'il faut faire

plus, construire des équipements. La Guyane est le seul territoire où l'on construit chaque année des centaines de places à l'école primaire, un lycée tous les deux ans, deux collèges par an ! Il faut une vision globale.

En 1995, alors que je présidais la région, j'avais demandé à Jacques Chirac quelle était l'ambition de la France pour la Guyane, hormis le spatial. Poser la question, c'est y répondre : seul importe que la fusée décolle à l'heure ; la mission des préfets est de gérer la paix sociale pour éviter les clashes. Cela ne suffit pas.

Il faut apporter des réponses, accentuer la répression mais aussi la prévention et la coopération. Le Brésil, la Colombie, le Venezuela sont marqués par l'instabilité politique. La France doit peser de tout son poids dans la coopération internationale pour que la Guyane cesse d'être un lieu de transit de la drogue. J'ai vu nos jeunes en prison en France – y compris des jeunes femmes, qui accouchent à Fresnes ! C'est dramatique. Ce rapport se veut un plaidoyer pour inverser la tendance.

M. Olivier Cigolotti, président. – Nous n'avons pas voulu remettre un rapport à charge, mais le plus objectif possible. C'est grâce à la diversité de nos convictions, de nos visions respectives, que nous avons pu l'élaborer. Le trafic de stupéfiants en provenance de la Guyane est un fléau tant pour ce territoire que pour l'Hexagone. C'est un problème de politique sociale, sachant que 43% des jeunes Guyanais ne sont ni en emploi, ni en formation, un problème de prévention, de répression, de manque de coopération internationale, notamment avec le Suriname.

Des pistes d'amélioration, de simplification existent. Il faut, sans pointer quiconque du doigt, que chaque administration joue pleinement son rôle, se saisisse des outils réglementaires et législatifs à sa disposition : comparution différée, convocation par les agents des douanes, rétention et présentation ultérieure...

Merci à chacun, nous avons eu plaisir à travailler ensemble, malgré le contexte difficile et le décalage horaire. Grâce à la pertinence de vos questions, à l'intérêt que vous avez porté au sujet, nous pouvons rendre un rapport intéressant. Ce n'est pas une fin en soi ; il trace des possibilités d'évolution pour la Guyane et sa jeunesse. Parmi les pistes, citons le service militaire adapté (SMA), qui a fait ses preuves auprès de jeunes défavorisés. Ce territoire a des atouts qui doivent permettre à sa jeunesse de mieux s'en sortir.

Je vais maintenant mettre aux voix le rapport.

Le rapport est adopté à l'unanimité et la mission en autorise la publication.

Le rapport va être envoyé pour impression assez rapidement. Si vos groupes politiques ont des observations, ils peuvent nous les adresser, d'ici mercredi soir, sous la forme de contributions qui seront annexées au rapport.

La réunion est close à 11h50.

MISSION D'INFORMATION SUR LA LUTTE CONTRE L'ILLECTRONISME ET POUR L'INCLUSION NUMÉRIQUE

Jeudi 17 septembre 2020

- Présidence de M. Jean-Marie Mizzon, président -

La réunion est ouverte à 14 h10.

Examen du projet de rapport

M. Jean-Marie Mizzon, président. – Nous nous réunissons aujourd'hui pour clôturer nos travaux, débutés le 24 mars. Nous devons commencer nos auditions le 31 mars, mais la pandémie de Covid-19 a décalé le début de nos travaux au 18 mai. Nous avons donc accéléré le rythme des auditions, grâce aux visioconférences, qui se sont poursuivies jusqu'au 15 juillet et se sont closes la semaine dernière, avec les auditions de la présidente du Conseil national du numérique et du secrétaire d'État chargé de la transition numérique et des communications électroniques. Au total, 90 personnes environ auront été entendues notamment à l'occasion de quatre tables rondes, et d'un déplacement sur un « Territoire d'action pour un numérique inclusif ».

Le plan de relance a annoncé 250 millions d'euros en faveur d'une politique plus ambitieuse que la Stratégie nationale pour un numérique inclusif de 2018, qui, jusqu'à présent, ne bénéficiait que de 30 millions d'euros de crédits d'État. Il a le mérite d'une prise de conscience partagée par tous du caractère prioritaire d'une montée en compétences numériques de nos concitoyens.

En effet, l'illectronisme approfondit la fracture sociale et générationnelle et devient un handicap majeur dans une société toujours plus numérisée, particulièrement dans les relations avec une administration qui ferme ses guichets, réduit son implantation territoriale et met le cap sur le 100 % dématérialisé.

Notre mission s'est attachée à évaluer la politique publique d'inclusion numérique : est-elle assez financée, assez efficace, bien outillée ?

Cette politique a une dimension territoriale essentielle : le secrétaire d'État a admis lors de son audition que l'État était tout simplement dans l'incapacité de la déployer sans les collectivités locales. Or, 32 départements manquent encore à l'appel de ce déploiement. Il n'est bien entendu pas envisageable qu'ils ne puissent bénéficier des 250 millions d'euros annoncés. L'enjeu est donc celui de l'accélération et de l'amplification de ce qui a été fait jusqu'à présent, en vue d'une diffusion territoriale complète.

Dans notre évaluation de la politique publique de l'inclusion numérique, particulièrement complexe tant les acteurs sont nombreux, nous avons eu le sentiment qu'un effort substantiel en faveur de la médiation numérique était indispensable pour mieux aider les publics les plus fragiles, notamment en situation de handicap, mieux lutter contre l'exclusion par le coût, angle mort de la politique publique, construire une « éducation 2.0 » et engager un « choc de qualification » numérique des salariés, commerçants et artisans.

La médiation numérique et l'aide à la formation au numérique doit par ailleurs se professionnaliser et devenir un métier, pivot de la politique d'inclusion. Elle doit fédérer une coalition d'acteurs la plus large possible en intégrant non seulement les collectivités locales, dont la mobilisation et la prise de conscience de cet enjeu sont indispensables, mais également les opérateurs sociaux.

Nos travaux permettent aujourd'hui de formuler une quarantaine de propositions, auxquelles je souscris, et que je laisse à présent à Raymond Vall le soin de présenter.

M. Raymond Vall, rapporteur. – Le numérique est porteur de promesses d'amélioration de la qualité de vie, d'inclusion sociale, d'augmentation des connaissances et des capacités en chacun. Il est aujourd'hui synonyme de progrès pour tous.

Pourtant, 14 millions de Français au moins ne maîtrisent pas le numérique, et près d'un Français sur deux n'est pas à l'aise. Si la France est dans la moyenne européenne, la situation n'est pas satisfaisante.

Les personnes en situation de handicap, qui représentent une personne en exclusion numérique sur cinq, subissent une double peine. Si les sites en ligne doivent être théoriquement accessibles, seulement 13 % des démarches administratives leur étaient réellement accessibles en avril 2020.

Les personnes détenues, les patients hospitalisés sans leur consentement et les étrangers sont davantage encore des exclus du numérique, tout comme les personnes illettrées, au nombre de 2,5 millions, car le numérique est textuel.

Quelle que soit la forme, l'exclusion numérique constitue un handicap majeur dans une société toujours plus numérisée. L'accélération de cette évolution avec le confinement et le développement du télétravail rendent encore plus urgente l'inclusion numérique du plus grand nombre. Les exclus de la société hyperconnectée ont le sentiment d'être des citoyens de deuxième zone, et l'humiliation vire parfois à la colère.

Entreprise depuis 1998 par tous les gouvernements successifs, la dématérialisation généralisée des services publics, engagée à marche forcée pour 2022, laisse sur le bord de la route trois Français sur cinq, incapables de réaliser des démarches administratives en ligne. L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) elle-même n'a pu réaliser, en décembre 2019, un test de demande d'aide au logement en ligne !

Le droit de saisine des administrations par voie électronique est devenu, dans les faits, une obligation, même si le Conseil d'État a rappelé, le 27 novembre 2019, l'absence de caractère juridiquement obligatoire de cette saisine par voie électronique.

Cette dématérialisation pourrait permettre d'économiser chaque année 450 millions à l'État. La gestion de la complexité administrative est externalisée vers les usagers, qui ne peuvent se retourner vers les guichets des administrations, lesquels ont fermé. L'ergonomie des sites publics est très en retard. Beaucoup d'usagers se découragent et renoncent à leurs droits.

Pendant le confinement, l'éducation nationale a basculé dans le tout numérique, outil de la continuité pédagogique. Les inégalités entre élèves et enseignants se sont révélées, soulignant la carence d'une obligation de formation au numérique du corps enseignant. Or,

contrairement à une idée reçue, les jeunes, y compris les étudiants, manquent également de compétences numériques.

Le numérique, s'il peut à la marge mieux garantir les droits sociaux en repérant les bénéficiaires potentiels, constitue, pour les bénéficiaires réels, un obstacle croissant d'accès à leurs droits. Malgré des efforts récents, les opérateurs offrent rarement des outils de repérage des fragilités numériques et de formation au numérique.

Les exclus du numérique se tournent de plus en plus, pour garantir leurs droits, vers les travailleurs sociaux, qui, dans 75 % des cas, effectuent des démarches à la place de l'utilisateur, et vers les bénévoles des associations d'aide aux personnes en grande précarité, lesquels sont de plus en plus débordés. Plus la dématérialisation s'accélère, plus la demande d'assistance numérique croît.

Pour les salariés, l'accès à l'emploi est désormais conditionné à la maîtrise du numérique. Toutefois, 12 % des demandeurs d'emploi ne le maîtrisent pas. Dans l'emploi, le numérique constitue désormais une compétence professionnelle de base. Le numérique envahit toute l'économie, y compris les métiers traditionnels, et pas seulement dans l'industrie du futur. Le numérique n'est pas non plus une porte dérobée de retour à l'emploi pour les décrocheurs scolaires, malgré certains parcours individuels exemplaires grâce à un réseau d'écoles du numérique à la pédagogie disruptive.

Le confinement ayant souligné que 5 millions de salariés rencontrent des difficultés face au numérique, il est urgent de prendre la mesure du défi d'une économie en compétition avec d'autres dans la société de la connaissance, clé de la compétitivité du XXI^e siècle.

Pour les citoyens, si le recours au vote par Internet demeure limité, les procédures participatives recourent plus fréquemment au numérique, comme le référendum d'initiative partagée ou le droit de pétition devant le Parlement. La culture numérique est également un élément de l'information indépendante, qui permet de surmonter les manipulations de l'opinion.

Si nos sociétés ont pris conscience de cette prégnance du numérique, l'illectronisme, dont les conséquences sur le pacte social sont dévastatrices, a pour sa part longtemps été sous-estimé.

L'appropriation du numérique s'est faite, tant par les professionnels que par le grand public, par autoformation. Nous sommes tous des autodidactes sur Internet. Chacun est supposé savoir utiliser des outils numériques vendus comme « simples », voire « intuitifs ».

Cependant, si le risque d'illectronisme a été pointé par Lionel Jospin dès 1999, les pouvoirs publics ont longtemps considéré que l'équipement numérique suffisait, et en ont fait leur priorité. Or, une tablette magique ne suffit pas à effacer la fracture numérique. Celle-ci s'est même élargie outre-mer, ces territoires n'ayant pas bénéficié de la baisse des prix de la téléphonie mobile.

La priorité a longtemps été la couverture numérique du territoire, et non la maîtrise des usages par les personnes. Pourtant, de nombreux rapports ont souligné l'urgence de fournir à chacun un mode d'emploi du numérique. Une première tentative de structuration de l'aide aux usages numériques a certes eu lieu de 2000 à 2014, avec les « cyber-bases ».

Mais elle s'est soldée par un échec dont les conclusions n'ont pas été toutes tirées : atomisation des initiatives, coordination insuffisante, absence de qualification d'une offre de médiation numérique insuffisamment professionnalisée.

Alors que France Stratégie met en valeur, dans un rapport de 2018, les bénéfices attendus d'une meilleure autonomie numérique, chiffrés à 1,6 milliard d'euros par an si la fracture numérique se résorbait, une « Stratégie nationale pour un numérique inclusif » est lancée la même année.

Volontariste, annonçant des parcours d'accompagnement dès l'été 2018, elle manque toutefois d'ambition financière. Alors que le rapport Borloo avait imaginé un « plan de bataille national » de 600 millions par an pour combattre l'illectronisme et favoriser la formation linguistique des personnes immigrées, et que le Gouvernement avait initialement évoqué un financement global de 100 à 150 millions d'euros, ce ne sont finalement que 10 millions puis 30 millions d'euros qui sont respectivement mobilisés en 2019 et 2020 pour le déploiement du principal outil de la stratégie nationale, le pass numérique, pour former d'ici à 2022 2,5 millions de Français éloignés du numérique.

Le plan de relance, présenté en septembre 2020, acte d'ailleurs l'insuffisance des moyens initialement alloués à la Stratégie, de même que sa faible ambition. Le Gouvernement entend désormais consacrer 250 millions d'euros d'ici 2022 à la formation de 4 millions de Français.

La mise en œuvre de cette Stratégie est cependant à la peine. Seuls 209 000 pass numériques, qui doivent servir à payer la formation numérique, ont été achetés à ce jour, et peu ont été utilisés, obérant la cible de 2,5 millions de Français formés d'ici 2022. La mission d'information est bien consciente des difficultés rencontrées dans l'élaboration et l'application de cette politique nouvelle, mais le rythme de déploiement doit s'accélérer, compte tenu de l'urgence économique et sociale.

Dans certains territoires, le manque de médiateurs labellisés, répondant à une exigence de qualité et capables d'accompagner les personnes vers l'autonomie numérique, est criant. L'équilibre économique de la formation au numérique n'est pas bien calibré : le pass numérique semble avoir été fixé à une valeur trop faible (10 euros), si bien que les heures de formation et leur rémunération sont insuffisantes pour solvabiliser les prestataires, associations ou *start-ups*.

La structuration des lieux de formation au numérique manque de clarté et plusieurs labels se sont déployés en silos sans coordination entre eux : aux *Hubs* France Connectée, interdépartementaux mais ne couvrant que la moitié des départements, et aux territoires d'action pour un numérique inclusif, lancés par le secrétariat d'État au numérique, se sont ajoutés, en décembre 2018, les maisons France Service, qui seront déployées dans chaque canton d'ici 2022, puis, en février 2020, les tiers lieux « Fabriques de territoire », La Poste étant par ailleurs prête à participer à la détection des fragilités numériques grâce à son réseau de postiers et à la relation de confiance qu'ils ont nouée avec les Français. D'autres structures, comme les bibliothèques, les points Information Médiation Multi-Services ou les centres sociaux, sont aussi concernées par cette mise en réseau.

Des outils d'accompagnement sont déployés comme Aidants Connect, permettant aux aidants de réaliser des démarches administratives, Pix et Cléa Numérique, dont le

financement a été laborieux, pour évaluer les compétences, mais la formation des agents locaux et des travailleurs sociaux tarde.

L'accessibilité des sites en ligne pour les personnes en situation de handicap demeure un objectif, alors que la loi de 2005 voulait voir disparaître cet obstacle en 2011 ! Si l'objectif est de rendre 80 % des sites accessibles, seuls 13 % le sont actuellement. Le recours à la notion de charge disproportionnée offre une échappatoire à ceux qui ne veulent pas jouer le jeu.

Au terme de trois mois d'investigations, de plus de 90 personnes auditionnées et 4 tables rondes, d'un déplacement au Sicoval de Labège et d'un autre au *Hub France Connectée* de Toulouse, la mission d'information avance 45 propositions articulées autour de sept axes d'une politique ambitieuse d'inclusion numérique.

Le premier axe consiste à évaluer plus finement l'exclusion numérique, en renouvelant régulièrement l'enquête de l'Insee et en exploitant l'expérience du confinement pour analyser les usages du numérique pendant cette période. L'évaluation des capacités numériques devrait par ailleurs être systématisée autour d'un référentiel commun. Les cartographies locales de l'exclusion numérique sont à généraliser.

Le deuxième axe tend à passer d'une logique 100 % dématérialisation à une logique 100 % accessible. À cet effet, il faut conserver la faculté d'un accès physique et/ou d'un accueil téléphonique pour l'ensemble des démarches dématérialisées des services publics. À cet égard, la plateforme téléphonique « Solidarité numérique », mise en place pendant le confinement, doit être pérennisée pour accompagner les personnes mal à l'aise avec l'outil numérique. Un droit à l'erreur doit être reconnu dans toute démarche numérique. Les sites internet doivent prendre en compte dès leur conception l'accessibilité la plus large, en intégrant notamment le point de vue des usagers tout au long du développement et de l'exploitation d'un site numérique public. L'État se doit d'être exemplaire. Le label « e-accessible » doit être rendu plus visible et chaque administration doit évaluer son niveau d'accessibilité. Les sanctions en cas de non-respect de la mise en accessibilité des sites internet doivent être renforcées. Les administrations doivent être incitées à utiliser pleinement les ressources du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) pour rendre accessibles leurs sites et applications internet.

L'axe n° 3 consiste à proclamer l'inclusion numérique comme priorité nationale et service d'intérêt économique général (SIEG).

Un milliard d'euros doivent être mobilisés d'ici 2022 pour financer l'inclusion numérique, soit quatre fois plus que le montant alloué par le Gouvernement dans le cadre du plan de relance. Les 250 millions d'euros seront probablement insuffisants pour atteindre le nouvel objectif de 4 millions de personnes formées d'ici 2022. En tout état de cause, cet objectif semble peu ambitieux, considérant que 14 millions de Français ne maîtrisent pas le numérique et que près d'un Français sur deux est mal à l'aise avec cet outil. Ces moyens alloués doivent par ailleurs être pérennisés dans un fonds de lutte contre l'exclusion numérique, politique publique ayant vocation à devenir structurelle. Le fonds pourrait être abondé par les gains budgétaires réalisés grâce à la dématérialisation des services publics, la taxe sur les services numériques (taxe GAFA) et une taxe sur le *streaming*, préconisée par la mission d'information du Sénat sur l'empreinte environnementale du numérique.

Le Fonds devra principalement contribuer à garantir une montée en puissance du pass numérique, à accélérer la structuration de l'offre de médiation numérique, à faire émerger une véritable filière professionnelle de la médiation numérique, à financer enfin la remise d'un chèque-équipement pour les ménages à bas revenus, conditionnée à la participation à une formation financée par le pass.

Pour donner une vraie ambition au pass numérique, l'ensemble du territoire doit être couvert par le dispositif d'ici 2022, et sa valeur augmentée, afin d'accroître la qualité de l'offre de médiation et privilégier l'organisation d'ateliers aux effectifs resserrés. Pour accélérer le déploiement du pass numérique par les collectivités, l'inclusion numérique doit être définie comme un service d'intérêt économique général (SIEG) et les moyens de l'opérateur APTIC, acteur en charge de déployer le pass, doivent être largement accrus par l'État. Une plus grande transparence doit par ailleurs être faite dans la mise en œuvre du pass numérique par la publication trimestrielle ou semestrielle de statistiques relatives à son déploiement et son utilisation par les publics cibles. Enfin, l'ensemble du territoire doit être couvert par les *Hubs* France Connectée d'ici 2022, et leurs moyens renforcés pour leur permettre d'exercer pleinement leurs missions, notamment afin d'épauler les collectivités dans le déploiement du pass.

L'inclusion numérique doit être une priorité de l'action publique locale, pilotée par les territoires. Une conférence des financeurs doit coordonner, dans chaque département, les interventions territoriales, publiques et privées, et permettre partout le déploiement du pass numérique. Un référent inclusion numérique doit être désigné à l'échelle intercommunale, pour garantir l'infusion des offres d'inclusion numérique dans l'ensemble des territoires, y compris ruraux.

Le quatrième axe vise à repenser l'offre et l'architecture de la médiation numérique.

L'ensemble des réseaux et offres de médiation numérique, déployés en silos et peu visibles des populations cibles, doivent être regroupés sous une bannière unique, certifiés et cartographiés par APTIC et les *Hubs* France Connectée.

Il convient également d'accroître la qualité de l'offre de médiation numérique, en passant d'une logique d'assistance, où le médiateur fait à la place de la personne formée, à une logique capacitaire tendant à l'autonomie numérique. L'urgence est donc, parallèlement au développement du pass, de forger une véritable filière professionnelle de médiateurs numériques, par le lancement d'un plan national de formation et par une meilleure reconnaissance du métier de médiateur numérique. Une partie importante du fonds de lutte contre l'exclusion numérique préconisé par la mission d'information devra y être consacrée. Un baccalauréat professionnel « médiation numérique » pourrait notamment être créé. En parallèle, le travail de certification des lieux de médiation numérique doit mieux associer les *Hubs* France Connectée, et les lieux certifiés doivent être évalués de manière régulière, en s'appuyant sur un test Pix soumis aux participants des formations.

Des « sentinelles de l'illectronisme » doivent également être mobilisées pour mieux repérer et orienter les personnes éloignées du numérique vers les lieux de médiation.

Les « guichets » (La Poste, CAF...) doivent être formés et associés au repérage des fragilités numériques et les actions de diagnostic doivent y être systématisées. La formation à la médiation numérique doit être rendue obligatoire dans le cursus dispensé par

les instituts régionaux du travail social. Les travailleurs sociaux doivent être mieux informés des actions de lutte contre l'exclusion numérique, pour orienter les publics vers les offres de formation financées par le pass numérique.

Pour une meilleure coordination de l'action publique, la politique d'inclusion numérique doit englober tout le champ social et tous les opérateurs sociaux (Pôle emploi, CNAM, CNAF, CNAV, MSA...), qui doivent systématiquement proposer le pass numérique.

L'axe n° 5 tend à combattre plus efficacement l'exclusion par le coût, angle mort de la stratégie nationale pour un numérique inclusif. La conférence des financeurs déclinerait ce plan à l'échelle départementale. Un chèque-équipement, destiné à la location ou à l'achat d'un équipement de préférence reconditionné pour les ménages à bas revenus pourrait être expérimenté. La remise du chèque pourrait être conditionnée à la participation à une formation financée par le pass.

Le renouvellement contraint des terminaux numériques pèse fortement sur le pouvoir d'achat des ménages à faibles revenus. La durée de vie des terminaux doit être allongée par la mise en place d'un taux de TVA réduit sur la réparation et le reconditionnement. Les sanctions pour obsolescence programmée doivent être renforcées, par exemple *via* un recours au *name and shame*. La lutte contre l'obsolescence logicielle pourrait passer par une dissociation des mises à jour correctives et des mises à jour évolutives.

Le droit à la connexion à Internet, introduit par la loi pour une République numérique et expérimenté depuis 2017 dans trois départements, doit être étendu à tout le territoire. Une gratuité d'accès à certains services numériques essentiels à l'exercice des droits civiques et sociaux ou à l'enseignement pourrait être instaurée.

L'axe n° 6 vise à construire une « éducation nationale 2.0 », fer de lance de la lutte contre l'illectronisme. Il convient, dans chaque académie, de procéder par établissement à un recensement des difficultés numériques rencontrées par les élèves et les enseignants en matière de continuité pédagogique pendant la crise de Covid-19 (infrastructures – zone blanche, matériel insuffisant ou inadéquat, compétences numériques insuffisantes).

La formation à l'utilisation des outils numériques pédagogiques doit être obligatoire pour l'ensemble des enseignants des premier et second degrés, ainsi que pour les enseignants des universités. Un état des lieux détaillé des compétences numériques des élèves et des enseignants doit être publié sur le fondement des résultats obtenus lors des évaluations de compétences prévues par l'éducation nationale. Un test sur l'illectronisme doit être incorporé à la journée Défense et Citoyenneté.

L'axe n° 7 prévoit un « choc de qualification » des salariés au numérique. Les entreprises doivent être des partenaires de la lutte contre l'illectronisme, lequel obère la montée en compétence numérique des salariés dans une économie de plus en plus numérisée, et pas seulement par le télétravail.

L'inclusion numérique doit intégrer le champ de la norme ISO 26000 relative à la responsabilité sociale et environnementale des entreprises (RSE). Le mécénat de compétences des entreprises doit être encouragé, notamment chez celles qui ont des compétences numériques pour la structuration de la médiation numérique, par exemple dans sa partie cartographique. Il faut enfin considérer la formation au numérique comme un investissement et permettre, dans les PME et TPE, soit un amortissement des frais d'accompagnement à la

RSE, soit un crédit d'impôt intégrant la formation des dirigeants et des salariés à l'utilisation des outils et équipements numériques.

La crise engendrée par la pandémie de Covid-19 a montré que le numérique n'était plus, dans les entreprises, une option, mais bien une condition de leur développement et de leur survie. Aider les entreprises à se numériser par l'achat d'équipements ne doit pas conduire à oublier la formation au numérique de leurs salariés. Le plan de relance ne doit pas oublier que les salariés des TPE-PME, les commerçants, artisans et auto-entrepreneurs demeurent exclus des dispositifs de formation, alors qu'ils sont les premiers à souffrir de leur manque de compétences numériques. N'oublions pas ces « oubliés » du numérique !

Je vous signale par ailleurs qu'une version du résumé du rapport a été réalisée en FALC (facile à lire et à comprendre) par l'atelier de la Roseraie, à Carrières-sur-Seine, et validée par des personnes en situation de handicap. Ce sera ainsi le premier résumé de rapport sénatorial à être accessible à ces personnes.

Mme Angèle Prévile. – Cette mission était d'une grande importance, et je souscris entièrement aux 45 propositions avancées dans le projet de rapport.

J'ai toutefois quelques modifications marginales à suggérer.

La proposition n° 2 vise à exploiter l'expérience du confinement pour analyser plus finement les usages numériques de nos concitoyens. C'est un point essentiel à mes yeux, mais ne faudrait-il pas aller plus loin et demander la réalisation d'une étude chiffrée ?

M. Jean-Marie Mizzon, président. – La formulation retenue n'empêche pas de procéder à une étude, me semble-t-il. Nous pourrions toutefois ajouter les termes « par une étude chiffrée » après les mots « analyser plus finement ».

Mme Angèle Prévile. – La proposition n° 9 vise à prendre en compte, dès la conception des sites internet, les difficultés d'accès et d'utilisation que peuvent connaître certains usagers. Mais il faudrait surtout, me semble-t-il, opérer des simplifications, et adopter une présentation commune des différents services publics en ligne.

M. Jean-Marie Mizzon, président. – La proposition n° 9 doit être lue avec la proposition n° 10, qui vise à intégrer le point de vue des usagers *via* des tests utilisateurs.

Mme Angèle Prévile. – Il manque toutefois le terme de « simplification ». Par ailleurs, l'utilisateur est-il vraiment capable de formuler clairement ses attentes dans un domaine aussi technique ?

M. Jean-Marie Mizzon, président. – Dans le corps du rapport, nous appelons également de nos vœux des mises en page « simplifiées ».

Mme Angèle Prévile. – La proposition n° 34 porte sur l'expérimentation du chèque-équipement, dont la remise serait conditionnée à la participation à une formation financée par le pass. *Quid* des personnes qui n'ont pas accès au matériel, faute de revenus suffisants, mais qui sont parfaitement capables de l'utiliser ? Il me semble qu'elles sont de plus en plus nombreuses.

M. Jean-Marie Mizzon, président. – Nous voulions éviter les effets d'aubaine et nous assurer que les bénéficiaires seraient capables d'utiliser le matériel.

Mme Angèle Prévile. – Il ne faudrait pas non plus obliger des gens à suivre une formation dont ils n'ont pas besoin.

M. Raymond Vall, rapporteur. – Nous sommes tous d'accord sur le fait que nous ne pouvons pas délivrer de chèque-équipement sans garantie d'un niveau minimum. Et n'oublions pas qu'en la matière, les compétences sont en perpétuelle évolution. Les médiateurs seront capables de faire la part des choses et de délivrer une formation adaptée au niveau de l'utilisateur. De surcroît, l'hypothèse d'une personne disposant d'une qualification supérieure dans le domaine du numérique mais d'aucun outil me semble assez invraisemblable. Enfin, nous proposons une expérimentation.

Mme Angèle Prévile. – La proposition n° 35, relative à l'allongement de la durée de vie des terminaux, est issue d'un amendement que j'avais défendu au Sénat, lors de l'examen de la loi relative à la lutte contre le gaspillage et pour l'économie circulaire, et qu'il avait adopté, et je me réjouis de la retrouver dans le rapport.

La proposition n° 39 entend « imposer une formation obligatoire » aux enseignants. Ne pourrait-on pas l'exprimer de façon plus diplomate, en proposant par exemple d'intégrer cette dimension dans leur formation initiale ?

De même, le parallèle établi dans la proposition n° 40 entre les élèves et les enseignants s'agissant de l'état des lieux détaillé des compétences numériques me dérange quelque peu.

M. Jean-Marie Mizzon, président. – Il s'agirait bien entendu de données totalement anonymes, et il me semble important de connaître le degré de connaissance des enseignants.

Mme Angèle Prévile. – Je ne voudrais pas que les enseignants se sentent stigmatisés et que l'on froisse leur susceptibilité.

M. Jean-Marie Mizzon, président. – Je comprends votre raisonnement, ma chère collègue, mais il nous semble important de mobiliser toute l'éducation nationale dans une coalition des efforts en faveur de l'inclusion numérique. Permettez-moi également de saluer votre implication tout au long de notre mission.

Je vais maintenant mettre aux voix le rapport.

Le rapport est adopté à l'unanimité des présents et la mission en autorise la publication.

La réunion est close à 14h50.

**PROGRAMME DE TRAVAIL POUR LA SEMAINE
DU 21 SEPTEMBRE ET À VENIR**

Le Sénat suspend ses travaux jusqu'au 1^{er} octobre 2020

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 22 septembre 2020

À 9 heures

(Salle Médicis)

Captation vidéo – Ouverte à la presse

- Audition de M. Xavier Bertrand, ancien ministre des solidarités et de la santé.

À 10 h 30

(Salle Médicis)

Captation vidéo – Ouverte à la presse

- Table ronde sur les aspects numériques :

. M. Perica Sucevic, adjoint à la cheffe du département d'Etalab

. M. Bruno Sportisse, président-directeur général de l'INRIA

. Un représentant de la CNAM

À 15 heures

(Salle Médicis)

Captation vidéo – Ouverte à la presse

- Audition de Mme Florence Parly, ministre des armées.

À 17 h 30

(Salle Médicis)

- Audition de M. Christophe Castaner, ancien ministre de l'Intérieur.

Mercredi 23 septembre 2020

À 9 h 30

(Salle Médicis)

Captation vidéo – Ouverte à la presse

- Table ronde sur la communication de crise :

. Mme Sibeth Ndiaye, ancienne porte-parole du Gouvernement

. M. Yves Sciamma, président de l'Association des journalistes scientifiques de la presse d'information (AJSPI)

10938

À 15 heures

(Salle Médicis)

Captation vidéo – Ouverte à la presse

- Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre des solidarités et de la santé.

Jeudi 24 septembre 2020

à 10 heures

(Salle Médicis)

Captation vidéo – Ouverte à la presse

- Audition de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé.

Commission des finances

Mercredi 23 septembre 2020

À 14 h 30

(Salle de la commission)

Captation vidéo – Ouverte à la presse

- Audition de Mme Annie Podeur, présidente de la deuxième chambre de la Cour des comptes, M. Jean-Félix Bernard, président d'Airparif, et M. Laurent Michel, directeur général de l'énergie et du climat du ministère de la transition écologique, pour suite à donner à l'enquête de la Cour des comptes, réalisée en application de l'article 58-2° de la LOLF, sur la politique de lutte contre la pollution de l'air

- Contrôle budgétaire – communication de M. Jérôme Bascher, rapporteur spécial, sur les projets immobiliers des pouvoirs publics.