

SOMMAIRE ANALYTIQUE

COMMISSION DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE ET DU DÉVELOPPEMENT DURABLE 11077

- *Audition de Mme Inger Andersen, sous-secrétaire générale des Nations Unies et directrice exécutive du Programme des Nations Unies pour l'environnement 11077*

COMMISSION DES FINANCES..... 11089

- *Audition 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..... 11089*
- *Projet de loi de finances pour 2021 - Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 - Audition de M. Pierre Moscovici, président du Haut Conseil des finances publiques, sur l'avis du Haut Conseil relatif au projet de loi de finances pour 2021 et au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 11106*
- *Contrôle budgétaire – Mesures d'urgence dans le domaine de la recherche en réponse à la crise sanitaire – Communication 11121*
- *Contrôle budgétaire – Ambassadeurs thématiques – Communication 11126*
- *Contrôle budgétaire – Franc CFA – Communication (sera publié ultérieurement)..... 11131*
- *Projet de loi de finances pour 2021 - 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 11132*

COMMISSION D'ENQUÊTE POUR L'ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES FACE AUX GRANDES PANDÉMIE À LA LUMIÈRE DE LA CRISE DE LA COVID-19 ET DE SA GESTION 11153

- *Table ronde sur les aspects éthiques..... 11153*
- *Table ronde avec des ordres des professions de santé..... 11176*
- *Table ronde avec des fédérations hospitalières et médico-sociales..... 11212*
- *Audition de Mme Katia Julienne, directrice générale de l'offre de soins au ministère des solidarités et de la santé..... 11238*
- *Table ronde sur la politique de dépistage 11256*
- *Table ronde avec des acteurs institutionnels 11279*
- *Audition de Mme Marisol Touraine, ancienne ministre de la santé 11317*
- *Audition de Mme Roselyne Bachelot, ancienne ministre de la santé 11332*
- *Table ronde d'anciens directeurs généraux de la santé..... 11344*

- *Audition de M. Gérald Darmanin, ministre de l'intérieur* 11364
- *Audition de M. Xavier Bertrand, ancien ministre des solidarités et de la santé*..... 11375
- *Table ronde sur les aspects numériques*..... 11390
- *Audition de Mme Florence Parly, ministre des armées* 11405
- *Table-ronde sur la communication de crise : Mme Sibeth Ndiaye, ancienne porte-parole du gouvernement, et M. Yves Sciama, président de l'Association des journalistes scientifiques de la presse d'information (AJSPI)*..... 11420
- *Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre des solidarités et de la santé* 11444

PROGRAMME DE TRAVAIL POUR LA SEMAINE DU 5 OCTOBRE ET À VENIR
..... 11489

**COMMISSION DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE ET DU
DÉVELOPPEMENT DURABLE**

Mardi 25 février 2020

- Présidence de M. Hervé Maurey, président -

La réunion est ouverte à 18 h 30.

**Audition de Mme Inger Andersen, sous-secrétaire générale des Nations Unies
et directrice exécutive du Programme des Nations Unies pour l'environnement**

M. Hervé Maurey, président. – Nous sommes très heureux d'accueillir Mme Inger Andersen, directrice exécutive du Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE). Je rappelle que le PNUE, encore appelé ONU-Environnement, est une agence de l'ONU créée en 1972 et qui a compétence en matière environnementale. Nous sommes très honorés, Madame la directrice exécutive, que vous puissiez nous présenter aujourd'hui votre rapport annuel publié fin novembre relatif à l'écart entre les besoins et les perspectives en matière de réduction des émissions de gaz à effet de serre. Ce rapport a fait la une des journaux – il faut dire qu'il est particulièrement alarmant !

Notre commission est compétente sur les questions liées au changement climatique, aux impacts qui en découlent et aux politiques publiques à mettre en œuvre pour respecter les engagements pris dans le cadre de l'accord de Paris.

Nous avons entendu la semaine dernière la présidente du Haut Conseil pour le climat, récemment créé en France, dont le premier rapport annuel a clairement montré que la France n'était pas sur la bonne trajectoire pour atteindre ses objectifs climatiques.

L'Institut du développement durable et des relations internationales (Iddri) nous avait également fait part, avant la COP 25, de l'écart entre les ambitions nationales et la mise en œuvre concrète des décisions que cela implique – l'exemple de la taxe carbone étant de ce point de vue malheureusement révélateur.

Nous avons récemment reçu le rapporteur général de la Convention citoyenne pour le climat, mise en place en avril dernier par le Président de la République, qui entend donner la parole aux citoyens afin de trouver des solutions adaptées pour lutter contre le changement climatique.

Les conclusions de votre rapport montrent que, même si tous les engagements inconditionnels actuels pris par les États étaient respectés, les températures augmenteraient de 3,2 degrés Celsius. Elles montrent que les efforts collectifs actuels devraient au moins être multipliés par cinq et que les émissions mondiales de gaz à effet de serre devraient diminuer de 7,6 % par an entre 2020 et 2030, si nous voulons atteindre l'objectif de réduction des émissions de 1,5 degré fixé par l'accord de Paris.

La semaine dernière, un collectif de mille scientifiques français publiait une tribune dans *Le Monde* pour dénoncer l'inertie des responsables politiques face à la crise, alors même que, je les cite, « les observations scientifiques sont incontestables et que les catastrophes se déroulent sous nos yeux ». Ils appellent les responsables politiques à des

actions immédiates pour réduire véritablement l’empreinte carbone de la France et stopper l’érosion de la biodiversité.

L’année 2020 sera très importante avec le rendez-vous de la COP 26 à Glasgow, où tous les États devront renforcer leurs ambitions en matière de lutte contre le réchauffement climatique. Nous sommes donc très heureux de vous entendre pour que vous nous présentiez vos travaux. Quelles sont les conséquences concrètes de notre inaction aujourd’hui ? Quelles solutions – votre rapport, entre autres, nous répète qu’elles existent – doivent être mises en place en urgence ?

Mme Inger Andersen, sous-secrétaire générale des Nations Unies et directrice exécutive du Programme des Nations Unies pour l’environnement (PNUE). – Je vous remercie, Monsieur le président, de votre invitation et je suis ravie de participer à vos travaux sur la question de l’urgence climatique qui est au cœur des préoccupations de votre commission et qui constitue un axe majeur du PNUE. Nous œuvrons dans plusieurs directions pour encourager la transition vers un avenir durable faiblement consommateur en carbone, notamment en présentant l’état de la science en la matière.

Notre rapport a été publié en parallèle de la COP 25 ; vous l’avez dit, ses résultats sont inquiétants. Il décrit assez brutalement l’ampleur de l’enjeu auquel nous faisons face. Pour espérer limiter l’augmentation à seulement 1,5 degré, les émissions de gaz à effet de serre devraient chuter de 7,6 % par an – j’insiste sur le fait que cette évolution doit être annuelle. Or nous n’avons jamais par le passé approché ce niveau de réduction, que ce soit au niveau global ou nation par nation, et il sera difficile d’atteindre ce 1,5 degré. Pour autant, je veux le dire haut et fort, ce n’est pas impossible, mais cela demande une volonté politique, un *leadership* et le déploiement d’efforts considérables. Le changement climatique est là ; nous devons donc agir maintenant. Le président Macron a parlé de la « lutte du siècle » et le secrétaire général de l’ONU d’une « menace existentielle ».

L’année qui vient de s’écouler a été extraordinaire du point de vue du réchauffement climatique : des incendies ont dévasté l’Australie, les pôles ont connu des chaleurs sans précédent, des inondations ont eu lieu dans la Corne de l’Afrique... Le groupe d’experts intergouvernemental sur l’évolution du climat (GIEC) a montré que, si l’augmentation de la température était supérieure à 1,5 degré, la fréquence et l’intensité des événements climatiques seraient accrues : augmentation du niveau des océans, mort de toutes les barrières de corail, déclin rapide des espèces, destruction d’écosystèmes... Alors même que nous avons des difficultés à réagir à l’accélération de ces événements climatiques, nous n’avons aujourd’hui plus d’autre choix que d’agir pour faire reculer l’instabilité planétaire que nous avons-nous-mêmes créée en tant qu’espèce. Nous devons stabiliser le système terrestre et inverser la destruction de la nature.

Nous en sommes arrivés là de notre propre faute. En 2010, le premier rapport du PNUE sur l’écart entre les besoins et les perspectives en matière de réduction des émissions de gaz à effet de serre a appelé la communauté internationale à agir et à lancer la tâche complexe de réduire les émissions. Si nous avions écouté la science il y a dix ans, nous ne devrions réduire ces émissions que de 3 % par an, ce qui serait évidemment plus gérable. Peut-être même que nous aurions pu éviter ou réduire certaines conséquences du réchauffement climatique auxquelles nous faisons face aujourd’hui, comme les incendies, les inondations ou les sécheresses. Nous n’avons pas commencé à cette période et nous n’y pouvons rien aujourd’hui, mais nous pouvons apprendre de nos erreurs. Nous savons maintenant que tout retard supplémentaire demandera plus de dépenses, sera plus compliqué à

gérer et engendrera plus de catastrophes climatiques, ce qui augmentera aussi le nombre de réfugiés. Je le répète, nous devons donc agir maintenant !

La bonne nouvelle, c'est que nous savons quoi faire et comment le faire. Nous savons que nous devons désormais comprendre la science et intensifier les actions nationales. La question des contributions nationales qui doivent être multipliées par cinq par rapport à la COP 21 doit aboutir à Glasgow et celles-ci doivent être à la hauteur des ambitions. Cette ambition doit être suivie de politiques pour lancer les transformations majeures de l'économie et de la société. Nous ne pouvons pas attendre la fin de 2020 et perdre une année supplémentaire ; nous devons commencer maintenant.

Nous devons décarboner nos économies, en passant aux énergies renouvelables ou non carbonées et en accroissant l'efficacité énergétique. Nous devons opérer la transition vers une économie circulaire pour éviter d'utiliser les ressources naturelles. Nous devons construire les villes avec des bâtiments « zéro énergie ». Nous devons soutenir la nature pour guérir le climat. Les gouvernements, les villes, les parlements, les collectivités locales, les citoyens, les acteurs économiques, etc. tout le monde doit s'engager dans cette action climatique. Nous devons aussi aider les pays et les régions les plus vulnérables à s'adapter aux conséquences du stress climatique – Sahel, Corne de l'Afrique, Moyen-Orient... Le changement climatique exerce dans ces zones une pression accrue sur les terres, l'eau et les autres ressources.

Le Sahel est l'un des exemples les plus parlants : les températures pourraient y augmenter de 4,2 degrés d'ici à la fin du siècle, ce qui rendrait les récoltes difficiles et la vie quasiment impossible. La vie deviendra plus difficile dans une région où près de 80 % des gens dépendent des ressources naturelles pour leur subsistance et où les conflits entre éleveurs et agriculteurs s'accroissent. Nous devons donc nous attaquer à ces impacts ; nous ne pouvons les ignorer. Cela doit être au cœur de nos efforts pour protéger les peuples, la planète, la prospérité et la paix partout dans le monde.

Beaucoup d'entre vous, Messieurs les Sénateurs, savent à quel point les engagements de la COP 21 sont importants mais ont en revanche été déçus par les résultats de la COP 25 de Madrid. Lors de celle-ci nous n'avons pas réussi à finaliser les dispositions relatives à la mise en œuvre du marché carbone dans le « rulebook » de l'accord de Paris. C'est l'objectif que nous devons atteindre à Glasgow : 70 pays sont prêts à prendre des mesures fortes, mais ce ne sont pas les plus grands émetteurs. Le rapport du PNUE souligne que les pays du G20 sont responsables de 78 % des émissions de gaz à effet de serre. Ce sont donc ces vingt pays qui doivent réduire le plus leurs émissions.

Il faut bien comprendre que l'action sur le climat aura un impact sur la nature. On la considère depuis trop longtemps comme acquise, comme permanente, comme une ressource inépuisable qui nous fournit l'air que l'on respire, l'eau que l'on boit, la nourriture que l'on consomme, les vêtements que l'on porte, etc. La nature constitue le fondement de notre économie et de notre prospérité économique. Toutefois, nous n'avons cessé de la miner en altérant les sols, la qualité de l'eau, les océans, etc. C'est pourquoi quatorze des dix-sept objectifs de développement durable de l'Agenda 2030 ont trait à la nature. Si la trajectoire actuelle se poursuit, un million d'espèces risquent de disparaître, mettant en péril de nombreux écosystèmes. Or l'implosion des écosystèmes s'accompagne souvent d'une implosion sociale, augmente l'émigration et les conflits. Le rapport sur les risques du Forum économique mondial de Davos identifie ainsi, parmi les dix risques considérés comme les

plus probables par les dirigeants politiques et économiques mondiaux, les risques environnementaux.

L'année 2020 sera celle de la nature. Nous l'appelons la « super-année de l'environnement », l'année où nous devons retourner la tendance. Nous pouvons le faire en tirant le maximum avantage des événements qui se dérouleront cette année. La France organisera en juin à Marseille le Congrès mondial de la nature de l'Union internationale pour la conservation de la nature ; le Portugal accueillera également la deuxième Conférence internationale sur la préservation des océans. Nous espérons que ces événements aideront les populations à comprendre la nécessité d'agir pour le climat et de protéger la nature. Nous espérons parvenir à des avancées dans le cadre de la convention sur la biodiversité biologique avant l'automne, avant la COP de Glasgow fin 2020.

Que peut faire la France dans ce contexte ? La France a été l'un des pays pionniers en matière environnementale depuis des années, comme l'illustre la signature de l'accord de Paris sur le climat en 2015, qui porte le nom de votre belle capitale. Vous avez également pris des engagements concrets. Vous avez ainsi adopté des lois pour atteindre l'objectif de zéro émission nette de CO₂ d'ici à 2050 ; vous vous êtes engagés à ne plus utiliser le charbon à partir de 2022, ce qui entraînera, par exemple, la fermeture de la centrale thermique du Havre l'année prochaine. La France a aussi interdit la production et l'exploitation de nouvelles énergies fossiles. Vous avez œuvré, lors du G7 de l'année dernière à la conclusion de l'engagement de Biarritz pour une action rapide en faveur de l'efficacité dans le secteur du refroidissement, qui comporte des actions ambitieuses pour améliorer l'efficacité énergétique de l'industrie du refroidissement tout en éliminant progressivement les réfrigérants hydrofluorocarbonés, conformément à l'amendement de Kigali au protocole de Montréal. On ne peut également que vous féliciter pour le rôle de votre Agence française de développement (AFD), qui a décidé de consacrer 30 % de ses financements climat d'ici 2025 à des solutions fondées sur la nature.

Ces engagements sont importants, mais vous devez en faire plus, car si nous voulons atteindre nos objectifs et sauver l'environnement, tous les pays devront accroître leurs efforts, à commencer par les puissances économiques de l'Union européenne. La France pourrait ainsi mener des actions dans le cadre du programme de transformation du *Green Deal* européen. Celui-ci constitue une opportunité pour identifier des solutions pour combattre le changement climatique sous différents angles : réforme de l'agriculture, politique d'échanges adéquate pour accompagner la transition écologique, réforme du système financier et promotion des investissements verts, préservation de la biodiversité, développement d'une économie bleue, etc. Ces actions pourraient avoir un effet positif à travers le monde.

Il convient aussi de traduire les engagements de neutralité carbone au niveau sectoriel, avec des plans d'action concrets : par exemple, si l'on veut accélérer la fin de l'utilisation des énergies fossiles, il convient d'éviter d'exporter des émissions de carbone vers des pays en développement en investissant dans des industries qui utilisent du carbone. Il est aussi possible d'encourager le développement du transport à bas carbone par des incitations économiques – il existe en effet une grande marge d'amélioration dans le domaine des transports, comme vous l'a indiqué la semaine dernière le Haut Conseil pour le climat.

Vous venez d'adopter une loi pour lutter contre le gaspillage et promouvoir l'économie circulaire et je vous en félicite. Vous pouvez également soutenir la stratégie « de la ferme à la fourchette » du *Green deal*, afin de développer l'économie circulaire et une

consommation alimentaire durable, tout en associant les agriculteurs et en conciliant écologie et production. Il importe de porter un modèle de transformation agricole qui respecte les écosystèmes et la biodiversité. Je ne peux que vous encourager à profiter de vos discussions sur la politique agricole commune (PAC) pour mettre fin aux subventions aux énergies fossiles et consacrer plutôt ces ressources à la protection de la nature et à des subventions vertes, afin que l'agriculture devienne une part de la solution. Pourquoi ne pas utiliser aussi les espaces verts des villes pour augmenter la biodiversité et pour refroidir naturellement les bâtiments et les villes afin d'éviter l'usage des climatisations énergivores ? Il convient aussi de suivre les recommandations du Groupe de travail sur la publication d'informations financières relatives au climat, mis en place par le Conseil de stabilité financière, pour orienter les flux financiers vers des investissements durables ou dans les énergies vertes. Tout cela semble à votre portée, et devrait être mis en œuvre.

Finalement, je suis confiante et optimiste. Partout dans le monde émergent des dirigeants qui comprennent les enjeux et qui veulent agir. Partout, des scientifiques, des entrepreneurs, des jeunes, des parlementaires comme vous se mobilisent. Je pense qu'avec la France comme chef de file, nous pouvons résoudre la crise climatique. J'en suis convaincue. La question du changement climatique devient également cruciale pour électeurs. Nos enfants descendent dans la rue pour demander des comptes. Les études se multiplient. La communauté internationale est sous pression, scrutée pour ce qu'elle fait, ou non, pour le climat. Nous sommes tous sous pression. Vous, moi. Or, c'est quand les hommes sont sous pression qu'ils donnent le meilleur d'eux-mêmes et qu'ils sont les plus créatifs et les plus innovants. Le temps est venu de montrer le meilleur de nous-mêmes.

M. Hervé Maurey, président. – Merci pour cette présentation, optimiste, mais qui montre que la situation est préoccupante. M. Jérôme Bignon préside notre groupe de travail sur le changement climatique. Je lui donne la parole.

M. Jérôme Bignon. – J'ai été frappé, et très intéressé, par ce rapport et par le compte-rendu que vous venez d'en faire. On y lit en particulier que les pays du G20 sont responsables à eux seuls de 78 % des émissions mondiales de gaz à effet de serre. Or, si certains d'entre eux sont vertueux, d'autres le sont moins, et quelques-uns ne font rien. Pourtant, puisqu'ils constituent 78 % du problème, c'est vraisemblablement aux pays du G20 de faire un effort supplémentaire. Ceux qui agissent déjà doivent continuer et accélérer. Quant à ceux qui ne font pas grand-chose ou rien du tout, que peut-on faire pour qu'ils se mettent en mouvement ? Vous avez évoqué le bilan de la COP 25, qui nous est apparu très décevant. Peut-on imaginer que la COP 26 de Glasgow permettra de trouver une solution à ce problème ? Les pays qui ne bougent pas beaucoup, ou qui regardent les choses avec indifférence, portent une lourde responsabilité. Pouvons-nous espérer qu'un aiguillon, une force politique, une volonté partagée, fera évoluer les choses ?

L'année 2020 sera importante pour la biodiversité. Si le réchauffement climatique a beaucoup de conséquences, il affecte en particulier la nature, la biodiversité, l'eau, bref tout ce qui est indispensable pour la vie sur la Terre. Or, comme vous l'avez dit, quatorze des dix-sept objectifs de développement durable (ODD) concernent la biodiversité. Des événements importants sont prévus en Chine mais aussi en France, à Marseille. Quelles solutions fondées sur la nature imaginez-vous ? Le secrétaire général des Nations Unies en a évoqué quelques-unes à l'automne dernier. Par exemple, il faudrait retrouver des marges de manœuvre pour protéger les zones humides. Actuellement, les zones absorbant du carbone sont souvent artificialisées. On pourrait imaginer un gigantesque plan mondial pour les protéger.

M. Hervé Maurey, président. – Je donne la parole à M. Jean-Michel Houllégatte, qui est co-rapporteur de notre mission d'information sur l'empreinte environnementale du numérique.

M. Jean-Michel Houllégatte. – Merci pour votre optimisme et votre invitation à l'action. Notre commission de l'aménagement du territoire et du développement durable a constitué en son sein une mission d'information sur l'empreinte environnementale du numérique. Les premiers chiffres dont nous avons pris connaissance sont inquiétants : en tenant compte de l'utilisation et de la fabrication des équipements, le numérique représente aujourd'hui 4 % des émissions de gaz à effet de serre dans le monde. C'est plus que le trafic aérien ! Et ce chiffre pourrait doubler et atteindre 8 % en 2025. Pourtant, à notre connaissance, il n'existe aucune initiative mondiale relative au secteur du numérique qui associerait le système des Nations Unies, comme cela a été par exemple le cas pour le bâtiment avec la *Global Alliance for Buildings and Construction*. Comment la gouvernance mondiale du climat peut-elle appréhender cet enjeu du numérique ? Il s'agirait d'accompagner le secteur vers un développement qui soit compatible avec les accords de Paris. Les contributions déterminées au niveau national par les États qui sont parties prenantes de l'accord ne devraient-elles pas comprendre un volet spécifique concernant le numérique ?

M. Hervé Maurey, président. – M. Guillaume Chevrollier est également co-rapporteur de notre mission d'information sur l'empreinte environnementale du numérique.

M. Guillaume Chevrollier. – Je m'associe pleinement à la question sur l'empreinte environnementale du numérique posée par mon collègue. Vous l'avez dit, l'année 2020 sera celle de l'adaptation au changement climatique, et ce sera aussi l'année de l'engagement pour la nature. Vous avez évoqué le *Green Deal* de la Commission européenne qui reflète l'engagement de l'Union européenne, et l'importance des actions à mener dans le secteur agricole. Avez-vous prévu de vous rendre au Salon international de l'agriculture, qui se tient cette semaine ? Il y est beaucoup question de l'adaptation de notre agriculture et de la nécessité de ne pas opposer environnement et agriculture : au contraire, l'agriculture doit être la solution qui permette l'adaptation au changement climatique. Sur ce point, il faut passer des paroles aux actes et investir. Votre rapport évoque les écarts entre les besoins, les perspectives et la réalité. Dans le domaine agricole, il y a urgence à accompagner, et il faut une mobilisation mondiale sur le sujet dans les pays du G20 comme dans les autres. Enfin, dans les échanges et réflexions de l'ONU sur les politiques environnementales, la question de la maîtrise de la démographie est-elle abordée ?

Mme Inger Andersen. – Merci beaucoup pour vos questions. Monsieur Bignon, chaque pays doit en effet influencer les autres pour qu'ils réduisent leurs émissions, mais en passant par le multilatéralisme, qui est la seule voie, même si certains pays – pas la France, heureusement – s'en éloignent. C'est en période de crise que le multilatéralisme est le plus efficace. Et la crise climatique n'échappe pas à cette règle. Nombre de pays ont mené des efforts, je le reconnais. Mais d'autres ne sont pas encore au niveau. Si l'Inde et la Chine sont des émetteurs significatifs, ils bénéficient d'un traitement différent. L'accord de Paris, en effet, prévoit une réduction dans tous les pays. Les États-Unis sont le plus gros émetteur par habitant, mais la Chine est un très gros émetteur en valeur absolue. Les énergies renouvelables s'y développent, tant mieux ! Mais ils n'ont pas encore abandonné le charbon. Il faut adapter les systèmes de financement au niveau mondial et au niveau national pour favoriser l'investissement dans des sources d'énergie moins émettrices. Certains pays sont confrontés à une crise de production due au fait que l'on y brûle les résidus du secteur

agricole ou du secteur des transports. Du coup, l'opinion publique est de plus en plus sensibilisée.

Les États-Unis représentent 13 % des émissions mondiales. Or ils ont décidé de sortir de l'accord de Paris. De plus, leurs émissions ont augmenté de 2,8 % en 2018, ce qui est une deuxième mauvaise nouvelle. Pour autant, dans le secteur automobile, en Californie par exemple, et dans d'autres secteurs, les normes en matière d'émissions évoluent. C'est le cas dans plusieurs états des États-Unis, qui ont voté des objectifs de zéro émission à l'horizon 2045 ou 2050, et dans plus de cent villes américaines, qui ont pris des engagements essentiels pour investir dans des énergies plus propres. Des pays comme la France, des régions comme l'Europe, peuvent montrer l'exemple. L'AFD aide au financement du développement des énergies renouvelables. Elle mène une action remarquable.

Plusieurs questions portaient sur la biodiversité. Le PNUE assure le secrétariat de quinze conventions, dont la Convention sur la diversité biologique. Je vais vous faire une réponse détaillée sur ce sujet – comme l'était votre question ! En 2010, au Japon, la COP 10 a adopté un plan d'action sur dix ans pour la biodiversité. Ce plan comportait vingt objectifs pour la préservation de la biodiversité – les « Objectifs d'Aïchi », et trois principes : la conservation, l'utilisation durable de la biodiversité, et la nécessité de préserver sur le long terme la richesse qu'elle constitue, au profit des pays dont elle est originaire, par le moyen de transferts financiers en leur faveur.

Il apparaît qu'à ce stade, nous n'allons pas être à la hauteur des objectifs de ce plan. La COP 15 sur la biodiversité à Kunming devrait permettre d'aboutir à un accord sur de nouveaux objectifs. L'une des erreurs commises en 2010 a été de n'associer que les ministres de l'environnement. Nous savons désormais que les cinq moteurs sont la surexploitation et la fragmentation des terres par l'exploitation agricole, l'usage de produits chimiques, la pollution, le changement climatique et les espèces invasives. Il nous faut travailler sur chacun d'entre eux avec le secteur agricole et le secteur privé. C'est ce que nous ferons en 2020. À cet égard, le congrès de Marseille sera stratégique, qui interviendra cinq mois avant la COP 15 de Kunming.

Sur la question du numérique, nous avons numérisé notre économie, nos vies mêmes, et le besoin de stockage de données ne va faire que s'accroître. Il nous faut donc trouver des solutions pour le stockage de l'information, des données, en gardant à l'esprit que cela ne doit pas être trop énergivore. La solution sera d'opérer un basculement pour que des énergies renouvelables viennent alimenter ce secteur, de manière à réduire les émissions de gaz à effet de serre. Il nous faut des solutions intelligentes pour ce mégastockage, qui sera l'une des clefs de l'avenir – en lien avec l'industrie du refroidissement. Pour l'heure, l'empreinte carbone de ces secteurs est encore trop importante. Nous avons beaucoup appris en termes de chauffage urbain. Reste à faire la même chose pour le refroidissement !

Dans le secteur agricole, beaucoup de pays subventionnent les engrais chimiques, les pesticides et les insecticides. Je ne suis pas opposée aux produits chimiques, et je comprends qu'on en ait besoin. Mais à trop les subventionner on pousse à leur surutilisation, qui aboutit à introduire des phosphates et d'autres produits dans nos rivières et nos océans. Il faut être prudent avec l'utilisation de ces produits. Mieux vaudrait trouver de nouveaux moyens pour aider les agriculteurs à réduire leur utilisation de produits chimiques, en leur substituant des produits naturels. Sans entrer dans les détails de la PAC, il me semble que, dans certains cas, nous n'avons pas trouvé la bonne manière de subventionner les haies fleuries, les prairies ou les zones humides en zone agricole, bref tout ce qui peut optimiser la

vie des insectes, la pollinisation et donc la durabilité de l'agriculture. Nous avons finalement réduit le nombre d'espèces que nous cultivons. Au Danemark, où j'ai grandi, je me souviens qu'il y avait énormément de types de pommes dans les vergers locaux. Il nous faut aussi préserver la biodiversité de nos semences agricoles et de nos espèces.

Le PNUE n'est pas chargé de la démographie. Nous essayons de promouvoir les droits des femmes, pour les aider à gérer leurs familles et l'éducation des enfants : les jeunes filles qui restent à l'école peuvent mieux choisir ce qu'elles font de leur corps et décider en connaissance de cause quand fonder une famille.

Mme Nelly Tocqueville. – Vous avez rappelé l'urgence et expliqué que nous savons ce qu'il faut faire. Des comportements nouveaux se développent, comme la compensation carbone volontaire : quand une entreprise émet une tonne de gaz à effet de serre, elle organise une compensation en finançant la plantation d'un nombre d'arbres équivalent, réalisée par un autre acteur. Autrement dit, la pollution se poursuit ! Si ces projets peuvent avoir quelques retombées, on sait très bien que cela ne suffira aucunement à éviter la déforestation. Entre 2004 et 2012, le Brésil a endigué celle-ci à hauteur de 80 %. Comment l'arrêter en Indonésie et en Afrique ? Comment s'attaquer à la demande de pétrole, qui est toujours plus forte ? Vous avez mentionné l'artificialisation des sols, en disant qu'il fallait essayer de l'arrêter. Comment ? Enfin, comment contraindre les pays développés à contribuer à hauteur des cent milliards de dollars nécessaires chaque année dès 2020 ? Cela ne représente pas grand-chose pour eux – et la transition nécessite entre 3 000 et 5 000 milliards d'euros par an.

M. Alain Fouché. – Votre propos était intéressant mais fait peur. La France s'engage dans le domaine de la prévention des risques. Dans le cadre de l'ONU, quels moyens avez-vous pour faire pression sur un certain nombre d'États ou de dirigeants récalcitrants qui ne veulent pas faire d'efforts pour suivre vos préconisations ? Si toute la planète n'agit pas de concert, rien ne se fera.

Mme Angèle Prévaille. – La compensation carbone nous amène à des comptabilités qui ne tiennent pas compte de la vitesse de consommation du carbone : la plantation d'arbres ne suffira pas. Nous n'avons pas atteint les objectifs fixés pour 2020, et vous dites qu'il faudrait des réformes structurelles profondes – que nous n'avons même pas commencé à mettre en œuvre ! Nos politiques se font à petits pas, et c'est la raison pour laquelle nous n'atteignons pas les objectifs. Il faudrait tripler, voire quintupler les efforts...

En ce qui concerne les gaz à effet de serre, il y a beaucoup de confusion. Je rappelle que, lorsqu'on brûle du bois, du papier, du méthane, bio ou non, cela dégage des gaz à effet de serre. Lorsqu'on parle de biogaz, on a l'impression que c'est vertueux alors que ça ne l'est pas. Bref, nous sommes mal partis sur le sujet, et les réformes de fond, nous ne les avons même pas amorcées.

M. Ronan Dantec. – Certes, dans un contexte de blocage du multilatéralisme, il est très difficile pour une agence onusienne d'avoir un discours fort sur les solutions et les stratégies à mettre en œuvre. Au-delà de votre rapport annuel et du constat partagé sur le fait que nous ne sommes pas sur la trajectoire, quelles sont les actions structurantes que le PNUE peut engager ? Un certain nombre de pays ne veulent pas de ces actions structurantes, et vous avez besoin d'un consensus des États... Même si cela n'est pas à la hauteur des enjeux, nous pourrions au moins nous préoccuper de la préservation du puits de carbone africain et de la biodiversité africaine, en lien avec des compensations publiques ou privées, et avec la

mobilisation des agences de développement. L'AFD organisera à Paris, avant Glasgow, une importante réunion de l'ensemble des agences de développement mondiales, en mettant sur la table des engagements financiers très forts. Bref, lier financement, climat, et biodiversité africaine, autour d'un axe Europe-Afrique, voilà une perspective sur laquelle, pour partielle qu'elle soit, le PNUD a certainement des capacités d'action. Nous ne pouvons plus nous contenter des constats : il faut trouver une capacité d'action, même si le contexte international est compliqué.

M. Joël Bigot. – Le 20 février dernier, un journal français avait relayé un appel de mille scientifiques qui invitaient les citoyens à la désobéissance civile face à l'inaction des gouvernements, incapables de freiner leurs émissions de gaz à effet de serre ou d'enrayer la sixième extinction des espèces. Même si vous êtes optimiste, votre rapport est alarmiste : il démontre clairement que nous sommes sur une trajectoire de hausse de 3 degrés. Les scientifiques en appellent à la responsabilité des États, et notamment du gouvernement français, qui est pris en défaut de protection de ses citoyens du danger, réel, de réchauffement climatique. Ils exhortent les pouvoirs publics à dire la vérité aux Français. C'est vous dire que, dans notre pays, la situation est pour le moins contrastée, en dépit de la communication qui peut être faite. Le Haut Conseil pour le climat, en France, a bien identifié le niveau local pour agir concrètement. Les collectivités sont prêtes pour développer des alternatives durables mais, sans programme national, voire sans plan quinquennal, comment fait-on ? Avec la loi sur l'économie circulaire que nous avons votée ici, nous avons prévu des réductions chiffrées dans la production de plastique à usage unique. Finalement, nous sommes bien en-deçà de ce qu'on pensait initialement. Ce renoncement, typique, face aux intérêts industriels, montre qu'une politique réellement volontariste est difficile à mettre en œuvre. En page 11 de votre rapport figure une liste d'actions à décliner par pays pour relever les ambitions en matière de baisse des émissions de gaz à effet de serre. Ces idées sont bonnes, et j'y souscris, mais comment faire pour convaincre nos partenaires européens et faire plier les intérêts privés, qui sont contraires parfois à l'intérêt national ? Vous appelez à une véritable révolution. Je ne sais pas si nous sommes prêts à l'assumer jusqu'au bout.

M. Hervé Gillé. – Nous ne sommes pas à la hauteur des ambitions et nous devons redoubler d'efforts, mais nous cultivons une addiction à l'économie de marché, et la capacité d'agir des gouvernements se heurte à l'acceptabilité par les citoyens, qui sont souvent dans l'injonction paradoxale. Il faut donc concentrer les recherches sur les conditions de l'acceptabilité politique, économique et sociale, et analyser les causes des résistances. La notion même de sobriété, sans parler de décroissance, paraît insupportable à beaucoup. Il faut donc promouvoir des modèles permettant des transitions. Mais les réponses sont faibles sur le sujet. Qu'en pensez-vous ?

M. Guillaume Gontard. – Un comité du GIEC, en 2018, commençait son rapport en ces termes : « Pour limiter le réchauffement planétaire à 1,5 degré, il faudrait modifier rapidement, radicalement et de manière inédite tous les aspects de la société ». Vous êtes économiste : pensez-vous que nous pourrions faire l'impasse d'une réflexion sur notre modèle économique ? Les indicateurs du PIB, qui reposent sur une approche comptable de l'activité économique, sont-ils toujours adaptés pour répondre aux enjeux climatiques ? Ne faut-il pas penser une autre croissance, fondée sur la sobriété, avec des critères environnementaux et une prise en compte des impacts sur le réchauffement climatique, la santé et le bien-être ? On pourrait parler de croissance verte. Y a-t-il des travaux sur des indicateurs de ce type ?

M. Louis-Jean de Nicolaÿ. – Quelle est la position de l'ONU sur le nucléaire ? La France et d'autres pays d'Europe en réduisent l'utilisation, alors que c'est une énergie propre.

Mme Inger Andersen. – Merci pour ces remarques. Madame Tocqueville, sur la compensation carbone, nous essayons de promouvoir un marché mondial, comme cela est stipulé dans l'article 6 de l'accord de Paris. C'est très compliqué. Nous avons commencé à discuter des règles à Marrakech, où les discussions n'ont pas abouti, non plus qu'à Bonn, à Katowice ou à Madrid. Pourquoi ? À l'évidence, il y a des intérêts économiques et des incitations de part et d'autre. Pour autant, nous ne pouvons pas nous permettre d'échouer sur la clarification de l'article 6 de l'Accord de Paris et du fonctionnement du marché carbone. Nous ne pouvons plus attendre : il faut avancer avant Glasgow.

Il y a aujourd'hui 2 milliards d'hectares de terres forestières dégradées. Chaque seconde, nous perdons l'équivalent d'un terrain de football de forêts tropicales. Les calculs sont simples : nous perdons énormément de forêts. Que faire ? Sur ce sujet, l'action de la secrétaire exécutive française de la Convention des Nations unies sur la lutte contre la désertification, Mme Monique Barbut, a été très volontariste. C'est à présent la tâche d'un collègue mauritanien, très volontariste aussi. Les forces politiques tirent dans différentes directions, et des élections ont eu lieu dans les différents pays auxquels vous avez fait allusion. Pour les pays qui sont les poumons de la planète, avec leurs forêts tropicales, il y aura un financement, afin que la richesse de la planète soit préservée. En effet, difficile de dire à un agriculteur très pauvre en République démocratique du Congo d'arrêter de couper des arbres : il a besoin de terres cultivables pour faire vivre sa famille. Mais la richesse des forêts tropicales est quelque chose dont nous avons tous besoin pour préserver l'air que nous respirons. À chacun de s'assurer que ce qu'il achète ne provient pas de ces forêts tropicales. L'huile de palme, dans le savon ou le shampoing que nous utilisons, ou dans les biscuits, savons-nous d'où elle vient ? Les produits que l'on achète ne doivent pas provenir des zones de déforestation. Les parlements doivent se saisir de ce sujet. Planter des arbres est devenu de plus en plus populaire. Pour autant, planter des eucalyptus à perte de vue n'est pas bon, car cet arbre retire certains éléments nutritionnels du sol. Il faut replanter intelligemment. C'est ce que nous devons faire en Éthiopie et dans de nombreux pays du Sahel.

Les entreprises du secteur pétrolier procèdent beaucoup à des compensations par la plantation d'arbres, ce qui a effectivement des effets pervers. Il nous faut décarboner notre économie. Pour cela, planter des arbres peut faire partie de la solution, mais cela ne suffira pas si dans le même temps nous ne faisons pas diminuer la courbe du carbone.

Monsieur Fouché, de quels moyens de pression disposons-nous ? Les pays sont souverains – et la France est attachée à cette idée – et nous sommes donc limités dans notre action. Mais le multilatéralisme, l'engagement, la solidarité dans le financement, ou en termes de transferts technologiques et d'innovation, doivent faire partie de la solution. C'est à cela qu'œuvre le système des Nations Unies, tout comme l'aide au développement française ainsi que votre ministère des affaires étrangères et vos diplomates.

Mme Prévile a dit que des réformes structurelles profondes étaient nécessaires. Toutes les émissions se valent, je suis d'accord. C'est pourquoi nous devons passer aux énergies renouvelables le plus rapidement possible. Les innovations s'y multiplient, ce qui en fera baisser le prix. Dans certaines économies, et même aux États-Unis, les investissements dans les énergies renouvelables ont dépassé de très loin ceux dans les énergies fossiles. Le

stockage de carbone n'est pas une panacée mais une solution temporaire pour la biodiversité, qui peut nous aider.

L'AFD a créé un club de financement extraordinaire pour le développement, l'*International Development Finance Club* (IDFC), qui rassemble 24 banques nationales, régionales et bilatérales de développement et totalise 2 trillions d'euros par an. Un peu avant Glasgow, l'AFD convoquera ce groupe d'investisseurs, auquel nous apportons une participation extrêmement active. L'un de mes prédécesseurs avait aussi lancé une initiative financière concernant les banques du secteur privé. Le secteur de l'assurance est aussi concerné, tout comme les fonds de pension. Nous essayons de tirer parti de la volonté de changement parmi leurs actionnaires.

M. Bigot, vous avez mentionné l'appel à la désobéissance civile lancé par des scientifiques. Les opportunités d'action au niveau local existent, mais nous avons besoin d'un plan national. Les contributions déterminées au niveau national (CDN) existent, même si elles ont été rédigées de manière assez rapide. J'espère qu'en 2020, quand elles seront soumises, les pays prendront un engagement réel vis-à-vis de la communauté internationale, qu'il faudra décliner au niveau régional, local et également dans le monde de l'entreprise.

L'engagement que nous pouvons prendre, outre le fait de décarboner notre secteur des transports et de préserver la nature, c'est de mieux comprendre l'économie circulaire et comment nous produisons actuellement des biens que nous jetons dès qu'ils ont été utilisés. Nous œuvrons sur ce sujet avec le panel sur les ressources mondiales au sein du PNUE.

M. Gillé a souligné que beaucoup tirent dans des directions différentes, allant parfois à l'encontre de ce qui est bon pour la planète. C'est vrai. Les scientifiques du *Stockholm Resilience Centre* ont mentionné que nous étions maintenant dans l'anthropocène. C'est maintenant nous, l'espèce humaine, qui déterminons le destin de notre planète. Cela n'a jamais été le cas auparavant. Notre impact est devenu déterminant. La bonne nouvelle, c'est que de plus en plus de personnes en sont conscientes. La mauvaise nouvelle, c'est que nous n'agissons pas assez vite.

Votre invitation à venir vous parler et votre degré d'influence me remplissent d'espoir, comme des discussions similaires que j'ai à Bruxelles, tout comme l'interpellation de jeunes – certains n'ont que quinze ans, ils ne voteront que dans quelques années – ou les préoccupations exprimées par des chefs d'entreprise à Davos.

Le PIB n'est plus l'indicateur le plus adapté. Les quinze ODD qui sous-tendent l'accord de Paris ne portent pas seulement sur la richesse, mais aussi sur l'éducation, l'accès à l'eau, la liberté d'expression ou encore le droit à la santé.

Le rapport sur l'écart entre les besoins et les perspectives en matière de réduction des émissions formule des recommandations sur le nucléaire. C'est une question complexe qui couvre celle de la sécurité et celle de la gestion des déchets. Elle diffère selon les pays et nous ne pouvons pas considérer que le nucléaire demeure une option pour tous. Ce n'est pas exactement notre champ d'expertise, puisqu'une autre agence onusienne en est chargée, mais nous travaillons à la réduction des émissions et nous envisageons toutes les options possibles, pays par pays.

Je remercie vraiment votre commission pour votre travail.

M. Hervé Maurey, président. – C'est nous qui vous remercions, Madame la directrice, d'avoir pris le temps de venir nous présenter votre rapport et de répondre à toutes les questions. Nous essaierons de ne pas vous décevoir quant à notre capacité à diffuser ces messages de mise en garde et surtout d'espoir et d'invitation à agir pour le bien de notre planète.

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 19 h 50.

COMMISSION DES FINANCES

Mercredi 23 septembre 2020

- Présidence de M. Vincent Éblé, président -

La réunion est ouverte à 14 h 30.

Audition 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

M. Vincent Éblé, président. – Nous allons procéder à une audition pour suite à donner à l'enquête réalisée par la Cour des comptes, à la demande de notre commission en application de l'article 58-2 de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), sur les politiques de lutte contre la pollution de l'air.

Notre pays a fait l'objet d'une condamnation par la Cour de justice de l'Union européenne, en octobre dernier, pour dépassement systématique et persistant des valeurs fixées pour les émissions de dioxyde d'azote. Si ces manquements comportent donc des risques financiers pour le budget de l'État au titre des contentieux européens, il y a là, également, un sujet de préoccupation environnementale de premier plan pour nos concitoyens. Lors de la récente période de confinement, ceux-ci ont apprécié la baisse des émissions de polluants, qui a contribué à une amélioration de la qualité de l'air.

Cette enquête de la Cour succède à son rapport de 2015 sur le même sujet, réalisé à la demande du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale. Malgré toutes les recommandations formulées, les résultats en matière de qualité de l'air ne sont malheureusement pas au rendez-vous, comme en témoigne la condamnation que j'ai évoquée.

C'est pourquoi notre commission a souhaité demander à la Cour des comptes de réaliser une enquête sur les politiques de lutte contre la pollution de l'air, afin de dresser le bilan des politiques menées récemment et de proposer des pistes d'évolution, y compris budgétaires et fiscales – c'est bien le moins pour notre commission ! –, susceptibles d'atténuer les risques, désormais bien connus, afférents à la pollution de l'air.

Nous recevons Mme Annie Podeur, présidente de la deuxième chambre de la Cour des comptes, qui nous présentera les principales conclusions des travaux menés.

Pour nous éclairer sur le sujet, sont également présents aujourd'hui M. Laurent Michel, directeur général de l'énergie et du climat du ministère de la transition écologique et solidaire, et M. Jean-Félix Bernard, président d'Airparif, association chargée de la surveillance de la qualité de l'air dans la région d'Île-de-France.

Nous accueillons par ailleurs M. Guillaume Chevrollier, rapporteur pour avis des crédits de la transition énergétique, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Après avoir entendu la présidente Annie Podeur, Jean-François Husson, rapporteur spécial, présentera les principaux enseignements qu'il tire de cette enquête. Il posera également ses premières questions aux différentes personnes entendues cet après-midi.

À l'issue de nos débats, je demanderai aux membres de la commission des finances leur accord pour publier l'enquête remise par la Cour des comptes.

Je vous rappelle que notre réunion est ouverte à la presse et retransmise sur le site internet du Sénat.

Mme Annie Podeur, présidente de la deuxième chambre de la Cour des comptes. – C'est toujours un honneur de pouvoir présenter devant votre commission les travaux de la Cour, comme c'est le cas aujourd'hui sur les politiques de lutte contre la pollution de l'air. Je suis accompagnée de Catherine Périn, présidente de la section « Environnement, agriculture et mer » de la deuxième chambre, et de l'un des rapporteurs, Jérôme Perdreau, auditeur.

Je rappelle que la demande que vous avez formulée au titre de l'article 58-2 de la LOLF portait sur deux axes principaux : d'une part, une appréciation des dispositifs nationaux et locaux de lutte contre la pollution de l'air ambiant, à l'exclusion, donc, de l'air intérieur, et notamment de leur capacité à limiter les risques sanitaires, environnementaux, économiques ou juridiques, et, d'autre part, l'identification des enjeux immédiats et de moyen terme posés par la pollution de l'air et des mesures à mettre en œuvre rapidement en direction des principaux secteurs émetteurs, en se fondant sur les bonnes pratiques existant en France ou à l'étranger.

À cette fin, les rapporteurs ont pu interroger un large panel d'acteurs et effectuer des déplacements dans plusieurs régions particulièrement concernées par la problématique de la pollution atmosphérique : Île-de-France, Hauts-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes – vallée de l'Arve, métropole de Grenoble –, Marseille Fos-Berre. Les actions entreprises par les collectivités territoriales ont fait l'objet d'une attention particulière, notamment sous la forme d'une enquête auprès des régions et des métropoles.

Les travaux menés se sont appuyés sur la précédente communication de la Cour, qui datait de décembre 2015 et répondait à une demande de la commission d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale.

Le périmètre et les objectifs de la nouvelle enquête ont été définis en concertation avec Jean-François Husson, sénateur de Meurthe-et-Moselle, qui avait présidé en 2015 la commission d'enquête sénatoriale sur le coût économique et financier de la pollution de l'air.

L'instruction a été conduite entre le printemps 2019 et début 2020.

La phase de contradiction s'est ensuite déroulée entre mars et mai 2020 dans des conditions compliquées par la crise sanitaire. Des auditions ont été organisées avec la direction générale de l'énergie et du climat (DGEC) et la direction générale de la prévention des risques (DGPR) du ministère de la transition écologique et solidaire, d'une part, ainsi que, avec la direction générale de la performance économique et environnementale des entreprises (DGPE) du ministère de l'agriculture et de l'alimentation, d'autre part.

Dans la première partie du rapport, la Cour s'est attachée à identifier et à apprécier les risques sanitaires, économiques et environnementaux afférents à la pollution de l'air. Que faut-il retenir ?

La pollution atmosphérique serait la troisième cause de mortalité prématurée en France, avec 47 000 décès chaque année, selon les estimations de l'Agence européenne pour l'environnement (AEE). Les constats effectués lors de la précédente enquête de la Cour sur les effets de cette pollution restent hélas largement d'actualité ; cependant, l'évolution des connaissances scientifiques a mis au jour des impacts sanitaires jusqu'alors ignorés, comme les troubles de la reproduction, ceux du développement du fœtus et du développement de l'enfant, les maladies métaboliques ou les maladies neurodégénératives. Le point sur l'état des connaissances figure en annexe 3 du rapport.

Certains effets économiques restent encore mal mesurés, quoiqu'importants : dans le domaine agricole, par exemple, les pertes de rendement dues à la pollution par l'ozone sont estimées par le ministère de l'agriculture, en première analyse, dans une fourchette située, selon les cultures, entre 3 % et 20 % desdits rendements.

Les impacts sur l'environnement, et notamment sur la biodiversité, demeurent encore peu étudiés.

Qu'en est-il des résultats ?

La lutte contre la pollution de l'air a permis d'enregistrer une baisse des émissions de polluants dans notre pays, mais le niveau de concentration dans l'air reste préoccupant dans plus d'une dizaine de zones du territoire, essentiellement urbaines. Face à ces dépassements de seuils, le Conseil d'État a prononcé, le 10 juillet dernier, une astreinte de 10 millions d'euros par semestre de retard dans l'exécution de la décision du 12 juillet 2017, « Association Les Amis de la Terre France », qui sanctionne le non-respect des normes européennes.

Ce risque croissant de mise en jeu de la responsabilité de l'État montre bien la complexité de la situation française au regard de la pollution de l'air : si des progrès indéniables ont été réalisés concernant les niveaux d'émissions, ils sont insuffisants pour permettre un retour à court terme au respect des normes de concentration européennes.

En outre, les nouvelles connaissances sur l'impact, notamment sanitaire, de la pollution de l'air conduisent à réévaluer les objectifs.

En effet, l'atteinte des normes européennes n'aurait, comme l'indiquent les simulations de Santé publique France, qu'une faible incidence sanitaire.

Les valeurs guides de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus exigeantes, car établies sur des critères uniquement sanitaires, constituent désormais une référence pour les juges, mais également dans l'opinion publique. Ces valeurs guides de l'OMS, qui pourraient elles-mêmes être réévaluées prochainement, sont déjà prises en compte dans les avis de l'autorité environnementale et dans l'évaluation de la mise en œuvre des plans de protection de l'atmosphère par les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air (Aasqua).

Par ailleurs, plusieurs substances, particules ultrafines ou carbone suie notamment, restent actuellement non réglementées, bien que leur dangerosité soit de mieux en mieux établie.

En somme, des progrès ont été réalisés, mais les efforts restant à accomplir seront les plus difficiles et appelleront des mesures plus volontaristes, afin d'atteindre les objectifs européens. Le cadre et les outils de la politique publique de l'État existent désormais. Reste néanmoins que ses objectifs sont parfois difficiles à concilier avec ceux d'autres volets de l'action publique, y compris la lutte contre le réchauffement climatique ou la politique de l'eau. Le schéma figurant dans le rapport donne une idée de la complexité des jeux d'acteurs.

En outre, la mise en œuvre de cette politique bute sur des difficultés majeures : le renouvellement sans évaluation et, pour l'essentiel, la reconduction, en 2017, du principal outil national, le plan national de réduction des émissions de polluants atmosphériques (Prépa) ; le caractère partiel de la mise en œuvre des mesures, dont certaines, parmi les plus ambitieuses, ont déjà été abandonnées ou retardées – je pense à la fiscalité des carburants ou aux pratiques agricoles notamment ; des moyens budgétaires mal tracés, estimés à 392 millions d'euros en 2018, et qui, surtout, paraissent modestes au regard du poids des dépenses fiscales emportant des effets négatifs sur la qualité de l'air – ces dernières s'élevaient, toujours pour 2018, à 5 milliards d'euros.

La montée en puissance des collectivités territoriales, point positif, mérite d'être signalée : la déclinaison territoriale de la politique est en effet de plus en plus marquée, du fait de l'implication certes variable, mais croissante, des collectivités territoriales.

Le rôle des régions et des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) est notamment incontournable en matière de transports et d'urbanisme. Antérieurement portés par les services de l'État, les plans de protection de l'atmosphère, qui sont encore trop peu nombreux, font aujourd'hui l'objet d'une coopération plus étroite entre l'État et les collectivités.

Les documents de planification incombant aux collectivités, les plans climat-air-énergie territoriaux (PCAET) en particulier, font également une place croissante à ces enjeux. Des dispositions ont d'ailleurs été introduites par la loi d'orientation des mobilités (LOM) afin d'aligner leur niveau d'ambition sur celui des plans de protection de l'atmosphère.

En matière d'urbanisme, l'intégration de la qualité de l'air dans les orientations d'aménagement est, en revanche, encore trop peu développée. Cette implication accrue des collectivités devra être poursuivie ; lors de son audition par la Cour, le directeur général de l'énergie et du climat a d'ailleurs fait part de son intention d'associer plus étroitement les régions à l'élaboration du prochain Prépa, qui devrait entrer en vigueur en 2022.

Au terme de son enquête, la Cour émet une douzaine de recommandations, dont certaines figuraient déjà dans ses travaux précédents.

Il est indispensable, tout d'abord, d'éclairer le débat public sur les mesures nécessaires et sur leur impact budgétaire ; c'est le sens des deux premières recommandations.

La sensibilisation du public aux enjeux de la qualité de l'air progresse, notamment grâce à des initiatives comme la Journée nationale de la qualité de l'air, qui s'est tenue le

16 septembre dernier, et aux actions du Conseil national de l'air (CNA), dont le rôle et les missions doivent être confortés.

Les mesures contraignantes qui devront nécessairement être prises ne pourront être acceptées que si elles font l'objet d'un véritable débat public explorant tous les scénarios disponibles et leur impact socio-économique. À cette fin, les processus de consultation sur les différents plans et les projets d'aménagement ayant un impact sur la qualité de l'air doivent inclure, dans le champ de la discussion, les scénarios les plus ambitieux – je pense aux valeurs guides de l'OMS. À noter, en ce sens, la révision de l'indice ATMO de qualité de l'air, qui intégrera à compter du 1^{er} janvier prochain les particules fines dites PM_{2,5} et des seuils harmonisés avec l'indice européen.

De la même façon, l'équilibre entre les divers impératifs de politiques publiques suppose que les effets sur la qualité de l'air de l'ensemble des moyens d'action publique soient évalués. À cette fin, le processus en cours de « budgétisation environnementale » doit permettre de mieux éclairer les décisions et de faciliter la mise en cohérence des différentes politiques.

Les autres recommandations concernent les principaux secteurs émetteurs ; en la matière, la Cour a fait le choix de mesures concrètes à mettre en œuvre à court terme.

Dans le domaine des transports, certaines recommandations du précédent rapport de la Cour, comme les zones à faibles émissions ou la classification des véhicules, ont été ou sont en cours de déploiement, mais tous les leviers disponibles ne sont pas encore mobilisés ; les quatre recommandations du présent rapport visent à assurer une meilleure prise en compte de la qualité de l'air dans la fiscalité et les différents dispositifs incitatifs.

Le différentiel de fiscalité au profit du diesel, qui perdure, n'est pas justifié du point de vue des émissions de polluants atmosphériques. Cette question est sensible, mais un rééquilibrage est souhaitable dans un souci d'efficacité et de cohérence de l'action publique en matière de qualité de l'air.

Les citoyens doivent être mieux informés sur les émissions des véhicules en conditions réelles de conduite. Cela passe par une adaptation, pour certaines catégories de véhicules, de leur classification Crit'Air, laquelle est aujourd'hui discutable, ainsi que par l'expérimentation de l'affichage des niveaux d'émissions de polluants atmosphériques en conditions réelles de conduite lors de la vente des véhicules.

Quant aux dispositifs d'aide au renouvellement des véhicules, ils doivent faire une place renforcée aux divers paramètres liés aux émissions de polluants atmosphériques, dont le poids du véhicule – ce critère est par exemple retenu en Norvège.

Le secteur de l'industrie fait l'objet de deux recommandations – réduction des émissions diffuses, encadrement du fonctionnement en mode dégradé – qui nécessitent des contrôles renforcés des services de l'inspection des installations classées.

Même si des progrès importants ont été enregistrés depuis plusieurs décennies, les processus de production industriels complexes peuvent en effet générer des émissions parfois mal connues de substances potentiellement dangereuses. L'incendie de Lubrizol doit être une piqûre de rappel pour les pouvoirs publics, qui doivent faire preuve d'une vigilance

particulière et s'assurer que les industriels mettent bien en œuvre leurs obligations de déclaration et de contrôle.

Une autre recommandation reprise du précédent rapport porte sur le renforcement des liens entre médecine du travail, agences régionales de santé (ARS) et cellules interrégionales d'épidémiologie, à des fins de prévention et de suivi des risques sanitaires.

Pour ce qui concerne le secteur agricole, où les efforts paraissent à ce jour très insuffisants, trois recommandations visent à limiter réellement les émissions d'ammoniac et à surveiller la teneur en pesticides dans l'air.

En effet, l'attention des pouvoirs publics et du monde agricole s'est longtemps focalisée sur les enjeux de qualité de l'eau liés aux pratiques de fertilisation. Il convient aujourd'hui de tenir compte également des émissions atmosphériques d'ammoniac.

Or plusieurs mesures prévues dans le Prépa tardent à être mises en œuvre, celles qui sont relatives aux pratiques et aux matériels agricoles notamment. Il s'avère que les agriculteurs, confrontés à bien d'autres difficultés, n'entreprendront les efforts nécessaires que si les pouvoirs publics définissent à la fois un horizon réglementaire crédible susceptible d'orienter leurs décisions d'investissement et des accompagnements financiers suffisants leur permettant d'amortir ces investissements. Ce n'est qu'au terme de cette indispensable phase de transition que pourront être envisagées des interdictions.

Plus généralement, les pouvoirs publics français doivent veiller à ce que la prochaine politique agricole commune (PAC) en cours de négociation intègre la pollution atmosphérique dans les critères d'éco-conditionnalité de l'ensemble des aides. Les régions, qui ont vocation à devenir autorités de gestion des crédits, devront être sensibilisées sur ce point.

Enfin, les efforts de surveillance de la présence de pesticides dans l'air et des risques liés à l'exposition des populations doivent être poursuivis, afin de bâtir un dispositif durable. La campagne exploratoire conduite depuis 2018, dont les premiers résultats ont été restitués avant l'été, constitue une base qui devra être enrichie au fil des années, ce qui nécessite des financements pérennes.

La Cour a concentré ses recommandations sur certains secteurs émetteurs particulièrement prioritaires, mais l'identification des risques en première partie du rapport démontre la nécessité, plus généralement, de poursuivre les efforts engagés sur la voie de la réduction des émissions de polluants atmosphériques.

Nous vous remercions de votre attention et nous tenons à votre disposition pour répondre à vos questions.

M. Jean-François Husson, rapporteur spécial. – Je veux commencer par remercier la Cour des comptes pour sa présentation et son enquête, qui apporte des éléments d'analyse précis et actualisés sur les politiques de lutte contre la pollution de l'air.

Il y a cinq ans, la publication du rapport de la commission d'enquête sur le coût économique et financier de la pollution de l'air, que j'ai eu l'honneur de présider, avait fait beaucoup de bruit pendant quelques jours, mais n'avait eu que peu d'effets. Nous avons chiffré le coût global de la pollution de l'air à plus de 100 milliards d'euros par an, dont 68 à 97 milliards au titre des seuls coûts sanitaires. Peu de temps après, la Cour des comptes a

remis un rapport sur les politiques publiques de lutte contre la pollution de l'air. Malgré toutes les recommandations formulées, les résultats en matière de qualité de l'air ne sont malheureusement pas au rendez-vous.

Les risques que comporte la pollution de l'air sont pourtant bien connus.

Le risque est d'abord sanitaire, évidemment : l'Agence européenne pour l'environnement évalue les conséquences de la pollution de l'air, en France, à environ 47 000 décès prématurés par an, ce qui en fait la troisième cause de mortalité prématurée dans notre pays.

La pollution de l'air représente en outre un risque financier important pour l'État, au titre des contentieux européens. En effet, si les émissions de polluants atmosphériques ont diminué depuis les années 1990, cette tendance ne s'est pas accompagnée d'une amélioration de la qualité de l'air, en particulier dans une quinzaine de zones du territoire où les concentrations de polluants restent supérieures aux normes européennes. Ces normes sont d'ailleurs, je le rappelle, inférieures aux normes préconisées par l'OMS.

Ainsi, en octobre 2019, la France a été condamnée pour manquement par la Cour de justice de l'Union européenne en raison de dépassements des normes fixées en matière de concentration en dioxyde d'azote. Si l'État n'exécute pas l'arrêt de la CJUE, la Cour indique que la France encourt une amende de 100 millions d'euros la première année, puis 90 millions d'euros par année de dépassement.

Je souhaite poser deux questions à M. Laurent Michel, directeur général de l'énergie et du climat : pouvez-vous nous indiquer si des provisions pour litiges communautaires ont été constituées dans les comptes de l'État pour faire face à ces amendes, et, le cas échéant, à quelle hauteur ? À quelle échéance la conformité avec les normes européennes sera-t-elle selon vous atteinte ?

Le risque financier n'est pas seulement européen : le Conseil d'État a condamné l'État, en juillet dernier, à une astreinte de 10 millions d'euros par semestre de retard dans l'exécution des obligations découlant du droit européen. Le Conseil d'État avait en effet, en juillet 2017, enjoint à l'État de réaliser des plans d'action ; or les feuilles de route issues de ces plans ont été jugées insuffisantes.

Les risques précités en témoignent : les politiques publiques mises en œuvre en matière de lutte contre la pollution de l'air n'ont à ce jour pas porté leurs fruits.

Dans un rapport de contrôle budgétaire que j'ai publié au printemps 2017 sur le droit européen environnemental, j'estimais que cet échec était imputable à trois facteurs : une action nationale peu ambitieuse, une gouvernance complexe, des financements éclatés et insuffisants. Aujourd'hui, je note que la Cour des comptes dresse peu ou prou le même constat.

Premièrement, l'action nationale reste pénalisée par une absence de vision stratégique et de cohérence en matière de lutte contre la pollution de l'air. J'avais indiqué, à son adoption en 2017, que le deuxième plan national de réduction des émissions de polluants atmosphériques, fixant des objectifs à horizon 2030, reposait sur des mesures déjà engagées, comme la mise en place de zones à circulation restreinte ou l'incitation à la conversion des véhicules les plus polluants et à l'achat de véhicules plus propres. Non seulement ce plan

manquait d'ambition, mais sa mise en œuvre est partielle : certaines mesures ont été abandonnées, comme le rattrapage de la fiscalité du gazole par rapport à celle de l'essence, interrompu fin 2018. Il reste donc à espérer que le prochain plan, prévu pour 2022, sera plus ambitieux.

Deuxièmement, la gouvernance reste complexe en raison de la multiplicité des acteurs, et donc des outils à coordonner. Compte tenu de leurs compétences, la région et l'intercommunalité constituent les niveaux d'action privilégiés de la lutte contre la pollution de l'air. Or, si les plans de protection de l'atmosphère, élaborés par les préfets à l'échelon local, souffrent d'un manque de pilotage, ils s'articulent difficilement, de surcroît, avec les outils et schémas déployés par les collectivités. Comme la Cour, je souhaite donc que leur caractère incitatif soit renforcé et qu'ils soient complétés par une annexe financière formalisant les engagements financiers de l'État et des collectivités.

Pour ce qui est du financement de la lutte contre la pollution de l'air, le constat de la Cour est similaire à celui de notre commission, qui dénonce régulièrement depuis plusieurs années, lors de l'examen du budget, la faible lisibilité des moyens alloués à la transition écologique. Au total, la Cour chiffre à près de 360 millions d'euros les moyens budgétaires directement alloués par l'État à la politique de lutte contre la pollution de l'air, soit un montant largement inférieur aux dépenses fiscales dont l'effet est négatif sur la qualité de l'air, dont la Cour estime le montant à 5 milliards d'euros.

À l'instar de la Cour, je souhaite que l'effort budgétaire alloué à cette politique publique et, plus largement, à la transition écologique soit davantage lisible dans le budget de l'État ; notre commission portera ainsi une attention particulière au premier « budget vert » qui nous sera bientôt proposé, visant à évaluer l'impact environnemental du budget de l'État.

Je m'inquiète également du financement des associations de surveillance de la qualité de l'air, qui jouent un rôle de premier plan, en matière d'information de la population et d'amélioration des connaissances sur la qualité de l'air notamment. Elles disposent de 70 millions d'euros de ressources, partagés entre l'État, les collectivités et les industries. Or ces ressources sont fragilisées, alors même que le besoin de financement de ces associations devrait augmenter ces prochaines années, en raison de la nécessaire surveillance de nouveaux polluants notamment.

Sur ce sujet, je souhaiterais interroger le président d'Airparif : estimez-vous que les modalités de financement actuelles des associations de surveillances de la qualité de l'air sont adaptées aux besoins observés ?

Le rapport propose enfin plusieurs mesures intéressantes à destination des principaux émetteurs de polluants, ventilées par secteur.

Je me concentrerai aujourd'hui sur le seul secteur des transports. Le renouvellement du parc automobile constitue une voie incontournable ; le dévoiement des normes d'émissions par les constructeurs, récemment médiatisé autour du scandale du « dieselgate », contrecarre pourtant cette politique de renouvellement. Les émissions générées en conditions réelles de conduite par les véhicules conformes aux normes Euro s'avèrent ainsi quatre à six fois supérieures aux limites d'émissions fixées par lesdites normes. Le parc automobile se renouvelle, avec un soutien indéniable de l'État, mais les concentrations en zones urbaines denses ne diminuent pas ! Et les pastilles Crit'Air, utilisées pour les aides de

l'État ou pour les futures zones à faibles émissions (ZFE), reposent sur ces normes Euro, qui ne représentent pas les émissions en conditions réelles.

Par ailleurs, la Cour rappelle que la prise en compte de la pollution de l'air reste limitée dans les dispositifs fiscaux d'aide à l'achat de véhicules ; ainsi du malus automobile, qui tient compte des émissions de CO₂, mais non des émissions de polluants atmosphériques.

Je souhaite poser deux questions à ce sujet au directeur général de l'énergie et du climat : que répondez-vous à la Cour qui recommande une prise en compte des émissions des véhicules en conditions réelles dans la classification Crit'Air, sur laquelle reposent notamment les futures zones à faibles émissions ? Un recalibrage des aides au renouvellement du parc proposées par l'État sur la base de critères liés au niveau d'émission de polluants atmosphériques est-il envisagé dans le cadre du prochain projet de loi de finances (PLF) ?

Le secteur des transports n'est bien évidemment pas le seul secteur appelé à poursuivre la baisse de ses émissions ; pour plus de détails concernant les secteurs résidentiel-tertiaire, industriel et agricole, je vous renvoie au rapport de la Cour, qui recommande des mesures intéressantes : par exemple, pour le secteur industriel, l'intensification des contrôles des installations classées.

Le Sénat a prévu de tirer les conclusions de ce rapport en formulant des solutions nouvelles.

M. Laurent Michel, directeur général de l'énergie et du climat du ministère de la transition écologique. – Je commencerai par donner une vision globale de la situation.

Le paradigme est celui du verre : est-il à moitié vide ou à moitié plein ? On ne peut quand même que constater – c'est un fait statistique – l'amélioration de la qualité de l'air, et la baisse tant des émissions que des concentrations. Ainsi trente-trois agglomérations dépassaient-elles les seuils d'émission de particules PM₁₀ en 2007, contre deux seulement en 2019 ; concernant les oxydes d'azote, vingt-deux agglomérations dépassaient le seuil en 2013, contre neuf en 2019.

L'effort doit évidemment être poursuivi, en se conformant aux avis scientifiques. Je rappelle en outre que ces valeurs limites réglementaires sont certes des guides importants pour l'action, mais pas des seuils au-dessous desquels tout irait bien : les particules concernées ont des effets à doses plus faibles. Le risque ne disparaît pas en dessous des valeurs limites ; c'est pourquoi, d'ailleurs, nous incluons désormais des particules plus fines, dites PM_{2,5}, dans l'indice de qualité de l'air.

En matière de transport routier et de respect des valeurs limites, nous pensons pouvoir entrer dans une phase d'accélération. Il est ainsi obligatoire, désormais, en application de la loi d'orientation des mobilités, de créer des ZFE dans les agglomérations qui dépassent les normes. La ministre de la transition écologique et solidaire Barbara Pompili a réuni la semaine dernière les maires et présidents d'intercommunalité concernés ; un consensus se dessine autour d'une orientation collective partagée, celle du respect sans exception des normes d'ici à 2023 pour toutes les agglomérations, 2025 pour Paris, Lyon et Marseille, calendrier plus resserré que dans les précédentes projections.

Nous souhaitons avancer sur plusieurs recommandations de la Cour des comptes. Je pense au pilotage tant national que local, avec la révision dès cet automne du Prépa, après

bilan des actions réalisées et de leur impact, ou à la révision des plans de protection de l'atmosphère, qu'elle vienne d'avoir lieu, comme dans la vallée de l'Arve, ou qu'elle soit en cours, comme à Marseille, Toulon, Nice, Grenoble, Lyon, Clermont-Ferrand – celui de Toulouse sera révisé au premier semestre 2021. Nous partageons l'idée de la Cour qu'il faut non seulement viser le respect des normes, mais avoir pour horizon les valeurs guides de l'OMS. Je rappelle d'ailleurs que le Gouvernement a dit, le 5 mars 2020, dans le cadre d'un débat européen, qu'il était souhaitable de rapprocher, à terme, les normes européennes de ces valeurs guides.

J'en viens aux questions budgétaires. Il y a dans les comptes de l'État des provisions faites en vue de divers litiges ; ces provisions sont appréciées en termes de risques et de probabilités. Il n'y a pas en revanche, dans le budget annuel, de crédits de paiement, sauf si la condamnation est imminente ou déjà prononcée.

La semaine prochaine, la présentation du projet de loi de finances sera accompagnée de celle du premier « budget vert », l'ensemble des dépenses étant analysées en termes d'impact positif ou négatif sur l'environnement.

Un mot sur les recommandations sectorielles. Concernant le transport routier, le rapprochement des fiscalités respectives de l'essence et du diesel, qui s'est opéré depuis la mandature précédente, a été suspendu fin 2018, à la suite du mouvement que vous connaissez. Un certain nombre de mesures d'aide ou de mesures fiscales ont néanmoins contribué à rééquilibrer le traitement des motorisations diesel et essence – je citerai la taxe sur les véhicules de société et les primes à la conversion.

Concernant la prise en compte des émissions en conditions réelles, sont applicables à l'ensemble des véhicules nouvellement produits et homologués les normes dites Euro 6d-TEMP. Les véhicules doivent faire l'objet de tests en conditions réelles de conduite, avec un facteur d'écart de 1,4, et non de 4 ou 5, entre ce que l'on mesure sur banc à rouleaux et ce que l'on mesure en conditions réelles : durcissement, donc, des normes à l'homologation.

Le Gouvernement a par ailleurs mis en place, en application d'un règlement européen, un service de surveillance du marché des véhicules et des moteurs, rattaché à notre direction générale, qui mène des contrôles ciblés de respect des normes. Ce programme sera poursuivi en 2021. Ces données doivent être portées à la connaissance des acheteurs et être prises en compte dans les stratégies de restrictions de la circulation.

J'ajoute que nous disposerons bientôt d'une norme Euro 7, qui conduira à un rééchelonnement, voire à une refonte des vignettes Crit'Air, dont je rappelle qu'elles doivent être affichées lors de la vente des véhicules, y compris d'occasion.

En matière de prise en compte des niveaux d'émissions dans les politiques d'aide et d'incitation, je rappelle qu'un certain nombre de mesures ont été prises ou sont en cours de discussion : rééquilibrage des taxes qui étaient mal dimensionnées, recalage et durcissement progressif des critères d'éligibilité aux politiques de bonus et de prime à la conversion.

Je signale également que le plan de relance contient diverses mesures en faveur de la mobilité propre : développement du vélo, moyens supplémentaires pour les transports en commun, électrification des navires à quai dans les grandes métropoles maritimes, prime à la conversion électrique des poids lourds, aides auetrofit.

Concernant l'industrie, on constate de réels progrès, depuis des décennies, en matière d'équipement en filtres notamment. Certains sujets restent néanmoins à traiter, comme l'amélioration de la prise en compte de certains polluants – je pense au 1,3-butadiène, que nous avons demandé à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) d'examiner. Un point noir, également : les émissions diffuses. Une des recommandations de la Cour est mise en œuvre par le ministère, à savoir l'examen de certains polluants spécifiques peu connus – ainsi des émissions atmosphériques du secteur de la pharmacie.

J'en viens à l'agriculture. Le Prépa prévoyait des actions, dont il faut accélérer la mise en œuvre, de réduction des émissions liées à l'utilisation d'engrais. Est à l'étude – il s'agit d'une des recommandations de la convention citoyenne pour le climat – une taxation différenciée des engrais ; mais cette mesure ne pourra pas fonctionner seule et sans accompagnement. Le plan de relance, dans son volet agricole, prévoit des mesures en faveur de l'agro-écologie et de la modernisation des matériels et des installations.

En matière de surveillance des pesticides, je rappelle que la France a été, avec la Belgique, le seul pays européen à engager une action d'ampleur : nous avons lancé en juin 2019 une campagne nationale exploratoire des pesticides menée par l'Anses, l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (Ineris) et le réseau des Aasqua, qui a permis de faire une photographie des substances présentes dans l'air ambiant et des niveaux de concentration. Des mesures ont été effectuées pendant un an concernant soixante-quinze substances sur la base d'un protocole harmonisé. Le laboratoire central de surveillance de la qualité de l'air a élaboré des scénarios de coûts. Nous prévoyons d'ailleurs, au titre des crédits budgétaires pour 2021, d'accorder 10 millions d'euros supplémentaires aux Aasqua, qui se voient doter de missions nouvelles, dont la surveillance des phytosanitaires et celle des particules ultrafines.

Je précise que nous avons pu dégager cette année, en redéploiement de crédits, 2,8 millions d'euros supplémentaires de subventions au profit des Aasqua, les financements industriels étant cette année difficilement mobilisables. Le modèle de financement des Aasqua, qui repose sur une diversité de sources, est complexe, mais sans doute préférable à une subvention intégralement étatique.

M. Jean-Félix Bernard, président d'Airparif. – Merci pour ce rapport très exhaustif, où un grand nombre d'actions menées sont mises en perspective – les annexes, notamment, sont précieuses.

J'interviens au nom de la Fédération Atmo France, qui regroupe les associations agréées chargées, dans chaque région, de surveiller et de mesurer la qualité de l'air. J'ai présidé pendant deux mandats le Conseil national de l'air, et j'avais été chargé par le Gouvernement de réaliser la première évaluation de la loi sur l'air, suivie, cinq ans plus tard, par une seconde évaluation faite par votre ancien collègue M. Philippe Richert, dont les conclusions sont, pour certaines, toujours d'actualité.

Cela dit, la situation s'améliore, s'agissant notamment des polluants réglementés ; mais elle s'améliore très lentement, au moment où l'on commence à parler d'un passage aux normes OMS. Nous risquons de nous retrouver, en 2025, avec des niveaux de pollution conformes à l'ancienne réglementation, mais non conformes eu égard aux nouveaux standards plus restrictifs. J'observe aussi que les contentieux provoquent des accélérations ; je me souviens des débats sur l'ozone, il y a une vingtaine d'années : la condamnation de la France

avait permis d'améliorer la situation, bien que le problème de l'ozone, exception notable parmi les polluants réglementés, ne soit toujours pas totalement réglé.

Je remercie l'État pour son soutien pendant la crise de la covid-19. Ce soutien nous a permis de continuer à réaliser des mesures de surveillance en dépit des difficultés. Nous avons pu savoir ce que respiraient les Français pendant le confinement, et identifier de manière très formelle les différents facteurs d'émissions.

Quelques mots sur le financement des associations : leur modèle économique a peut-être vécu, en effet, depuis son instauration à l'époque où Michel Barnier était ministre de l'agriculture. Le principe était que les industriels, c'est-à-dire les sources fixes, participent au financement des associations de surveillance, *via* la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP), au même titre que les collectivités et que l'État. En même temps était garantie l'indépendance de la mesure, à défaut de l'unanimité des mesures. Aujourd'hui, les polluants ont changé ; la Cour des comptes a relevé que les sources fixes et les industriels n'étaient peut-être plus les principaux pollueurs, les transporteurs et le secteur agricole étant par exemple des émetteurs importants sans contribuer directement au financement des associations.

La forme associative, très originale, donne en tout cas à nos évaluations une réelle crédibilité auprès de la population.

J'en viens aux collectivités. Un certain nombre de départements se sont dessaisis de cette compétence. La loi sur l'air est pourtant très claire : tout le monde doit contribuer à cette lutte d'intérêt général, quelles que soient les compétences des uns et des autres. Mais il n'est pas précisé à quel niveau une telle participation est requise, de sorte que les collectivités ont tendance à se renvoyer la balle, surtout en période de disette budgétaire, ce qui tend à aggraver nos problèmes de financement. La loi sur l'air mériterait donc d'être révisée afin de rendre la vie plus facile aux Aasqua.

Je salue néanmoins les décisions récentes de l'État visant à compenser en partie les baisses de financement, sachant que la demande du public sur ces questions augmente fortement. On ne peut pas se contenter de mesurer les polluants recensés par la législation française : le public demande autre chose ; il exige qu'on s'intéresse aux particules ultrafines, à l'ammoniac, au *black carbon*, et que l'on anticipe sur ces questions.

Par ailleurs, depuis la loi sur l'air, un grand nombre de plans ont été faits ; l'organigramme des structures travaillant sur l'air – vous en avez donné un aperçu – est éloquent, comme l'est le nombre des outils de planification existants : chaque niveau de collectivité a son plan. Mais, le plus souvent, on n'a ni état initial ni évaluation, ce qui rend impossible de valoriser les actions en distinguant ce qui a marché et ce qui n'a pas marché. Si un guide méthodologique national pouvait être édité afin de pouvoir comparer entre elles les actions faites par les uns et par les autres, y compris celles qui sont mises en œuvre dans les collectivités d'autres pays d'Europe, cela serait très utile. J'ai bien noté que le Conseil d'État, dans sa décision condamnant la France, soulevait le problème du manque d'évaluation, avec un paragraphe spécifique sur l'Île-de-France. Je me tourne donc vers le législateur.

M. Vincent Éblé, président. – Il traduira cette recommandation.

M. Jean-Félix Bernard. – La valorisation, en France, est souvent vue comme une contrainte. La qualité de l'air peut être valorisée du point de vue de la santé, mais aussi du

tourisme ; c'est une source d'attractivité et, désormais, un secteur économique d'avenir, en plein essor, dans lequel interviennent des start-up, des PME et de grands groupes du CAC 40. Les sommes investies dans l'amélioration de la qualité de l'air ne le sont donc pas à fonds perdu !

M. Guillaume Chevrollier, rapporteur pour avis. – Merci pour votre accueil au sein de la commission des finances.

La pollution de l'air est un sujet majeur qui préoccupe nos concitoyens ; j'y suis particulièrement sensible. On mesure combien complexe est l'articulation entre elles des politiques de l'eau, du climat, de l'air ; et vous avez pointé l'importance de mieux décliner localement, auprès des collectivités locales notamment, lesdites politiques.

En tant que rapporteur pour avis des crédits de la biodiversité, j'ai noté que cette question était insuffisamment étudiée. Le plan de reconquête de la biodiversité annoncé devrait remédier à ce problème. La question du défaut de réglementation sur les particules fines mérite aussi d'être approfondie. Lorsque des mesures volontaristes sont prises, on obtient des résultats ; ainsi des normes Euro 6 sur les moteurs thermiques, qui ont permis de limiter les émissions. Mais rien n'a été fait, par exemple, pour lutter contre la pollution de l'air due au freinage des trains. Il faut un freinage écologique : c'est du concret. Il existe d'ailleurs une filière, avec des start-ups positionnées sur le sujet.

Un vœu, pour conclure : je plaide pour davantage de cohérence dans les politiques de lutte contre le changement climatique et la pollution de l'air. Il faut articuler autour d'un même axe les plans de réduction des émissions de polluants atmosphériques, la stratégie nationale bas carbone chère au sénateur Husson, la programmation pluriannuelle de l'énergie, le plan de reconquête de la biodiversité.

M. Julien Bargeton. – On distingue classiquement quatre outils de lutte contre la pollution : la réglementation – on peut interdire une pratique ou un produit jugé polluant ; la fiscalité – la théorie du double dividende promet des recettes à court terme et une modification des comportements, donc une réallocation des ressources, à long terme ; le budget – on subventionne les activités vertueuses en aidant une filière comme la filière hydrogène ; les marchés, l'exemple-type étant peut-être celui de l'échange de quotas de pollution.

La Cour a-t-elle une appréciation sur ces quatre outils ? Existe-t-il des comparaisons internationales sur l'efficacité des diverses politiques publiques de lutte contre la pollution de l'air ? Sur un sujet aussi complexe à analyser, nous manquons parfois de comparaisons. Existe-t-il d'autres rapports dans d'autres pays, et une base de données où ces rapports auraient été compilés ?

Mme Annie Podeur. – M. Bargeton a bien identifié les quatre moyens mobilisables. S'agissant du champ de la réduction des émissions de polluants atmosphériques, trois outils ont été retenus : la fiscalité, le budget – il faut des incitations – et la réglementation. Pour l'ammoniac, si on veut que les acteurs, notamment les agriculteurs, modifient leurs comportements, il ne faut pas méconnaître la situation économique dans laquelle nombre d'entre eux se trouvent. Je pense en particulier aux éleveurs, qui sont directement concernés par les émissions d'ammoniac en raison de l'absence de couvercle sur les cuves d'effluents et de techniques d'épandage qui ne sont pas nécessairement vertueuses.

Il est évident qu'il faut d'abord utiliser l'outil incitatif. Les déversements de la PAC, c'est plus d'une dizaine de milliards d'euros. Il faut fixer des critères d'éco-conditionnalité pour diriger les aides. Actuellement, des aides à l'hectare sont dénuées de tout lien avec les préoccupations environnementales.

Les quotas existent pour les émissions de gaz à effet de serre, mais pas pour les émissions polluantes. Nous avons dressé une revue de littérature internationale qui figure en annexe : il n'y a pas de marché pour les émissions de polluants atmosphériques. S'il y en avait un, il faudrait qu'il soit conçu à l'échelle européenne.

Il n'existe hélas ! pas de base recensant toutes les données disponibles. Nos rapporteurs pratiquent des investigations, font des revues de littérature, se réfèrent aux travaux d'organismes de recherche, de l'OCDE, d'Eurostat pour essayer de recueillir le maximum de données. En la matière, des domaines sont encore complètement inexplorés – je pense notamment aux risques économiques et environnementaux. Les laboratoires universitaires devraient se mobiliser sur ces sujets.

M. Laurent Michel. – On constate que des politiques similaires sont menées en Europe, aux États-Unis, au Japon et en Corée, avec des « dosages » différents. Pour l'industrie, l'approche unanimement choisie a été la réglementation, harmonisée au niveau européen avec des directives d'abord sectorielles et maintenant avec la directive relative aux émissions industrielles, dite « IED ». Ce texte fixe des standards pour les émissions dans l'eau et dans l'air, et les meilleures pratiques de gestion environnementale pour un grand nombre de secteurs.

Les quotas, c'est en réalité une réglementation avec un marché derrière : il faut une injonction pour fixer le seuil maximal d'émission. Un tel système n'est pas applicable à la pollution de l'air, qui est à la fois globale – des directives européennes fixent les plafonds d'émission pour chaque pays – et locale. Si je ne me trompe pas, seuls les États-Unis ont testé ce système, il y a très longtemps. Dans le secteur automobile, les grandes zones – Asie, Europe, États-Unis – ont des approches similaires : réglementer le véhicule ou le carburant, par exemple en interdisant l'essence sans plomb.

Il faut aussi relever la volonté d'organiser l'urbanisme et le transport, pour limiter les déplacements individuels. Londres a mis en place un péage. En France, on s'oriente plutôt vers une restriction progressive des véhicules autorisés, ce qui nécessite une politique d'accompagnement. Depuis le plan sectoriel de juin dernier, la prime à la conversion dans les zones à faible émission peut être abondée par l'État et les collectivités. Nous avons également mis en place un guichet unique entre l'État et la Métropole du Grand Paris pour additionner nos aides. On assiste dans les agglomérations à une organisation des trafics, à un développement des transports en commun et à une limitation progressive des véhicules les plus polluants. Les politiques convergent, même si chaque pays a ses sensibilités et ses caractéristiques.

En ce qui concerne les documents de synthèse, il faut peut-être regarder du côté de l'Agence européenne pour l'environnement, qui dresse régulièrement un rapport sur l'état de l'environnement en Europe.

M. Jean-Félix Bernard. – Différents pays sont menacés de contentieux en raison de leurs dépassements des seuils de pollution – nous ne sommes pas les seuls. Des délégations

de grandes agglomérations, notamment du Bade-Wurtemberg, sont venues nous rendre visite pour voir avec nous comment sortir de ces questions de contentieux.

Sur les comparaisons internationales, je suis d'accord avec Laurent Michel : les politiques sont assez proches. Mais il existe tout de même quelques nuances. Les Japonais ont, par exemple, interdit le diesel en ville il y a plusieurs dizaines d'années. On ne parvient à traduire les efforts réalisés par les uns et par les autres parce que nous ne faisons pas d'évaluation sérieuse. On a l'impression que les plans sont faits sous la contrainte, et non de manière proactive.

Mme Marine Tondelier, déléguée générale d'Atmo France. – En France nous avons un dispositif unique, envié par certains pays : le système de surveillance de la qualité de l'air. Que ce travail soit fait par des associations est un gage de transparence et d'indépendance. C'est cette forme associative qui permet en fait d'aller parfois là où l'État ne va pas encore. Si l'on dit que l'on surveillera demain les particules ultrafines ou les pesticides, c'est parce que, dans les territoires, des élus, des collectivités, parfois des industriels, ont mis de l'argent sur la table pour que des mesures soient localement mises en œuvre, afin d'avoir demain une stratégie nationale. Les premières données permettront à l'Anses de faire un rapport, au Laboratoire central de surveillance de la qualité de l'air de préparer un plan de surveillance, etc.

Les associations de surveillance de la qualité de l'air ne sont pas là que pour surveiller : nous sommes de véritables leviers d'action et accompagnons ceux qui veulent agir sur le territoire. Les agriculteurs commencent à entrer – pas encore dans toutes les régions – dans les conseils d'administration des associations, ce qui nous permet de travailler ensemble sur des sujets. Dans le Grand Est, un président de chambre d'agriculture était très engagé sur ces questions : nous avons organisé ensemble un colloque en 2017.

Les agriculteurs sont souvent complètement démunis. On leur explique que le « pic de printemps », comme on en a connu au début du confinement, est très lié aux activités agricoles. Ils mettent en avant le fait qu'ils appliquent les lois sur l'air et sur l'eau, et qu'on leur a appris à épandre à ce moment-là – tous en même temps puisque les délais sont contraints.

Le rapport souligne que les évaluations des plans sont insuffisantes. Pour les PCAET, le « A » n'est souvent pas la priorité. L'air est le parent pauvre de ces plans. Nous travaillons avec l'ex-Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe), devenue l'Agence de la transition écologique, à un projet intitulé Plan'Air : puisque nous arrivons à la fin de la première génération de PCAET, nous allons auditionner une trentaine de collectivités pour faire une revue de littérature exhaustive sur la question de l'air, voir ce qui a marché et ce qui n'a pas marché, faire des recommandations pour la deuxième génération de plans.

J'en viens à la transversalité nécessaire des politiques. Nous ne cessons de le souligner, un euro investi dans la politique pour le climat n'aura pas forcément des conséquences positives pour l'air – le rapport cite l'exemple du chauffage au bois ; on pourrait prendre celui du diesel – ; en revanche, un euro investi dans la politique publique pour l'air sera forcément bon pour le climat.

Nous avons des outils, comme les cartes stratégiques de l'air, qui permettent d'aider les décideurs à prendre en compte cette thématique dans les plans d'urbanisme. À

Strasbourg, il fallait construire un écoquartier : qui dit écoquartier dit nouveaux habitants, et donc construction d'une école. Mais la zone était rouge sur la carte stratégique : une solution a pu être trouvée grâce aux techniques de construction, en plaçant un grand mur écran avant la cour de récréation pour la protéger de l'axe routier, et en implantant les fenêtres de manière différente. Il a été possible de diminuer d'environ 30 % l'exposition des enfants dans l'école.

On doit inverser notre manière de concevoir la politique de l'urbanisme, en n'étant pas seulement dans la réparation. L'outil fait peur à certains élus. Lorsque je suis arrivée à Atmo France, j'ai participé à une réunion avec l'organisation France urbaine : l' élu de Strasbourg expliquait qu'il fallait procéder partout comme cela avait été fait pour l'implantation de l'école dont je viens de vous parler. Un autre élu s'est offusqué en expliquant que si ces cartes étaient rendues publiques, on se rendrait compte que toutes les HLM sont dans des zones rouges. Cet outil, qui est à la disposition des villes, lui paraissait subversif. Aujourd'hui, il se démocratise quelque peu et est devenu important pour les villes qui veulent travailler à la conception de l'urbanisme.

Nous avons une mission de pédagogie et de sensibilisation du grand public, lequel montre un intérêt croissant pour les questions relatives à la qualité de l'air. Mais nous ressentons aussi de la méfiance. Car les données sont multiples, et avec les microcapteurs, chacun peut mesurer la qualité de son air... Il faut des données de référence, permettant d'obtenir des informations claires. C'est la raison pour laquelle nous rénovons l'indice Atmo et que nous essayons de le faire connaître, afin qu'il puisse servir de source d'information fiable. Plusieurs indices sur l'air sont disponibles, et le public ne comprend pas pourquoi un endroit est vert sur une carte et rouge sur une autre. C'est davantage un facteur de confusion et d'inquiétude que de réassurance.

Au moment de la catastrophe de Lubrizol, on a constaté qu'il fallait donner au public des explications claires émanant de personnes de confiance : Atmo Normandie s'est retrouvé en première ligne. Nous prenons très à cœur ce rôle de tiers de confiance, en lien avec l'État qui nous donne son agrément et travaille avec nous au quotidien. Nous travaillons beaucoup sur l'*open data*, pour que les données que nous produisons irriguent le tissu économique et permettent de créer des emplois en France.

Néanmoins, notre modèle économique pose question. Nous avons demandé que des travaux parlementaires soient conduits sur cette question, afin de recueillir des avis extérieurs. Car nous ne sommes peut-être pas les plus à même de rénover ce modèle. Le problème vient non pas des régions, mais des départements. La loi est floue : si les régions sont chef de file sur l'air, certains départements se désinvestissent. Ces derniers mois, plusieurs villes ont cessé d'adhérer à Atmo France, car elles trouvent gratuitement toutes les données en *open data* sur notre site...

La TGAP air permet à des personnes qui ne connaissaient pas bien notre activité de participer aux discussions, voire d'être trésoriers de nos associations. Les industriels savent qu'ils doivent payer cette taxe : ils sont d'accord pour nous la donner, car cela leur permet d'être associés à la gouvernance. Pour eux, il s'agit d'une application du principe pollueur-payeur, mais avec un seul pollueur qui paye : ils font un effort, mais veulent savoir sur quoi cela va déboucher.

Le plafond de la TGAP air est de 171 000 euros ou 25 % de la cotisation due. Les industriels proposent de le relever à 250 000 euros, par exemple, en arguant que cela ne leur coûterait pas plus cher, et nous aiderait à pallier les difficultés actuelles. Il y aurait un petit

manque à gagner pour l'État, mais les sommes sont minimes si on les rapporte au budget général.

Le potentiel de la taxe TGAP air se réduit d'année en année. C'est une bonne nouvelle, car cela signifie qu'il y a moins d'émissions de polluants atmosphérique : cette baisse s'explique pour de bonnes raisons, mais aussi par des délocalisations, les hivers moins rigoureux... Les industriels investissent également dans de nouvelles technologies, ce qui doit être salué. Cette situation nous met quelque peu en difficulté : c'est pourquoi l'élévation du plafond pourrait être une bonne solution. Plusieurs parlementaires nous soutiennent et déposeront des amendements en ce sens dans le cadre du projet de loi de finances pour 2021. Cette solution relativement indolore permettrait de financer une partie du plan post-Lubrizon sur la prise en charge des incidents et des accidents industriels, présenté par Élisabeth Borne en février dernier.

M. Vincent Éblé, président. – Merci pour votre intervention.

M. Jean-François Husson, rapporteur spécial. – Si le rapprochement de la fiscalité sur les carburants a été arrêté, c'est parce qu'il avait été objectivement mal engagé, comme nous l'avons déjà relevé. Rapprocher, ce n'est pas forcément partir du point le plus bas pour aller au point le plus haut ; il faut baisser ce qui est trop haut et augmenter ce qui est trop bas, ce qui permet de recueillir plus facilement un consensus. Faites passer le message !

Lors des travaux de la commission d'enquête sur le coût économique et financier de la pollution de l'air, nous avons interrogé les opérateurs sur ce qu'il fallait faire. Tous plaident pour que la réglementation soit revue, avec un seul préalable : une concertation en amont pour avoir de la visibilité, et ne pas changer de pied en permanence.

Monsieur Michel, vous êtes sous l'effet euphorisant du plan de relance. Le Gouvernement envisage d'instaurer une nouvelle taxe sur les voitures en fonction de leur poids. Il a beaucoup été question de la convention citoyenne pour le climat : c'est une bonne chose, mais il ne faut jamais oublier de passer par les points de passage démocratiques que sont le Sénat et l'Assemblée nationale.

Je conclurai sur une observation : le pays européen qui a la meilleure qualité de l'air, c'est la Finlande ; le pays européen dont les habitants sont les plus heureux, c'est la Finlande ! Il faudrait se pencher sur cet exemple, même si les situations ne sont pas comparables eu égard à la taille de ce pays et au nombre de ses habitants.

M. Vincent Éblé, président. – Je remercie tous les intervenants d'avoir participé à cette discussion stimulante.

La commission autorise la publication de l'enquête de la Cour des comptes ainsi que du compte rendu de la présente réunion en annexe à un rapport d'information de M. Jean-François Husson.

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.

Mardi 29 septembre 2020

- Présidence de M. Vincent Éblé, président -

La réunion est ouverte à 15 h 35.

Projet de loi de finances pour 2021 - Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 - Audition de M. Pierre Moscovici, président du Haut Conseil des finances publiques, sur l'avis du Haut Conseil relatif au projet de loi de finances pour 2021 et au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

M. Vincent Éblé, président. – Monsieur le rapporteur général, mes chers collègues, permettez-moi tout d'abord de féliciter tous les collègues qui ont pris part dimanche aux élections sénatoriales et de les remercier de leur présence dès aujourd'hui pour entendre le président du Haut Conseil des finances publiques.

M. Pierre Moscovici vient en effet nous présenter l'avis du Haut Conseil relatif aux projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, avant que les ministres Bruno Le Maire et Olivier Dussopt nous détaillent demain ces deux textes de loi très attendus.

Il nous est en effet apparu important de ne pas différer le début de cette traditionnelle séquence budgétaire, malgré les circonstances liées au renouvellement sénatorial, compte tenu des délais d'examen du budget toujours serrés. Nous avons procédé selon les mêmes modalités lors du précédent renouvellement.

Alors que la crise sanitaire se traduit par des incertitudes exceptionnellement élevées, tant sur le plan macroéconomique que budgétaire, l'avis du Haut Conseil est important pour éclairer la représentation nationale sur l'évolution de nos finances publiques et la sincérité du projet de loi de finances.

Je laisse la parole au Premier président de la Cour des comptes et, à ce titre, président du Haut Conseil des finances publiques.

M. Pierre Moscovici, président du Haut Conseil des finances publiques. – Monsieur le président, monsieur le rapporteur général, mesdames et messieurs les sénateurs, merci de m'avoir invité, malgré le renouvellement sénatorial, en tant que président du Haut Conseil des finances publiques, pour vous présenter les principales conclusions de notre avis relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année 2021.

C'est la deuxième fois que je viens devant vous en tant que président du Haut Conseil. J'y suis également venu en tant que président de la Cour des comptes.

À l'occasion de ma première audition relative au troisième collectif budgétaire, qui a eu lieu une semaine après ma nomination, je vous avais fait part de mon attachement sincère au Haut Conseil, une institution que j'ai portée sur les fonts baptismaux en 2012, alors j'étais ministre de l'économie et des finances.

J'avais aussi souligné à cette occasion la double orientation nationale et européenne du Haut Conseil. Le Haut Conseil, comme vous le savez, est chargé de veiller à la sincérité des prévisions macroéconomiques et de finances publiques établies par le Gouvernement français, mais il est également compétent pour apprécier la cohérence de la trajectoire des finances publiques au regard de nos engagements européens et des règles en vigueur en la matière.

Je vous avais d'ailleurs indiqué mon souhait d'approfondir les relations entre cet organisme et le Parlement. Je tiens aujourd'hui à vous le répéter avec conviction : éclairer le législateur constitue le cœur de la mission du Haut Conseil. Pour les parlementaires, disposer d'un tiers de confiance indépendant est effectivement nécessaire à la qualité et à la sincérité des prévisions gouvernementales sur lesquelles sont établis les textes financiers qui vous sont soumis.

Assurer cette mission suppose que le mandat et les moyens confiés au Haut Conseil soient adaptés à cet enjeu démocratique, mais aussi aux enjeux de finances publiques que nous impose la crise sanitaire et économique que nous traversons. J'aurai l'occasion d'y revenir dans quelques instants, en conclusion de mon propos, en partageant avec vous certaines réflexions sur la modernisation de la gouvernance des finances publiques.

J'en viens à la saisine du Haut Conseil. Quelques mots sur le contexte international tout d'abord. Dans la continuité de la troisième loi de finances rectificative pour 2020, le PLF pour 2021 est évidemment marqué par le choc économique de très grande ampleur qui a touché l'économie mondiale au premier semestre 2020 en raison de la crise sanitaire.

La chute d'activité causée par l'épidémie et les mesures de restriction sanitaire présente en fait le même profil dans la plupart des économies du monde. Ce n'est ni un V, pour reprendre l'idée d'une forte chute suivie d'une remontée rapide, ni un W, en tout cas à ce stade, qui reflète l'image d'un double plongeon. Il s'agit bel et bien d'une racine carrée. Cela signifie que le PIB mondial s'est très nettement replié au premier semestre, avant de connaître un rebond très vigoureux mais incomplet au cours du second semestre. Le retour à la normale de l'activité et à la norme 2019 devrait selon l'ensemble des prévisions être lent.

Les économies enregistrent bien sûr un recul et un rebond de l'activité d'ampleur et de temporalité diverses, mais le profil d'ensemble est très largement partagé au niveau mondial, en tout cas dans les grandes économies industrialisées occidentales. L'activité de la zone euro, en particulier, se serait située près de 15 % en dessous de son niveau d'avant-crise.

Selon le consensus des prévisionnistes, cet écart devrait se résorber progressivement, mais l'activité dans son ensemble ne retrouverait son niveau d'avant-crise qu'à la mi-2022.

D'après les dernières données disponibles, ce rebond de l'économie mondiale ne serait aujourd'hui que partiel. Plusieurs indicateurs signalent effectivement depuis juillet que le rattrapage, qui était très fort au début de l'été, commence à s'essouffler, freiné notamment par certains secteurs des services, comme le transport aérien, l'hôtellerie ou encore la restauration, pour lesquels des restrictions d'origine sanitaire perdurent ou s'aggravent.

Les perspectives de croissance de l'économie mondiale restent par ailleurs soumises aux doutes qui entourent l'évolution des conditions sanitaires. Les incertitudes sur la

maîtrise de l'épidémie comme sur le développement d'un vaccin demeurent exceptionnellement élevées, ce qui fragilise incontestablement l'exercice de prévision.

Croyez bien qu'en vous présentant cet avis, nous faisons preuve de la modestie qu'impose cette situation.

Ce contexte général étant posé, je vais vous présenter les trois principaux messages du Haut Conseil.

Le premier message porte sur les prévisions macroéconomiques et de finances publiques du Gouvernement, que nous estimons plausibles.

Le second message tient à la nécessité absolue d'adopter selon nous le plus tôt possible, en fait dès le printemps 2021, une nouvelle loi de programmation des finances publiques, l'actuelle étant évidemment caduque.

Le dernier message concerne la soutenabilité de la dette publique, qui doit constituer la boussole de la stratégie de finances publiques de la France et appelle une grande vigilance.

Le scénario macroéconomique du Gouvernement subit, comme chez la plupart de nos partenaires, une évolution en racine carrée. Pour 2020, le Gouvernement prévoit en conséquence un recul du PIB français de 10 % en volume, chiffre en légère amélioration par rapport à la prévision du troisième PLFR pour 2020, qui se situait à 11 %.

La prévision de fin mai avait d'ailleurs été jugée prudente par le Haut Conseil, qui pensait qu'un certain nombre de facteurs permettraient de limiter la récession. Pour 2020, le Gouvernement prévoit un rebond de l'activité de 8 %.

Le Haut Conseil considère le scénario macroéconomique d'ensemble à l'horizon 2021, en cumulant 2020 et 2021, comme plausible. Ce qualificatif, nous l'utilisons pour les prévisions d'activité économique, mais aussi d'inflation, d'emploi et de masse salariale.

En 2021, l'activité s'établirait en fin de période à 2,7 % en-dessous de son niveau de 2019, ce qui est un montant proche des autres prévisions disponibles. Cela dépendra étroitement, en tout état de cause, de l'évolution de la situation sanitaire, mais je veux immédiatement introduire une nuance : si nous estimons que le scénario macroéconomique d'ensemble est plausible d'ici 2021, nous portons un regard un peu différent de celui du Gouvernement sur la chronique annuelle.

Pour 2020, sauf aggravation marquée de la situation sanitaire d'ici la fin de l'année – qui n'est pas à exclure et qui compromettrait une reprise du travail dans le pays –, nous considérons que la prévision d'activité est prudente. Le recul du PIB devrait être un peu moindre que prévu. Disons que le consensus des prévisionnistes tourne plus autour de - 9 % que de - 10 %.

Pour 2021, à l'inverse, l'ampleur du rebond pourrait être plus limitée que prévu par le PLF pour 2021. Ce rebond repose en effet sur l'hypothèse forte d'une amélioration de la situation sanitaire tout au long de l'année 2021, qui n'est pas certaine, mais aussi sur l'hypothèse, que nous considérons comme volontariste, d'un effet important des mesures du plan de relance sur la croissance. Le Gouvernement l'estime à 1,1 point de PIB, ce qui

s'ajouterait notamment aux effets attendus des plans de relance chez nos partenaires. Il y a peut-être là une nuance avec le Gouvernement.

Par exemple, nous pensons que l'effet du plan de relance sur l'investissement public local, que le Sénat connaît bien, pourrait être un peu moins fort en 2021 que prévu par la loi de finances, en raison de délais inhérents à l'instruction de dossiers d'investissement et du niveau déjà élevé des capacités de production du secteur du bâtiment. Nous pourrions donc avoir un léger tassement ou une difficulté dans la mise en œuvre du plan de relance au niveau local.

Sur le fondement de ces hypothèses économiques, le Gouvernement prévoit un niveau de déficit absolument inédit depuis plus de soixante-dix ans : il s'établirait à 10,2 % du PIB en 2020, puis à 6,7 % du PIB en 2021. Ces prévisions sont assez proches de celles que le Gouvernement vous a présentées l'été dernier lors du débat d'orientation des finances publiques. Comparé au rapport préparatoire à ce débat, le PLF prévoit un solde public en amélioration de 1,2 point en 2020 mais, symétriquement, une dégradation de 1,2 point en 2021. Cette prévision prend en compte la révision des hypothèses macroéconomiques et les nouvelles mesures de soutien à l'activité décidées dans le cadre du plan de relance.

Là encore, le Haut Conseil estime que le solde public nominal prévu pour 2020-2021 est atteignable, même si des incertitudes entourent les conditions sanitaires et les évolutions macroéconomiques.

Au-delà du déterminant sanitaire, nous nous sommes attachés à identifier les principaux risques qui affectent les prévisions de recettes et de dépenses sur la base des informations dont nous disposons. S'agissant des prélèvements obligatoires, nous estimons les prévisions cohérentes avec le scénario macroéconomique. Nous relevons que le Gouvernement fait l'hypothèse que les exonérations temporaires de cotisations pour les entreprises des secteurs les plus touchés par la crise sanitaire ne seront pas prolongées en 2021. Si cela ne se vérifiait pas, les recettes publiques seraient alors dégradées.

S'agissant des prévisions de dépense publique, nous estimons vraisemblables les risques à la hausse comme à la baisse. Du côté baissier, la mise en œuvre des investissements prévus dans le cadre du plan de relance pourrait être plus lente qu'attendue, ce qui se traduirait par un report de dépenses sur 2022 et les années ultérieures.

Par ailleurs, la charge de la dette pourrait être un peu moins élevée – mais c'est traditionnel – que dans la prévision du PLF pour 2021, du fait d'hypothèses de taux d'intérêt qui sont comme à l'accoutumée relativement conservatrices.

Du côté haussier, nous relevons un risque sur le niveau attendu des dépenses de santé. Le PLF pour 2021 prévoit une enveloppe de 4,3 milliards d'euros pour faire face à la crise sanitaire en 2021, contre des dépenses actuellement estimées à 10,1 milliards d'euros pour 2020. En particulier, les dépenses associées à une éventuelle campagne de vaccination pourraient se révéler supérieures de 1,5 milliard d'euros à celles prévues par le PLFSS pour 2021.

En dépit de ces aléas, le Haut Conseil estime dans l'ensemble que les prévisions de finances publiques sont atteignables et ne sont pas irréalistes.

J'en viens au deuxième message porté par l'avis du Haut Conseil à propos de la nécessité d'adopter une nouvelle loi de programmation des finances publiques. Qu'il s'agisse du scénario macroéconomique ou de la trajectoire de finances publiques, la LPFP du 22 janvier 2018 est définitivement caduque.

En effet, l'estimation du PIB potentiel retenue par cette loi, adoptée deux ans avant la crise, est obsolète. L'ampleur du choc subi par l'économie française devrait avoir un impact durable sur l'appareil productif, sous l'effet notamment du recul de l'investissement. Dans les documents qui ont été fournis au Haut Conseil, le Gouvernement considère d'ores et déjà que le niveau du PIB potentiel devrait être révisé à la baisse de 1,5 point en 2020, puis de plus de 2 points en 2021 par rapport aux hypothèses de la loi de programmation.

Plus généralement – et ce n'est pas une critique –, la trajectoire financière de la loi de programmation n'anticipait évidemment pas le choc sur les finances publiques que nous observons en 2020 et que nous constaterons encore en 2021.

Souvenons-nous que la loi de programmation prévoyait un déficit public égal à 1,5 point de PIB en 2020 et 0,9 en 2021, prévisions bien éloignées de celles présentées par le PLF pour 2021.

La difficulté vient du fait que, bien que caduque, cette loi de programmation constitue, aux termes de la loi organique de 2012 – que je connais bien, puisque je l'ai fait voter par le Parlement quand j'étais ministre des finances – la référence pour le PLF qui vous est soumis, ainsi que pour le Haut Conseil et la Commission européenne, et ce à double titre : tout d'abord, le Haut Conseil doit s'appuyer sur la croissance potentielle telle qu'établie par la loi de programmation en vigueur, même si elle n'a plus aucun sens. Le solde structurel est ainsi calculé, dans le PLF pour 2021, avec la même hypothèse de croissance que la loi de programmation, même si celle-ci n'est absolument plus pertinente.

Ainsi, la révision à la baisse de la croissance potentielle telle qu'estimée actuellement par le Gouvernement conduira à accroître le déficit structurel de plus d'un point en 2021.

En outre, le Haut Conseil doit comparer la trajectoire budgétaire prévue par le PLF à celle de la loi de programmation. À cet égard, le Haut Conseil constate que l'écart de solde structurel prévu en 2021 s'élève à - 2,4 points de PIB par rapport à la loi de programmation de 2018, ce qui constitue un écart important au sens de la loi organique de 2012. Le solde structurel présenté par le Gouvernement se dégraderait ainsi de 1,4 point entre 2019 et 2021 et s'établirait à - 3,6 % de PIB en 2021, très loin de l'objectif de déficit structurel de - 1,2 % du PIB fixé par la loi de programmation.

Je sou mets la conclusion aux parlementaires : puisque les anciens repères économiques et financiers sont devenus inadaptés, le Haut Conseil estime tout à fait nécessaire d'en changer dès que possible, sans attendre que la crise économique, sociale voire sanitaire soit derrière nous, c'est-à-dire lorsque la situation se sera stabilisée et que l'horizon sera plus lisible.

Au total, le Haut Conseil invite le Gouvernement à présenter dès le printemps 2021 une nouvelle loi de programmation des finances publiques, qui permettra d'établir une stratégie de finances publiques de moyen terme, fixera notamment une nouvelle trajectoire d'évolution du PIB et du PIB potentiel, ainsi que des finances publiques,

conformément à la loi organique de 2012. Cela permettra de fonder les appréciations de chacun sur des critères correspondant aux réalités d'aujourd'hui plus qu'à celles d'hier, que la crise rend totalement caduques.

Avant de conclure, je vous livre le troisième message principal porté par l'avis du Haut Conseil, concernant la soutenabilité de la dette.

Selon le scénario du Gouvernement, la dette publique s'élèverait à 117,5 points de PIB en 2020, soit une hausse de près de 20 points par rapport à la loi de finances initiale pour 2020. Le ratio de dette publique reculerait en 2021, mais très légèrement, à 116,2 points de PIB. Cette perspective d'une baisse limitée du ratio de dette publique liée au très fort rebond du PIB attendu par le Gouvernement est fragile et pourrait être remise en cause si le rebond de l'activité était moindre.

En tout état de cause, constatons que la dette va connaître une augmentation massive par rapport à la situation d'avant la crise, ce qui résulte à la fois du choc économique inédit, mais aussi de la réponse budgétaire apportée pour y faire face, qui est tout aussi massive.

Le ratio de dette publique s'établirait ainsi en 2021 à 18 points de PIB au-dessus de son niveau d'avant la crise et 22 points de PIB au-dessus de celui prévu par la loi de programmation.

Cette évolution n'intervient pas dans un ciel serein, puisqu'elle arrive après une décennie quasi ininterrompue de hausse de la dette. Or le contexte de croissance potentielle affaiblie rend plus difficile son reflux. Selon nous, la soutenabilité à moyen terme de la dette publique constitue un enjeu central de la stratégie budgétaire de la France. Elle appelle à cet égard la plus grande vigilance.

Je sais que, chez les économistes comme chez les politiques, des débats commencent à naître. Et si l'on annulait la dette ? Bonjour les épargnants ! Et si l'on monétisait totalement la dette ? La Banque centrale en prend déjà une bonne part : je ne pense pas qu'elle aille jusqu'à une monétisation absolue. Les textes ne le permettent d'ailleurs pas. Et si l'on mutualisait la dette ? Un début de mutualisation de la dette commence à avoir lieu avec le plan européen de relance, mais nous n'en sommes pas pour autant à ce stade.

Conclusion : nous retrouverons toujours la dette sur notre chemin, et c'est un fardeau qui pèsera sur les générations futures. Une dette finit par être remboursée. Nous avons rendez-vous avec elle. C'est pourquoi nous envoyons un message de vigilance.

Je termine en partageant avec vous quelques réflexions sur la gouvernance des finances publiques, et particulièrement – pardonnez-moi de plaider pour ma chapelle – sur le mandat du Haut Conseil.

La crise qui a touché la France et le monde entier se traduit par un choc massif sur les finances publiques, et notamment sur l'encours de la dette publique, je viens de le dire. Au regard de cette situation, je suis persuadé qu'une refondation de la stratégie budgétaire est indispensable pour assurer la soutenabilité de la dette publique et le meilleur usage des deniers publics. La Cour des comptes s'est d'ailleurs exprimée à ce sujet dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, publié en juin dernier, que j'ai présenté devant vous.

Pour faire respecter et mettre en œuvre cette stratégie, il faut un renforcement de la gouvernance budgétaire. Je vous rappelle qu'en 2012, à la suite de la crise financière de 2008, puis de la crise des dettes souveraines dans la zone euro, les gouvernances française et européenne des finances publiques avaient été refondées pour éviter que les difficultés alors rencontrées ne se reproduisent à l'avenir.

Dans le prolongement du traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance (TSCG), la loi organique de 2012 avait introduit dans le droit français un ensemble de dispositifs visant à favoriser une maîtrise durable des finances publiques. Elle avait notamment fondé le Haut Conseil des finances publiques.

Après le choc que nous connaissons aujourd'hui qui est, je le répète, totalement inédit depuis la Seconde Guerre mondiale, il m'apparaît nécessaire de compléter l'architecture élaborée en 2012 pour franchir une nouvelle étape dans l'amélioration du pilotage des finances publiques en France.

La Cour des comptes va s'exprimer sur ce sujet à l'automne. Mon propos n'est pas d'anticiper ici le rapport qui vous sera présenté, mais de vous dire ce que j'en pense avec ma casquette de président du Haut Conseil.

Depuis sa création, notre jeune institution budgétaire indépendante a contribué à l'amélioration du réalisme des hypothèses macroéconomiques. C'est un constat étayé par des analyses économiques de très grande qualité, vous en conviendrez quelles que soient vos sensibilités, que réalise le Haut Conseil de manière indépendante.

Toutefois, notre mandat – j'insiste sur ce point – est significativement plus réduit que celui de nos homologues européens, tout comme nos moyens. C'est à mes yeux insuffisant pour assurer la surveillance indépendante de la trajectoire des finances publiques et éclairer les autorités, les citoyens et les parlementaires sur les risques liés à la situation de nos finances publiques. Nous allons maintenant échanger des questions et des réponses. Je ne pourrai vous répondre que dans le cadre du mandat qui est le mien. Je serai donc frustré et je vais vous frustrer. Je pense que nous pourrions faire beaucoup plus.

Je citerai trois limites. En premier lieu, la loi organique de 2012 n'a pas formellement confié au Haut Conseil des finances publiques la mission d'apprécier le réalisme des prévisions de finances publiques, qu'il s'agisse des recettes, des dépenses ou du déficit public.

Dans l'exercice de notre mandat actuel, nous ne pouvons faire abstraction de ces considérations. Elles font régulièrement l'objet de développements dans notre avis, mais notre analyse reste limitée dans sa portée par la loi organique.

Deuxième écueil : le Haut Conseil n'est pas non plus compétent pour examiner la réalité de l'évaluation de l'impact financier ou socio-économique des mesures, quand bien même celles-ci seraient déterminantes pour apprécier le réalisme de la trajectoire des finances publiques. Si vous me demandez ce que je pense de telle ou telle mesure, je ne vous répondrai pas, car il s'agirait d'une réponse personnelle et non d'une réponse du Haut Conseil. Avec un mandat un peu plus élargi, je pourrais vous répondre non pas à partir d'un jugement mais d'une évaluation précise des choses.

Troisième limite – et ce sera mon dernier exemple, sans que la liste ne soit pourtant exhaustive : le mécanisme de correction *ex post* n’a pas fait preuve de son efficacité. Il a été créé par la loi organique 2012, mais son déclenchement par le Haut Conseil en cas d’écart significatif avec la trajectoire de solde structurel de la loi de programmation est beaucoup trop tardif. Parce qu’il intervient seulement une fois les écarts constatés, il ne semble pas permettre d’assurer le plein respect des trajectoires pluriannuelles.

Au regard de ces limites et de l’enjeu central que constitue la soutenabilité de la trajectoire de dette publique, il me semble que des ajustements de la gouvernance des finances publiques seraient nécessaires. J’ai d’ailleurs demandé au rapporteur général du Haut Conseil, Éric Dubois, ici présent, de réfléchir aux évolutions souhaitables du mandat de notre institution budgétaire indépendante dans une logique de transparence de nos travaux, mais aussi de rénovation de notre gouvernance. Le rapport qu’il me remettra vous sera transmis et sera rendu public.

Je pense que cela appelle un toilettage de la loi de 2012 limité mais significatif. Comparé aux autres institutions européennes de notre secteur, le Haut Conseil, même s’il est selon notre tradition indépendant, est celui qui a le mandat et les moyens les plus faibles. Il faut adapter ses moyens aux nouveaux enjeux.

D’ailleurs, le PLF pour 2021 prévoit un accroissement très significatif des moyens humains du Haut Conseil et je m’en réjouis. Si ceci est confirmé par l’adoption de la loi de finances, cela permettra de renforcer dès le début de l’année prochaine notre expertise économique et notre capacité d’analyse au service des citoyens et du Parlement.

Je reviendrai devant vous – car je suis têtu – avec ces propositions qui, je pense, sont d’intérêt général : tiers de confiance, indépendance, expertise renforcée et moyens adaptés.

Voilà les quelques réflexions que je souhaitais partager avec vous. Je suis évidemment à votre disposition pour répondre à vos questions dans la limite du mandat du Haut Conseil.

M. Vincent Éblé, président. – Merci, monsieur le président. Nous vous avons entendu.

J’invite le rapporteur général à nous faire part de ses questions.

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général. – Merci, monsieur le président. Je suis, mes chers collègues, très heureux de vous retrouver.

Monsieur le président du Haut Conseil, vous êtes dans le cadre de votre mandat, mais vous ne perdez pas tout à fait le sens de la vie parlementaire, puisque vous avez déjà passé quelques messages sur les moyens du Haut Conseil. On a bien compris votre invitation à voter cette augmentation des moyens du Haut Conseil.

Nous sommes très admiratifs de la capacité du Haut Conseil à émettre un avis en ce moment. Lors de votre dernière audition, j’avais cité *Le Soulier de satin* de Paul Claudel en disant que le pire n’est pas toujours sûr. En ce moment, on peut dire que le meilleur ne l’est pas davantage !

Nous sommes dans une grande période d'incertitude et mesurons tous avec modestie la difficulté de l'exercice qui consiste à rendre un avis sur le PLF et le PLFSS pour 2021.

En effet, les doutes sont extrêmement nombreux. Je ne parlerai évidemment pas de l'évolution du contexte sanitaire, n'ayant aucune compétence pour cela. En revanche, ma première question portera sur l'impact du plan de relance. J'ai bien étudié le document qui nous est parvenu lundi : il s'agit plus de la présentation d'un plan de relance que d'un PLF, avec un effet sur l'activité estimé par le Gouvernement à 1,1 point de PIB. Vous notez dans votre avis que la mise en œuvre de ce plan de relance pourrait être plus lente que prévu. C'est une question que nous avons collectivement adressée au Gouvernement en séance : on peut afficher un beau plan de relance à 100 milliards d'euros mais on connaît la capacité des administrations françaises à recréer des procédures. L'incertitude relative aux décaissements et au calendrier de mise en œuvre constitue donc un véritable sujet. Je partage ainsi votre préoccupation. Mais il existe aussi une incertitude concernant l'effet « multiplicateur » du plan de relance sur l'activité, sujet qui n'est pas abordé dans l'avis. L'hypothèse retenue par le Gouvernement en la matière vous semble-t-elle crédible ?

Une autre de mes questions portera sur la dette. Je siégeais déjà dans cette commission lors de la crise de 2008-2009, qui était bien évidemment d'une nature tout à fait différente. Il s'agissait alors d'une crise de liquidité. Aujourd'hui, il n'y a pas de problème pour emprunter sur les marchés, au contraire. Nous empruntons à des taux négatifs de - 0,2 % à dix ans, et le Gouvernement prévoit une remontée des taux d'intérêt à 0,7 % en 2021. Cette remontée des taux est nettement plus forte que celle que prévoient les autres pays européens, les marchés et les instituts de conjoncture. On a assisté plusieurs fois à cette présentation consistant à être un peu plus pessimiste que le consensus des économistes pour ensuite bénéficier d'un certain nombre de marges de manœuvre dans l'exécution. N'est-ce pas de nouveau le cas ?

Enfin, vous avez très justement indiqué que la soutenabilité à moyen terme des finances publiques appelle à la plus grande vigilance. La commission des finances dans son ensemble ne peut que partager l'idée qu'après la relance devra venir le temps de la consolidation budgétaire, afin de reconstituer des marges de manœuvre. La difficulté sera d'opérer cette transition au bon moment, pour ne pas casser la reprise. Pouvez-vous nous éclairer sur les critères susceptibles de définir le calendrier pertinent en la matière ? Faudrait-il par exemple entamer le redressement des comptes publics dès que le PIB aura retrouvé son niveau de 2019, ce qui se produira en 2022 d'après la trajectoire gouvernementale, alors même que l'écart de production sera toujours négatif ?

M. Vincent Éblé, président. – La parole est aux commissaires.

M. Claude Raynal. – Monsieur le président, je suis d'accord avec Albéric de Montgolfier pour dire que l'exercice est difficile. Tous les exercices de ce genre le sont : établir un PLF est compliqué et donner un avis sur ce PLF est risqué pour le Haut Conseil. On ne peut donc que saluer cette tentative.

Toutefois, je m'attendais très sincèrement, s'agissant du projet de loi de finances, à un chiffrage ou une étude médiane, accompagnée d'un scénario pessimiste et d'un autre plus optimiste. Je ne pensais pas à un PLF aussi « carré » que d'habitude, étant donné les circonstances. On pouvait espérer un scénario de base sur lequel bâtir quelque chose. Je souhaiterais connaître votre avis sur ce point.

Peut-être une relecture aura-t-elle lieu dans six mois, mais un jeu d'hypothèses nous aurait permis d'encadrer la discussion et d'évaluer l'ensemble des risques, car on a du mal à comprendre pourquoi on choisit tel niveau plutôt que tel autre en matière de calcul des recettes et des dépenses.

En outre, si l'on a bien compris que la loi de programmation était caduque, faut-il vraiment se lancer à nouveau dans l'exercice d'ici quelques mois ? Ne vaut-il pas mieux attendre la fin de la pandémie ou de la crise sanitaire ? Ne risque-t-on pas de la réécrire pour rien ? Pourquoi une telle urgence selon vous ?

Mme Sylvie Vermeillet. – Monsieur le président, je reviens sur le rebond que connaissent les différents pays européens. Existe-t-il une corrélation entre la force des plans de relance et celui-ci ? Comment avez-vous construit votre prévision ?

M. Jérôme Bascher. – Monsieur le président, l'État estime que le plan de relance amènera 1,1 point de croissance en plus. Or j'ai cru comprendre que les plans de relance ne fonctionnaient que lorsqu'ils étaient accompagnés de réformes structurelles dans les ministères et les collectivités locales pour accélérer les décaissements.

Ne pensez-vous pas qu'il manque quelque chose pour faciliter la dépense de la centaine de milliards annoncée en dix-huit mois seulement ?

Par ailleurs, je ne suis pas d'accord avec vous lorsque vous dites que la loi de programmation des finances publiques est caduque depuis 2020. Le Gouvernement s'est empressé, juste après l'avoir fait voter, de ne pas la respecter. C'est le premier Gouvernement qui fait voter une loi et se met tout seul hors-la-loi ! Il continue à franchir allègrement toutes les limites de cette loi de programmation des finances publiques, ce qu'il a commencé à faire l'année suivant son adoption. Gilets jaunes, réforme des retraites, covid-19, *etc.* : il y a toujours une bonne raison pour ne pas respecter la règle.

Ne croyez-vous pas que la solution consisterait en une véritable règle d'or, si souvent évoquée et jamais mise en œuvre ?

M. Vincent Éblé, président. – Monsieur le président, vous avez la parole.

M. Pierre Moscovici. – Monsieur le rapporteur général a raison, je n'ai pas totalement oublié mes autres activités. Je suis aussi venu plaider pour un programme, mais vous ne savez peut-être pas que les avis que nous produisons, qui sont je pense d'une remarquable qualité, sont réalisés avec deux équivalents temps plein. Ces gens travaillent jour et nuit pour cela...

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur spécial. – J'ai été rapporteur spécial de la mission budgétaire concernée !

M. Pierre Moscovici. – J'ai obtenu du ministre du budget, que je remercie, cinq équivalents temps plein en plus. Un triplement des moyens permettra de réaliser plus de choses. Cela prendra aussi tout son sens en cas d'élargissement du mandat.

Plusieurs d'entre vous m'ont interrogé sur l'impact du plan de relance. Nous n'affirmons pas que le surcroît de croissance de 1,1 point prévu par le Gouvernement en 2021 n'est pas crédible. Il est volontariste. C'est une question d'ingénierie. Nous connaissons notre pays : il faut mettre en place une ingénierie qui permette non de dépenser 100 milliards

d'euros en dix-huit mois – le Gouvernement ne le prétend pas lui-même – mais de dépenser les 37 milliards d'euros programmés pour 2021.

Nous pensons que l'hypothèse est volontariste, à la fois du fait de la saturation de certaines capacités sectorielles et des difficultés traditionnelles à mettre en œuvre ces investissements.

L'effet multiplicateur retenu par le Gouvernement, sujet dont nous avons longuement débattu lors des auditions, est de 0,8. Nous ne pensons pas que ce soit là un chiffre élevé au regard de la situation économique. C'est le risque de retard qui explique que nous estimons qu'il existe un certain volontarisme, sans qu'il soit pour autant impossible d'obtenir 1,1 point. Souhaitons-le, mais ce pourrait être un petit peu moins, d'où notre jugement.

S'agissant de l'hypothèse des taux d'intérêt, le Haut Conseil relève la prudence traditionnelle du Gouvernement. Cela peut présenter quelques avantages. On garde une certaine marge de manœuvre. Toutefois, le consensus des économistes et la prévision de taux du Gouvernement présentent un écart. Le consensus anticipe des taux longs à zéro l'année prochaine pour la zone euro. Selon le Gouvernement, le chiffre est de 0,7. Ce n'est pas impossible, mais ce n'est pas le plus probable au regard de l'analyse du Haut Conseil. Il y a là une marge de manœuvre possible en exécution.

Concernant la dette et la consolidation budgétaire, nous avons eu un débat entre nous pour savoir si nous devons parler ou non de la dette. Je ne concevais pas que nous n'en parlions pas. Quelques membres du Haut Conseil soulignaient que nous étions à la limite de notre mandat. Je pense que nous sommes dedans, mais j'aimerais répondre à votre question en allant plus loin. Je ne le peux pas dans le cadre du mandat actuel, étant déjà à mes limites.

Deux réflexions de bon sens : dans la situation de crise sanitaire, mais aussi de crise économique et sociale que nous ne connaissons, nous ne contestons pas la légitimité de la priorité accordée à la relance et au soutien de l'économie. Nous attirons l'attention sur le fait qu'on ne peut pas pour autant ignorer la question de la dette. À un moment donné, il faudra bien retrouver une trajectoire assurant la soutenabilité de la dette publique. Quand ? C'est un débat sur lequel j'aimerais que nous puissions poursuivre nos échanges. Cela dépend de l'élargissement du mandat du Haut Conseil. Je pourrais vous faire une réponse personnelle : elle ne serait pas d'un très grand intérêt. Priorité à la dépense compte tenu de la situation donc, mais restons vigilants sur la question de la soutenabilité de la dette publique à moyen terme.

Je n'ai pas de commentaire à faire sur la manière dont sont élaborés les projets de loi de finances. Fallait-il établir des scénarios ? Notons que l'incertitude est très élevée et difficilement quantifiable. Doit-on faire autant de PLF que de scénarios de croissance ? Le Gouvernement ne l'a pas choisi.

Il est clair que l'incertitude demeure. Il n'est pas interdit d'évoquer cette question dans le débat.

S'agissant de la programmation des finances publiques, plusieurs approches sont possibles. On peut attendre la fin de la crise sanitaire ou que tout ceci soit largement derrière nous. On peut attendre la fin de la crise économique et sociale. Pour résumer notre message, il

convient de le faire le plus tôt possible, c'est-à-dire au printemps 2021, sauf dégradation très forte ou instabilité persistante.

Je ne me prononce pas sur le moment à compter duquel la loi de programmation est devenue caduque. Pour avoir été moi-même ministre des finances, membre de la commission des finances de l'Assemblée nationale, je puis dire qu'il y a toujours eu des écarts. Nous ne sommes toutefois plus dans l'écart mais dans la caducité, ce qui est assez différent. On ne peut le reprocher à ce Gouvernement, pas plus qu'à d'autres auparavant. Quand un événement extraordinaire se produit, on ne peut conserver la même boussole.

De ce point de vue, monsieur Raynal, il est compliqué de vivre sans loi de programmation réaliste. On ne peut porter aucun jugement. Toutes les notions à partir desquelles nous travaillons, comme la croissance potentielle et le solde structurel, n'ont plus rien à voir avec la réalité. C'est pour cela qu'il faut agir le plus tôt possible. Si cela ne se fait pas au printemps 2021, ce sera trop tard ! Nous ne pouvons vivre totalement sans règle. N'avoir aucun point de repère solide est toujours fâcheux pour le débat démocratique. Voilà la raison pour laquelle, si la situation est stabilisée et lisible au printemps, il me paraît raisonnable de viser ce moment.

Pour ce qui est de la question des prévisions macroéconomiques, madame Vermeillet, ce qui figure dans notre avis est extrait de ce qu'on appelle le *Consensus forecast* – autrement dit, le consensus des économistes. L'évolution d'ensemble de l'activité a partout le même profil mais certains pays sont descendus plus bas, et remontent un peu plus haut. Quand on considère les choses en termes de croissance et d'emploi, ce n'est pas totalement négligeable. Même si le profil est identique, il existe quelques différences qui sont loin d'être insignifiantes.

Enfin, s'agissant de la règle d'or, je suis au-delà de mes compétences. Pour le moment, nous disposons d'une loi organique qui prévoit des lois de programmation. Tant qu'on demeure dans cette loi organique, il faut modifier la loi de programmation, mais on peut aussi envisager – ce n'est toutefois pas mon rôle – une autre loi organique. Cela devient bien plus lourd et relève du débat politique et public pour d'autres échéances. Dans le cadre qui est le nôtre actuellement, c'est la loi de programmation qu'il faut modifier, et je pense qu'il est logique de raisonner pour le moment à cadre inchangé.

Ce débat a déjà eu lieu en 2012. Certains proposaient une règle d'or. Selon moi, les règles d'or, même en Allemagne, ne tiennent pas quand survient un événement comme celui-ci. C'est la programmation qui s'impose davantage. Je suis allé trop loin : je me tais...

M. Bernard Delcros. – Monsieur le président, quelles prévisions peut-on réaliser sur le niveau d'investissement des collectivités en 2021 et sur les pertes de recettes liées à la situation que l'on connaît ?

Pouvez-vous par ailleurs nous donner votre sentiment concernant la baisse des impôts de production qui a été annoncée par le Gouvernement et sur les modalités de compensation aux collectivités ?

M. Jean Bizet. – Monsieur le président du Haut Conseil, ma question s'adresse également à l'ancien commissaire et ancien ministre des finances. Dans le prêt européen au cœur du plan de relance, la France représente 15 % du PIB. Sa population est légèrement supérieure, entre 15 % et 20 %. Or, elle va récupérer seulement 8 % du prêt de

l'Union européenne, mais en rembourser 17 %. C'est la logique de la mutualisation, et on ne peut que se réjouir de l'action du couple franco-allemand.

Il va falloir être extrêmement vigilant en ce qui concerne la reprise de la compétitivité de notre pays. Cela suppose une baisse drastique des dépenses publiques. Encore une fois, on n'a pas été assez volontariste en la matière.

Par ailleurs – c'est plutôt à l'ancien commissaire que je m'adresse –, il va falloir être politiquement très exigeant en matière de ressources propres de l'Union européenne. Ce sera autant de contributions nationales en moins. On sait que l'Europe apporte souvent les bonnes réponses, mais à son rythme. Il y a malgré tout urgence, et je sens une partie de bras de fer s'engager entre le Parlement européen et la Commission. Je suis plutôt du côté du Parlement européen, qui est extrêmement volontariste dans ce domaine. Je n'en entends pas assez parler au niveau national.

M. Pascal Savoldelli. – Monsieur le président, vous nous parlez de rebond. Le taux d'investissement des entreprises françaises demeure au même niveau qu'avant. Toutefois, l'autofinancement s'effondre de 40 points et les marges de 7 points. C'est là un indicateur à prendre en compte.

Je voudrais attirer votre attention sur une question qu'on évoque rarement ici, celle de la dette privée. Quand va-t-on se poser la question de sa soutenabilité ? Elle représente 138,2 % du PIB. On parle d'une tendance à 150 % pour la France. Dans la zone euro, l'augmentation est de 2 points, contre 6,4 points pour la France.

Il n'y a pas de lien mécanique entre dette privée et dette publique, mais l'une n'ignore pas l'autre. Quel est votre avis sur ce point ?

Enfin, j'ai constaté que l'on envisageait une diminution de l'investissement public local de 4,9 milliards d'euros en 2020 par rapport à 2019 dans le cadre du PLF pour 2021. Or nous sommes tous d'accord sur ce point : une baisse de l'investissement public local a, dans notre pays, des conséquences sur le tissu TPE-PME. Comment expliquer cette baisse deux fois supérieure aux prévisions du Gouvernement ?

Mme Christine Lavarde. – Monsieur le président, je souhaitais vous interroger sur la dette publique, mais j'ai compris qu'on était à la limite de vos prérogatives en tant que président du Haut Conseil. Vous pourrez certainement me répondre quand vous viendrez nous présenter le rapport sur l'évolution des finances publiques locales : qu'en est-il de la dette des établissements publics et des collectivités territoriales ? Est-elle soutenable ? Quelles collectivités vont se trouver, à une certaine échéance, « proches du mur » ?

Je voudrais également revenir sur le rebond. Vous avez dit que les prévisions présentées dans votre avis étaient issues du *Consensus forecast*. On entend parler uniquement des aléas liés à l'évolution de la crise sanitaire. Les années antérieures, on parlait d'autres types d'aléas, notamment de la guerre commerciale ou des enjeux géopolitiques. Il me semble qu'ils n'ont pas disparu en 2021. Dans quelle mesure sont-ils pris en compte ?

M. Patrice Joly. – Monsieur le président, vous avez évoqué l'indépendance. Il m'est revenu à la mémoire un article de Jean-Denis Bredin sur l'indépendance de la justice, au moment où je suis devenu magistrat, ce qui m'a beaucoup questionné tout au long de mon activité professionnelle. Il parlait de l'indépendance de la justice, pas simplement par rapport

au pouvoir politique, mais également par rapport à son cadre intellectuel, ses schémas de pensée et, parfois, ses *a priori*. Je voulais faire partager ce souvenir à l'ensemble des collègues présents dans cette salle et à vous-même.

Vous évoquez par ailleurs le rebond et la racine carrée, mais on entend aussi beaucoup parler de rebond en K, qui ne permettrait pas aux plus modestes de bénéficier de la reprise, en dépit de la forte mobilisation des finances publiques. Quel est votre avis à ce sujet ? Êtes-vous là dans votre périmètre d'intervention ?

Enfin, s'agissant de l'annulation de la dette ou d'une partie de celle-ci, sujet évoqué par les plus éminents économistes, vous avez attiré l'attention sur les épargnants. Un quart de la dette est détenu par la Banque centrale européenne et par les banques nationales. Cette caractéristique particulière mérite peut-être une approche un peu plus fine du sujet. J'aimerais connaître votre avis à ce sujet.

M. Pierre Moscovici. – Existe-t-il une corrélation entre les plans de relance et le rebond ? Je tiens à préciser qu'il ne s'agit pas des prévisions du Haut Conseil mais de celles du consensus des économistes.

Nous n'avons pas analysé les plans de relance de nos partenaires. C'est difficile dans le temps qui nous est imparti, avec les moyens qui sont les nôtres. J'espère que nous ferons mieux à l'avenir, même à mandat constant, avec nos propres moyens.

Incontestablement, il existe une corrélation entre l'ampleur du rebond et l'ampleur de la perte initiale, ce qui est une des raisons pour lesquelles, si nous jugeons la séquence 2020-2021 plausible, le séquençage lui-même nous paraît un tout petit peu différent. Plus on baisse en 2020, mieux on peut rebondir en 2021.

Les autres instituts économiques estiment en général qu'on devrait baisser un peu moins en 2020 et rebondir un peu moins en 2021, ce qui aboutit *grosso modo* au même résultat.

Plusieurs questions portent sur l'investissement local. Le Gouvernement prévoit un rebond net pour 2021 de 7,9 %, en dépit de la baisse de l'investissement du fait de la crise sanitaire. Tout cela est un peu mécanique. Des chantiers ont dû être arrêtés au printemps. La base 2020 sera donc particulièrement basse. C'est aussi une affaire de recettes et, vous le savez, les recettes des collectivités locales sont, à court terme, moins sensibles aux cycles que les recettes de l'État. Elles chutent moins brutalement que l'ensemble. J'aurai l'occasion de revenir prochainement devant vous pour parler des finances publiques locales dans leur ensemble, dans le cadre des travaux de la Cour des comptes.

Pour ce qui est des questions du sénateur Bizet sur l'Europe, je connais les différents facteurs que vous évoquez. Je n'ai jamais été pour ma part un partisan de la théorie du juste retour, mais plutôt de la théorie du retour efficace. Il existe aussi des incertitudes sur la partie européenne du plan de relance. Cette partie contribue à environ 40 % des ressources du plan. Encore faut-il qu'il y ait un accord et que cet argent puisse redescendre.

Ainsi que nous l'avons dit vous et moi, la tuyauterie, l'ingénierie, la mise en place de mécanismes permettant des investissements efficaces sont des éléments indispensables. Le plan de relance est à la fois un plan d'urgence mais aussi un plan structurel. Il consiste à améliorer la compétitivité de l'économie, à mener à terme un certain nombre de réformes et à

mettre en place des investissements dans de nouveaux secteurs économiques. C'est ce qu'on appelle parfois le retour à la souveraineté. Tout cela exigera de notre part une très grande vigilance.

Pour ce qui est des ressources propres, je partage totalement votre sentiment. Je change de casquette une seconde : on a augmenté le plafond des ressources propres de 1 % à 2 % du revenu national brut de l'Union parallèlement à la mise en place du plan de relance européen. C'est une question qui ne peut être négligée. De ce point de vue, un certain nombre de pistes sont évoquées, comme la taxe carbone aux frontières ou la taxe sur le numérique.

Je me suis rendu la semaine dernière à Bruxelles et j'ai rencontré le président du Parlement européen à cette occasion. Il est vrai qu'il existe un volontarisme traditionnel plus grand au Parlement, mais je pense que le débat principal aura lieu entre les États membres dans le cadre du Conseil. Les positions sont très différentes. L'ancien commissaire à la fiscalité que je suis, qui a notamment proposé une directive sur le numérique, sait de quoi il s'agit. J'ai réussi à obtenir le consentement de vingt-quatre États membres, mais quatre ont bloqué, ce qui pose aussi la question du vote à la majorité qualifiée sur les ressources propres. Dans l'Europe telle qu'elle est, c'est un problème qui se pose. Vous m'entraîner vers sur mon péché mignon, je m'arrête donc tout de suite.

J'ajoute cependant une réponse à une question que vous ne posez pas, celle concernant les règles de finances publiques. De la même façon que j'appelais à l'adoption d'une nouvelle loi de programmation, il me paraît clair que nous ne couperons pas à une révision des règles de finances publiques européennes, dans la mesure où, là aussi, on observe certains points de caducité. On ne peut rester sans règle ni les suspendre pour l'éternité. On ne peut revenir exactement aux critères antérieurs.

La Cour des comptes, dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, estimait que nous allions vivre très durablement avec plus de 100 points de PIB de dette publique et que le déficit public ne reviendrait pas en dessous de 3 % du PIB avant cinq ans. On peut toujours freiner dès aujourd'hui, mais ce serait totalement contraire à l'exigence de relance de la croissance. Il faut donc avoir des règles plus lisibles, plus simples, plus cohérentes. C'est une réflexion qui est devant nous. Elle est éminemment politique. Il y aura des débats importants à la Commission, au Parlement et au Conseil. Il faut une révision intelligente. Ce message était celui de la Cour des comptes dans son rapport. Il est implicitement contenu dans le rapport du Haut Conseil des finances publiques.

Concernant la dette privée, monsieur le sénateur, j'adorerais vous répondre, mais je suis totalement démuni en tant que président du Haut Conseil des finances publiques. Vous avez évidemment raison sur le fait que c'est un facteur qui est à prendre en compte.

De la même façon que je reviendrai parler de la dette des collectivités locales, je souhaite que l'amélioration du mandat du Haut Conseil lui permette de faire une analyse plus profonde de la dette et de sa soutenabilité.

Je suis par ailleurs entièrement d'accord avec vous : les incertitudes géopolitiques n'ont pas disparu. La première d'entre elle tient au résultat l'élection américaine. Nous vivons ce soir le premier débat entre MM. Biden et Trump. Ceci est mentionné dans l'avis du Haut Conseil, comme dans les prévisions. Vous avez donc entièrement raison : il n'y a pas que la crise sanitaire. Le monde dans lequel nous vivons est un monde où la tendance à l'entropie est de plus en plus grande.

Cela soulève une question pour l'Europe : allons-nous rester l'agneau au milieu des loups ? Cette question dépasse le périmètre de mon mandat.

Enfin, le rebond en K nous incite à réfléchir sectoriellement. Je ferai deux remarques à cet égard. Je ne dirais pas que nous sommes sur des nuances, mais on est quand même dans un cadre plausible, avec, en outre, une très grande incertitude. Certains secteurs vont être et sont déjà très durement touchés, comme les transports, en particulier les transports aériens, le tourisme, l'hôtellerie ou la restauration.

Ma deuxième remarque porte sur l'emploi. Même avec une croissance qui reviendrait mi-2022 à son niveau de fin 2019, nous n'aurons évidemment pas le même contenu en termes d'emplois. Quand on parle de courbe en K, il faut donc prêter une attention très grande à ce qui se passe sectoriellement et ne pas se noyer dans la macroéconomie. Il faut aussi penser à la microéconomie, ce qui, encore une fois, ne relève pas du mandat du Haut Conseil des finances publiques.

La plupart des conjoncturistes que nous avons consultés évoquent bien cette discordance. On sera descendu beaucoup plus bas et remonté beaucoup plus vite que lors de la crise de 2008. Nous n'avons retrouvé dans l'Union européenne le niveau de PIB de 2008 que six ans après. Je raisonne par rapport à des prévisions que nous avons estimées nous-mêmes plausibles. Dans le cas présent, nous mettrions seulement deux ans pour retrouver le niveau de production d'avant-crise, mais l'impact sectoriel et l'impact en termes d'emplois peuvent être extrêmement différents, ce qui implique des réflexions très profondes et très complexes.

M. Vincent Éblé, président. – Merci, monsieur le président.

La réunion est close à 16 h 35.

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](#).

Mercredi 30 septembre 2020

- Présidence de M. Vincent Éblé, président -

La réunion est ouverte à 9 h 05.

Contrôle budgétaire – Mesures d'urgence dans le domaine de la recherche en réponse à la crise sanitaire – Communication

M. Vincent Éblé, président. – Nous entendons ce matin une communication de contrôle budgétaire de nos rapporteurs spéciaux, MM. Jean-François Rapin et Jean Bizet, sur les mesures d'urgence dans le domaine de la recherche en réponse à la crise sanitaire.

M. Jean-François Rapin, rapporteur spécial. – Cette communication est le fruit d'un travail de contrôle mené avec Jean Bizet, dans les conditions tout à fait particulières que vous connaissez.

Dès le déclenchement de la crise sanitaire, nous avons fait le choix de réaliser un suivi des mesures d'urgence prises dans le domaine de la recherche. Nous avons d'emblée pu constater la grande réactivité des pouvoirs publics et des acteurs de la recherche face à la

crise. REACTing, le consortium de recherche publique sur les maladies infectieuses émergentes, piloté par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), s'est mobilisé sur la question dès la mi-janvier 2020. Les ministères de la recherche et de la santé l'ont rapidement doté de moyens supplémentaires permettant notamment au début du mois de mars le préfinancement à hauteur de 1 million d'euros de vingt projets de recherche prioritaires.

L'Agence nationale de la recherche (ANR) a quant à elle lancé un premier appel à projets dit « Flash Covid » dès le 6 mars. Ce dispositif a connu un certain succès : 258 projets ont été déposés et 108 sélectionnés. L'enveloppe, d'un montant initial de 3 millions d'euros, a été portée à 17,7 millions d'euros grâce à des contributions du ministère de la recherche, de la Fondation pour la recherche médicale, de la Fondation de France et des régions.

De nombreux autres appels à projets ont suivi, lancés successivement par l'Agence de l'innovation de défense, Bpifrance, l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), ainsi que par plusieurs régions.

Le ministère de la recherche a également mis en place un fonds d'urgence doté de 50 millions d'euros afin de financer à très court terme toute une gamme d'actions : projets de recherche vaccinale prioritaires, petits projets hors appels à projets existants, contribution française à l'appel EDCTP (*European and Developing countries Clinical Trials Partnership*) en faveur de la recherche sur la Covid-19 dans les pays du Sud, etc.

Nous avons aussi pu noter la grande variété des projets retenus. Au-delà de la recherche thérapeutique et vaccinale, on trouve également de la recherche fondamentale visant à mieux comprendre le virus ainsi que des études épidémiologiques, qui me paraissent indispensables. Je pense par exemple au projet OBEPINE, doté de 3 millions d'euros, qui vise le déploiement d'un réseau de surveillance du virus dans les eaux usées. On relèvera aussi l'attention donnée aux projets de recherche en sciences humaines et sociales, qui représentent à ce jour environ 20 % des financements octroyés à ce jour par l'ANR dans le cadre de ses appels à projets « Covid ». Sans nier ce que celles-ci peuvent apporter dans la réponse à la crise, cela semble tout de même constituer une spécificité française par rapport à l'Allemagne ou aux États-Unis, qui ont concentré leurs efforts sur le volet biomédical.

Parmi les axes d'amélioration du fonctionnement des appels à projets, le ministère de la recherche a relevé la nécessité de réduire les temps de décision et de lancement des projets. Nous en relevons un second : le prisme parfois très académique des critères de sélection, qui exclut souvent *de facto* la plupart des projets issus de la recherche privée.

Cette réactivité et ce foisonnement du monde de la recherche doivent être salués, mais ils ont un revers : le risque d'une dispersion des moyens publics en temps de crise et d'un certain désordre. En effet, les crédits proviennent de toute part : du programme d'investissements d'avenir (PIA), du ministère de la recherche, du ministère de la santé, mais aussi du ministère de la défense, ou encore de l'Agence française de développement (AFD). Au total, quelque 180 millions d'euros ont été mobilisés par l'État pour la recherche de crise. Ces moyens ont été dégagés grâce à des prélèvements sur les réserves et des redéploiements, sans ouverture de crédits supplémentaires.

Dans l'ensemble, nous avons assisté à un éclatement des capacités de décision et de financement en matière de recherche alors que, pour être efficace, la gestion de la crise aurait dû être centralisée et interministérielle. C'est d'ailleurs un constat que l'on fait toujours

sur les crédits de recherche : ils proviennent de différents ministères, et c'est parfois difficile d'identifier un pilote dans l'avion ! Le consortium REACTing a certes pu jouer un précieux rôle de coordination, et l'installation du Comité d'analyse, de recherche et d'expertise (CARE), instance *ad hoc* créée fin mars, a permis de clarifier les priorités, mais chaque financeur a conservé la main sur ses processus de sélection des projets et d'attribution des financements. Les essais cliniques constituent un exemple de saupoudrage : pas moins d'une centaine d'essais ont été lancés et ont ainsi dû se partager un stock de patients en diminution, ce dont on pouvait bien sûr se réjouir par ailleurs. Il aurait été préférable d'inclure un maximum de cohortes dans un nombre plus restreint d'essais.

Nous gagnerions sans doute à nous inspirer de l'exemple américain, où la fixation des priorités fédérales de recherche et les décisions de financement relèvent de la seule BARDA (*Biomedical Advanced Research and Development Authority*), qui a concentré des moyens colossaux – près de 12 milliards de dollars – sur seulement 63 projets, tous domaines confondus.

Le ministère de la recherche nous a indiqué que des réflexions étaient en cours concernant l'élargissement du champ d'action de l'ANRS, avec notamment une intégration de REACTing, pour en faire une agence de recherche en maladies infectieuses émergentes qui définirait d'une seule voix les priorités en la matière. Cela va dans le bon sens, mais ne paraît pas remettre fondamentalement en cause la dispersion des guichets de financement.

S'agissant des perspectives financières pour la recherche médicale, le Président de la République s'est engagé, dans le cadre de la LPPR (loi de programmation pluriannuelle de la recherche), à augmenter de 1 milliard d'euros le budget de la recherche dans le domaine du vivant et de la santé. Cet effort est d'autant plus nécessaire que les moyens qui lui sont alloués, certes importants – environ 1,2 milliard d'euros annuels –, n'ont guère évolué depuis environ dix ans. Il convient de le mener dans les meilleurs délais, et la période de programmation actuellement envisagée – qui nous amène jusqu'en 2030 – paraît un peu longue. Nous serons attentifs au respect de cet engagement.

M. Jean Bizet, rapporteur spécial. – Comme vous le savez, les crédits du PIA concourent également au financement de la recherche, y compris dans le contexte de la crise actuelle. Aussi, dès la fin du mois de mars, 80 millions d'euros du PIA ont été débloqués pour financer un appel à projets structurants pour la compétitivité (PSPC) géré par Bpifrance et centré sur la recherche thérapeutique, soit une part importante des 180 millions d'euros évoqués. La réactivité des équipes du Secrétariat général pour l'investissement (SGPI) peut être saluée, avec notamment la mise en place d'un site Internet permettant aux porteurs de projets de recherche de déterminer le guichet de financement le plus adapté.

Au-delà de la recherche *stricto sensu*, le PIA a également lancé un appel à manifestation d'intérêt doté d'une enveloppe de 120 millions d'euros pour financer le développement rapide de nouvelles capacités de production de médicaments impliqués dans la prise en charge des malades de la Covid-19, dans une logique de souveraineté sanitaire. L'ensemble des annonces du SGPI en lien avec la crise, incluant les mesures évoquées et diverses actions de soutien à l'écosystème de l'innovation, représente une masse financière globale de 1,5 milliard d'euros. Ce montant doit être relativisé puisqu'il ne s'agit que d'enveloppes déjà votées qui sont soit redéployées, soit consommées de façon accélérée. S'y ajoute le décaissement anticipé de 250 millions d'euros d'aides à l'innovation déjà attribuées.

Les acteurs de la recherche privée et particulièrement les start-up dites « biotech » ont du mal à trouver leur place dans le maquis des appels à projets de recherche lancés en réponse à la crise. C'est une différence majeure avec les pays anglo-Saxons. La présidente de Xenothera, une biotech nantaise ayant développé un traitement prometteur à base d'anticorps contre la Covid-19, nous a décrit son parcours du combattant pour faire valoir son projet auprès de l'ANR, de REACTing et du CARE, le manque d'écoute auquel elle s'est heurtée et l'absence de motivation des refus, voire, dans certains cas, l'absence de réponse tout court. Alors que la région s'est montrée réactive et l'a soutenue dès la première heure, il a fallu attendre l'été pour obtenir un soutien de l'État, *via* le PIA et Bpifrance, où la compréhension des enjeux et des réalités d'une start-up est sans doute meilleure. Le consortium que Xenothera a formé autour du projet avec le CHU (centre hospitalo-universitaire) et l'université de Nantes a ainsi bénéficié d'un soutien de près de 8 millions d'euros.

Autre témoignage recueilli : Owkin, une start-up spécialisée dans l'intelligence artificielle pour la recherche médicale, a mis en place une plateforme visant à fédérer les acteurs de la recherche publique et privée par-delà les frontières et à favoriser la recherche collaborative en permettant une exploitation en commun des données. Cet exemple montre la capacité de la recherche privée à s'auto-organiser autour d'objectifs d'intérêt général, même si encore trop de structures et de chercheurs tendent à conserver le monopole sur leurs données. La puissance publique n'est pas qu'un financeur, elle doit aussi pouvoir accompagner ce type d'initiatives en favorisant le développement de systèmes fédératifs et l'interopérabilité des données de santé.

On peut relever avec satisfaction qu'à ce sujet de nombreux acteurs majeurs de la recherche française, mais aussi la Commission européenne, ont été signataires de la déclaration internationale sur le partage des données de la recherche sur la Covid-19 lancée par la fondation britannique Wellcom.

L'effort national en faveur de la recherche sur la Covid-19 s'inscrit et doit continuer de s'inscrire dans une dynamique européenne. Le programme Horizon 2020 – pour près de 180 millions d'euros –, le Conseil européen de l'innovation (CEI) – pour 166 millions d'euros – et l'initiative européenne pour les médicaments innovants (IMI) – pour 117 millions d'euros – ont lancé des appels à projets de recherche en réponse à la crise sanitaire, qui ont permis le financement de nombreux projets incluant ou coordonnés par des acteurs français.

En matière d'essais cliniques, l'exemple de l'essai Discovery, initié par la France et rassemblant treize pays, a montré que la coopération européenne restait largement perfectible. Coordiné par l'Inserm et doté de 11 millions d'euros, le projet s'est heurté à la lenteur de certains de nos partenaires européens à y inclure un nombre satisfaisant de groupes de patients. Cela est pour partie imputable à l'hétérogénéité des normes régissant les essais cliniques dans les différents États membres, mais aussi à un défaut de confiance réciproque.

La crise nous montre qu'un effort commun est indispensable en matière de vaccins. Pris isolément, aucun État membre n'est en mesure d'apporter aux industriels un soutien déterminant pour financer à la fois la recherche, les essais et enfin la production massive de doses de vaccins, comme sont en train de le faire les États-Unis. L'Europe de la santé reste à construire, et la France doit y prendre toute sa part. À cet égard, je vous renvoie au rapport que nos collègues Pascale Gruny et Laurence Harribey ont consacré à l'Europe de la santé : l'Union européenne n'a qu'une compétence d'appui en la matière, mais il faudrait aller plus loin.

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général. – Il en est de ce secteur comme des autres... Le projet de loi de finances qui contient le plan de relance nous sera présenté par les ministres cet après-midi. La question qui se pose – le président du Haut Conseil des finances publiques le reconnaissait hier – est la suivante : quelle est la réelle capacité de l'État à dépenser ? Tout cela ne doit pas rester un effet d'affichage. On se fait plaisir en affichant d'importants montants d'autorisations d'engagement, mais notre capacité à créer de la complexité administrative et notre incapacité à travailler avec le secteur privé rendent en pratique difficile la concrétisation des mesures et projets prévus !

Prenons l'exemple de la recherche sur l'hydrogène – secteur prometteur et d'avenir. Nous avons le projet de travailler avec les Allemands ; mais, en pratique, on connaît la capacité de l'État à complexifier les choses, par exemple en créant des agences ! Or nous ne déboucherons sur une utilisation industrielle massive qu'à la condition de travailler avec les constructeurs automobiles.

Autre exemple, nous avons certes besoin de fongibilité dans les préfetures, mais cela risque de déboucher sur du saupoudrage sans ligne directrice qui ne préparera pas l'industrie de demain. Votre travail nous alerte et nous appelle à être très vigilants sur le volet recherche du plan de relance.

M. Alain Houpert. – Je tiens à féliciter nos rapporteurs. Leur communication arrive à point. Nous avons vu comment l'étude Discovery a explosé en vol ! Quelque 11 millions d'euros ont été jetés à la poubelle : nous n'avons recueilli que 800 patients en France... On ne peut pas faire d'études randomisées pendant une maladie infectieuse ; on ne peut pas donner des placebos à des personnes qui sont en train de mourir en réanimation. On a interdit à des médecins de prescrire de l'azithromycine et de la chloroquine !

S'agissant de la présence du virus dans les boues d'épuration, l'administration est à nouveau en train d'ouvrir le parapluie. Soyons attentifs au coût pour les communes : les plans d'épandage sont arrêtés et les boues doivent désormais être stockées. C'est un coût mensuel de l'ordre de 50 000 euros pour une commune de 5 000 habitants qu'il faudra ajouter à la facture des collectivités locales. L'État n'est pas le seul à payer, les collectivités locales aussi !

M. Philippe Dallier. – M. Houpert a parlé de 11 millions d'euros ; je parlerai de 5 millions d'euros. Dans un reportage, l'Institut Pasteur de Lille mentionne ses travaux sur une molécule à partir de laquelle les scientifiques pourraient trouver un traitement opérationnel en six mois. Mais il faut 5 millions d'euros. Y a-t-il des fonds disponibles pour répondre à ce genre de demande ? Qui décide de leur attribution ?

M. Jean Bizet, rapporteur spécial. – Je ne peux qu'être d'accord avec Alain Houpert sur Discovery et le coût de certaines mesures de protection induit pour les communes.

Philippe Dallier, ce type de crédit est mobilisable par redéploiement. On doit pouvoir trouver facilement 5 millions d'euros dans ce cadre. Nous essaierons de voir ce qu'il en est.

Hier, j'ai interpellé Pierre Moscovici, président du Haut Conseil des finances publiques. Dans le cadre du plan de relance européen de 750 milliards d'euros et du projet de fédéralisme budgétaire, la France, qui représente 15 % du PIB de l'Union européenne et 18 %

de la population de l'Union européenne, ne récupérera que 8 % du prêt dont elle remboursera 17 %. Sa réponse a été très politique.

Je ne suis pas forcément dans la recherche du juste retour, et je comprends parfaitement qu'il faille jouer la carte de la mutualisation. Cependant, alors même qu'il a annoncé à l'avenir une baisse drastique des dépenses publiques, M. Moscovici a fait des appels du pied pour recruter des fonctionnaires dans sa propre administration.

Je suis très inquiet sur la soutenabilité de la dette à terme. Il va falloir que la France se montre particulièrement compétitive.

M. Jean-François Rapin, rapporteur spécial. – J'adhère aux remarques du rapporteur général. Sur le budget de la recherche, je sais combien les difficultés seront importantes, pour ce qui concerne le plan de relance : il faudra utiliser 60 % des fonds avant six mois. C'est pour le moins rock'n roll, si vous me passez l'expression. Toute la chaîne devra se mobiliser pour répondre en urgence à des appels à projets.

Le montant de 11 millions d'euros dont parle Alain Houpert est à l'échelle européenne. Pour la France, il est de 4,9 millions d'euros. Cela n'empêche pas de reconnaître les difficultés que Discovery rencontre à imposer sa vision européenne.

Des travaux complémentaires seront lancés sur les boues des stations d'épuration, qui sont un bel indicateur de la charge virale. La question reste de savoir si le virus est encore actif quand il sort de la station d'épuration. Je me suis entretenu avec la direction générale de la recherche et de l'innovation (DGRI), il y a soixante-douze heures.

Sur la question posée par Philippe Dallier, je reste attentif à l'évolution des travaux et des déclarations que peut faire l'Institut Pasteur, que ce soit au niveau régional ou en matière de santé publique. Rien ne sert de préciser de quelle molécule il s'agit. Évitions de répéter l'épisode malheureux de la chloroquine. Plus de 2 000 ont été testées, et elle figure sans doute parmi elles.

Je ne suis pas inquiet sur le fait que nous pourrions trouver 5 millions d'euros. La question reste de savoir comment et quand.

En tout état de cause, il faudra simplifier les procédures d'appel à projets de l'Agence nationale de la recherche pour que les fonds de relance soient utilisés le plus vite possible.

Contrôle budgétaire – Ambassadeurs thématiques – Communication

M. Vincent Éblé, président. – Nous en venons à la communication de MM. Rémi Féraud et Vincent Delahaye, rapporteurs spéciaux de la mission « Action extérieure de l'État » sur les ambassadeurs thématiques.

M. Rémi Féraud, rapporteur spécial. – Le sujet de notre rapport est régulièrement médiatisé. Nous nous en tiendrons à sa partie budgétaire, comme nous en étions convenus lors du débat sur la légitimité et le coût des ambassadeurs thématiques, intervenu en séance au cours du dernier projet de loi de finances.

Au 1^{er} janvier 2020, on recense une vingtaine d'ambassadeurs thématiques. En poste à Paris, ils ne sont accrédités auprès d'aucun État étranger ni d'aucune organisation internationale. Ils sont rattachés à la direction du ministère de l'Europe et des affaires étrangères et peuvent avoir une double tutelle – par exemple du ministère de la santé ou de celui de la culture – en fonction de leur domaine d'intervention. Leurs missions peuvent se répartir en trois catégories : les unes touchent à des sujets d'actualité et à des problématiques transversales, comme les droits de l'homme, la santé, le numérique ou bien le rayonnement culturel ; d'autres sont consacrées à des dossiers géographiques importants et sensibles, comme le conflit syrien ou bien le partenariat oriental de l'Union européenne : enfin, certaines missions concernent l'organisation d'événements internationaux comme le G7 de Biarritz. Le ministère insiste sur le fait que, s'ils bénéficient du titre d'ambassadeur, c'est pour renforcer leur autorité au plan international et faciliter leur accès auprès de personnalités étrangères. Ils bénéficient ainsi d'un rang qui leur permet d'exercer leurs missions correctement.

Nous n'avons pas constaté d'incohérence manifeste entre la réalité de l'exercice des fonctions d'ambassadeur thématique et la doctrine d'emploi qui définit ces fonctions, même si le contrôle reste insuffisant.

Initialement, dans les années quatre-vingt, les ambassadeurs thématiques étaient itinérants. Les premiers d'entre eux ont été nommés sous la présidence de M. Chirac. Leur nombre a augmenté pendant une dizaine d'années avant de se multiplier durant la dernière décennie. Ils étaient vingt au 1^{er} janvier 2020. Quelques-uns ont encore été nommés au cours de l'été.

Ces ambassadeurs sont pour l'essentiel des fonctionnaires et des diplomates. Quelques personnalités politiques exercent aussi la fonction, mais en nombre très limité quand elles ne sont pas fonctionnaires du Quai d'Orsay.

Les missions qu'exercent les ambassadeurs thématiques s'inscrivent dans des objectifs de politique étrangère, avec quelques exceptions – il y a eu par exemple un ambassadeur à la cohésion sociale.

On estime à environ 200 000 euros par ambassadeur la dépense annuelle moyenne pour une rémunération proche de 123 000 euros bruts, soit la moitié de celle attribuée à un ambassadeur en poste à l'étranger : en poste à Paris, les ambassadeurs thématiques ne perçoivent pas d'indemnité de résidence à l'étranger.

Le coût global de ces ambassadeurs atteint 1,8 million d'euros, montant à 2,3 millions d'euros si l'on prend en compte le CAS « Pensions ». La prise en charge des frais de mission et de représentation a représenté 400 000 euros en 2019, la hausse de ce montant par rapport aux années précédentes n'étant due qu'à l'intégration de dépenses qui n'étaient jusque-là pas prises en compte.

Les ambassadeurs thématiques disposent de collaborateurs, agents publics relevant d'un secrétariat partagé, pour un coût total de 1,5 million d'euros en 2019.

En 2019, première année où l'estimation a été réalisée, le coût global des ambassadeurs thématiques s'est élevé à 4,1 millions d'euros, soit 186 000 euros par ambassadeur sur un an.

M. Vincent Delahaye, rapporteur spécial. – Nous avons regardé le coût des ambassadeurs thématiques, mais aussi la définition de leurs missions et leurs obligations, qui posent quelques difficultés. Aucun décret n'en traite, à l'inverse des ambassadeurs en poste à l'étranger ou auprès d'organisations internationales. Il n'y a pas de lettre de mission pour tout le monde ! (*Sourires*) Un quart des ambassadeurs thématiques actuellement en poste n'en ont pas, ce qui est un peu bizarre.

Évaluer l'activité des ambassadeurs s'est révélé également difficile, car seule une minorité des lettres de mission – lorsqu'elles existent – mentionne formellement une obligation de rendre compte. En conséquence, un nombre très limité d'ambassadeurs ont remis des rapports d'activité – il y en a eu six sur vingt – ou des rapports de fin de mission – nous n'en avons vu qu'un seul... Le ministère a été contraint de transmettre des pièces de nature diverse – agendas, comptes rendus, notes – qui témoignent d'une activité mais ne permettent pas d'apprécier le travail en tant que tel.

Le ministère semble avoir pris conscience de la nécessité d'agir – notre mission n'y était pas étrangère. Son secrétaire général a signé une note de service prévoyant un meilleur suivi budgétaire infra-annuel qu'illustre, notamment, le changement de méthode comptable, avec la prise en compte de la totalité des coûts ; une autorisation préalable de son service ou de la direction de la modernisation du ministère pour le recrutement de personnels supplémentaires, contrairement à la situation précédente ; une obligation d'établir des plans d'action et de produire des rapports de fin de mission.

Ces mesures vont dans le bon sens, mais nous suggérons de les renforcer en prenant un décret qui aurait pour objet de consacrer juridiquement la catégorie des ambassadeurs thématiques ; de décrire en termes généraux les missions qui peuvent être confiées à un ambassadeur thématique ; de prévoir que la nomination d'un ambassadeur thématique s'accompagne obligatoirement de la notification d'une lettre de mission précisant les objectifs qui lui sont assignés, les moyens qui lui sont alloués et les autorités ou directions auxquelles l'ambassadeur est rattaché ; d'indiquer l'obligation faite à l'ambassadeur thématique de rendre compte de son action à la direction ou l'autorité à laquelle il est rattaché par la voie d'un rapport d'activité annuel et d'un rapport de fin de mission.

Nous n'avons pas réussi à obtenir les évaluations annuelles des ambassadeurs thématiques et n'avons obtenu que peu de lettres de mission et de rapports d'activité. Le sujet commence à être pris en compte, mais il doit faire l'objet d'améliorations sensibles pour rentrer dans un cadre normal d'activité – ces ambassadeurs sont rémunérés par les deniers publics.

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général. – En dépit de brefs débats sur ce sujet lors de l'examen des lois de finances, c'est la première fois que nous avons une évaluation réelle du coût de ces ambassadeurs thématiques et une synthèse de ce qui manque : lettres de mission, rapports annuels...

Je m'interroge sur la liste des vingt ambassadeurs thématiques. Certains me semblent pleinement justifiés par la mission très claire qu'ils occupent, comme le président du groupe de Minsk ou le représentant du Président de la République sur la Syrie. Mais je m'interroge sur le délégué aux investissements internationaux ou le délégué à l'action culturelle extérieure de la France.

M. Philippe Dallier. – Ou au sport ?

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général. – Quelle est l'utilité de ces derniers, alors que nous avons des ambassadeurs dans des organisations internationales et, pour ce dernier cas, notamment à l'Unesco ? Ces ambassadeurs ne font-ils pas double emploi avec ces représentants dans les organisations internationales, ou certains de nos diplomates comme les attachés culturels ?

Le ministère des affaires étrangères participe à la réduction de l'effort public dans les ambassades et les consulats, dont certains ont des missions extrêmement compliquées. Ainsi, pour la crise sanitaire, les ressortissants français, mais aussi les instituts français, les alliances françaises, les lycées français sont en grande difficulté. Nos ambassades manquent de personnel et agissent dans des conditions difficiles. Or les ambassadeurs thématiques, ce sont vingt personnes avec des équipes. Ne serait-il pas plus intéressant de remettre ces postes d'appui dans le réseau diplomatique pour gérer la crise actuelle ? Par exemple, le Vietnam est entièrement fermé, il n'y a pas de vol pour le pays. Nos ressortissants et nos entreprises ont besoin d'assistance et ne peuvent se tourner que vers les consulats et les ambassades.

L'on peut entendre les engagements du ministère, mais ce n'est pas une simple note de service qui résoudra le problème. Je pense qu'il serait utile de déposer un amendement d'appel pour supprimer ces postes d'ambassadeurs thématiques, et de le retirer si le ministre s'engage à publier un décret comme vous le préconisez. Qu'il n'y ait pas de lettre de mission ou de rapport pose problème... Cet amendement d'appel permettrait de s'assurer réellement des progrès réalisés et notamment pour que les missions et le travail de ces ambassadeurs soient plus visibles. Face à une circulaire du ministère, nous connaissons la possible résistance de l'administration...

M. Jérôme Bascher. – J'aime beaucoup, humainement, les ambassadeurs thématiques, et je remercie les rapporteurs de leur travail. Mais ce sujet a le don de m'horripiler. Je connais Catherine Bréchnignac, ancienne présidente du Centre national de la recherche scientifique (CNRS) et du Haut Conseil des biotechnologies, ancienne secrétaire perpétuelle de l'Académie des sciences, qui n'a pas besoin d'être nommée ambassadeur pour se voir confier une mission. Cela n'a pas de sens.

Listons ce que doit être un ambassadeur thématique. Il y a un ambassadeur de l'environnement, mais une ministre est chargée de ce sujet ; de même pour le sport. Ces postes comprennent une tâche de négociation, mais c'est le rôle du ministre, de son administration, des ambassadeurs ! Ces personnes pourraient plutôt être chargées de mission auprès du ministre, surtout si elles ont auparavant été ambassadeurs ; elles n'ont pas besoin du titre ! Elles auraient une mission ponctuelle, définie par une lettre de mission, avec application du statut de la fonction publique, plutôt que de faire l'objet de mesures ultra-dérogatoires, voire scandaleuses.

M. Éric Bocquet. – Avez-vous rencontré un ambassadeur ou une ambassadrice thématique pour échanger ? Je m'étonne de voir encore Mme Royal sur la liste au 1^{er} janvier 2020.

M. Vincent Delahaye, rapporteur spécial. – Elle était encore en poste au 1^{er} janvier 2020 ; elle ne l'est plus actuellement.

M. Michel Canevet. – Merci pour ce rapport de qualité. Vos propositions sont nécessaires pour faire évoluer les choses. Une ambassadrice en poste a dû démissionner – ou être démissionnée – en raison des écarts entre les moyens prévus et ceux utilisés. Avez-vous

pu vérifier que les moyens sont bien affectés à l'usage prévu et qu'il n'y ait pas d'errements préjudiciables ?

M. Vincent Segouin. – Ces ambassadeurs thématiques sont-ils soumis aux mêmes contraintes que les parlementaires, notamment en termes de déclaration à la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique (HATVP), ou de justification de leurs dépenses ?

M. Claude Raynal. – Merci pour ce rapport éclairant. Je m'interroge sur le calcul de la moyenne des rémunérations, dans la mesure où certains exercent la fonction bénévolement. Ne pourrait-on pas obtenir la moyenne de ceux touchant une rémunération ?

Certains ambassadeurs, ou anciens ambassadeurs ayant été en poste à l'étranger, sont chargés de mission interne au ministère. N'aurait-on pas intérêt à séparer les deux choses ? Le ministère des affaires étrangères a souvent des ambassadeurs sans mission...

M. Philippe Dallier. – Un certain nombre !

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général. – Comme les préfets hors cadre...

M. Vincent Éblé, président. – Ils sont payés quand même !

M. Claude Raynal. – Donner une mission thématique à un ambassadeur ne me choque pas, sachant qu'il est déjà rémunéré par le ministère. Combien de personnes qui ne sont pas ambassadeurs de plein exercice sont rémunérées par le ministère ? Un amendement d'appel pourrait aussi limiter le nombre maximal de tels ambassadeurs thématiques.

M. Vincent Éblé, président. – Cela s'appelle le plafond d'emploi...

M. Jérôme Bascher. – Comme pour les préfets réalisant une mission pour le compte du Gouvernement...

M. Vincent Delahaye, rapporteur spécial. – Nous n'avons pas souhaité nous prononcer sur l'opportunité des différents postes. Par ailleurs, nous avons manqué de temps pour rencontrer ces ambassadeurs. Nous n'avons pas pu non plus vérifier le rôle de tous leurs collaborateurs. Ainsi, Mme Royal ne percevait pas de rémunération spécifique comme ambassadeur thématique, mais elle avait deux collaborateurs en CDD, dont nous n'avons pas pu vérifier le travail.

Proposer un amendement d'appel me semble une bonne façon de faire. Il faut un meilleur encadrement de ces postes. Le ministère nous annonce des progrès, il faut que ceux-ci soient réalisés.

M. Rémi Féraud, rapporteur spécial. – Il y a des types très différents d'ambassadeurs thématiques. Quatre d'entre eux ne sont pas rémunérés pour cette tâche : outre Mme Royal, l'ambassadeur pour les investissements internationaux est aussi le directeur général de Business France. Cela ne nous a pas paru choquant, mais il faut l'expliquer. Le président de l'Institut français est également ambassadeur pour les relations culturelles internationales, sans rémunération spécifique pour cette ambassade. Enfin, l'ancienne secrétaire perpétuelle de l'Académie des sciences est aussi ambassadrice déléguée à la

science, la technologie et l'innovation. La moyenne est calculée alors que seuls seize ambassadeurs thématiques sont rémunérés spécifiquement.

M. Vincent Éblé, président. – La moyenne est donc calculée sur les seize ambassadeurs rémunérés ?

M. Rémi Féraud, rapporteur spécial. – Oui. Il n'y a pas de dérive particulière ni de coût très important, mais le cadre juridique est insuffisant. Je comprends la nomination d'un ambassadeur pour plus de crédibilité dans les relations internationales, sinon cela relève d'un délégué interministériel. Il faut mieux encadrer. Durant la présidence de François Hollande, le nombre d'ambassadeurs thématiques a considérablement diminué : ils sont passés de 27 à 18.

M. Claude Raynal. – Il fallait que cela fût dit !

M. Rémi Féraud, rapporteur spécial. – Le nombre très variable d'ambassadeurs thématiques suivant les périodes montre que certaines responsabilités ne sont pas indispensables, mais qu'elles peuvent être utiles ; un amendement d'appel, pourquoi pas, afin d'encadrer et de passer de la circulaire au décret ?

M. Vincent Delahaye, rapporteur spécial. – Vincent Segouin, les ambassadeurs thématiques nommés en Conseil des ministres sont soumis à une obligation de déclaration d'intérêts et de situation patrimoniale auprès de la Haute autorité pour la transparence de la vie publique mais à l'inverse des parlementaires, ces déclarations ne sont pas rendues publiques.

La commission autorise la publication de la communication de MM. Rémi Féraud et Vincent Delahaye sous la forme d'un rapport d'information.

La réunion est close à 10 h 05.

La réunion est ouverte à 16 h 10.

Contrôle budgétaire – Franc CFA – Communication (sera publié ultérieurement)

Le compte rendu de cette réunion sera publié ultérieurement.

La réunion est close à 16 h 50.

La réunion est ouverte à 17 h 05.

Projet de loi de finances pour 2021 - 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

M. Vincent Éblé, président. – Pour la toute dernière réunion avant que notre commission soit renouvelée, nous avons le plaisir de recevoir cet après-midi MM. Bruno Le Maire et Olivier Dussopt, qui viennent nous présenter le projet de loi de finances pour 2021, délibéré lundi dernier en conseil des ministres. Nous avons reçu, hier après-midi, le président du Haut Conseil des finances publiques, M. Pierre Moscovici, qui nous a présenté l'avis de cette institution.

Ce projet de loi de finances n'est toujours pas accompagné d'un projet de loi de programmation des finances publiques, alors que la loi de programmation de 2018 est une référence dépassée, ainsi que nous le disions déjà l'an dernier, avant même le déclenchement de la crise, et ainsi que le Haut Conseil des finances publiques le rappelle dans son avis. Monsieur Dussopt, vous avez déclaré devant notre commission, le 10 septembre dernier, qu'un tel projet de loi de programmation serait présenté prochainement ; peut-être serez-vous en mesure de préciser le calendrier prévu par le Gouvernement.

Le projet de loi de finances pour 2021 est exceptionnel par le caractère particulièrement élevé du déficit budgétaire qu'il prévoit et par la présence d'une mission spécifique consacrée à la relance, mais ces éléments ne doivent pas faire oublier la nécessité de poursuivre et de financer les missions plus traditionnelles de l'État.

M. Bruno Le Maire, ministre de l'économie, des finances et de la relance. – Monsieur le président, monsieur le rapporteur général, mesdames, messieurs les sénateurs, je félicite tous ceux et toutes celles d'entre vous qui ont été réélus dimanche dernier. Je suis heureux de vous présenter, accompagné pour la première fois de M. Olivier Dussopt, ministre délégué chargé des comptes publics, les grandes orientations du projet de loi de finances.

Ce projet de budget vise à la fois à maintenir la protection nécessaire de nos salariés et de nos entreprises et à engager dès maintenant les investissements indispensables à la transformation économique de notre pays. Ces deux volets ne sont pas exclusifs l'un de l'autre ; ce n'est pas parce que nous préparons l'avenir de la France que nous devons renoncer à soutenir des secteurs très durement touchés par la crise du coronavirus.

S'agissant des mesures de soutien, j'en retiens quatre. La première est le prêt garanti par l'État (PGE), au titre duquel 120 milliards d'euros ont été accordés à plus de 500 000 entreprises, dont 90 % de très petites ou de petites et moyennes entreprises (TPE ou PME), que l'État a donc d'abord privilégiées dans sa réponse à la crise. Beaucoup d'inquiétudes se font jour chez ces entrepreneurs, restaurateurs, patrons de café, d'hôtel, travailleurs de l'événementiel, traiteurs, fleuristes, commerçants de proximité qui craignent de ne pas pouvoir rembourser leur prêt d'ici à trois mois. Je veux les rassurer : deux possibilités leur seront offertes. Ceux qui le souhaitent pourront prolonger la maturité de leur prêt jusqu'à cinq années, pour un total de six années, à un taux très attractif – entre 1 % et 2,5 % en fonction de la durée de prolongation – négocié avec la Fédération bancaire française (FBF), que je recevrai encore la semaine prochaine pour m'assurer que ces instructions parviennent jusqu'aux agences dans vos territoires. Ces taux comprennent la garantie de l'État, qui représente cent points de base, et sont les plus attractifs sur le marché. D'autres entreprises ont

besoin de fonds propres pour investir sans que cela pèse sur leur niveau d'endettement. Nous avons prévu 3 milliards d'euros pour que ces entreprises puissent lever des fonds sous la forme de prêts participatifs d'une durée de sept ans, lesquels ne sont pas comptabilisés comme de la dette dans les bilans, afin d'alléger leur trésorerie et de leur permettre d'investir. Ces fonds prendront la forme de prêts participatifs ou d'obligations convertibles. Nous faisons donc le nécessaire pour financer la prolongation des PGE ou leur transformation en prêts participatifs ou en obligations convertibles pour favoriser les investissements.

Le deuxième volet de la protection mise en œuvre est le fonds de solidarité, qui a apporté 6 milliards d'euros d'aide à 1,7 million de commerçants, d'indépendants et d'artisans. Le premier volet de ce fonds est aujourd'hui plafonné à 1 500 euros et distribué par la direction générale des finances publiques (DGFIP) avec l'efficacité qu'on lui connaît ; nous allons le porter à 10 000 euros. Un gérant de salle de sport, un patron de bar ou de restaurant qui aura perdu 80 % de son chiffre d'affaires – nous serons très compréhensifs – ou qui aura dû fermer pourra demander jusqu'à 10 000 euros. Je suis prêt à poursuivre la réflexion pour continuer à faire évoluer ce fonds de solidarité afin qu'il puisse couvrir le plus grand nombre d'entreprises confrontées à une chute très importante de leur chiffre d'affaires ou à une fermeture administrative.

Le report des échéances fiscales et sociales est le troisième outil, auquel nous avons déjà consacré 30 milliards d'euros. Nous continuerons à accorder reports ou exonérations aux entreprises fermées administrativement, lesquelles n'ont pas vocation à payer des charges si elles n'ont pas de chiffre d'affaires.

Enfin, le dernier élément est le chômage partiel, pour lequel nous avons provisionné plus de 30 milliards d'euros ; nous en avons dépensé une vingtaine. Nous allons le maintenir, avec la prise en charge à 100 % des salaires pour toutes les entreprises des secteurs de l'hôtellerie, des cafés, de la restauration, jusqu'au 31 décembre de cette année. Comme je l'ai annoncé ce matin avec Élisabeth Borne, le dispositif sera étendu au secteur de l'événementiel et à celui des salles de sport, dont les entreprises ont fermé ou n'ont plus qu'une activité résiduelle. Cela représente un effort considérable, de plusieurs centaines de millions d'euros. Toutes les entreprises du secteur du tourisme, qui devaient supporter à partir du 1^{er} novembre un reste à charge de 15 %, bénéficieront d'une prise en charge à 100 % jusqu'au 31 décembre de cette année. Nous marquons ainsi notre détermination à protéger les secteurs les plus fragilisés par la crise. La circulation du virus persiste, la protection doit également persister !

Nous avons mis en place des mesures de soutien aux secteurs en difficulté, tels que l'aéronautique, les start-ups, l'automobile. Nos mesures de soutien à la demande ont remarquablement bien marché. La prime de 7 000 euros pour les véhicules électriques a permis d'en vendre 55 000 depuis le début de l'année. Les véhicules électriques représentaient seulement 1,8 % de l'ensemble des voitures en 2019. Cette proportion a bondi à 6,1 % en 2020. Il y a une vraie dynamique. Pour continuer à soutenir la demande de véhicules électriques, nous maintiendrons le bonus à 7 000 euros jusqu'à la fin de l'année 2020, puis il passera à 6 000 euros en 2021 et à 5 000 euros en 2022.

Nous nous engageons maintenant dans la relance. L'époque est à la caricature, alors qu'elle devrait être à la nuance. Je le regrette. En effet, contrairement à la caricature, le Gouvernement n'est pas engagé dans une politique exclusive de l'offre, abandonnant la demande.

Soutenir massivement le chômage partiel, c'est soutenir la demande ; investir dans l'aéronautique, c'est soutenir la demande ; investir 15 milliards d'euros dans l'industrie automobile, qu'est-ce, sinon soutenir la demande ? Le Gouvernement protège et soutient la demande des plus fragiles, par exemple en augmentant l'allocation de rentrée scolaire à concurrence d'un demi-milliard d'euros.

Néanmoins, l'axe fondamental de la politique du Gouvernement reste le soutien à l'offre et l'amélioration de la compétitivité de nos entreprises, parce que c'est ainsi que l'ensemble de l'économie française pourra se redresser sur le long terme.

Ces choix se font dans un contexte très difficile de persistance du virus et de grandes incertitudes économiques. Lorsque tout le monde m'expliquait, fin août, que la crise était derrière nous et que la consommation repartait à la hausse, j'ai tenu à modérer les enthousiasmes des uns et des autres, et, alors que les instituts de statistiques estimaient que la récession devait être réévaluée de - 11 % à - 8 %, je m'en suis tenu à une évaluation prudente, à savoir - 10 %. Il s'agit de ne pas céder à des excès d'optimisme. Le redressement sera lent. Il prendra deux ans. Si, en 2022, nous avons retrouvé le niveau de 2019, nous aurons relevé ensemble un très beau défi économique et politique.

Le budget de la relance représente 100 milliards d'euros, décaissés sur deux ans, dont 86 milliards d'euros de financement de l'État répartis entre 66 milliards d'euros de crédits budgétaires et 20 milliards d'euros de baisse d'impôts de production, 8,7 milliards d'euros provenant de la sphère sociale, 3 milliards d'euros de la Banque des territoires et 2,5 milliards d'euros de Bpifrance.

Nous visons un décaissement de 10 milliards d'euros d'ici à fin 2020. Des appels d'offres ont déjà été lancés pour la rénovation énergétique des bâtiments. Vous avez jusqu'au 9 octobre pour faire remonter les projets. Les aides à l'embauche des jeunes et à l'industrie peuvent être décaissées très vite.

Nous souhaitons que 42 milliards d'euros soient effectivement dépensés d'ici à la fin de l'année 2021, pour que la relance soit la plus rapide possible.

Le Premier ministre réunira un conseil national de la relance rassemblant parlementaires, organisations patronales et syndicales et représentants des collectivités locales, de façon à veiller à la bonne mise en place du plan de relance. Je présiderai chaque semaine un comité de pilotage national dont le secrétariat général sera assuré par Bruno Parent et qui veillera au suivi des indicateurs d'exécution du plan de relance, qui seront transparents et accessibles sur Internet. Enfin, des comités de suivi régionaux associeront les préfets, les présidents de région et les directeurs régionaux des finances publiques.

Le premier principe fondateur de notre politique économique de l'offre, c'est la baisse des impôts. Il n'y aura pas d'augmentation d'impôts d'ici à la fin du quinquennat. D'ici à fin 2021, nous aurons baissé les impôts de 45 milliards d'euros, dont la moitié pour les ménages, notamment *via* la taxe d'habitation, et la moitié pour les entreprises, notamment *via* la réduction de l'impôt sur les sociétés à 25 % d'ici à 2022 pour toutes les entreprises. Avec la baisse des impôts de production de 10 milliards d'euros à compter du 1^{er} janvier 2021, ce sera la diminution d'impôts la plus importante depuis vingt ans en France. Malgré cela, notre taux de prélèvements obligatoires restera un des plus élevés des pays de l'OCDE.

Le deuxième principe fondateur est l'amélioration de la compétitivité de nos entreprises. C'est nécessaire pour réussir la relocalisation industrielle, produire des électrolyseurs, des batteries électriques, des ordinateurs quantiques ou des avions à hydrogène. Nous devons poursuivre notre politique de formation et de qualification qui a permis, pour la première fois depuis dix ans en 2019, la création d'emplois industriels.

Tous ceux qui veulent la relocalisation industrielle mais refusent d'en tirer les conséquences fiscales ou en matière de formation des salariés manquent de cohérence.

Notre objectif est de renforcer l'activité de 4 points de PIB, dont 1,5 point en 2021, et de créer 240 000 emplois dès 2022.

Le troisième principe fondateur est l'accélération de la transition écologique. Pour la première fois, nous vous présentons un budget « vert », dans lequel nous identifions les dépenses vertes, neutres et négatives. Cet exercice est perfectible, mais au moins il existe. On peut savoir gré au Gouvernement de s'être engagé dans cette voie.

Trente milliards d'euros du plan de relance sont consacrés à des mesures favorables à l'environnement et aucune mesure ne lui est défavorable : rénovation énergétique des bâtiments, développement du ferroviaire, des pistes cyclables, du recyclage, hydrogène...

Ma conviction est que la France peut sortir plus forte de cette crise, avec un modèle économique plus juste, plus compétitif, plus décarboné.

Beaucoup de Français sont en plein désarroi ou en colère, mais nous voulons apaiser les tensions en montrant que nous protégeons les plus fragiles et les plus exposés à la crise économique, avec des solutions concrètes. Nous voulons montrer aux Français qu'il existe une voie de passage pour une France plus compétitive et plus respectueuse de l'environnement.

M. Olivier Dussopt, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics. – Je m'associe aux félicitations adressées par M. Le Maire aux sénateurs réélus et je salue ceux qui ont fait le choix de ne pas se représenter. Je leur souhaite le meilleur.

Premièrement, le projet de loi de finances pour 2021 est le principal vecteur du plan de relance. Sur 100 milliards d'euros, 8,7 milliards d'euros sont couverts par la sphère sociale, avec l'Unedic et la sécurité sociale, 5,7 milliards d'euros par la Banque des territoires et Bpifrance, et 86 milliards d'euros par l'État, dont 20 milliards d'euros de baisse d'impôts – 10 milliards d'euros dès le 1^{er} janvier – et 66 milliards d'euros de crédits budgétaires. Parmi ces derniers, on compte 11,5 milliards d'euros au titre du Programme d'investissements d'avenir (PIA) et 16 milliards d'euros relevant des missions habituelles, comme l'abondement du financement de l'insertion par l'activité économique, qui dépend du budget du ministère du travail. Certains crédits ont déjà été votés par le Parlement, comme le milliard d'euros de dotation de soutien à l'investissement local (DSIL) décidé en juillet dernier. Enfin, 36,4 milliards d'euros sont prévus pour la mission « Relance ». Nous veillons, dès début 2021, à ouvrir les autorisations d'engagement et avons prévu 22 milliards d'euros de crédits de paiement. Ces 36,4 milliards d'euros sont répartis entre l'écologie, pour 18,4 milliards d'euros, la cohésion, pour 12 milliards d'euros, et la compétitivité, pour 6 milliards d'euros.

Nous avons veillé à ce que cette mission soit pilotée directement par le ministère de l'économie, des finances et de la relance. En outre, nous avons concentré ses crédits sur trois programmes : cette solution garantit une véritable fongibilité à l'échelle de chaque programme et permet de mettre en œuvre la clause de revoyure. Si un projet ne voit pas le jour, nous pourrions facilement en annuler les crédits et les redéployer au profit d'un autre arrivé à maturité.

Deuxièmement, ce projet de budget traduit – évidemment – les engagements pris depuis le début du quinquennat. À périmètre constant – autrement dit, les crédits de la relance mis à part –, nous avons fait le choix de vous présenter un projet de loi de finances très conforme à ce que nous avons indiqué lors du débat d'orientation des finances publiques : avec le montant total de dépenses présenté à cette occasion, l'écart n'est « que » de 700 millions d'euros. Il résulte de choix tels que la revalorisation des traitements des enseignants ou la mise en œuvre de la justice de proximité.

Nous tenons à rester aussi près que possible du programme triennal. Certes, nous avons la responsabilité d'engager de nombreux crédits pour répondre à la crise économique. Mais, pour les financer dans le temps, nous devons également maîtriser les dépenses publiques structurelles et conserver au plan de relance un caractère aussi conjoncturel que possible. C'est aussi pour cela qu'avec ce budget nous tenons l'engagement de stabilité du schéma d'emplois de l'État pour 2021. Ce schéma affiche une très légère baisse, de 157 équivalents temps pleins (ETP).

Suivant nos priorités, nous donnons davantage de moyens aux ministères régaliens. Le ministère des armées voit son budget augmenter de 1,7 milliard d'euros, conformément à la loi de programmation militaire (LPM). L'intérieur voit son budget augmenter de 433 millions d'euros et la justice, de 610 millions d'euros – tous ces chiffres sont hors relance –, soit 8 %. Cette hausse inédite répond à deux objectifs : mettre en œuvre de nouveaux engagements, notamment au titre de la justice de proximité, et rattraper la trajectoire de la loi de programmation de la justice, légèrement sous-exécutée lors des deux derniers exercices.

En parallèle, nous préparons l'avenir. Le budget du ministère de l'éducation nationale va augmenter de 1,4 milliard d'euros ; celui du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche augmentera de 500 millions d'euros pour financer des actions en faveur de la vie étudiante et traduire les priorités inscrites dans le projet de loi de programmation de la recherche, texte en cours d'examen ; le budget du ministère de la transition écologique augmentera de presque 1 milliard d'euros, dans la continuité des années précédentes.

Certaines priorités politiques, sans être nouvelles, se trouvent affirmées cette année. Le ministère de la culture verra ses crédits augmenter de 150 millions d'euros. Quant au ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, il verra ses fonds croître de 40 % – même si ce budget, de quelques dizaines de millions d'euros en propre, est sans commune mesure avec les budgets massifs précédemment évoqués.

De plus, nous poursuivons le travail de « sincérisation » du budget entrepris en 2017. Depuis 2018, notre doctrine est de minorer à 3 % le taux de mise en réserve, qui était auparavant de 8 %. Ce taux est même ramené à 0,5 % pour trois programmes budgétaires : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prime d'activité et l'allocation aux adultes handicapés (AAH), dépenses par nature assez incompressibles.

Afin de simplifier le paysage fiscal, nous proposons de supprimer sept petites taxes supplémentaires et nous débattons avec un certain nombre d'entre vous, ainsi qu'avec vos collègues députés, pour étendre encore cette liste. Depuis 2018, une soixantaine de petites taxes auront été supprimées, pour un montant total de 750 millions d'euros.

Nous vous proposons aussi de poursuivre le travail de rebudgétisation d'un certain nombre de fonds financés par des taxes affectées. C'est un moyen de renforcer l'autorisation parlementaire en matière budgétaire. Nous suggérons notamment de rebudgétiser le fonds Barnier, dont le montant total est aujourd'hui de 137 millions d'euros.

Enfin, au titre des baisses d'impôts, nous engageons, avec ce budget, la suppression d'un tiers de la taxe d'habitation encore payée par 20 % des foyers. Ce mois d'octobre, 80 % des foyers ne paieront plus de taxe d'habitation. Cet effort représente un engagement de 2,4 milliards d'euros. De surcroît, nous franchissons une nouvelle étape dans la diminution de l'impôt sur les sociétés, conformément à la trajectoire arrêtée, pour un engagement de 3,7 milliards d'euros.

Troisièmement, il s'agit d'un budget de transition écologique. Plus d'un tiers du plan de relance est consacré à celle-ci et 18,4 des 36,4 milliards d'euros de la mission « Relance » y sont dédiés. Un budget « vert » permet de donner à chaque programme budgétaire une cotation environnementale fondée sur six critères, lesquels sont un gage de nuance. Le développement du ferroviaire est bon pour l'environnement, car il contribue à réduire les émissions de gaz à effet de serre, mais il peut être considéré comme défavorable à la biodiversité.

Quatrièmement et enfin, j'évoquerai la trajectoire des finances publiques.

L'exercice 2020 devrait se terminer avec un déficit public aux alentours de 10,2 % du PIB et une dette publique représentant 117,5 % du PIB. Ces chiffres s'expliquent par la diminution du fruit des prélèvements obligatoires de 6,8 %, laquelle représente 70 milliards d'euros, toutes administrations confondues, et 46 milliards d'euros pour l'État, ainsi que par la hausse des dépenses d'intervention publique. Cette hausse est de 6,5 % pour l'année 2020, contre 2,2 % en 2019.

Pour 2021, notre objectif, c'est un déficit à 6,7 % du PIB et une dette à 116,5 % du PIB. Cet objectif est atteignable – notre but final étant de retrouver la situation de la fin 2019 –, car l'État se finance dans des conditions extrêmement favorables. Il convient de les préserver grâce aux réformes et aux dépenses structurelles que nous engageons, dans le droit fil de la trajectoire précédente. De 2017 à 2019, nous étions sous les 3 % de déficit – au cours de la dernière année, le déficit, hors crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), s'établissait même à 2,1 %. Le poids de la dépense publique avait été réduit de 55,5 % à 54 % du PIB et la part des prélèvements obligatoires avait diminué de 45,1 % à 44,1 % en 2019.

L'année 2020 sera particulière : le poids des dépenses publiques dans le PIB va augmenter, du fait de leur propre croissance et de la baisse du PIB. Toutefois, nous espérons atteindre à nouveau 58 % en 2021 et revenir à un chiffre proche de celui de 2019 au cours de l'année 2022. Pour ce qui concerne les prélèvements obligatoires, nous espérons atteindre un taux de 43,8 % fin 2021, avec les mesures fiscales relatives à la taxe d'habitation et à l'impôt sur les sociétés, mais aussi avec la baisse des impôts de production, qui s'inscrit dans le cadre du plan de relance.

Nous sommes particulièrement attentifs à la trajectoire des dépenses publiques et des prélèvements obligatoires : il s'agit de préserver notre crédibilité sur les marchés financiers. Au surplus, nous aurons d'autant plus de facilité à obtenir, pour notre propre plan de relance, des financements de l'Union européenne que nous l'accompagnerons de réformes structurelles. En outre, nous gardons bien à l'esprit qu'une dette se rembourse : c'est une question de responsabilité.

Enfin, monsieur le président de la commission, vos interrogations quant au calendrier de présentation d'un projet de loi de programmation pluriannuelle des finances publiques rejoignent les attentes du Haut Conseil des finances publiques (HCFP). Dans les prochaines semaines et les prochains mois ou, en tout état de cause, en 2021, nous devons procéder à la révision de la trajectoire. Le cantonnement de la dette, notamment de la dette covid, imposera également d'adopter un certain nombre de dispositions au titre de la gouvernance des finances publiques. Ce sera très certainement l'occasion d'un double exercice.

M. Vincent Éblé, président. – Monsieur le ministre de l'économie, la situation sanitaire s'aggravant à nouveau de jour en jour, de nouvelles restrictions d'activité ont été décidées par le Gouvernement dans les régions les plus affectées. En conséquence, vous avez annoncé un soutien renouvelé aux secteurs concernés, comme la restauration et l'événementiel. Sera-t-il nécessaire de renforcer une nouvelle fois les crédits des dispositifs du plan d'urgence adopté au printemps dernier – fonds de solidarité, chômage partiel et exonérations sociales –, soit dans le budget pour 2020, *via* le collectif budgétaire de fin d'année, soit dans le budget pour 2021, qui ne consacre encore aucun crédit à ces dispositifs ?

De plus, le plan de relance ne consacre que 800 millions d'euros au soutien aux plus précaires, soit à peine 0,8 % du total. Vous précisez vous-même que ce montant correspond, pour deux tiers, à la majoration de l'allocation de rentrée scolaire, qui était déjà budgétée et a été versée en août dernier. N'est-ce pas le signe d'un plan déséquilibré, qui penche excessivement du côté des entreprises au risque de paraître illégitime à nombre de nos concitoyens ? Pourquoi ne pas avoir repris certaines propositions, comme l'ouverture du revenu de solidarité active (RSA) aux jeunes ou la création de « chèques-relance » au bénéfice des plus modestes ?

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général. – Monsieur le ministre de l'économie, avec ce projet de loi de finances, vous anticipez une baisse du PIB de 10 % en 2020, qui contrecarre l'acquis de croissance et laisse supposer une rechute de l'économie au dernier trimestre. Pouvez-vous revenir précisément sur les raisons d'une telle trajectoire ? S'agirait-il plutôt d'une chute de la consommation, d'un recul de l'investissement ? Ou bien, avec ces chiffres, anticipez-vous tout simplement une deuxième vague de l'épidémie ?

Ma deuxième question portera sur la baisse des impôts de production. D'un point de vue économique, l'on considère généralement qu'un bon plan de relance doit respecter « la règle des trois T » : *timely, targeted, temporary*. Or la baisse des impôts de production est une mesure permanente. Même si personne ne contestera que les impôts pesant sur les entreprises, en particulier, sont trop lourds, n'aurait-il pas mieux valu mettre en œuvre des mesures plus ciblées sur certains secteurs, par exemple des annulations de charges, tout en subventionnant directement l'investissement, et reporter cette baisse des impôts à des temps meilleurs ?

Le Gouvernement met l'accent sur la territorialisation du plan de relance. Olivier Dussopt a déclaré que c'est la DGFIP qui, en quelque sorte, piloterait ce plan. Je ne

remets pas en cause les compétences de la DGFIP, mais, sur le terrain, comment cela va-t-il se passer ? Hier, le président du Haut Conseil des finances publiques, qui connaît bien cette administration, pointait le risque d'enlèvement, de non-décaissement, surtout quand on sait le côté parfois tatillon de l'administration française. Certes, que Bruno Le Maire préside lui-même le comité hebdomadaire est de nature à nous rassurer, mais la DGFIP n'a pas de compétence « métier ». Aussi, comment s'assurer de la bonne territorialisation de ce plan de relance ?

Pendant ma campagne électorale, j'ai évidemment rencontré des chefs d'entreprise désespérés. Que répondre à un sous-traitant de troisième rang dans l'aéronautique, par exemple ? Lorsqu'on fabrique des vis pour l'aéronautique, on n'est sous-traitant ni de premier rang ni de deuxième rang, mais de troisième rang. Le travail sur l'aluminium ou le titane nécessite des compétences très longues à acquérir, et comment tenir sans aucune perspective de commandes avant des années ? Le risque n'est-il pas que, ces compétences disparaissant, nous ne soyons plus capables de produire des pièces d'avion en France ? Les mesures de chômage partiel ne suffiront pas, cependant que ces entreprises échappent aux mesures du plan sectoriel.

M. Bruno Le Maire, ministre. – Je ne crois pas que le plan penche trop du côté des entreprises. Ce sont elles qui vont créer de l'emploi, ce qui est la priorité absolue. L'objectif est non pas de soutenir massivement la demande, puisque le pouvoir d'achat des Français a été épargné, mais d'empêcher les entreprises de faire faillite. Nous tablons sur une récession de 10 %, quand le pouvoir d'achat baisserait de 0,5 % en 2020, ce qui est comparativement peu, même si, d'ordinaire, celui-ci progresse. Cela signifie que nous avons amorti très largement le choc économique pour les ménages, l'État l'absorbant à hauteur de 60 % par l'endettement, une dette qui devra être remboursée. Les entreprises, quant à elles, qui ont supporté une large part de ce choc économique, doivent être soutenues.

Pour autant, nous ne négligeons pas les Français les plus fragiles, les plus modestes, qui ont été très touchés par la crise. Plus de 700 000 personnes ont perdu leur emploi, souvent des emplois précaires, de très courte durée. J'étais tout à l'heure en Seine-et-Marne et chacun sait que, chez Disney, où l'on compte beaucoup de contrats courts ou d'emplois peu qualifiés, ce sera compliqué. Il faut soutenir en priorité ces personnes qui ne bénéficient pas du chômage partiel et sont parfois dans une situation de détresse totale, plutôt que d'engager une relance globale de la demande, qui coûterait extrêmement cher et dont beaucoup de Français n'ont pas besoin aujourd'hui.

Pourquoi le pouvoir d'achat n'a-t-il baissé que de 0,5 % ? Principalement parce que nous avons dépensé 20 milliards d'euros au titre du chômage partiel – 30 milliards d'euros sont prévus. Dans le fond, nous avons payé les salaires à la place des entreprises. C'est la première fois que l'on fait cela en France. Cette décision, voulue par le Président de la République, a permis de protéger des compétences, des salariés, ce qui évitera de devoir former dans quelques mois les mêmes salariés, et donc de perdre du temps.

Nous avons réévalué à 10 %, au lieu de 11 %, le taux de la récession. Les chiffres de la consommation sont bons : selon les données de l'Insee publiées ce matin, la consommation de biens a augmenté de 3 % en août par rapport au mois précédent et de 2,4 % par rapport à août 2019. Il y a donc bien un effet de rattrapage. Néanmoins, je reste prudent, le retour du virus pouvant avoir un impact sur le moral des Français.

S'agissant des impôts de production, je revendique le choix de les baisser ; je plaide en ce sens depuis quatre ans. Je veux assurer aux entreprises françaises une équité de concurrence. Les impôts de production, je le rappelle, sont sept fois plus élevés en France qu'en Allemagne. La baisse de ces impôts doit permettre d'offrir un environnement économique plus favorable à l'industrie, cette baisse étant ciblée principalement sur les secteurs industriels et sur les PME. C'est une nécessité si nous voulons réussir la relocalisation industrielle.

S'agissant des sous-traitants aéronautiques, je partage votre préoccupation. Je réunirai les responsables de la filière aéronautique très prochainement. Nous avons investi beaucoup d'argent dans cette filière : les sous-traitants – ceux de l'Eure-et-Loir, de l'Eure et d'ailleurs – doivent eux aussi en bénéficier, et non pas uniquement Airbus, Safran, Thales et Dassault, grandes entreprises françaises dont nous sommes par ailleurs très fiers.

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. – S'agissant du rôle de la DGFIP, celle-ci a démontré durant la période de confinement sa très grande réactivité : 6,2 milliards d'euros ont été versés au titre du fonds de solidarité au début du confinement, tandis que les règles de versement ont été modifiées cinq ou six fois. Chaque fois, la DGFIP a su adapter son fonctionnement très rapidement.

Nous nous appuyons sur la DGFIP pour le versement des crédits du fonds de solidarité, notamment pour les entreprises qui doivent fermer en raison du nouveau pic épidémique. Par ailleurs, nous veillons à ce que les directions régionales participent aux comités de suivi au niveau territorial. Cette administration peut fournir, quasiment en temps réel, des indicateurs extrêmement précieux pour mesurer l'effet du plan de relance. Ainsi, nous connaissons au mois le mois le niveau des dépenses des collectivités locales et le niveau de paiement de leurs échéances fiscales par les entreprises.

S'agissant de la question de la territorialisation, il faut distinguer quatre types de mesures dans le plan de relance.

Premièrement, il comporte des mesures nationales qui ne font pas l'objet d'une déclinaison locale. Ainsi, la baisse des impôts de production concerne toutes les entreprises, en vertu du principe d'égalité devant l'impôt. Grâce à la DGFIP, nous pourrions territorialiser les résultats et évaluer les montants concernés pour les entreprises de chaque département. De même, l'augmentation de l'allocation de rentrée scolaire est une décision applicable nationalement.

Deuxièmement, certains crédits font l'objet de mesures de paramétrage à un niveau national, mais sont gérés par des opérateurs territoriaux. Je pense notamment aux crédits gérés par l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe) ou par l'Agence nationale de l'habitat (Anah).

Troisièmement, d'autres crédits font l'objet d'une gestion déconcentrée, par exemple ceux de la DSIL, à la main des préfets de département et des préfets de région. Il en ira de même, à hauteur de 1 milliard d'euros, pour les crédits consacrés à la rénovation énergétique des bâtiments des collectivités.

Quatrièmement, certains crédits sont confiés directement à la gestion, partagée ou non, des collectivités locales : les crédits faisant l'objet d'une délégation. Je pense notamment aux 600 millions d'euros que nous voulons déléguer aux régions pour la mise en œuvre des

travaux d'économie d'énergie dans les lycées ou pour les mobilités, ainsi qu'aux crédits dévolus aux contrats de plan en cours de négociation.

Il faut aussi mentionner la présence des élus locaux – des présidents de région notamment, mais pas seulement eux – dans le comité de suivi régional.

Un mot rapide sur la compensation de la baisse des impôts de production. Pour ce qui concerne la part régionale de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE), dans le pacte signé entre l'État et les régions, il est prévu d'affecter aux régions une part du produit de la TVA comme c'était déjà le cas en équivalent DGF, étant entendu qu'est prise en compte la part perçue en 2020 sur la base de la valeur ajoutée de 2019, période de haut de cycle.

S'agissant de la taxe foncière et de la cotisation foncière des entreprises (CFE), il y va de 3,3 milliards d'euros sur un produit total de 45 milliards d'euros, ce qui permet de relativiser l'enjeu. Nous avons prévu un prélèvement sur recettes dynamique en fonction de l'évolution des bases.

M. Vincent Delahaye. – Quasiment toutes les missions voient leurs crédits augmenter. Cela signifie qu'elles sont presque toutes prioritaires. Quelles sont celles qui ne le sont pas ?

Par ailleurs, on emprunte à tout-va : entre 250 milliards et 300 milliards d'euros en 2021. Qui nous prête, hormis l'Europe ? Des Français ? Des fonds souverains de Chine, d'Arabie Saoudite, du Qatar ?

M. Pascal Savoldelli. – Il n'a pas beaucoup été question des collectivités territoriales. Comment envisager un plan de relance sans elles, qui représentent 70 % de l'investissement civil ? Vous prévoyez en 2020 une diminution de l'investissement public local plus marquée que dans le troisième projet de loi de finances rectificative (PLFR) – moins 4,9 milliards d'euros par rapport à 2019, contre moins 2,4 milliards d'euros. Comment expliquez-vous cette réduction deux fois supérieure aux prévisions ?

Vous avez abordé la question de l'offre et de la demande. Pour ma part, je suis préoccupé par la situation de l'activité marchande et des entreprises. Alors que les entreprises sont quasiment au même niveau d'investissement cet été, leur autofinancement s'effondre de 40 points et leurs marges de 7 points. En quoi votre plan de relance permettra-t-il un rebond de notre activité économique ? En matière de délocalisations, il faudrait prendre en compte la question de la fiscalité et de la formation, dit-on. Pourtant, concernant Bridgestone ou Renault Choisy, ce n'est pas un problème de fiscalité et de formation !

On s'interroge sur la soutenabilité de la dépense et de la dette publique, mais qu'en est-il de la dette privée, c'est-à-dire celle des ménages et des entreprises, qui représenterait 138,2 % du PIB et tendrait vers 150 %, alors même qu'elle est en partie couverte par la dépense et la dette publiques ? Comment envisagez-vous la soutenabilité de la dette privée ?

M. Bernard Delcros. – La loi de finances pour 2020 prévoit les modalités de compensation de la suppression de la taxe d'habitation, qui s'appliqueront à partir de 2021. Pour les départements et les intercommunalités, la perte du produit de la taxe d'habitation sera compensée par une part de TVA. Quelles sont les prévisions de recettes de TVA pour 2020 ?

Pouvez-vous nous confirmer que, s'agissant des modalités de compensation de la baisse des impôts de production, on conservera la dynamique des bases à travers un système de dégrèvement ?

La troisième loi de finances rectificative a prévu d'allouer un milliard d'euros au bloc communal, sous forme de subventions, pour faciliter la relance dans les territoires. Dispose-t-on de prévisions sur l'effet de levier de ce milliard d'euros et sur le calendrier concret de déclinaison des investissements dans les territoires ?

M. Marc Laménie. – La troisième loi de finances rectificative prévoit au moins 30 milliards d'euros en faveur des entreprises et du monde économique, et un milliard d'euros au titre de la dotation de soutien à l'investissement local pour soutenir les investissements des communes et intercommunalités, aux fins de relancer le secteur du bâtiment et des travaux publics. Pour autant, l'ensemble des collectivités territoriales expriment des inquiétudes légitimes quant au manque à gagner en matière de recettes, avec la baisse de la TVA, des droits de mutation à titre onéreux (DMTO) pour les départements, etc.

Dans le même temps, vous prévoyez une baisse des impôts de 45 milliards d'euros. Comment tout cela peut-il s'articuler ?

Mme Sylvie Vermeillet. – Une bonne exécution, c'est une exécution rapide, avez-vous dit, monsieur Le Maire. Pour ma part, je m'interroge sur la rapidité d'exécution. En effet, chaque projet suppose une instruction par les services de l'État. Or celle-ci lui est bien souvent fatale, et il est à craindre que les entreprises ne soient découragées. Ce n'est pas une question financière, c'est une question de logistique. Vos collègues des différents ministères vous ont-ils donné des garanties que leurs services – directions départementales des territoires (DDT), directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dreal), etc. – accompagnent les projets des entreprises et des collectivités et facilitent leur mise en œuvre dans les territoires ? Cela me paraît fondamental !

M. Philippe Dallier. – Au fil des PLFR, le Gouvernement s'est montré prudent dans ses prévisions macroéconomiques, et c'est tant mieux. Pour autant, s'agissant de 2021 et de 2022, messieurs les ministres, n'êtes-vous pas trop optimistes ? L'hypothèse d'un retour à la situation d'avant-crise en 2022 vous paraît-elle plausible, même si je comprends que cette date n'a peut-être pas été choisie au hasard ? Pour ma part, je m'inquiète un peu : bien malin qui peut dire comment la crise sanitaire va tourner.

Je n'ai toujours pas compris si la réforme de l'aide personnalisée au logement, qui devait initialement s'appliquer en 2020 et devrait maintenant intervenir au 1^{er} janvier 2021, allait permettre d'économiser 900 millions d'euros ou 1,2 milliard d'euros par an.

Pour 2021, vous rajoutez 437 millions d'euros dans ce programme et vous demandez à Action Logement de verser un milliard d'euros au Fonds national d'aide au logement (FNAL), alors même que vous ne procéderez pas à une compensation de 300 millions d'euros précédemment accordée à cet organisme. Or les effets de la crise vont entraîner une augmentation du nombre d'allocataires. Le montant prévu sera-t-il suffisant ?

Dans un article paru ce matin dans les *Échos*, Geoffroy Roux de Bézieux s'inquiétait de l'avenir d'Action Logement. Un rapport de l'Inspection générale des finances semble ouvrir un certain nombre de pistes qui pourraient mener jusqu'au démantèlement d'Action Logement. Sur ce sujet, il faudrait que le Gouvernement abatte ses cartes et indique

ses intentions : 500 millions d'euros ont été prélevés l'an dernier, un milliard d'euros le seront cette année, à quoi s'ajoute la non-compensation de 300 millions d'euros. Le contexte ne semble pas favorable au secteur du logement, alors même que ce projet de loi de finances prévoit peu de mesures d'incitation pour la construction en général.

M. Jérôme Bascher. – Après avoir entendu votre prudence, il y a un mois, vous conduisant à ne pas réviser trop tôt les prévisions de décroissance pour l'année 2020, j'admire votre optimisme pour l'année 2022, surtout au regard des crises passées, d'une part, et de l'absence de réformes structurelles, d'autre part ! Or, et c'est l'histoire qui le dit, ce sont celles-ci qui marchent lorsque l'on veut faire un plan de relance budgétaire.

Je partage l'analyse de Sylvie Vermeillet. Il va y avoir des engagements nouveaux, mais les décaissements concernent des projets qui existent déjà, pour lesquels il n'y a pas besoin de plan de relance et qui se seraient faits naturellement. Cela risque de créer un effet d'aubaine, ce qui est dommage.

Je vous félicite de maintenir la trajectoire pour la baisse des impôts. En effet, la première chose dont les entreprises françaises ont besoin, c'est de visibilité. Il est temps de baisser les impôts de production et l'impôt sur les sociétés, et de supprimer des petites taxes. En revanche, le mot « dépense » est totalement absent de votre vocabulaire : il n'y a aucune trajectoire ! Comment donner confiance, alors que la dépense va forcément créer de la dette ? Pouvez-vous davantage vous expliquer sur le cantonnement de la dette et le mécanisme que vous souhaitez mettre en place ? Car la vraie crise à venir, c'est celle de la dette !

M. Claude Raynal. – Au mois de juin dernier, vous avez parlé d'un plan global de 450 milliards d'euros, qui comprenait à la fois des garanties, des prêts et de la dépense budgétaire, cette dernière étant limitée à 75 milliards d'euros. Étaient en particulier prévus 300 milliards d'euros de prêts garantis par l'État. Or ceux-ci ne représenteraient plus que 120 milliards d'euros. Par conséquent, il faut déjà retirer 180 milliards d'euros des 450 milliards d'euros prévus.

De même, vous parlez de 100 milliards d'euros pour le plan de relance, mais, en recomptant, je n'en trouve que 91, puisque 9 milliards d'euros ont déjà été annoncés en juin. C'est pourquoi je n'aime guère ces effets d'affichage, trop généraux, trop globaux ; je leur préfère une présentation plus claire des sujets.

Vous excluez toute hausse d'impôts jusqu'à la fin du mandat. Pourtant, l'extension de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) jusqu'en 2042 représente une hausse majeure, qui aura bien été engagée sous votre mandat. Prudence, donc, là aussi. De plus, l'absence de hausse d'impôts s'accompagne d'une augmentation symétrique de la dette, ce qui n'est pas très rassurant du point de vue de l'équilibre général. Au moins, la baisse de la taxe d'habitation avait été financée par une croissance portée à 2,3 % ; nous en sommes loin aujourd'hui.

Je comprends votre discours sur la compétitivité et la compétition internationale, que l'on entend d'ailleurs depuis des années et qui est tout à fait pertinent, mais à quelle vision globale de long terme correspond-il ? On baisse les impôts dits de production, mais jusqu'où ira-t-on ? Allons-nous vers 0 % d'impôts pour les entreprises ?

M. Claude Nougain. – Ce serait formidable !

M. Claude Raynal. – Si l'on ne fait que se comparer en permanence aux uns ou aux autres, on peut les réduire indéfiniment.

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général. – Il y a de la marge...

M. Claude Raynal. – Où la baisse s'arrêtera-t-elle ? Quel est l'objectif ? Je n'en vois pas.

Comme je l'ai dit à Pierre Moscovici, en cette période exceptionnelle, je m'attendais à un budget exceptionnel dans sa présentation même. Certes, un budget doit comporter des chiffres, mais je me serais attendu à des évaluations hautes et basses, vu la situation, ce qui aurait facilité un ajustement en cours d'année à l'intérieur de ce faisceau.

Enfin, vous avez parlé hier d'un fonds de *private equity*, comme on dit, pour les entreprises non cotées, et avez annoncé que vous alliez encourager les Français à y souscrire. Quel sera l'outil qui les y incitera ?

M. Claude Nougéin. – Le 2 juin dernier, le Sénat a adopté une proposition de loi prévoyant une couverture assurantielle des pertes d'exploitation subies par les entreprises en cas de crise sanitaire, fruit des travaux de notre commission des finances. Où en est-on du parcours parlementaire de ce texte ? Je pense qu'il a très peu de chances d'aboutir, puisqu'il émane du Sénat. Dès lors, allez-vous le reprendre à votre compte ? Nous n'y verrions aucun inconvénient. Évidemment, il n'aurait pas d'effet rétroactif, mais, si la crise perdure en 2021, il pourrait être utile. Rien n'a été fait en la matière, pour le moment. Pourtant, les entreprises ont souffert énormément : pendant le confinement, si l'État a fait ce qu'il fallait en matière de charges variables, notamment de personnel, rien n'a été fait concernant les charges fixes, comme les loyers, les frais d'électricité, de téléphone ou les frais financiers – autant de pertes d'exploitation qui apparaîtront dans les bilans de 2020. Il serait bon que, en 2021, suite aux négociations avec les assurances conduites par les auteurs de ce texte, celles-ci puissent jouer leur rôle. Sinon, les entreprises souffriront à nouveau si la crise devait perdurer l'année prochaine.

M. Michel Canevet. – Lors de votre dernière audition, nous avons appelé votre attention sur les difficultés du trafic transmanche et la question de la compétitivité des entreprises qui l'assurent. Des réponses ont été données par le Premier ministre à l'Assemblée nationale pour 2021, avec une exonération de cotisations sociales à hauteur de 15 milliards d'euros. Poursuivez-vous l'examen de la situation ? Cette exonération de cotisations sociales durera-t-elle suffisamment pour que ces entreprises puissent retrouver toute la compétitivité qui leur est nécessaire pour assurer leur importante mission ?

Vous avez évoqué la baisse des impôts de production pour 2021, à hauteur de 10 milliards d'euros sur un total de 70 milliards d'euros. Avez-vous prévu une nouvelle tranche de baisse des impôts de production en 2022 ?

Dans cette situation difficile, il est nécessaire que des moyens d'accompagnement soient consacrés à nos entreprises. Est-il opportun d'envisager une baisse des moyens des chambres consulaires de 100 millions d'euros dans le projet de budget ? Cela risque de mettre en difficulté ces institutions, qui sont pourtant utiles pour accompagner les entreprises et permettre la réussite des plans de formation et de transformation des métiers.

M. Didier Rambaud. – La crise a fait voler en éclats le cadre institutionnel de la gestion des finances publiques. Nos repères ont changé et, à titre personnel, je ne sais plus ce qui est prioritaire : la réduction de la dette ou celle des déficits publics ? M. Moscovici diffuse en ce moment l'idée qu'après le temps de la relance, il faudra aller vers la construction d'un nouveau cadre de gestion des finances publiques, au niveau européen bien sûr. Qu'en pensez-vous ?

M. Jean-François Husson. – Vous dites que le poids de la dépense publique dépassera, en 2020, 62 % du PIB, avant de redescendre à 58,5 % en 2021. Par quelles mesures, ou artifices, parviendrez-vous à réduire les dépenses publiques à hauteur de quatre points de PIB, alors qu'elles n'ont diminué que d'un point en deux ans ? Quel crédit accorder à une telle annonce ? Nous avons vu l'année dernière l'expérimentation d'un budget « vert ». Vous avez consacré entre une minute et une minute trente à celui-ci : je trouve que cela commence mal, mais c'est peut-être une crainte infondée... Avez-vous prévu de vous assurer que les mesures exécutées respecteront des normes environnementales – définies par qui, d'ailleurs ? Vous avez pris un risque en affirmant qu'aucune mesure, dans votre projet de budget, n'est défavorable à l'environnement...

M. Bruno Le Maire, ministre. – Je parlais uniquement du plan de relance !

Mme Christine Lavarde. – Je souhaiterais revenir sur les crédits alloués à la rénovation énergétique des bâtiments publics. Lors de votre précédente audition, vous avez déclaré qu'il s'agissait de projets déjà étudiés, prêts, pour lesquels il manquait un financement, raison pour laquelle les marchés pouvaient être sélectionnés avant la fin de l'année pour une mise en œuvre en 2021. Au sein du Conseil de l'immobilier de l'État, nous avons eu des discussions sur l'opportunité de sélectionner aussi vite des projets, notamment au regard des conséquences que la crise de la covid a eues sur l'organisation et la manière de travailler. Comment pouvez-vous être sûr que les projets qui vont être choisis dans les semaines à venir ne seront pas à refaire d'ici à quelques mois ou quelques années, pour correspondre à la nouvelle manière de travailler dans les bâtiments publics ? Mieux vaut investir dans le long terme que dans le court terme...

Je n'ai rien trouvé, dans le dossier de presse ou dans le projet de loi de finances, sur les relations avec les collectivités territoriales. Le 1^{er} janvier 2021, la contribution économique territoriale va être transférée à la métropole du Grand Paris. Qu'en est-il des sept millions d'habitants qui vivent dans les territoires du Grand Paris ? Comment ces territoires vont-ils pouvoir continuer à exercer leurs missions ?

M. Bruno Le Maire, ministre. – M. Vincent Delahaye demande qui nous prête. Comme nous levons 260 milliards d'euros de dettes sur les marchés, c'est une question essentielle. J'ajoute que, si nous voulons continuer à trouver des prêteurs, il vaut mieux leur garantir que nous leur rembourserons ce que nous leur empruntons ! C'est une évidence, mais elle n'est pas toujours partagée aujourd'hui, puisque certains pensent qu'il y aurait de l'argent magique, qui tomberait du ciel et n'aurait jamais à être remboursé... La dette française est détenue à 46 % par des résidents, parmi lesquels nous comptons la Banque de France et la Banque centrale européenne ainsi que les compagnies d'assurances françaises, soit 19 % de l'ensemble, et les banques françaises, qui représentent 6 % des investisseurs. La répartition entre investisseurs résidents et non-résidents est stable : il y a une très grande stabilité dans le financement de la dette française, ce qui est la preuve que cette dette est solide – et nous avons tout intérêt à ce qu'elle le demeure.

Les investisseurs non-résidents sont principalement des grandes banques centrales étrangères, à commencer par celles de la Chine, du Japon et de la Suisse, et des investisseurs institutionnels étrangers. Nous empruntons aussi à des banques européennes et à des assureurs européens et japonais, ainsi qu'à des fonds de pensions. Tous acteurs que je rencontre régulièrement lorsque je me rends à l'étranger, ce qui est malheureusement de moins en moins fréquent.

J'insiste : le financement de notre dette fait apparaître un équilibre entre investisseurs résidents et non-résidents. C'est un facteur de sécurité auquel nous sommes attachés.

Si les *spreads* restent stables grâce à l'action de la Banque centrale européenne, le ministre des finances que je suis ne prendrait pas la responsabilité de garantir aux Français que les taux d'intérêt demeureront toujours faibles dans les dix ou quinze ans qui viennent. C'est pourquoi, la crise passée, nous devons rembourser cette dette : par la croissance, la responsabilité en matière de finances publiques et des réformes de structure – incluant, à mes yeux, la réforme des retraites.

Monsieur Savoldelli, Olivier Dussopt vous répondra sur les compensations prévues pour les collectivités territoriales, dont le milliard d'euros alloué à la DSIL – un effort non négligeable.

S'agissant de l'investissement des entreprises, il se maintient à un niveau satisfaisant compte tenu de la situation. Mais les marges sont évidemment dégradées. La baisse des impôts de production, celle de l'impôt sur les sociétés et le milliard d'euros consacré à la relocalisation doivent permettre de restaurer les marges des entreprises. C'est impératif, car, sans marges, pas d'investissement, et donc pas d'emploi. Si je suis aussi attaché à la réduction des impôts sur les entreprises, c'est parce que les marges de celles-ci font les emplois de nos compatriotes !

Monsieur Delcros, monsieur Laménie, Olivier Dussopt répondra à vos questions sur les collectivités territoriales.

Sylvie Vermeillet a soulevé la question, décisive, de la rapidité d'exécution. Oui, il est essentiel que les services déconcentrés se mobilisent pour la bonne exécution du plan de relance.

J'ai pris bonne note des critiques visant les appels à projets pour les relocalisations industrielles. Le président du Medef estime que les règles sont encore trop compliquées. On peut et on doit toujours faire mieux : je ne serai jamais satisfait, tant que mon pays n'aura pas retrouvé les niveaux de croissance et d'emploi auxquels il peut prétendre.

Si 375 projets ont été déposés dans les secteurs indiqués – automobile, aéronautique, secteurs critiques, dont le médicament, secteurs des territoires d'industrie –, il est vrai que nombre de PME ont rencontré des obstacles dans la formalisation de leur dossier. Ce n'est pas acceptable. Je vais regarder où sont les points de blocage, et nous simplifierons les appels à projets.

Depuis le départ, ma méthode est inchangée : proposer et exécuter vite, corriger au fur et à mesure. Si l'on attend d'avoir le produit parfait, on ne fait jamais rien !

M. Dallier a évoqué mon optimisme. Disons qu'il s'agit de volontarisme...

Ce qui compte, ce ne sont pas les taux de croissance de - 10 et + 8 %, c'est l'écart de production. Or les chiffres que je donne correspondent à un écart de 2,4 %, très inférieur aux 4 % que nous redoutions. L'objectif est d'arriver à un écart nul en 2022.

Bien entendu, je ne maîtrise absolument rien de la situation sanitaire. Une prolongation de l'épidémie au-delà du début de 2021 pourrait avoir des conséquences. Cela dépend aussi de chacun d'entre nous.

Monsieur Bascher, je vous remercie d'avoir insisté sur la visibilité, essentielle, en ce qui concerne la trajectoire des impôts. Assailli de propositions pour modifier les impôts dans tous les sens, plafonner, déplafonner, limiter, ouvrir, refermer ou simplifier le crédit d'impôt recherche, j'ai pris une grande décision : ne rien faire. Dans le fond, je pense que c'est la meilleure politique pour le crédit d'impôt recherche, parce qu'elle offre, au moins, de la stabilité et de la visibilité aux entreprises.

M. Jean Bizet. – Il est temps !

M. Bruno Le Maire, ministre. – S'agissant de l'impôt sur les sociétés, je maintiens ce que je répète depuis ma prise de fonction : il s'établira à 25 % pour toutes les entreprises en 2022.

Pour les impôts de production, une première baisse, de 10 milliards d'euros, interviendra au 1^{er} janvier prochain, suivie d'une deuxième, du même montant, au 1^{er} janvier 2022.

S'agissant du cantonnement de la dette, je pense que c'est la meilleure façon de distinguer la dette consentie pour faire face à la crise de la dette structurelle. Les 17,5 points de dette supplémentaires correspondent uniquement aux dépenses liées au chômage partiel, aux garanties d'État pour les prêts, aux exonérations de charges et au fonds de solidarité. Il est juste d'isoler cette dette de l'endettement structurel et de garantir son amortissement à l'horizon de 2042.

Monsieur Raynal, j'aurais volontiers fait un budget en faisceau... Cela nous aurait rendu grand service pour négocier avec les autres ministères ! Malheureusement, le droit ne le permet pas.

Le fonds de la BPI dont vous avez parlé est très important. Les Français ont constitué une épargne de l'ordre de 85 milliards d'euros, parce que nous avons amorti le choc de la crise pour une large majorité d'entre eux – même si je n'oublie pas tous ceux qui ont perdu leur emploi, à commencer par les titulaires de CDD, les intérimaires et les personnes très peu qualifiées, dont nous devons nous soucier en priorité. Aux Français qui ont pu économiser, dont le livret A et le livret de développement durable sont remplis, qui ont déjà des contrats d'assurance-vie, le fonds d'investissement que nous mettons en place avec la BPI permettra d'investir directement dans les PME implantées sur leur territoire. C'est un dispositif unique en Europe !

Il ne s'agit pas d'investir dans une PME, ce qui serait trop risqué. En investissant – au minimum, 5 000 euros – dans un fonds réunissant 1 500 PME de secteurs extrêmement divers et implantées sur tout le territoire, les ménages peuvent amortir et diversifier le risque. Destiné à soutenir nos PME dans un esprit de patriotisme économique, ce placement est

bloqué pendant cinq ans. Le capital n'étant pas garanti, il s'adresse aux Français qui disposent d'une épargne sûre suffisante, leur permettant de prendre un peu plus de risques – moyennant quoi la rentabilité peut être intéressante. Ce dispositif aidera considérablement nos PME sur les territoires !

M. Nougéin a posé une question très importante sur le régime d'indemnisation des pertes d'exploitation.

Lorsque j'étais ministre de l'agriculture, je me suis battu, avec l'aide de nombreux sénateurs ici présents, pour rendre plus efficace le système assuranciel en matière de calamités agricoles. Nous y sommes arrivés, après dix ans. Je souhaite que nous y parvenions un peu plus rapidement pour l'indemnisation des pertes d'exploitation en cas de crise sanitaire.

De fait, les chances qu'une nouvelle épidémie survienne un jour sont, j'en ai peur, de dix sur dix. Il serait donc totalement irresponsable de ne pas nous préparer. Cette fois, l'État a amorti tout le choc ; la prochaine fois, j'espère que la charge financière sera un peu plus équitablement répartie.

Quand une crise survient, il est normal de réagir avec les moyens du bord. Mais il serait irresponsable de ne pas anticiper une prochaine pandémie, en mettant en place des dispositifs assuranciels couvrant les pertes d'exploitation. Aujourd'hui, les restaurateurs négocient avec leurs assureurs sur la base des petits alinéas dans les contrats... Tout cela est très artisanal : il nous faut un système professionnel, et je me réjouis que les parlementaires se mobilisent sur cet enjeu essentiel.

Monsieur Canevet, je vous confirme qu'une nouvelle baisse des impôts de production interviendra en 2022.

S'agissant des chambres de commerce et d'industrie, je souhaite le maintien de la réforme, parce que les réformes structurelles sont importantes pour réduire la dépense publique – Jérôme Bascher s'est d'ailleurs exprimé en ce sens.

Monsieur Rambaud, Olivier Dussopt répondra à vos questions dans quelques instants.

Monsieur Husson, il n'y a aucune dépense « grise » ou « brune » dans le plan de relance – je ne parle pas du budget dans son ensemble, mais des 100 milliards d'euros de la mission « Relance ».

M. Jean-François Husson. – Ce n'est pas ce que j'ai entendu.

M. Bruno Le Maire, ministre. – Les crédits destinés aux routes sont principalement consacrés à la réfection d'infrastructures existantes. En matière de construction, il y a un seul projet d'importance : la route du littoral à La Réunion, à laquelle il manque trois kilomètres. On peut en débattre au regard de l'exigence environnementale, mais, de façon assez pragmatique, je considère qu'il vaut mieux finir une route commencée...

Madame Lavarde, Olivier Dussopt va vous répondre sur le Grand Paris, qui est un enjeu important.

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. – Je regrouperai les nombreuses questions portant sur les collectivités territoriales, pour y répondre à la fin de mon intervention.

S'agissant du budget vert, le système de cotation est fondé sur un rapport de l'Inspection générale des finances et du Commissariat général au développement durable. L'objectif est de donner aux parlementaires et à tous ceux qui le souhaitent un moyen d'appréhender les dépenses budgétaires et fiscales.

Les dépenses favorables au regard d'au moins l'un des six critères et qui ne sont défavorables à aucun progresseront de 30 % l'année prochaine. À l'inverse, les dépenses défavorables à un critère au moins et qui ne sont favorables à aucun diminueront de 10 %.

À ce stade, la plupart des dépenses de l'État sont considérées comme neutres, puisque nous avons décidé que toutes celles relatives à des revenus – traitements des agents publics, transferts sociaux – n'ont pas d'incidences environnementales ; mais ce travail a vocation à s'améliorer.

Les dépenses uniquement défavorables à l'environnement sont, pour l'essentiel, des dépenses fiscales en matière énergétique : par nature, elles ne peuvent pas être considérées comme favorables à l'environnement.

Les dépenses favorables à l'environnement sont, elles, assez faciles à identifier. Quoi qu'il en soit, le rapport sera rendu public : davantage qu'un cadre contraignant, c'est un outil d'évaluation qui permettra de flécher telle ou telle dépense.

S'agissant des dépenses publiques, nous espérons effectivement revenir à un niveau correspondant à 58 % du PIB en 2021 et retrouver en 2022 un taux proche de celui que nous avons connu en 2019, d'abord grâce à la croissance, mais aussi parce que nous tenons compte du budget tel que nous l'avons élaboré, ainsi que du caractère ponctuel et conjoncturel du plan de relance.

En outre, nous voulons parvenir à une maîtrise de l'évolution des dépenses publiques en volume se situant autour de 0,4 % du PIB. Ainsi, je réponds aussi à Vincent Delahaye : les budgets peuvent à la fois augmenter en valeur et baisser en volume lorsque les dépenses sont bien maîtrisées. On peut financer certaines priorités sans forcément supprimer la totalité des ressources des autres secteurs, tant s'en faut.

Concernant le dimensionnement du plan de relance, Claude Raynal disait tout à l'heure qu'il n'avait retrouvé que 91 milliards d'euros sur les 100 milliards d'euros annoncés. En réalité, les 9 milliards d'euros que vous cherchez, monsieur le sénateur, ont déjà été votés : il s'agit des mesures adoptées dans le cadre du troisième projet de loi de finances rectificative, comme le milliard d'euros supplémentaire pour la DSIL ou les 4 milliards d'euros consacrés au financement de la prime d'apprentissage ou à l'embauche des jeunes. Ces dépenses contribuent à la relance et sont incluses dans les 100 milliards d'euros du plan.

Pour répondre au sénateur Bascher, j'indiquerai que nous avons, pour 2021, un schéma d'emplois stable, puisqu'est prévue une baisse de 157 ETP. Nous avons pour objectif de supprimer entre 10 000 et 11 000 emplois d'ici à la fin du quinquennat. Nous aurons l'occasion d'actualiser cet objectif dans les prochains mois, non pas pour réviser le schéma d'emplois que nous proposons pour 2021, mais pour tenir compte du fait que, en 2020, la crise nous a obligés à créer un certain nombre d'emplois. Je ne prendrai qu'un exemple, celui de Pôle emploi : l'augmentation du nombre des inscrits à Pôle emploi nous a amenés à créer 2 800 postes au sein de cet organisme, alors que ce n'était évidemment pas prévu.

Philippe Dallier nous a interrogés sur les aides publiques au logement (APL) et Action Logement.

Aujourd'hui, nous prévoyons la « contemporanéisation » des APL au 1^{er} janvier 2021. Le quantum des économies est extrêmement compliqué à définir, dans la mesure où nous vivons actuellement une période de crise économique et sociale qui entraîne une hausse du nombre des ayants droit ou du volume des droits potentiels. C'est d'ailleurs la démonstration que cette réforme est bonne pour les usagers : elle permet d'adapter et de mieux caler le niveau des droits dont ils bénéficient selon la réalité de leur situation et de conforter le rôle d'amortisseur social des aides au logement.

S'agissant d'Action Logement, vous avez évoqué l'existence d'un prélèvement d'un milliard d'euros, un peu plus élevé que les années précédentes – nous en convenons bien volontiers –, mais aussi la suppression de la compensation de la perte d'une recette fiscale. J'insiste sur le fait que le prélèvement que nous proposons est tout à fait soutenable, puisque la trésorerie d'Action logement s'élève à 6 milliards d'euros. Quant à la suppression de la compensation à hauteur de 300 millions d'euros, elle l'est tout autant. Pour vous en convaincre, sachez qu'Action Logement, qui vient de publier ses résultats pour l'exercice 2019, affiche un bénéfice net de 1,4 milliard d'euros, pour un actif de 88 milliards d'euros.

Cela étant, la question de la réforme structurelle d'Action Logement se pose. Vous avez mentionné le rapport de l'Inspection générale des finances. Il existe d'autres travaux qui nous laissent penser qu'une réforme pourrait rendre le système plus efficace avec, au pire, le maintien du prélèvement sur les entreprises, et, au mieux, le même niveau de service avec un prélèvement qui pourrait être moins élevé. Vous avez noté que, dans le texte présenté aujourd'hui, il n'y a pas de disposition en ce sens, mais nous continuons à dialoguer avec les principaux partenaires sociaux d'Action Logement pour élaborer le projet de réforme le plus consensuel possible et parvenir à clarifier le rôle de chacun en matière de politique du logement. Vous le savez, ce n'est pas la première fois qu'un gouvernement prélève de l'argent sur la trésorerie d'Action Logement, mais il est aussi parfois arrivé que l'État demande à Action Logement de financer des politiques, en matière de logement, qui ne relevaient pas forcément de son champ de compétence.

Enfin, j'en viens à la question des collectivités locales.

Les collectivités locales sont évidemment concernées par le plan de relance. Bruno Le Maire a évoqué la hausse d'un milliard d'euros de la DSIL. Je précise qu'une circulaire a été adressée aux préfets pour élargir l'éligibilité des projets, au regard non seulement des critères habituels de cette dotation, mais aussi de ceux de la dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR), de manière que les petites communes ne soient pas écartées du bénéfice de ce milliard d'euros supplémentaire.

Un autre milliard d'euros sera consacré à un appel à projets spécifique pour la rénovation énergétique des bâtiments communaux, qui sera géré de manière déconcentrée. D'autres crédits seront déployés, notamment au travers des contrats de plan.

Surtout, nous avons créé en LFR 3 un mécanisme de maintien à un niveau minimal des recettes des collectivités locales. Ce mécanisme garantit le niveau des recettes fiscales et domaniales du bloc communal et celui des DMTO des départements *via* des avances remboursables, avec une clause de remboursement particulièrement avantageuse,

puisqu'il est prévu que les départements ne rembourseront ces avances que lorsqu'ils auront retrouvé le niveau de recettes de DMTO qu'ils ont obtenu en 2019.

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général. – Cette mesure est issue d'un amendement du Sénat !

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. – Accepté de bonne grâce par le Gouvernement à la suite de la commission mixte paritaire, monsieur le rapporteur général !

Pour le reste, nous constatons un recul de l'investissement des collectivités locales d'un peu plus de 9 % au cours de l'année 2020. Nous l'expliquons par les difficultés que peuvent rencontrer les collectivités locales sur le plan financier, mais surtout par les retards pris par les programmes de travaux durant le confinement ainsi que, de manière plus traditionnelle, par le cycle électoral. J'ajoute que, cette année, ce cycle a été particulièrement long.

La crise a certes dégradé les finances des collectivités territoriales, mais moins que ce que nous craignons. À date, nous constatons que les recettes fiscales des collectivités diminuent moins que prévu. Au 31 août, les recettes de DMTO n'avaient diminué que de 2,6 % – nous conservons toutefois l'hypothèse d'une baisse de 10 %, car nous savons qu'il y a un décalage entre les actes et leur enregistrement. Nous prévoyons également une baisse des recettes de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE) se situant autour de 3 %, ce qui est moins important que ce que nous redoutions. Cela signifie que le mécanisme de garantie des recettes que nous avons prévu est certainement calibré à un niveau suffisamment élevé. À titre d'illustration, nous avons proposé aux départements de profiter d'un acompte sur les avances remboursables de DMTO : sur les 80 départements éligibles, 40 l'ont refusé. Cela montre que, à date, la situation financière des départements est relativement préservée, et c'est tant mieux.

En 2021, nous envisageons un rebond de l'investissement des collectivités locales de près de 8 %, ce qui contribuera évidemment à la relance.

Pour rassurer le sénateur Delcros, je confirme que le prélèvement sur recettes qui compensera la baisse de la cotisation foncière des entreprises sera dynamique et indexé sur l'évolution des bases, et que la fraction de TVA qui compensera la perte de recette au titre de la taxe d'habitation pour les départements et les intercommunalités ne dépendra pas du niveau de la TVA encaissée par l'État. En effet, la loi prévoit que ce qui sera versé en 2021 correspondra en montant aux recettes de taxe d'habitation perçues par les collectivités concernées en 2020. Par conséquent, que les recettes de TVA augmentent ou baissent cette année n'aura aucun effet sur le niveau de la compensation en 2021. En outre, sa dynamique sera celle de la TVA au niveau national.

Dernier point, Bernard Delcros nous interrogeait sur l'effet levier de la DSIL. En général, on estime qu'il se situe autour de 3. De manière assez traditionnelle, même si cette estimation souffre de beaucoup d'exceptions, on considère qu'avec un euro de subvention, un euro d'apport en fonds propres et un euro d'endettement, on arrive à peu près à définir la structure des sections d'investissement des collectivités locales.

M. Vincent Éblé, président. – Merci, messieurs les ministres.

La réunion est close à 18 h 55.

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 PANDÉMIE À LA LUMIÈRE DE LA CRISE DE LA COVID-19 ET DE SA GESTION

Mercredi 2 septembre 2020

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

La réunion est ouverte à 9 h 35.

Table ronde sur les aspects éthiques

M. René-Paul Savary, président. – Mes chers collègues, nous poursuivons nos travaux avec une audition consacrée ce matin aux questions éthiques mises au jour lors de la gestion de la crise sanitaire. Je vous prie d'excuser l'absence de M. le président Milon, retenu dans son département et que je serai amené à remplacer pour les auditions du mois de septembre.

Nous entendons ce matin le docteur Sophie Crozier, neurologue, coordinatrice pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris de la démarche éthique, et le professeur Emmanuel Hirsch, professeur d'éthique médicale, faculté de médecine, président du Conseil pour l'éthique de la recherche et l'intégrité scientifique de l'Université Paris-Saclay, directeur de l'Espace éthique de la région Île-de-France.

Les questionnements éthiques, qui conduisent à mettre en balance des impératifs entre lesquels il est difficile d'établir une hiérarchie, sont revenus à plusieurs reprises dans nos travaux à propos de ce que certains ont appelé le tri des malades, mais aussi du confinement des résidents dans les Ehpad ou encore, plus classiquement, à propos des essais cliniques.

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 serait passible des peines prévues aux articles 434-13 à 434-15 du code pénal.

Conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, Mme Sophie Crozier et M. Emmanuel Hirsch prêtent serment.

Mme Sophie Crozier, neurologue, coordinatrice pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris de la démarche éthique. – Je tiens d'abord à vous remercier de me donner l'opportunité d'échanger avec vous sur quelques-unes des nombreuses questions éthiques qui se sont posées durant la crise sanitaire.

Je m'exprimerai principalement aujourd'hui en tant que médecin hospitalier de terrain impliqué dans la démarche éthique au quotidien au sein de l'AP-HP, ainsi qu'en tant que coordinatrice au sein de l'AP-HP. Cette structure met en relation les différentes structures éthiques de l'AP-HP, en permettant un partage d'expérience. Je m'exprimerai également au nom de mes collègues, qui m'ont transmis de nombreux témoignages.

En tant que coordinatrice de la démarche éthique, je vous ferai part de l'enquête qui a été menée. Les résultats sont en cours d'analyse, et je pourrai vous les communiquer par

la suite. Il s'agit principalement d'évaluer le rôle des structures éthiques des hôpitaux durant la crise.

Par ailleurs, j'ai participé aux travaux réalisés par l'Espace éthique Île-de-France, que le professeur Emmanuel Hirsch évoquera plus longuement. Surtout, en tant que membre du Comité consultatif national d'éthique, le CCNE, j'ai participé à des groupes de travail ayant rédigé, du 13 mars jusqu'à fin mai 2020, des contributions au sujet des décisions prises en matière de confinement et de déconfinement. Elles sont accessibles sur le site du CCNE.

Il me semble aujourd'hui plus intéressant d'évoquer quatre grandes questions éthiques qui se sont posées aux professionnels de santé. Je tiens à le préciser, nombre des questions éthiques soulevées durant cette période sont des questions « habituelles », si l'on excepte l'une d'elle, sur laquelle je reviendrai. Elles ont pris une ampleur un peu particulière du fait de l'importance de la situation.

Je centrerai mon propos sur les pratiques soignantes. Tout d'abord, nous nous sommes interrogés sur les pratiques soignantes dégradées, dans un contexte de tensions liées à des pénuries : comment respecter les valeurs soignantes, face à un rationnement lié à un manque de moyens chronique ? Ensuite, j'évoquerai la priorisation et le tri, pratiques également habituelles liées à des moyens limités. Par ailleurs, les décisions prises, l'information et la communication constituent un enjeu important, pour les professionnels de santé, du questionnement éthique. Enfin, question moins habituelle, nos missions ont-elles changé durant cette crise, notamment en termes de sacrifice individuel au nom de l'intérêt collectif ? En effet, vous le savez, les soignants ont mis leur vie en danger durant la pandémie.

S'agissant des pratiques soignantes « dégradées », terme utilisé dans la contribution du Comité consultatif national d'éthique du 13 mars dernier, il est important de rappeler que l'épidémie s'est déroulée et se déroule toujours dans des conditions de tension importantes dans les structures hospitalières publiques, liées à des restrictions budgétaires, des fermetures de lits, une insuffisance du nombre de personnels soignants, qui ont donné naissance à ces pratiques dégradées.

La crise a aggravé la situation : d'une part, l'hôpital n'a pas pu faire face à la prise en charge des patients Covid et de tous les autres patients ; d'autre part, certains moyens ont cruellement manqué.

Il est en effet admis aujourd'hui qu'il existait, malgré une mobilisation des pouvoirs publics durant la crise, une réelle pénurie de matériel de protection, de moyens humains, de lits, de respirateurs et de médicaments, ce qui a conduit les soignants à prendre en charge des patients dans des conditions extrêmement difficiles, avec des procédures dites dégradées et affichées comme telles. Nous recevions régulièrement des procédures qui s'adaptaient à la pénurie, qu'il s'agisse des masques ou des médicaments.

Nous avons dû réorganiser complètement nos hôpitaux et déplacer du personnel soignant, lequel ne disposait pas toujours des compétences requises au regard des missions qui lui étaient confiées. Cela a engendré non seulement une grande anxiété chez les soignants, mais aussi une possible perte de chances pour les patients.

J'évoquerai également la pénurie de médicaments, notamment dans certains traitements utilisés en réanimation. Je pense aux sédatifs comme le midazolam, qui est aussi utilisé pour assurer les fins de vie. Une telle situation a abouti à la modification de la

procédure des prises en charge, et à l'utilisation de molécules que nous n'avions pas l'habitude d'utiliser, ce qui a abouti à une prise en charge dégradée, puisque nous n'avons pas pu assurer un accompagnement correct des symptômes d'inconfort.

Autre exemple de tensions très fortes entre les principes fondamentaux des soignants et les décisions prises par des commissions et des tutelles parfois éloignées du terrain, la question des visites, en particulier dans des situations de fin de vie. Dans certains cas, les visites n'étaient autorisées qu'après le décès, ce qui a été extrêmement difficile pour les familles et les patients.

Une telle interdiction a-t-elle eu plus d'effets positifs que négatifs ? Comment être sûrs que ces mesures restrictives privilégient vraiment l'intérêt collectif ? Cette question rejoint bien évidemment celle des visites dans les Ehpad. L'isolement n'a-t-il pas eu un effet particulièrement délétère ? Même s'il est difficile à évaluer, la question mérite d'être posée. Le CCNE, qui a d'ailleurs été saisi de ces questions fin mars, a rendu une contribution précisant qu'une réflexion au cas par cas était essentielle, en s'appuyant sur l'intérêt individuel des patients et de leurs proches.

Autre sujet, les transferts de patients dans des régions parfois très éloignées – je me fais l'écho des représentants des usagers – se sont avérés extrêmement compliqués, la participation des patients et des familles étant quasiment absente.

Pour autant, le maximum a été fait avec les moyens disponibles. Nous avons géré la pénurie, en faisant le moins mal possible, en nous appuyant sur une immense conscience professionnelle des soignants, une solidarité et un dévouement incroyables, malgré des risques majeurs particulièrement angoissants, ainsi qu'une capacité de réorganisation au prix de reports ou d'annulations de jours de congé. Je tiens ici à rendre hommage à tous mes collègues qui se sont mobilisés pour faire face à cette crise.

La quasi-totalité des moyens humains et matériels a été redistribuée au secteur Covid, au détriment des autres patients, ce qui pose l'une des questions éthiques les plus importantes, celle de la priorisation.

Je le précise, la priorisation des patients durant la crise a existé. Il serait inexact et malhonnête de la nier. Elle a d'ailleurs toujours existé, les ressources en santé, en particulier les lits de réanimation, n'étant pas illimitées. Ce sujet – le triage – a fait l'objet de nombreuses publications. Il se fonde sur des critères plus ou moins explicites selon les pays, les hôpitaux et les praticiens. En réalité, la véritable question éthique, c'est de savoir sur quels critères ces choix ont été faits. Comment peut-on les justifier ? Il conviendra d'analyser les retours d'expériences et les éventuelles pertes de chances.

Dans le texte émis par le Comité consultatif national d'éthique en mars 2020, cette question a été soulevée de façon très claire. La réponse apportée était la suivante : « Des moyens pérennes supplémentaires sont désormais une absolue nécessité, plus particulièrement pour faire face à la crise sanitaire en cours [...]. Pour les formes graves, il faut envisager l'éventualité que certains moyens techniques et humains deviennent limitants si la crise épidémique s'accroît de façon majeure. Les ressources telles que les lits de réanimation et leur équipement lourd sont déjà des ressources rares qui risquent de s'avérer insuffisantes si le nombre de formes graves est élevé. Ainsi, lorsque des biens de santé ne peuvent être mis à la disposition de tous du fait de leur rareté, l'équité qui réclame une conduite ajustée aux besoins du sujet se trouve concurrencée par la justice au sens social qui exige l'établissement des

priorités, parfois dans de mauvaises conditions et avec des critères toujours contestables : la nécessité d'un "tri" des patients pose alors un questionnement éthique majeur de justice distributive, en l'occurrence pouvant se traduire par un traitement différencié des patients infectés par le Covid-19 et ceux porteurs d'autres pathologies. Ces choix devront toujours être expliqués, en respectant les principes de dignité de la personne et d'équité. Il conviendra aussi d'être vigilant à la continuité de la prise en charge des autres patients. »

Au-delà de ces questions de triage, je voudrais revenir sur un point qui me semble important et qui n'a peut-être pas été perçu comme une forme de priorisation. Je pense à la priorisation effectuée dans le cadre de la réorganisation de nos hôpitaux, à savoir l'organisation des plans blancs. Il a en effet été décidé qu'il convenait de réorganiser tous nos moyens en faveur des patients malades du Covid. Ainsi tous nos services se sont-ils réorganisés courant février : fermeture des activités chirurgicales et des consultations. Pour tous les autres patients souffrant de maladies chroniques ou aiguës, l'accès aux soins, qu'il soit assuré par l'hôpital ou la médecine libérale, n'a pas été possible pendant cette période.

Pour ma part, je suis responsable d'une unité de soins intensifs neuro-vasculaires prenant en charge des AVC. Mon service a constaté une réduction de 70 % des admissions pour des accidents vasculaires cérébraux. Le constat a été le même dans le monde entier. Pour ce qui concerne les maladies chroniques, les dépistages de cancer ont été beaucoup moins fréquents, tout comme les diagnostics de cancer, y compris chez l'enfant.

L'accès aux soins pour tous les autres patients, qu'il s'agisse des hospitalisations, des consultations, des diagnostics, du suivi ou de la prise en charge du handicap, a donc été extrêmement difficile. La vie de certaines personnes mérite-t-elle plus d'être vécue ? Ainsi, le décompte quotidien des morts du Covid pouvait interroger sur la priorisation et la valorisation de ces morts par rapport aux autres causes de décès. En d'autres termes, on pouvait se poser la question de savoir si la mort d'un patient Covid était plus importante ou avait plus de valeur que la mort d'un autre patient.

En réalité, la question éthique qui me semble essentielle est celle de savoir comment, lors de l'élaboration des plans blancs, ces questions ont pu être posées. Comment prioriser tel ou tel patient ? Quelle place laisser aux patients et à leurs représentants dans ces choix ? À ma connaissance, la démocratie sanitaire a été très absente durant cette crise, les patients et les représentants des usagers n'ayant pas été, dans la majorité des cas, associés aux choix effectués.

Mon troisième point aura trait aux décisions, à l'information et à la communication. Nous avons ainsi été confrontés à une tension éthique concernant la loyauté des recommandations édictées. S'agissant du port du masque, l'information et la communication ont été tellement contradictoires que cela a engendré un climat de doute. Depuis le début, un certain nombre de citoyens et de soignants estimaient nécessaire, conformément à un principe éthique majeur dans les situations d'incertitude, de prendre des mesures de précaution et de se protéger, y compris avec un morceau de tissu, comme les Italiens. Or nos recommandations ont varié dans le temps en fonction de l'évolution de la pénurie.

Pourquoi ne pas avoir assumé le manque de moyens ? Était-il plus dangereux de dire la vérité ? Pourquoi avoir voulu cacher la situation ? Quelles conséquences auraient eu la révélation de la pénurie ? Dans ce contexte, l'héroïsation et le vocabulaire militaire prennent

tout leur sens : les soignants étaient des héros partant au front, dans la mesure où nombre d'entre eux mettaient leur vie en danger.

Le CCNE a abordé ce point dans le cadre de sa première contribution. Certes, l'absence de protection par des masques ou des surblouses aurait pu aboutir à un droit de retrait catastrophique pour la prise en charge des patients. Quoi qu'il en soit, la question mérite d'être posée.

À mon sens, le manque de matériel de protection et de tests a conduit à une forme de sacrifice des soignants, au nom de l'intérêt collectif. Or les soignants, contrairement aux militaires, n'ont pas signé pour cela ! Ils n'ont pas toujours bien vécu une telle héroïsation au regard des sacrifices imposés.

Nos missions de soignants ont-elles changé pendant la crise ? Un professionnel de santé doit-il être prêt à donner sa vie pour ses patients ? Peut-on demander de tels sacrifices à des professionnels de santé pendant une crise ? Ces questions méritent d'être discutées avec les acteurs de terrain, en toute transparence. Dans ce cadre, serons-nous capables d'affronter une nouvelle vague ou, dans quelques années, une nouvelle crise ?

J'en arrive à ma conclusion : que retenir des questions éthiques soulevées durant la crise ? Cette dernière a mis en lumière le manque de moyens de l'hôpital public et l'insuffisance en matière d'anticipation. Certes, il est très probable que des leçons soient tirées en matière de mesures de protection. Comment continuer à ne pas donner les moyens qui sont nécessaires à l'hôpital ?

Les professionnels de santé ont dû faire face à des dilemmes éthiques majeurs, notamment de priorisation contrainte, dans un contexte de grande fragilité de l'hôpital. Je le souligne, la démarche éthique a fonctionné dans les hôpitaux qui avaient déjà des structures éthiques. Sinon, ces dernières ont été peu associées aux cellules de crise, et simplement sollicitées pour répondre à deux questions : celle des limitations et des arrêts de traitement, à savoir l'accompagnement des patients qui n'étaient pas admis en réanimation, et celle des visites. Très clairement, la démarche éthique nécessite d'être développée.

Par ailleurs, la participation des soignants de terrain et des usagers a été très insuffisante. Ce manque de démocratie sanitaire nous questionne. Certes, il y avait urgence, mais on peut se demander si l'anticipation n'aurait pas permis de remédier à une telle situation.

Il convient donc de renforcer les moyens humains et d'anticiper les besoins. Il faut plus de démocratie sanitaire et une communication plus loyale. Il est nécessaire de placer la réflexion éthique au cœur de la gestion de la crise.

M. Emmanuel Hirsch, professeur d'éthique médicale, faculté de médecine, président du Conseil pour l'éthique de la recherche et l'intégrité scientifique de l'université Paris-Saclay, directeur de l'Espace éthique de la région Île-de-France. – Mesdames, messieurs les sénateurs, je vous remercie de m'associer à votre réflexion, dont nous attendons beaucoup. L'approche éthique est une approche démocratique, qui a été au rendez-vous. Le Président de la République a fait le choix courageux de prendre en compte les vulnérabilités, ce qui a suscité de nombreux débats sur l'impact économique et sociétal. Mais la concertation a fait défaut, et nous l'attendons.

Nous avons la chance de bénéficier d'un Conseil scientifique Covid-19 présidé par le président du Comité national consultatif d'éthique, Jean-François Delfraissy, qui rend des avis tout à fait importants. Le 27 juillet dernier, il a soulevé, dans son avis, trois questions éthiques de fond, à savoir la gouvernance opérationnelle – information, acceptabilité du débat, concertation –, l'actualisation de la concertation, toujours chaotique et décevante aujourd'hui, et la participation citoyenne. À cet égard, permettez-moi de faire référence aux années sida, avec la mobilisation du tissu social et associatif.

Je vous présenterai un court diaporama. En matière d'éthique, il n'est pas possible de parler de manière distanciée, chacun ayant ses conceptions et ses valeurs. Celles de notre République ont été en grande partie défendues par l'État, les professionnels de santé, mais aussi l'ensemble de la société, on ne l'a pas assez souligné. Vous retrouverez le plan de mon intervention dans le diaporama.

S'agissant des principes, je conteste l'affirmation selon laquelle on ne pouvait pas se préparer. D'ailleurs, certains se sont préparés. La vraie question est de savoir s'ils ont été sollicités, notamment dans le champ éthique.

Un consensus sur des valeurs éthiques partagées sera indispensable pour préserver la cohésion de la société, dont certains indices peuvent aujourd'hui nous faire douter.

Dans son avis remarquable du 5 février 2009 intitulé *Questions éthiques posées par une possible pandémie grippale*, le CCNE affirme : « La préoccupation de l'Espace éthique de l'AP-HP rejoint celle des deux instances élaborant conjointement le plan pandémie grippale en France, qui soulignent l'importance de construire ce plan sur des valeurs éthiques partagées. » Qu'avons-nous mis en place à cet égard, tant aux niveaux sociétal que professionnel ?

Une situation aussi exceptionnelle pourrait conduire à remettre en question la hiérarchie des valeurs qui fondent les recommandations relatives à l'éthique, notamment dans le domaine de la santé. Faut-il aller jusqu'à considérer la remise en question de la hiérarchie de nos valeurs comme une exigence éthique ? C'est une question fondamentale : l'éthique doit être non pas distante de la réalité, mais incarnée et concrète, pour assumer des responsabilités.

À cet égard, je vous fais part de toute ma reconnaissance d'avoir associé mon intervention à celle de Sophie Crozier, qui est non seulement docteur en médecine, mais aussi docteur en éthique. Elle fait partie des personnes qui, sur le terrain, savent défendre des valeurs face à des choix souvent redoutables.

Comment hiérarchise-t-on des choix ? Au nom de quels principes et de quelles valeurs ? Quelle pédagogie sociale et quelle pédagogie professionnelle sont-elles nécessaires pour mobiliser ce type de discernement ?

« Le contexte, quel qu'il soit, ne peut modifier les principes éthiques, même si une situation inédite comme celle provoquée par la lutte contre l'épidémie peut contraindre seulement à les hiérarchiser provisoirement, mais de manière argumentée en toute transparence. »

Le discernement, c'est d'abord l'argumentation et la pluralité des points de vue. On parle d'ailleurs de collégialité dans la décision. Dès lors, pourquoi ne pas associer les

représentants des malades, qui ont été totalement exclus, victimes d'un véritable déni de démocratie sanitaire, comme je l'ai montré dans un article publié dans *Le Monde* en juillet dernier ?

Dans le numéro de juin de la revue Espace éthique Île-de-France, nous proposons : « Face à l'imprévisible : prévoir s'adapter, inventer ». Mais où est le retour d'expérience ? Peut-être est-il confiné entre experts gouvernementaux ! Pourtant, certaines personnes ont été héroïsées, valorisées, par rapport à des engagements forts.

Depuis 2006, l'Espace éthique publie une revue scientifique, *PandémiqueS*, qui est en ligne sur notre site. Nous avons donc fait preuve d'anticipation, tout comme l'équipe de Roselyne Bachelot, qui avait une vraie appétence pour les questions éthiques. Quant à Xavier Bertrand, il avait créé un Comité d'initiative et de vigilance civiques sur une pandémie grippale et les autres crises sanitaires exceptionnelles. Malheureusement, cette structure n'a duré qu'un an.

Nous avons également publié un ouvrage collectif important en 2009, intitulé *Pandémie grippale : l'ordre de mobilisation*, que je vous invite à lire. À peu près tout ce qui s'est passé avait été anticipé dans une approche mêlant sciences humaines et sociales. Quelle a été la sollicitation des représentants des sciences humaines et sociales pour éclairer le discernement et les arbitrages politiques ?

J'ai également participé à un retour d'expérience sollicité par la Commission européenne, qui comportait des propositions concrètes, précises et consensuelles.

Dès février-mars, l'équipe de l'Espace éthique, soit sept personnes, qui s'appuient sur un réseau national de professionnels et d'associatifs, ont suivi au quotidien certains sujets concrets et urgents, avant de publier une première synthèse de leurs travaux. Permettez-moi d'en présenter le sommaire.

Avec la question des Ehpad, que nous avons suivie avec beaucoup d'attention, nous sommes au coeur de ce dispositif. Par ailleurs, les situations de handicap ont également constitué un sujet fondamental. Nous nous sommes aussi penchés sur la précarité, les personnes migrantes et les sans-abri, pour qui les valeurs de notre République ont été scandaleusement mises de côté. Autres questions importantes, l'aide à la décision en situation d'urgence ou de crise, ainsi que l'éthique et les décisions en réanimation.

Nous avons été sollicités pour la première fois par des instances gouvernementales le 16 mars, Grégory Émery, conseiller à l'époque du ministre de la santé, m'ayant demandé un certain nombre d'éléments d'argumentation. Nous avons composé un groupe de travail avec une trentaine de personnes très représentatives du milieu de la réanimation. Nous n'avons pas été dans l'improvisation, qu'il s'agisse de la fin de vie ou des décisions de limitation et d'arrêt de traitement. On ne peut pas dire aujourd'hui que les professionnels ont eu besoin d'inventer l'éthique ! Certes, certains ont été un peu surpris par les événements. Quoi qu'il en soit, les référentiels sont là, et les sociétés savantes se sont mobilisées avec beaucoup de véhémence et d'intelligence.

Attitudes, pratiques en fin de vie et après le décès : le docteur Crozier a évoqué tout à l'heure le midazolam, à propos duquel j'ai saisi le CCNE. Nous nous sommes aussi penchés sur la cérémonie funéraire, sur nos valeurs et nos symboles.

Autres points : communication et médiation en temps de crise et projet de recherche *Covid-Ethics*. Nous ne sommes pas dans l'éthique « d'en haut », mais dans l'éthique « d'en bas », de terrain, enracinée dans le sol. Nous avons eu énormément d'appels téléphoniques, mais nous ne faisons pas de la consultation en matière d'éthique. Quand une équipe est en difficulté, on identifie la question et on la met en contact avec d'autres équipes qui ont une expertise. Néanmoins, l'urgence éthique a parfois justifié des déplacements, et nous avons visité un certain nombre d'établissements. Ainsi, nous organisons avec le Conseil régional d'Île-de-France, les 7 et 8 octobre, un grand colloque de retour d'expérience.

Je tiens à le souligner, la seule instance publique qui m'ait sollicité en tant que directeur de l'Espace éthique est le Conseil régional d'Île-de-France. Je n'ai eu de contact qu'à trois reprises avec Valérie Péresse, qui a monté un conseil stratégique Covid, auquel je participe et qui tient compte de manière évidente des questions éthiques et sociétales. Par ailleurs, Jean-François Delfraissy m'a demandé de participer à la réflexion dans le cadre de l'avis qu'il a rendu. En outre, nous avons publié, avec l'ARS Île-de-France et les associations, un document important.

Dans les semaines et les mois qui viennent, nous aurons des éléments encore plus tangibles à porter à votre connaissance, si vous le souhaitez. Dans la mesure où les instances publiques ne nous ont pas sollicités, nous avons publié 24 articles dans la presse grand public et nous avons été invités à un grand nombre de plateaux télé. Il y avait donc une audience pour les questions d'éthique, mais ce qui s'est passé dans la sphère des médias ne s'est pas reproduit avec les instances publiques.

Dans le diaporama, vous pouvez lire les titres des articles que nous avons publiés. Il ne s'agissait pas d'articles généraux sur l'éthique, mais d'articles s'intéressant à des sujets concrets, notamment aux renoncements en matière éthique et juridique.

L'Espace éthique a été saisi par le CCNE à propos des pratiques de sédation terminale dans le contexte du Covid-19. Je rends hommage au Comité consultatif national d'éthique pour ses avis transitoires et sa réactivité. Je suis fier de notre société, qui bénéficie d'instances aussi réactives. Nous avons également créé un site grand public, où l'on trouve environ 90 articles représentatifs de toutes les questions éthiques qui se sont posées dans le cadre de la pandémie.

Sera publié fin septembre un ouvrage collectif de 900 pages, intitulé *Pandémie 2020 Ethique, société, politique*, qui comporte 99 articles couvrant absolument tout le champ des enjeux éthiques sociétaux.

Concernant la gouvernance et les pratiques du soin, il est tout à fait déplorable d'entendre certains appeler à une invention de l'éthique, alors qu'il existe tout un ensemble de textes de référence, tout un ensemble de principes, qu'il suffit de mettre en œuvre.

Je vous prie de m'excuser, j'ai un problème technique avec le diaporama.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Concernant la place des patients, je reviens sur la question de la démocratie sanitaire. Cela a été souligné au cours de nos auditions, la personne âgée vivant en Ehpad doit être considérée comme une personne à part entière. Vous avez comparé la situation avec les années sida. Toutefois, lors de l'épidémie de sida, les patients étaient circonscrits dans un espace particulier. Dans le cadre de l'épidémie

de Covid, comment les patients pourraient-ils être représentés par des associations de patients ?

Ma deuxième question concerne le renoncement aux soins, qui a été important. Ainsi, les décès par mort subite ont doublé pendant la période Covid, du fait d'une absence de consultation des patients. Le plan blanc a été appliqué partout de façon totalement uniforme, dans l'attente d'une vague qui n'est parfois pas venue. Qu'en est-il actuellement ? Dans la mesure où l'épidémie continue, le renoncement aux soins est-il toujours aussi massif ? On le sait, ce serait catastrophique.

Troisième question, quel est votre avis, professeur, s'agissant des essais cliniques ? Nous avons assisté à une accélération des procédures, qu'il s'agisse de l'ANSM, l'Agence nationale de sécurité du médicament, ou des comités de protection des personnes, les CPP, qui ont été sollicités. Comment jugez-vous une telle évolution en matière éthique ? En tant que rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour la branche maladie, j'avais entendu le professeur Raoult, qui nous avait apporté différentes précisions sur les essais randomisés et les essais comparatifs. Convient-il de revenir à la dimension éthique des CCP, qui a été perdue au fil du temps ?

Quatrième question, comment jugez-vous les limites à la liberté de prescrire définies par le ministre ?

Mme Sophie Crozier. – Effectivement, la place des patients a été insuffisante durant la crise. Je ne peux pas comparer la situation à celle de l'époque sida, puisque j'étais encore relativement jeune. Certes, un mouvement majeur consacrant les droits des patients est né à ce moment.

Comment les patients âgés ont-ils été représentés ? S'ils l'ont peu été, c'est parce qu'il n'existe pas d'association spécifique des personnes vulnérables vivant en Ehpad. Surtout, l'idée selon laquelle, dans l'urgence, on ne peut pas penser l'éthique a dominé. Or tel n'est pas le cas ! Malheureusement, les cellules de crise ont fonctionné avec une grande efficacité, mais sans que l'éthique ait son mot à dire. L'éthique est souvent considérée comme un supplément d'âme, comme « la cerise sur le gâteau ». La rapidité de réorganisation sur le terrain a été incroyable, mais n'a pas laissé place, au nom de l'urgence, à la réflexion éthique.

S'agissant du renoncement aux soins, plusieurs explications ont été avancées. Les patients ont eu peur d'être contaminés, malgré l'information, peut-être un peu tardive, sur les filières Covid et non Covid à l'hôpital. En outre, on ne peut pas le nier, l'accès aux soins n'était pas toujours assuré, en raison du manque de moyens. Les interventions chirurgicales étaient annulées, les infirmières compétentes étaient déplacées dans les unités de réanimation.

Ce renoncement aux soins perdure-t-il ? Je ne le pense pas, mais je n'ai pas de données à vous fournir sur ce sujet. Aujourd'hui, tout fonctionne comme avant, mais, avant, c'était déjà compliqué. Les tensions étaient majeures, avec de très nombreuses fermetures de lits. Ainsi, la moitié de notre unité de soins intensifs est fermée depuis des années. C'est un sujet de préoccupation majeure. En cas de nouvelle vague, on ne pourra pas annuler de nouveau la prise en charge des malades.

Nous ne pouvons pas imaginer aujourd'hui les conséquences de l'absence de prise en charge des patients non Covid. Je pense que la mortalité va augmenter, mais pas

seulement. On ne peut pas faire fi du vécu des patients qui ont été angoissés pendant des mois, en raison d'une absence de prise en charge.

S'agissant des essais cliniques, nous vous communiquerons les réponses que nous avons rédigées. Je ne suis pas chercheuse en sciences fondamentales, mais j'ai appris, durant mes études de médecine, que, dans le cadre des essais randomisés, notamment pour évaluer un essai thérapeutique, le fait d'avoir un groupe contrôle est tout de même une approche préférable. Je ne comprends donc pas forcément l'assertion du professeur Raoult.

M. René-Paul Savary, président. – Plutôt qu'un plan blanc national, vous pensez qu'un plan blanc différencié serait préférable ?

Mme Sophie Crozier. – Excellente question ! Bien sûr !

J'ai reçu un courrier extrêmement problématique du Conseil de l'ordre d'un département de France dans une région qui n'a pas été parmi les plus touchées. Il informait les médecins que les tous les patients des Ehpad en détresse respiratoire ne pourraient plus être admissibles à l'hôpital et qu'il ne fallait pas les y envoyer, mais envisager des soins de support. Certaines décisions prises en région, alors même que ces régions n'étaient pas touchées par l'épidémie, ont été extrêmement discutables d'un point de vue éthique. Il faudra en tirer les leçons.

M. Emmanuel Hirsch. – Si la partie introductive de mon propos a pu paraître un peu abrupte, je souhaitais la pondérer avec des textes de référence. J'ai beaucoup d'admiration pour les décideurs publics, auxquels je pose une question, sans les remettre en cause : pourquoi n'ont-ils pas adossé leur action sur des gens qui auraient pu leur donner des éléments d'arbitrage ? En effet, un certain nombre d'instances auraient pu apporter, dans le cadre d'une consultation, un peu plus ouverte, certaines analyses.

Pour nombre d'entre nous, la référence est celle des années sida, qui ont été vécues comme une aventure douloureuse, qui a donné lieu à une mobilisation de la société et à une inventivité médicale et scientifique sans précédent. Françoise Barré-Sinoussi et Jean-François Delfraissy étaient aux manettes dans différents domaines de l'expertise, ce qui témoigne à la fois d'une conscience éthique d'enjeux nationaux et planétaires et d'un sens de la relation à la personne malade et au milieu associatif.

J'avais ainsi proposé que le Conseil national du sida et des hépatites virales soit saisi, avec le Comité consultatif national d'éthique. Cette instance a une réputation et un savoir-faire qui auraient pu nous éclairer.

Dans les années sida, il y a eu une mobilisation associative. Rappelez-vous, en 1984, la création de l'association Aides par Daniel Deferre. Rappelez-vous aussi que les intellectuels et la société civile étaient présents au travers d'un certain nombre de représentants. Or, pendant le confinement, les intellectuels ont été peu présents, si ce n'est pour critiquer, de manière très contestable. Aujourd'hui, on a l'impression d'un chacun pour soi, alors qu'à l'époque la dimension politique de la pandémie était guidée par des intérêts supérieurs. Il y a aujourd'hui des associations de victimes du Covid-19, mais nous ne sommes qu'au début de la réalité du Covid et il n'y a pas encore de véritable projet.

Sans doute y a-t-il eu également des maladroites : était-ce à l'État d'intervenir aussi directement dans tous les domaines, de manière prescriptive et parfois paternaliste, avec toutes les contradictions qui ont émaillé, par exemple, les discussions sur le masque ?

S'agissant de la représentativité, les CRSA, les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, étaient désespérées de ne pas pouvoir se concerter au moment où leur expertise et leur représentativité auraient permis d'apporter quelque chose. L'Espace éthique était le réceptacle au quotidien de ce que vivaient les professionnels et les personnes malades, qui était inaudible.

On a pris des décisions, sans toujours les suivre, en les pondérant parfois. Je pense notamment à ce qui s'est passé pour les personnes autistes. Comment expliquer cette inintelligence du réel, qui aurait pu être corrigée par des expertises ?

La démocratie sanitaire, avec la loi du 4 mars 2002, a permis de développer des savoirs experts, lesquels, fort heureusement, se sont exprimés. Qu'est-ce qu'un savoir utile dans le contexte d'une pandémie et de quelle manière le reconnaître et l'intégrer ? Si j'avais été Premier ministre, j'aurais organisé une concertation avec les acteurs de terrain, dont j'aurais tiré un travail de pédagogie. Aujourd'hui, les gens sont sans repères, ils ne se sont pas appropriés les données de la crise. Je mets en cause un confinement intellectuel : pourquoi les propositions formulées notamment par Jean-François Delfraissy ont-elles été sans suite ?

Concernant l'expertise scientifique, l'enjeu est fondamental. Il y a des règles et des principes, et il est primordial de préserver un rapport de confiance entre la société et les scientifiques. Or on a créé une ambiance de désarticulation, dont nous aurons du mal à surmonter les conséquences dans les mois qui viennent.

Il aurait fallu réunir tous les comités d'éthique des organismes scientifiques, afin de rendre immédiatement une résolution. L'Office français de l'intégrité scientifique aurait pu aussi être saisi, et je ne vous parle pas du Conseil national de l'ordre des médecins concernant les aspects déontologiques.

Aujourd'hui, l'OMS et la déclaration d'Helsinki sur la recherche médicale admettent, dans les situations d'urgence, des approches compassionnelles argumentées, ce qui n'est pas contradictoire avec des approches expérimentales en vue d'une évaluation.

Nous avons également un interlocuteur marseillais, dont les compétences épistémologiques, mais aussi dialectiques sont grandes. Il s'agit non pas uniquement des décisions scientifiques qu'il prend, mais de toute la déstabilisation d'une société.

En conclusion, je rends hommage à tous les professionnels qui ont sauvé des vies humaines, dans le cadre de protocoles un peu discutables. L'éthique de la recherche, l'éthique de l'intégrité scientifique, renvoie vraiment aux valeurs de la République. Je le rappelle, lors du dernier G7, l'Académie nationale des sciences a rendu un avis sur l'intégrité scientifique et la démocratie.

On ne pourra pas se permettre de refaire ce qui a été fait. La décision du confinement a été assumée dans le cadre d'un arbitrage courageux. En matière d'éthique, il convient de toujours envisager les conséquences.

Dans une situation de crise, nous sommes tous vulnérables, non pas éthiquement, mais politiquement. La démocratie est directement en cause. Dans une situation de danger

plus ou moins bien identifiée, c'est notre cohésion et notre cohérence qui sont menacées. J'attends donc des politiques qu'ils adossent leurs décisions sur des relais, afin que ces dernières soient mieux intégrées par la population.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteur. – Docteur Crozier, vous avez évoqué quelques retours d'expérience, notamment concernant les transferts. Dans le cadre de cette commission d'enquête, des chefs de service ont affirmé que, lorsque les transferts ont eu lieu, ils étaient absolument nécessaires. D'autres chefs de service de cliniques privées nous ont dit que leurs cliniques, au même moment, étaient vides. Je vous pose la question : ces transferts étaient-ils utiles ?

Vous avez également évoqué la priorisation. J'ai moi-même recueilli un témoignage à cet égard : dans l'est de la France, au début de la crise, l'équipe de réanimation ne s'est pas déplacée pour une patiente atteinte d'un cancer du sein qui avait suivi une chimiothérapie, ce qui a entraîné son décès.

Ma question est simple : par rapport aux retours d'expérience des praticiens, des usagers, des familles et des patients, y aurait-il matière à engager des recours ? J'aimerais savoir où est la limite de l'urgence et de la force majeure, notions qui ont été souvent avancées. Pour vous, où est à la frontière entre le manque de moyens et l'obligation de moyens ?

Mme Sophie Crozier. – S'agissant des transferts, nous avons besoin des retours d'expérience pour savoir si les transferts étaient pleinement justifiés. Je ne dispose pas des informations nécessaires pour vous éclairer sur ce point. En revanche, j'ai posé la question de la participation des familles. J'ai eu écho d'une lettre de revendication de la famille d'un patient de l'AP-HP par le biais de la représentante des usagers. Cette famille se plaignait de ne pas avoir été associée à la décision du transfert. Il était en effet très douloureux de ne pas pouvoir se déplacer et de ne pas être auprès d'un proche extrêmement malade voire en fin de vie.

Vous posez la question de la limite de l'urgence et de la force majeure. Il s'agit bien entendu d'une question essentielle, qui doit être posée. Durant cette crise, nous avons manqué d'anticipation, notion évoquée tout à l'heure par le professeur Hirsch. Nous aurions pu anticiper le choix de privilégier à tout prix le secteur Covid.

Par ailleurs, je le rappelle, le nombre de patients atteints du Covid était comptabilisé tous les jours, ainsi que le nombre de décès. Il y avait des comparaisons européennes et mondiales : il fallait montrer quel système de santé affronterait le mieux le Covid. Mais qu'en était-il des autres patients ? En a-t-on parlé et le fera-t-on un jour ? C'est un vrai sujet !

Il y a eu une focalisation majeure sur les patients atteints du Covid, alors que ceux qui souffraient d'autres maladies graves nécessitant des traitements n'étaient pas pris en charge. Certaines vies valent-elles plus la peine d'être vécues que d'autres ? C'est une question éthique fondamentale, à laquelle je ne peux pas répondre, car elle nécessite une large discussion, et pas seulement entre médecins, comme cela s'est passé dans les cellules de crise. En effet, les décisions ont été prises de manière très verticale, sans associer les représentants des usagers ni les acteurs de terrain.

Les lits de réanimation sont une ressource rare, il y a des dizaines d'articles sur la question du tri en réanimation. Dans le contexte du Covid, les lits disponibles étaient encore moins nombreux pour les patients non Covid. On a eu un mal fou à trouver des soins de suite. Tous les patients qui n'avaient pas le Covid étaient des mauvais malades. Même aux urgences, quand vous arriviez avec un symptôme, on pensait immédiatement Covid, y compris pour une douleur abdominale, symptôme d'une péritonite. Cet éclairage a donc vraiment perturbé notre jugement, et il nous faut réfléchir sur cet aspect.

À cet égard, permettez-moi de vous lire un extrait d'une lettre adressée le 20 mars à tous les médecins d'un département par le conseil départemental de l'ordre : « Malheureusement, au vu des dernières recommandations, les patients de maisons de retraite et Ehpad présentant des comorbidités et en détresse respiratoire ne seront bientôt plus admissibles à l'hôpital. Il sera envisagé pour eux des soins de confort. Nous avons conscience que ces choix éthiques à venir seront douloureux, mais inévitables. »

Dire qu'il n'y a pas eu de priorisation et qu'on a pu prendre tout le monde en charge est faux ! Oui, il faut une priorisation, il faut que cela soit pensé dans le cadre d'une justice distributive de type utilitariste. En France, on ne veut pas penser la priorisation. La logique actuelle, qu'on appelle la loterie naturelle, c'est « premier arrivé, premier servi », ce qui est extrêmement discutable d'un point de vue éthique.

Cette crise peut nous éclairer sur les questions de priorisation qui se posent tous les jours dans nos hôpitaux parce qu'on manque de moyens, de façon chronique pour la réanimation. Si nous ne voulons pas penser ces questions, nous serons amenés à prendre des décisions qui ne seront probablement pas correctes.

M. Emmanuel Hirsch. – On parle de triage, de priorisation et de hiérarchisation des choix. Il y a des personnes qui étaient hospitalisées et n'ont pas voulu de la réanimation, compte tenu des conséquences qu'elle aurait pour eux. C'est un point à prendre en considération. Il n'y avait pas le temps de la négociation, il fallait prendre des décisions dans l'urgence, parfois sans voir la personne. Il était très difficile d'être en relation avec les familles, qui ne pouvaient souvent pas venir et qui risquaient d'être contaminées en venant.

Il convient donc de « décharger » l'a priori critique concernant des décisions médicales, qui sont en général des décisions collégiales, mais dans un contexte dégradé. Nous l'avons constaté, les cellules dédiées à la codécision éthique n'ont pas été fonctionnelles, dans la mesure où la plupart des services de réanimation possèdent une véritable culture éthique.

Permettez-moi de prendre l'exemple de l'Institut Gustave Roussy, qui possède un comité d'éthique tout à fait extraordinaire et pluridisciplinaire. L'ARS y avait réquisitionné les lits de réanimation. Sans doute certains patients n'ont-ils pas eu la chance d'accéder à une réanimation, alors que certains lits sont restés vides.

Face à la pression politique et à l'inquiétude, lorsqu'on vous dit, à titre de précaution, de fermer certains services pour redistribuer les moyens en faveur des patients atteints du Covid, vous le faites. Sinon, on vous reproche de ne pas l'avoir fait. L'éthique *a posteriori*, c'est facile ! La décision responsable *a priori* est beaucoup plus complexe.

Quant aux comités de protection des personnes, qui ne sont pas des comités d'éthique, mais des comités d'instruction de dossiers scientifiques comportant un aspect éthique, ils ont plutôt bien fonctionné. Confrontés nuit et jour à des sollicitations, ils ont pris

des décisions auxquelles je rends hommage, même si elles ont parfois été un peu rapides. Quoi qu'il en soit, leur instruction n'a pas été dysfonctionnante.

Je le rappelle, certaines autorités ont développé des essais d'une manière discutable. L'étude rendue par l'INSERM conclut, au travers d'une méta-analyse extrêmement détaillée, à l'inefficacité des molécules utilisées à l'époque.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Je tiens tout d'abord à vous remercier de la franchise de vos constats. En effet, six mois après le début de l'épidémie, la pénurie et les phénomènes de priorisation sont parfois remis en cause.

Je voudrais revenir sur la question des systèmes politiques et de la réponse qu'ils ont apportée à l'épidémie. Au niveau mondial, selon les régimes politiques, la réponse a été très différente. Elle a ainsi fait l'objet d'une instrumentalisation et de phénomènes de propagande, les régimes plus autoritaires tenant à démontrer la plus grande efficacité de leurs décisions.

Dans la première phase violente de cette épidémie, la population était très apeurée et souhaitait que la réponse apportée soit la plus efficace possible. Quand survient une épidémie, est-il plus efficace d'avoir une réponse autoritaire plutôt qu'une réponse de santé publique fondée sur l'*empowerment* ? Pour les responsables publics, c'est une vraie question. En effet, s'il est plus efficace d'être un peu autoritaire, pourquoi ne pas l'être ?

- Évoquons de nouveau la question de l'épidémie de sida. Vous avez parlé d'une sorte d'avènement de la démocratie sanitaire. Rappelez-vous les débats sur le dépistage obligatoire, qui était défendu par nombre de responsables politiques, au nom de l'efficacité, et aurait été totalement contreproductif ! Rappelez-vous également la tentative de tirer au sort les patients qui bénéficieraient d'un traitement ! L'histoire ne s'est donc pas écrite sans heurts, et je ne suis pas sûr que les acquis de cette période soient bien ancrés dans notre système politique et de santé.

Le développement du complotisme, la perte de valeur de la parole publique et des institutions ont introduit une certaine complexité, qui rend difficile l'appropriation de la parole des autorités par notre population. Bien évidemment, les épisodes concernant le masque ont été particulièrement dramatiques à cet égard. Comment apporter des arguments qui démontreraient que la participation de la population, la démocratie sanitaire, serait plus efficace pour prendre en charge l'épidémie ?

Je veux également vous interroger sur la parole des médecins, qui ont encore du poids dans l'opinion publique. Leurs interventions ont été contradictoires. On a eu le sentiment que les fondements éthiques reposaient moins sur l'intérêt des patients que sur d'autres types d'intérêt, ce qui a ouvert la porte à de multiples contestations, qui ne paraissent pas toujours infondées.

Par ailleurs, M. Hirsch est revenu sur la question de la gouvernance opérationnelle. Actuellement, c'est le secrétariat général de la défense nationale qui assure le pilotage de la lutte contre l'épidémie, ce qu'un ancien ministre de la santé a mis en cause à l'Assemblée nationale. Quel regard portez-vous sur cette question ?

Mme Sophie Crozier. – Comment penser l’adhésion de la population à des mesures contraignantes ? C’est une question que nous nous sommes posée dans les groupes de réflexion du CCNE.

L’un des éléments majeurs a été la question des moyens disponibles au moment où les décisions ont été prises. Si nous avions eu les moyens, si nous avions anticipé, les mesures auraient probablement été moins restrictives et aucune mesure autoritaire n’aurait été prise. Ce qui a posé problème, c’est le manque de loyauté. En tant que soignants et citoyens, nous avons très mal vécu les directives contradictoires qui évoluaient au fil du temps, mais non pas en fonction des connaissances scientifiques. On pouvait en effet imaginer que, par principe de précaution, il eût fallu protéger. D’un point de vue éthique, si l’on pense qu’il y a un risque, la stratégie habituelle est d’adopter le principe de précaution. Or nous n’avons pas pu appliquer ce principe, parce que nous n’en avons pas les moyens.

S’agissant de l’adhésion de la population à ces mesures, ces discours étant contradictoires, nous avons tous perçu un manque de loyauté. Nous nous sommes interrogés pour savoir si les recommandations que nous recevions étaient vraiment en accord avec ce que nous savions de la circulation d’un virus.

Si on veut faire mieux la prochaine fois, la question de l’anticipation, notamment pour ce qui concerne les mesures de protection, constitue un élément majeur, tout comme l’association de personnes diverses aux décisions de priorisation.

En outre, c’est vrai, la parole des médecins a été discréditée, en raison d’une surmédiasation, à laquelle il conviendra de réfléchir.

M. Emmanuel Hirsch. – Monsieur Jomier, en tant que médecin et politique, vous avez certainement la réponse à la question que vous avez posée.

Concernant la démocratie sanitaire, la loi du 4 mars 2002 est une conquête des années sida, qu’on le veuille ou non. Elle a pris naissance dans le cadre d’un débat démocratique et d’initiatives qui ont permis de redéfinir les légitimités. Si j’avais une suggestion à vous faire, ce serait d’actualiser cette loi en fonction de ce qui s’est passé, notamment pour reconnaître des droits aux personnes représentatives dans le contexte d’une pandémie ou d’une crise sanitaire. J’actualiserais également la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie, dont on connaît les écueils et les carences.

J’attends également beaucoup de l’évolution législative s’agissant des Ehpad et des personnes en situation de perte d’autonomie. N’oublions pas l’esprit de fraternité et d’engagement démocratique de malades qui disaient « il y a plus malade que moi ».

Par ailleurs, le triage a fait l’objet d’évolutions intéressantes, puisque, progressivement, dans les régulations du SAMU, on a intégré la compétence de gériatres.

En outre, certains Ehpad se sont autocensurés et n’ont pas fait appel aux services d’urgence. À ce titre, la pandémie a été révélatrice de l’image que la société se fait de ses vulnérabilités, pour ne pas dire de ses marginalités.

Selon moi, les décideurs politiques ont plutôt bien agi, dans la mesure où leurs marges de manœuvre étaient très limitées. Les discours politiques étaient empreints d’une valeur morale tout à fait exemplaire. Sans doute des positions éthiques ont-elles éclairé nos

politiques, leur permettant d'ajuster certaines décisions initiales. Le clair-obscur ne peut déboucher que sur des controverses, comme cela a été le cas pour le masque.

Ne l'oublions pas, certaines décisions ont une plus grande valeur symbolique que d'autres. Par exemple, pour ce qui concerne les transferts, il ne s'agissait pas uniquement d'un problème de santé publique, mais aussi de communication : nous avons besoin de voir que l'État agissait et faisait preuve d'une certaine inventivité.

Malheureusement, la pandémie intervient après les gilets jaunes, c'est-à-dire dans un contexte de crise de légitimité, de défiance, de suspicion, de crainte de manipulation voire d'instrumentalisation de la crise.

Mon sentiment personnel, c'est que les décideurs politiques, les responsables de l'État, ont assumé trop directement un certain nombre de décisions. Ils auraient pu se reposer sur d'autres autorités. Décider du détail de tout, d'une manière évolutive, n'est pas propre à rassurer.

En termes de visibilité de la décision politique, les arguments ont manqué, même si nous avons assisté à de très belles prises de position d'Édouard Philippe, qui a fait preuve de pédagogie. Il reste aujourd'hui crédible, ne serait-ce que parce qu'il a donné le sentiment de respecter le public dans sa capacité de comprendre et de s'approprier un certain nombre de questions.

La vraie question est la suivante : sommes-nous, en tant que citoyens, vraiment acteurs de la lutte ? Avons-nous compris les enjeux en termes d'intérêt général et d'intérêt supérieur ? De ce point de vue, l'échec me paraît total. Si les choses évoluent mal, nous vivrons une crise de délitement de la cohésion de notre société. D'ailleurs, un certain nombre de personnes sont prêtes à sortir du bois pour utiliser une telle situation .

Par conséquent, comment responsabiliser les acteurs et reconnaître la multiplicité des compétences et l'esprit d'initiative du terrain ? Notre Premier ministre semble avancer dans cette direction. Je comprends mal pourquoi on n'a pas pris en compte cette intelligence du réel détenue par les gens qui sont sur le terrain. Pourquoi ne pas avoir lancé des états généraux ou des consultations sur internet ? À ma profonde stupéfaction, cela n'a pas été fait.

Pour finir, je dirai que j'ai confiance dans l'État, dans nos responsables, non pas par conviction, mais par nécessité. Ce qui manque aujourd'hui, c'est un projet.

L'application *StopCovid* fait partie de vos préoccupations. Je suis membre du comité pilote d'éthique du numérique. Lorsque j'observe la défiance à l'égard de cet outil, je me dis que cette construction théoriquement intéressante par des gens de très grande qualité a aujourd'hui toutes les chances d'aboutir à un flop. Quand on est dans une situation d'urgence et d'intérêt national, les susceptibilités concernant des données confidentielles qui sont partagées toute la journée sur internet pourraient être revues. Malheureusement, il n'existe pas de parole publique pour étayer cette position, dérogoire à des valeurs transcendantes. Si j'admire les politiques qui sont aux commandes, je les admirerais davantage s'ils s'employaient à discuter et à tenir compte de l'expertise de la société.

M. Jean-François Rapin. – Docteur Crozier, vous avez parlé tout à l'heure de perte de chance. Au-delà de certaines plaintes médiatiques, êtes-vous confrontée à un afflux de plaintes concernant ce problème de perte de chance ?

Ma deuxième question n'a peut-être rien à voir avec l'éthique. Vous avez dit que le nombre d'admissions à l'hôpital à la suite d'accidents vasculaires cérébraux avait chuté durant la pandémie. Or je pensais qu'il y avait eu un nombre important d'accidents thromboemboliques liés au Covid. Je relève ainsi une discordance entre la situation réelle et ce que nous en savons.

Mme Victoire Jasmin. – Certes, il fallait gérer l'urgence. Pour autant, le sensationnel véhiculé par les médias a créé des biais, tant au niveau juridique que sanitaire. On l'a constaté, les familles n'étaient pas forcément prises en compte.

Cette pandémie a permis de mettre en évidence une méconnaissance concernant la démocratie sanitaire, certains leviers n'ayant pas été mobilisés. L'emballement de la communication concernant les orientations stratégiques n'a servi ni soignants ni aux familles. Il y a eu des plaintes, parce qu'il y avait probablement de vraies raisons de porter plainte, mais aussi parce que les discours disproportionnés et la centralisation des décisions n'ont pas toujours été pertinents. Nous devons donc apprendre à travailler différemment.

Dans le cadre d'un plan blanc, il faudrait mettre en place des plans de continuité d'activité partagée. Nous avons des groupements hospitaliers de territoire, ainsi que des complémentarités entre le privé et le public, qui auraient peut-être pu éviter certains transferts.

Ni les conférences régionales de la santé et de l'autonomie ni la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé n'ont été sollicitées. Une réflexion doit être menée pour apprendre à travailler ensemble et à mieux nous connaître.

Mme Michelle Meunier. – Cette audition nous place « au coeur du réacteur ». Nous avons commencé à aborder les questions d'éthique hier, à propos des personnes âgées très vulnérables, notamment celles qui sont en fin de vie. On meurt mal aujourd'hui en France, c'est votre confrère Régis Aubry qui le dit depuis des années, et je pense qu'il a raison.

Vous avez parlé, madame Crozier, de loyauté et du danger qu'il y aurait à dire la vérité. Alors que vous êtes si convaincue et si convaincante – on sent bien la révolte que vous avez en vous – êtes-vous entendue par le pouvoir en place et les autorités politiques ?

Par ailleurs, M. Jomier a évoqué ce problème, faut-il poursuivre dans la voie de la pédagogie ou bien imposer certaines mesures ? Dans certains cas, on le voit bien, les directives sont floues.

Monsieur Hirsch, s'agissant du retour d'expérience que vous avez évoqué, quelles questions éthiques reviennent le plus souvent dans la bouche des soignants ? Pouvez-vous nous donner quelques indications en la matière ?

M. Jean-François Husson. – Professeur Hirsch, vous avez évoqué les avis du Conseil scientifique, mais aussi et surtout ceux du Comité consultatif national d'éthique sur la pandémie grippale, qui remontent à 2009.

Vous l'avez souligné, les sciences humaines et sociales ont été les grandes oubliées pendant la crise. Comment serait-il possible de mieux gérer le temps de l'urgence en s'appuyant sur l'exigence éthique ?

Ce que vous avez appelé la « démocratie sanitaire », qui regrouperait non seulement les usagers et les familles, mais aussi l'ensemble des équipes médicales, les experts ARS et la communauté des élus, constitue-t-elle une piste d'amélioration ?

Au demeurant, vous avez tempéré votre propos en disant que l'éthique a posteriori, c'était facile. Dans l'urgence, sous les feux des médias, notre compréhension de la situation est souvent perturbée.

M. Jean Sol. – Une métaphore guerrière a été utilisée à plusieurs reprises par le Président de la République au début de cette crise sanitaire sans précédent. Elle était synonyme d'appel à la responsabilité, de discipline et d'obéissance.

Pensez-vous que ce vocabulaire a eu un impact sur la gestion de la crise et permis une réponse adaptée ? J'ai personnellement le sentiment qu'elle a plutôt créé un choc psychologique très important, encore présent aujourd'hui, amplifié par le fait que les armes faisaient défaut à ce moment précis et que les soldats n'étaient pas associés à la stratégie au combat.

Par ailleurs, la crise du coronavirus nous a montré qu'aucun expert, aucun chercheur, aucun spécialiste, pourtant très présents sur les plateaux de télévision, n'ont pu se substituer à une réflexion commune. Qu'en pensez-vous ?

Mme Sophie Crozier. – S'agissant des pertes de chance et des plaintes, je ne pourrai pas vous répondre aujourd'hui. Sans doute les représentants des usagers auraient-ils des réponses à vous donner, car les choses commencent à remonter.

Au-delà des plaintes, c'est-à-dire des personnes qui feront la démarche de demander réparation ou de signaler une perte de chance, on ne peut pas ne pas faire de retour d'expérience et ne pas penser les très probables pertes de chance pour les patients atteints du Covid et pour tous les autres patients. Ce travail prendra du temps.

Je le répète, les pertes de chance ont largement dépassé la question des décès. Les retards dans les prises en charge de cancers ou de maladies vasculaires constituent un vrai problème. J'ai échangé hier soir avec la représentante des usagers de l'AP-HP, qui fait partie de notre coordination de la démarche éthique. Pour le moment, elle n'a pas de chiffres à sa disposition.

S'agissant des accidents vasculaires cérébraux, vous avez entièrement raison, et je souhaite souligner deux points importants. Les patients atteints d'un Covid sévère ont pu présenter des maladies thromboemboliques, principalement des embolies pulmonaires, mais aussi des accidents vasculaires cérébraux. La majorité d'entre eux ont été pris en charge dans les unités dédiées au Covid, donc pas dans nos unités.

Par ailleurs, l'accident vasculaire cérébral est une pathologie qui survient chez des personnes âgées de plus de 75 ans, nombre d'entre elles venant donc d'établissements de santé comme les Ehpad. Ces dernières, de toute façon, ne nous ont pas été adressées.

Pendant la période du confinement, on a observé partout une activité extrêmement réduite. Nous avons interpellé nos collègues français, il y a eu des échanges au niveau international. Surtout, les patients arrivaient avec des retards de prise en charge que je n'avais pas vus depuis dix ans : il y a eu un renoncement aux soins, les gens n'ont pas osé déranger, alors qu'ils avaient des symptômes d'AVC.

Madame Jasmin, certes, il y a eu un emballement médiatique qui a été à l'origine de biais dans la perception de ce qui se passait réellement sur le terrain. Ce focus sur le Covid a eu un impact sur nos pratiques soignantes. Nous finissons par ne plus faire que ce diagnostic, ce qui était problématique. C'est certain, les professionnels devront se remettre en question.

Concernant la centralisation des décisions, je suis entièrement d'accord avec vous. L'approche du cas particulier, même avec des recommandations, est un principe garant du respect de la dignité de la personne.

Quant à la coopération, il s'agit d'un élément essentiel. Notre difficulté à coopérer entre hôpitaux publics, entre hôpitaux publics et privés, entre hôpitaux et médecine de ville était connue. Espérons que cette crise accélère ce qui était engagé depuis longtemps par le ministère de la santé. Nous devons tirer les leçons de la crise et apprendre à travailler ensemble, pour améliorer de façon globale nos pratiques soignantes. Je reste convaincue de l'importance de faire exister la démarche éthique.

M. René-Paul Savary, président. – Les leçons n'ont donc pas encore été tirées ?

Mme Sophie Crozier. – Je ne le pense pas.

Pour le moment, la situation des hôpitaux publics est la même qu'avant la crise. C'est peut-être même pire, les soignants étant épuisés. Ils ont perdu leur motivation et leur confiance envers les pouvoirs publics, ce qui est tout de même extrêmement préoccupant.

Madame Meunier, il me semble qu'un discours de loyauté et de vérité est meilleur, dans ce contexte, pour ce qui concerne l'adhésion à des recommandations. Le doute des professionnels concernant la loyauté des directives a vraiment posé problème. À titre personnel, j'estime que cette absence de loyauté a eu des conséquences majeures. L'adaptation des directives à la pénurie a mis en danger les personnels soignants et la population. Cet aspect doit être questionné.

Vous me demandez si j'ai été entendue. Non, je ne suis pas entendue ! Quand, à d'autres occasions, j'ai pu alerter sur les difficultés de l'hôpital public – je suis très engagée dans la défense de l'hôpital public depuis des années –, la pénurie de personnel et de moyens, les restrictions budgétaires qui conduisent à une paupérisation de l'hôpital et l'abandon des professionnels qui travaillent dans des conditions épouvantables, je n'ai pas été entendue !

Monsieur Husson, je suis entièrement d'accord avec vous, la métaphore guerrière a permis de faire comprendre le sacrifice des soignants, qui tombaient faute d'armes pour se défendre. Il faudrait évaluer le choc psychologique qu'elle a provoqué auprès des citoyens. Des sociologues s'intéresseront sans doute à la question, car l'un des « bénéfiques » du confinement a été une grande production intellectuelle, qui éclairera peut-être, dans les prochaines semaines, ces questions essentielles.

M. Emmanuel Hirsch. – Nous sommes dans une période post-confinement : les conditions sont-elles réunies pour assumer la situation actuelle ? Nous découvrons les politiques publiques au jour le jour, il y a un manque de pédagogie. La dimension du respect de l'autre dans le port du masque n'a pas été assez promue par les responsables politiques. Or, ce n'est pas du jour au lendemain qu'on a découvert cette question. Si les médias ont assumé un rôle de pédagogie, avec parfois des excès, c'est par absence d'initiatives de pédagogie

sociale. Le monde de la culture n'a pas été mobilisé par exemple, pour apporter une ouverture, un horizon. Les tribunes d'intellectuels n'ont pas été transposées dans les décisions publiques.

Pendant le confinement s'est posée la dialectique entre liberté et égalité. En termes de valeurs, il y a eu des valeurs inconditionnelles qui ont été affirmées, dont le respect des plus vulnérables. Il faut montrer que le respect de la vie comme valeur est une richesse pour la société. Il est regrettable que ces sujets ne soient pas davantage abordés dans le débat public. La reconnaissance exprimée à l'égard des professionnels de santé a été exceptionnelle. Mais qu'en est-il des endeuillés ? On n'a pas suffisamment pris en compte et valorisé tous ceux qui ont été affectés. Une cérémonie de deuil aurait pu être organisée. La défense de la démocratie a surtout été présentée sous l'angle de la santé publique mais bien d'autres pans auraient dû être mis en avant. Il y a une dimension éthique fondamentale dans les souffrances qui ont été vécues du fait du confinement et de l'isolement. L'accompagnement des personnes qui ont souffert aurait pu être valorisé.

La métaphore de la guerre a été employée. Ce qui est important c'est la mobilisation et l'esprit d'engagement. C'est un discours, on peut le contester. Si on se mobilise dans un contexte démuni, en l'espèce sans équipements de protection suffisants, cela demande une forme d'humilité de la part des autorités publiques. Lors de la grippe H1N1, le ministère de l'intérieur a eu une position centrale. Aujourd'hui, les enjeux de santé et d'humanité ont été au rendez-vous pendant la crise.

Il est possible de concilier le temps de l'urgence et le temps de l'éthique. Les professionnels avaient besoin d'approfondissements pour s'interroger sur ce qu'ils font et sur ce qu'ils sont. Aujourd'hui, on semble prendre des mesures par défaut, comme sur le port du masque, plutôt qu'avec un volontarisme soutenu et fondé sur un projet. Par exemple, pendant la grippe H1N1, il y a eu des réunions dans des municipalités aux États-Unis pour trancher des questions éthiques, en particulier sur la priorisation des patients.

Les interrogations éthiques doivent permettre d'éclairer les enjeux et de les documenter. L'une des questions était de savoir si on pouvait prendre des décisions en examinant chaque cas individuel face à l'urgence et à la cohorte des patients. Les Samu ont mis en place des dispositifs et on en tirera des enseignements, pour autant qu'on veuille bien le faire.

Je souhaiterais que la commission d'enquête prenne bien en compte le fait que l'éthique doit être incarnée par les professionnels, ce qui suppose qu'ils en aient les moyens. S'il n'y a pas de concertations et que le Conseil national de l'ordre des médecins n'est pas un peu plus présent, on ne progressera pas. J'en appelle à la concertation de l'ensemble des instances éthiques compétentes pour tirer les leçons de la crise sanitaire.

Mme Angèle Prévile. – Comment s'est-on laissé imposer certaines décisions prises par les autorités sanitaires ? On a vécu des épisodes grippaux, nous avons des connaissances en santé publique, en particulier les médecins. Comment se fait-il que nous n'ayons pas pu infléchir la communication du Gouvernement pour assumer le manque d'équipements de protection ? Comment se fait-il que les médecins ne soient pas montés au créneau sur le port du masque ?

Sur les visites des patients, notamment ceux en fin de vie, se pose une question éthique plus large. On aurait dû solliciter les sciences humaines et sociales car sur ce sujet, il

paraît évident qu'on a franchi une ligne rouge. Il y a eu une perte de valeurs considérable sur le renoncement aux visites des personnes en fin de vie. Quel regard devons-nous avoir sur ce sujet ?

Mme Annie Guillemot. – Je vous remercie pour vos propos très marquants. J'ai conduit une mission pendant la crise sanitaire sur le logement et l'hébergement d'urgence, avec ma collègue Dominique Estrosi Sassone. Le secteur de l'hébergement a connu de grandes difficultés pendant la crise. Le personnel n'avait pas d'équipements de protection, la priorité étant donnée aux professionnels du secteur sanitaire, avant le secteur social. Or ils ont dû prendre en charge des malades car personne ne voulait venir les chercher. Avez-vous identifié des enjeux éthiques sur ce secteur ?

Je souhaite aussi évoquer la cacophonie qui a résulté des expressions contradictoires des médecins dans les médias. Pour les citoyens, cela a été difficile à vivre. Aujourd'hui nous assistons à des manifestations anti-masques, c'est grave. Comment se fait-il en outre que des médecins doivent encore faire des pétitions pour que soit précisée la stratégie du dépistage ? Pourquoi le ministère de la santé a-t-il été au premier rang dans la gestion de la crise ? Cela a marqué les décisions qui ont été prises. Par ailleurs, que pensez-vous de la concurrence qui a pu exister entre les pompiers et le Samu ?

Concernant la mobilisation des sciences sociales, nous sommes aujourd'hui en déficit de recherche en sciences humaines et sociales et c'est un problème qui dépasse la crise sanitaire.

Mme Laurence Cohen. – Le problème de fond est celui d'un système de santé en souffrance depuis des années, au sein duquel les professionnels sont peu et mal entendus. Alors, dans ce système, lorsqu'une pandémie survient, les problèmes sont exacerbés. En matière d'éthique, la crise a révélé la faiblesse de la démocratie sanitaire. Avec les modifications qui se sont opérées dans le système de santé, le pouvoir n'est qu'entre quelques mains.

Nous avons besoin de ce retour d'expérience car il faut que nous puissions faire la part des choses entre la non connaissance du virus, puis une connaissance progressive, et des décisions qu'il faut analyser pour ne pas réitérer les erreurs commises. C'est très important car la méfiance naît au sein de la population lorsque les décisions sont dictées par la pénurie plutôt que par la connaissance scientifique.

Sur les transferts de patients, il est important de creuser cette question d'un point de vue éthique car des urgentistes nous ont dit que, pour certains patients, ils constituaient une perte de chance. Il y a certes l'état physique du patient mais aussi son état psychologique, lié notamment à l'éloignement de sa famille.

Concernant le traçage des patients, une question éthique se pose. Il y a la nécessité de suivre les personnes contaminées par le virus mais aussi la nécessité de préserver les libertés. Quel est votre avis sur ce sujet ?

Enfin, je pense qu'on aurait besoin de se pencher sur la notion d'expert. Aujourd'hui, tout le monde se proclame expert sur les réseaux sociaux et dans les médias !

Mme Muriel Jourda. – Madame Crozier, quel est votre opinion sur le fait que, selon certains médecins, le renoncement aux soins est venu des messages diffusés par la

direction générale de la santé de ne pas se rendre chez son médecin sauf si on y était convoqué ?

Monsieur Hirsch, vous nous disiez que vous aviez été peu sollicité sur les questions éthiques pendant la crise. Vous-même, avez-vous contacté certaines institutions et quelles ont été leurs réponses ?

M. Emmanuel Capus. – Le philosophe André Comte-Sponville a publié une tribune dans laquelle il explique que le confinement traduit une politique de précaution pour protéger principalement les populations âgées, au prix d'un effort considérable de la société. Il en conclut que c'est un basculement éthique inédit. Qu'en pensez-vous ?

Ensuite, les libertés individuelles ont été profondément encadrées pendant le confinement, notamment la liberté de culte. Le Conseil d'État a même considéré que certaines de ces restrictions étaient excessives. Où doit-on fixer le curseur entre protection de la santé et préservation des libertés ?

La question des rites funéraires et des hommages aux morts est essentielle dans notre civilisation. Où doit-on mettre le curseur entre le principe de précaution et les rites funéraires que toute société pratique vis-à-vis de ses morts ?

M. Arnaud Bazin. – Ma question porte sur le rapport entre la responsabilité et l'éthique. Nous vivons dans une société de plus en plus judiciarisée et des décisions ont été dictées par la crainte du contentieux. Comment percevez-vous d'un point de vue éthique l'intensification de cette judiciarisation ?

Mme Sophie Crozier. – Je vous remercie pour toutes ces questions. Concernant la communication sur les équipements de protection individuelle, elle pose la question éthique de la désobéissance à des ordres absurdes. C'est une question qui n'est pas nouvelle. On se la pose régulièrement dans nos pratiques soignantes. J'espère que cette crise va nous conduire à être en capacité d'interroger des consignes absurdes. Si on avait un doute sur la contagiosité du virus alors il fallait se protéger. Les Italiens ont vite réagi en disant qu'il fallait se protéger le visage, même avec un bout de tissu. Début mars, il n'y avait pas de consigne de port du masque pour les soignants dans mon service. C'est à ce moment-là que des soignants ont été contaminés. La question est aussi de savoir si les responsables politiques ne se sont pas défaussés sur des médecins pour prendre des décisions et les médecins n'ont pas toujours émis des recommandations basées sur le principe de précaution.

Sur les questions de logement et d'hébergement, je n'ai pas de compétence mais cela pose évidemment des questions éthiques. Ce sujet me fait penser à la question de la priorisation des équipements de protection. Ils ont été donnés d'abord à l'hôpital mais au sein même de l'hôpital, on nous culpabilisait de les utiliser. On se disait que certains services en avaient plus besoin que nous. On a donc mal fait, en réutilisant les masques par exemple, car nous avons intégré le fait qu'il y avait une pénurie.

Sur le système hospitalier, les problèmes qui se posent aujourd'hui dépassent la crise sanitaire. C'est le moment de revoir ce système, de revoir l'accès aux soins. La gouvernance du système hospitalier est une question essentielle sur laquelle il va vraiment falloir avancer.

La concurrence entre les pompiers et le Samu est un problème politique, même s'il peut poser des questions éthiques. Sur les éventuelles pertes de chances liées aux transferts de patients, il faudra évidemment savoir ce qu'il en a été. Par ailleurs, toute la dimension psychologique de la crise devra être étudiée.

La question du traçage des patients a émergé dans un climat de méfiance et de défiance, ce qui peut expliquer que très peu de personnes ont adhéré à ce dispositif. Il y a là une question de communication et de verticalité de la décision.

Sur la définition de l'expert, on pourrait y passer des heures. S'agissant de la communication de crise en général et de l'attribution du qualificatif d'expert, il y a une responsabilité des médecins et il faudra absolument qu'on s'interroge pour ne pas reproduire ces discours contradictoires.

La parole publique a effectivement eu un effet sur le renoncement aux soins. Si cette crise peut apporter des améliorations dans les échanges entre la médecine de ville et l'hôpital ce sera très bénéfique. Une autre source du renoncement aux soins vient du fait que les patients ne voulaient pas déranger les médecins en pleine crise. Il y a donc eu une part d'autocensure.

M. Emmanuel Hirsch. – Je n'ai pas rencontré d'autres institutions que le conseil régional d'Île-de-France et le conseil scientifique. J'ai eu des échanges directs avec Jean-François Delfraissy. J'ai adressé des documents à la direction générale de la santé et j'ai eu quelques échanges avec les services de la mairie de Paris. Cela montre que la concertation est possible. Nous la poursuivons, notamment avec les associations.

Le retour d'expérience est très intéressant, nous continuons à y travailler et il faudra en tirer des enseignements. Certains services ont été très affectés pendant la crise, en raison de décisions prises qui ont remis en cause des valeurs éthiques fondamentales. Pour d'autre, la cohésion a été maintenue en s'accrochant à ces valeurs ou en s'interrogeant collectivement sur des questions éthiques. La crise a tout autant aggravé les fragilités que permis de renforcer la cohésion des équipes professionnelles.

La question de l'accueil des plus vulnérables est fondamentale. Les gymnases ou les campements étaient mal équipés pour protéger les personnes. Des structures d'accueil ont dû être fermées par manque d'équipements de protection. Les maraudes et les Samu sociaux n'ont pas déserté, il faut leur rendre hommage. Ils attendent de la reconnaissance, plus que des indemnités.

L'image de la personne hébergée en institution a beaucoup évolué avec la crise : on s'est aperçu que ce sont des personnes qui ont encore des relations sociales.

Je suis un admirateur d'André Comte-Sponville. Bernard-Henri Lévy s'est aussi exprimé sur la crise. Leurs positions pourraient être analysées, notamment sur la critique du biopouvoir. Ce sont des questions que beaucoup de personnes se posent : comment en débat-on socialement, au-delà des tribunes ? Il faut en discuter, maintenant que la sidération est passée. Le confinement a déjà été un moment de réflexion. C'est la première pandémie que l'on a vécue de chez soi, en direct, avec l'écran de télévision pour seul horizon. On peut aussi s'interroger sur la transparence de l'information, sur la manipulation de l'information, notamment de l'information scientifique.

Je pense que ce qui est en jeu, ce sont les valeurs de la République. La pandémie est une circonstance inattendue qui fait émerger des questions politiques et éthiques qu'on ne doit pas évacuer. Nous avons vécu une période extraordinaire, marquée par la dureté abyssale de ceux qui ont vécu des souffrances irréparables, de ceux qui sont dorénavant en fragilité économique et sociale. On doit témoigner des solidarités. De mon expérience, jamais la demande d'éthique, de sens et de politique n'a été aussi forte. Je vous remercie de nous avoir associés à vos travaux et de vos nombreuses questions qui nourrissent notre réflexion. Nous sommes inquiets de repères qui s'effondrent, qui font que la question du sens de la vie en société est peut-être de plus en plus contestée.

M. René-Paul Savary, président. – Je vous remercie.

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

La réunion est close à 12 h 35.

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

La réunion est ouverte à 14 h 30.

Table ronde avec des ordres des professions de santé

M. René-Paul Savary, président. – Notre audition de cet après-midi est consacrée aux ordres des professions de santé.

Nous entendons cet après-midi M. Patrick Chamboredon, président du Conseil national de l'ordre des infirmiers, Mme Isabelle Derrendinger, secrétaire générale du Conseil national de l'ordre des sages-femmes, Dr Serge Fournier, président du Conseil national de l'ordre des dentistes, Mme Pascale Mathieu, présidente du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, Dr Jean-Marcel Mourgues, vice-président du Conseil national de l'ordre des médecins, et Dr Carine Wolf-Thal, présidente du Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

Dans les premiers temps de la crise sanitaire, de nombreux professionnels de ville n'ont pas été en mesure de remplir leur rôle de premier recours, comme cela aurait dû être le cas s'agissant d'une épidémie pour laquelle les formes graves sont l'exception et ciblent des catégories de la population bien identifiées. Les causes en sont diverses : crainte des patients, défaut d'équipement et crainte des professionnels. Elles ont conduit les ordres à préconiser dans certains cas de fermer les cabinets.

Dans quelles conditions aurions-nous pu maintenir une activité à un meilleur niveau, comme cela a été le cas en Allemagne ? Quel retour d'expérience les ordres ont-ils tiré des premiers temps de la crise sanitaire ? Nous réserverons une place particulière aux pharmaciens, pour lesquels la problématique des équipements de protection est très spécifique. Qui est responsable de ces approvisionnements pour les professionnels ? À quel niveau doit-on stocker ces équipements ? Qui doit les financer ?

Conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, je vais vous demander de prêter serment. Je rappelle que tout témoignage mensonger devant une

commission d'enquête parlementaire est passible des peines prévues aux articles 434-13 à 434-15 du code pénal.

Conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, M. Patrick Chamboredon, Mme Isabelle Derrendinger, M. Serge Fournier, Mme Pascale Mathieu, M. Jean-Marcel Mourgues, Mme Carine Wolf-Thal prêtent serment.

M. Patrick Chamboredon, président du Conseil national de l'ordre des infirmiers. – Alors que le nombre d'infirmiers est de 700 000, seulement 350 000 professionnels sont inscrits à l'ordre. Nous possédons toutefois une vraie représentativité, d'autant que nous avons réalisé un grand nombre d'enquêtes durant la crise sanitaire.

Autre particularité, un tiers des infirmiers exercent en libéral et deux tiers sont salariés du public ou du privé.

Durant la période de confinement, les professionnels ont continué à se rendre au domicile des patients, pour assurer la continuité des soins. Ils ont pris en charge les patients atteints du covid. Pour ce qui concerne le secteur hospitalier, ils se sont mobilisés, comme en ont témoigné les images transmises à la télévision, pour renforcer les services de réanimation.

Mme Isabelle Derrendinger, secrétaire générale du Conseil national de l'ordre des sages-femmes. – Je remercie tout d'abord mes collègues de me permettre de représenter les 24 000 sages-femmes de France.

La France a traversé et traverse la plus grande crise sanitaire qu'elle ait connue depuis plus d'un siècle. Pour lutter contre la covid-19, des mesures exceptionnelles ont été prises. Le monde s'est confiné, le système de santé s'est réorganisé et l'industrie s'est réorientée. Pendant cette période hors du commun, les sages-femmes ont continué leur activité. À la question « Ont-elles fermé leur cabinet ? », je peux répondre d'ores et déjà « non », malgré des conditions particulièrement complexes. Alors que la crise a imposé une interruption de l'activité médicale non urgente dans son ensemble, soulignons que l'obstétrique ne se déprogramme pas et, de facto, ne se reporte pas.

Je veux profiter de l'occasion qui m'est donnée pour remercier mes consœurs les sages-femmes et saluer leur professionnalisme sans faille. Il est indispensable d'exposer les conditions complexes dans lesquelles elles ont été amenées à exercer. Il s'agit de répondre aux conditions de la crise actuelle, ainsi que des prochaines crises sanitaires, et d'améliorer la prise en charge de la santé des femmes.

Tout d'abord, l'accès aux équipements de protection individuelle a été chaotique et cacophonique pour l'ensemble des professionnels de santé, encore plus pour les sages-femmes. Le 28 février dernier, le Conseil national de l'ordre a alerté les autorités de santé sur les problématiques d'accès au matériel de protection pour les sages-femmes et a reçu une réponse rassurante.

Le 14 mars a été publié un arrêté permettant aux sages-femmes de bénéficier des stocks nationaux, au même titre que les autres professionnels de santé. Mais, quarante-huit heures plus tard, un nouvel arrêté est venu contredire le premier, puisqu'il ne mentionnait pas les sages-femmes. Le Conseil national a alors saisi en urgence le cabinet du ministre et la Direction générale de la santé (DGS) pour rectification. Le soir même, un message urgent de

la DGS était publié. Néanmoins, la dotation était symbolique, puisque, à ce moment-là, n'étaient octroyés que six masques par semaine aux sages-femmes exerçant dans les zones à risque.

Pour rappel, le Haut Conseil de la santé publique avait classé les femmes ayant atteint le troisième trimestre de la grossesse comme patients vulnérables, et ce dès le 14 mars. Pour rappel encore, les sages-femmes n'ont pas interrompu leur activité. Elles ont été amenées à prendre en charge des patients atteints du covid.

Cette dotation de six masques par semaine ne s'est étendue à l'ensemble des sages-femmes du territoire français que le 25 mars. Elle est passée à dix-huit masques le 20 avril, puis à vingt-quatre masques au moment du déconfinement.

Ainsi, au plus fort de la crise, les sages-femmes n'ont eu accès qu'à un nombre plus que restreint de masques, ce qui a marginalisé la profession et, par extension, la santé des femmes. Ajoutons qu'aujourd'hui encore les sages-femmes ne bénéficient toujours pas de masques FFP2 pour prendre en charge les femmes covid+.

Par ailleurs, la prise en compte de la périnatalité par les pouvoirs publics a été tardive. En conséquence, les sages-femmes et les maternités se sont organisées difficilement, avec des protocoles aléatoires. La question de la place de l'accompagnant pendant l'accouchement a crispé les débats et stressé les femmes et les couples. Les réponses concernant la périnatalité ont été publiées tardivement, à savoir le 1er avril, et n'ont pas été actualisées au moment capital du déconfinement, en raison d'un blocage lié à la stratégie de dotation en masques FFP2 pour les sages-femmes.

Par ailleurs, si l'exercice de communication du ministère des solidarités et de la santé était difficile, du fait de la progression rapide de l'épidémie et de l'évolution quotidienne des connaissances, il est devenu quasiment impossible. La confusion de la communication politique et scientifique a conduit à la cacophonie, à la perte de repères et à la décrédibilisation de la parole publique.

Dans ce contexte, l'ordre des sages-femmes, à l'échelon tant national que local, s'est organisé pour soutenir les sages-femmes dans leur pratique, afin de garantir une prise en charge sécurisée et de qualité des femmes et des nouveau-nés et de défendre les droits des femmes. L'ordre a participé à la régulation des pratiques. Dès le 15 mars, nous avons adopté des consignes gouvernementales en recommandant aux sages-femmes de maintenir leur activité, tout en reportant certains soins non urgents. Nous avons publié un guide de bonnes pratiques, toujours en vigueur, dans le cadre du déconfinement.

Dès le début de la crise, la principale préoccupation de l'ordre a été la communication. Devant des informations évolutives et parfois contradictoires, afin de limiter la confusion, le Conseil a choisi de temporiser, en recoupant et centralisant les informations provenant de différentes sources. Nous avons ainsi mis en place une communication multimodale, pour informer directement l'ensemble des sages-femmes. Dans l'enquête *flash* du Collège national des sages-femmes de juillet 2020, *les newsletters* de l'ordre et les communiqués « DGS-Urgent » ont été les principales sources d'information des sages-femmes. L'ordre a joué un rôle de veille et d'alerte à destination des autorités, en relayant les demandes, les craintes, les questions des sages-femmes. Ainsi, nous sommes intervenus pour obtenir le remboursement de la télémédecine ou des dotations d'équipement de protection.

Historiquement engagé pour défendre les droits des femmes, l'ordre s'est mobilisé pour augmenter les délais légaux d'accès à l'IVG pendant la crise. Les droits des femmes ne doivent pas reculer. Les sages-femmes ont contribué à maintenir l'accès à la contraception et à l'IVG, afin de garantir aux femmes la possibilité de disposer de leur corps.

Durant la phase aiguë de la crise, les sages-femmes ont œuvré sans ménagement, dans des conditions complexes quotidiennes. Elles ont ainsi accompagné près de 120 000 naissances pendant ces deux mois de confinement. L'activité obstétricale ne se déprogramme pas.

Fatiguées par la crise sanitaire et leur marginalisation dans la gestion de cette crise, la lassitude des sages-femmes est aujourd'hui renforcée par les conclusions du Ségur de la santé. Elles se sentent plus que jamais oubliées et méprisées par les pouvoirs publics.

Dr Serge Fournier, président du Conseil national de l'ordre des dentistes. – Pour nous, cette crise a pris un aspect particulier, pour deux raisons : d'une part, nous étions et nous sommes toujours la profession la plus exposée aux risques de contamination ; d'autre part, notre exercice est à 95 % de nature libérale.

J'ai été l'un des présidents qui, le 16 mars dernier, ont demandé à l'ensemble de la profession de fermer les cabinets, pour des raisons de sécurité. Parallèlement, l'ordre national et les ordres régionaux et départementaux ont instauré un service de garde sur le territoire métropolitain et outre-mer. Nous avons également mis en place un numéro d'appel de service de garde national. Au cours de cette période, nous avons parfaitement ressenti que tout a reposé sur les ordres, qui ont assuré la gestion de la crise en totale autonomie.

Nous avons beaucoup à dire, notamment sur la gestion de la crise par les pouvoirs publics. Si nous n'avons pas de diaporama à présenter, nous avons transmis un lien donnant accès à la dernière revue dans laquelle les secrétaires généraux et moi-même retraçons toute l'histoire de la crise.

M. René-Paul Savary, président. – Tous les documents sont les bienvenus ; ils enrichissent notre réflexion.

Mme Pascale Mathieu, présidente du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. – Je suis très honorée d'être auditionnée dans le cadre de cette commission d'enquête. Il me semble en effet fondamental de faire part à la représentation nationale de ce que nous avons traversé en tant qu'organisateur de nos professions respectives. Nous nous sommes à certains moments sentis bien seuls, notamment au début de la crise.

Si l'on peut comprendre que la crise était évolutive et qu'il fallait s'adapter jour après jour, ce qu'a par exemple dû faire le ministère des solidarités et de la santé, force est de constater que, très souvent, nous avons dû être les relais vers nos membres, faute d'informations. J'en veux pour preuve l'hygiène dans les cabinets : tout au début de la crise, bien avant que la Direction générale de la santé (DGS) nous donne des renseignements, il a fallu que nous nous débrouillions seuls pour délivrer des consignes claires à nos membres, puisqu'aucune n'était disponible. Moi-même, je m'étais rapprochée de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H), parce que je ne trouvais pas de ressources.

Les ordres ont donc vu leur rôle renforcé et réaffirmé vis-à-vis de leurs membres : ils ont en quelque sorte été les boussolles dans la crise. L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a envoyé des *newsletters* plurihebdomadaires, des *flash actu* ; chaque fois que nous avions des renseignements, nous mettions nos sites à jour ; nous avons dû traiter des milliers de questions écrites par internet ; nous avons organisé des Facebook Live. Nous avons dû communiquer énormément, parce que les professionnels étaient perdus.

Notre ordre compte 93 700 professionnels, dont 79 800 libéraux. Nous avons pris la décision, au moins dans les deux premières semaines du confinement, de demander la fermeture des cabinets. Cela n'était en aucun cas l'arrêt des soins, puisque nous avons recommandé à nos membres de poursuivre les soins à domicile non reportables et les soins urgents. Nous leur avons demandé de décider par eux-mêmes des soins qu'ils devaient mettre en œuvre : si une entorse de cheville n'est pas une urgence, elle peut l'être chez un patient porteur d'un Parkinson en perte d'autonomie.

Si les 79 800 libéraux n'accomplissaient ne serait-ce que dix actes par jour, cela revenait à faire se déplacer quasi 800 000 personnes. Nous considérons que ce n'était pas raisonnable en période de confinement. Il nous a donc paru nécessaire d'adapter nos consignes. Nous les avons assouplies au bout de deux semaines, car il n'est pas toujours possible de reporter certains actes plus longtemps.

Cette crise a mis en exergue plusieurs éléments que je dénonce depuis des années, notamment le manque de kinésithérapeutes dans les établissements de santé. J'ai d'ailleurs pris l'initiative d'écrire à la commission des affaires sociales du Sénat tout au début de la crise pour l'alerter sur le fait que la prise en charge des patients serait compromise. D'ailleurs, je pense qu'elle l'a été, non pas en réanimation parce que l'on y trouve des kinésithérapeutes, mais dans les autres services vers lesquels les patients des services de réanimation ont été envoyés quand il y avait trop de bousculade, en raison du manque de kinésithérapeutes.

Nous avons été exclus des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) très tôt, dès le mois de janvier. J'ai alerté les pouvoirs publics et les fédérations d'Ehpad. Je suis très inquiète, car, pour sauver des vies, on a compromis l'autonomie de nombreux patients, ce qui ne se voit pas. Je suis sûre que des patients sont morts, non pas de la covid, mais des conséquences de la sédentarité et de l'absence de kinésithérapie dans les services.

Cette semaine, j'ai dû intervenir, car l'agence régionale de santé (ARS) Occitanie avait donné la consigne d'empêcher les kinésithérapeutes d'accéder aux Ehpad. Alors même que certains médecins coordonnateurs demandaient aux kinésithérapeutes de venir, ceux-ci se voyaient refuser l'entrée de ces établissements par les directeurs d'Ehpad. Cela s'est produit tout au long de la crise et cela recommence encore maintenant. J'ai contacté le ministère des solidarités et de la santé, qui a réagi tout de suite, et l'ARS Occitanie, qui a parlé de surinterprétation des consignes du ministère. Nous sommes là face à une réelle difficulté.

Sur la question des masques, ma collègue sage-femme a fait une présentation exhaustive. Nous étions soumis aux mêmes conditions, c'est-à-dire six masques par semaine, ce qui était ingérable. Nous nous sommes appuyés sur les acteurs locaux – les maires, les présidents de département – plus que sur les ARS, sauf lorsque nous avons des relations privilégiées avec elles et qu'on les connaissait par exemple personnellement.

Nous nous sommes heurtés à d'autres difficultés. Par exemple, des écoles ont refusé les enfants de kinésithérapeutes, parce que la liste des professionnels prioritaires ne précisait pas spécifiquement tous les professionnels de santé.

Dr Jean-Marcel Mourgues, vice-président du Conseil national de l'ordre des médecins. – L'ordre des médecins représente 307 000 médecins, dont un peu plus de 198 000 en activité régulière et 18 000 en cumul emploi-retraite, à peu près à parts égales entre ceux qui exercent une activité salariée, notamment hospitalière, et ceux qui ont une activité libérale, ce que l'on appelle communément médecine de ville, avec à présent une parité entre nos consœurs et nos confrères.

Je découperai cette pandémie en trois phases, avec des observations, des constats et des griefs qui parfois se recourent, parfois sont propres à chaque période.

Avant le confinement – c'est la première phase –, et c'est un constat commun, on note une impréparation de la France à ce risque sanitaire de pandémie, malgré des rapports qui ont été peu lus quant à la forte augmentation ces quarante dernières années des zoonoses, c'est-à-dire des pathologies transmissibles de l'animal à l'homme. Faut-il rappeler pendant cette décennie la diminution par dix des moyens de protection que sont les masques, une dépendance accrue vis-à-vis de ces moyens de protection et aussi des médicaments essentiels, notamment dans la sphère de la réanimation, très fortement fabriqués à l'étranger ? Et que dire des tests très notablement insuffisants, qui ont été ciblés pour le seul traçage des *clusters*, comme si les *clusters* et leur surveillance n'étaient pas appelés à devenir incontrôlés ? Tout cela a largement contribué à ce que la France, dans les pays qui ont des registres de mortalité fiables, soit hélas parmi les pays en tête au début de cette pandémie.

Pendant le confinement – c'est la deuxième phase –, on a parlé de résilience du système de santé. On devrait plutôt parler de formidable adaptation, dans l'urgence, des professionnels de santé, qui ont su casser les barrières, sur le plan tant de l'organisation que de leurs pratiques ou de leurs horaires pour absorber le surcroît de patients atteints. Cependant, le système a aussi montré ses faiblesses, en particulier pour des raisons d'organisation, mais aussi à cause de l'insuffisance d'implication, hélas, des établissements de santé privés et de la médecine de ville.

Cette période a aussi montré une désorganisation profonde du système de santé hors covid. Faut-il rappeler l'annulation massive de consultations et de soins programmés, les difficultés aggravées dans l'accès aux soins ? Ainsi, début juillet, 80 % des consultations ayant été annulées n'avaient toujours pas été refixées. C'est ainsi que l'on peut parler d'une perte de chance dans le suivi des pathologies graves ou chroniques et pour les personnes âgées, comme l'a évoqué Mme Mathieu.

Pendant ce confinement, l'information a été confuse. Sur ce point, les responsabilités sont partagées. Certes, la parole des scientifiques, dont celle des médecins dans les médias, a parfois été inaudible et contradictoire, mais il en est de même pour les agences régionales de santé vis-à-vis des professionnels de santé, lesquels étaient parfois mieux informés par la presse générale que par ces agences.

Le déconfinement – c'est la troisième période – montre des difficultés à retrouver un fonctionnement antérieur du système de santé, des incertitudes dans l'anticipation opérationnelle, s'il y avait une deuxième vague d'importance, ce qui est toujours craint, notamment cet automne. Il met aussi en lumière de façon particulièrement crue des

insuffisances du système de santé avec toutes les incertitudes relatives aux mesures du Ségur de la santé dont chacun s'accorde à dire qu'elles sont insuffisantes, même si elles sont encore récentes. On note également un manque de transversalité dans le système de santé et de coordination : les agences régionales de santé ont été des agences de déconcentration, plutôt que des agences de décentralisation.

Je n'oublie pas la protection des soignants, qui a été insuffisante et qui a probablement largement expliqué les messages de santé publique sur le faible intérêt du port du masque, diamétralement opposés à ceux qui, heureusement, sont tenus aujourd'hui.

Je parlerai aussi de l'insuffisante concertation dans une prétendue démocratie sanitaire. Ainsi, les ordres ont été absents des comités scientifiques, alors que nous étions face à des questions éthiques, notamment vis-à-vis de la prise en charge des personnes âgées en Ehpad.

In globo, la prise en charge nous a semblé beaucoup trop administrative, pas suffisamment inclusive au regard de ce que les ordres des professionnels de santé, celui des médecins notamment, par leur engagement, leur représentativité de l'ensemble des professionnels inscrits au tableau auraient pu apporter, notamment sur les questions éthiques.

Dr Carine Wolf-Thal, présidente du Conseil national de l'ordre des pharmaciens. – Dès le début de la crise sanitaire, au même titre que l'ensemble des professionnels de santé, les pharmaciens de tous les métiers se sont activement mobilisés pour répondre aux enjeux de santé publique. Les pharmaciens ont été en première ligne aux côtés de la population, malgré le confinement. Après la fermeture de la plupart des commerces le 15 mars et le confinement de la population le 17 mars, les officines de pharmacie et les laboratoires de biologie médicale sont toujours restés ouverts : ils étaient parfois les seuls professionnels de santé accessibles pour répondre aux questions d'une population inquiète et angoissée par le climat de pandémie ; tous les pharmaciens ont rempli leur mission de santé publique sans surenchère, sans céder à la cacophonie ou au doute qui a parfois prévalu sur certains sujets.

Les pharmaciens ont contribué à surmonter cette crise sanitaire, quelle que soit l'activité exercée, dans le seul but de garantir la continuité des soins. Fabricants, distributeurs en gros, pharmaciens exerçant en officine ou dans les établissements de santé, pharmaciens biologistes, pharmaciens réservistes : tous ont œuvré pour la santé publique.

Le contexte était difficile et inédit. Chaque conseiller ordinal était présent pour soutenir ses confrères qui devaient faire face non seulement à une situation exceptionnelle, mais aussi à des violences verbales et physiques. Je tiens à votre disposition le nombre d'agressions déclarées par les pharmaciens officinaux, mais aussi d'escroqueries, notamment sur la vente de masques, et de sollicitations d'escrocs.

Bien sûr, les pharmaciens d'officine ont également dû s'adapter quotidiennement à de nouveaux modes d'organisation. Ils ont ainsi fait face à des équipes réduites, car ils n'avaient pas plus de masques que les autres professionnels de santé. Il a fallu mettre en place l'accueil du public dans les officines, sous l'égide de l'ordre qui a élaboré des guides et formulé des recommandations.

Par ailleurs, il a fallu adapter les règles de dispensation tout au long de la crise, avec des mesures exceptionnelles pour garantir la continuité des soins ou le bon usage des

médicaments – on pourra revenir sur l'épisode de l'hydroxychloroquine –, mais aussi faire face au risque de pénurie. Sur tous ces sujets, l'ordre a été partenaire des pouvoirs publics afin de garantir l'accès aux soins.

Je n'oublie pas le rôle qui a été confié aux officinaux, sur la demande du ministère, de l'intérieur de recueillir les témoignages de violences conjugales. Dans ce temps où de nombreux lieux étaient fermés, les officines ont servi de lieu de relais et d'accueil aux personnes victimes de violences familiales, puisque ces agressions ont malheureusement beaucoup augmenté pendant cette période.

Nous aurons l'occasion de revenir sur la distribution des masques du stock État. C'est l'ordre des pharmaciens qui s'est porté volontaire auprès du ministère pour aider les autorités à acheminer ces masques vers les professionnels de santé de ville. Les pharmaciens ont accepté cette mission et l'ont relevée vaillamment, ce qui n'a pas été simple.

Je souhaite parler des pharmaciens de pharmacies à usage intérieur dont on a peu parlé. On a beaucoup parlé des lits de réanimation qui étaient ouverts, mais ceux-ci n'auraient pas été armés sans la présence des pharmaciens dans les hôpitaux, qui ont dû eux aussi faire des prouesses.

Les pharmaciens biologistes ont très rapidement été concernés pour mettre en place les solutions de dépistage et de diagnostic.

Au cœur de la crise sanitaire, en plein confinement, les pouvoirs publics ont dû gérer en urgence la pénurie des masques et les pharmaciens ont relevé cette mission difficile.

Très tôt, l'ordre a souhaité collaborer avec les ministères sur les autres sujets, notamment sur la mise en place de mesures pour préserver l'accès aux soins. Je ne les rappelle pas, mais tiens cette liste à votre disposition : le renouvellement des ordonnances, le circuit ville-hôpital de distribution des médicaments rétrocédés, la préparation des solutions et des gels hydroalcooliques, les restrictions sur les prescriptions d'hydroxychloroquine et de paracétamol, lequel a été limité pour éviter les ruptures, les mesures exceptionnelles de l'accès aux médicaments de l'IVG médicamenteuse, les médicaments de réanimation qui a nécessité la mise en place d'un circuit adapté. Les missions ont donc été nombreuses.

Ma principale préoccupation, c'est la préservation de la santé publique, tout faire pour la santé des soignants et celle des patients qui venaient tous les jours à l'officine. Les pharmaciens ont toujours été en première ligne et ont toujours répondu présent, quelles que soient les circonstances. Je suis extrêmement fière du comportement de tous les pharmaciens et je tiens à les remercier : durant cette crise, ils ont été à la hauteur des enjeux et des responsabilités que l'on attendait d'eux et qui, très souvent, dépassaient largement le cadre habituel de leur activité. Je veux souligner l'investissement très important des conseillers ordinaires dans l'accompagnement de leurs confrères dans l'exercice de leur activité.

Je souhaite que ces commissions d'enquête parlementaires soient l'opportunité de formuler des propositions constructives, tant sur l'évolution de nos exercices professionnels que sur nos relations avec les pouvoirs publics, afin que, si nous devons faire face à une nouvelle crise sanitaire, les choses soient plus claires sur le rôle de l'ordre et ce qu'il peut apporter aux pouvoirs publics. Ce sera peut-être l'occasion de mettre en place de nouvelles mesures dans de prochains textes de loi.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteur. – À la suite de notre audition de ce matin, nous avons été les destinataires d'un mail émanant de l'ordre des médecins du Vaucluse, datant du 20 mars dernier et ayant pour objet une information covid-19 à diffuser à tous les confrères du département. L'introduction indique que « le poste médical avancé va être monté sur l'hôpital, permettant de faire le tri adapté des patients avant d'entrer dans l'enceinte de celui-ci ». Un peu plus loin, un paragraphe précise que, « malheureusement, au vu des dernières recommandations, les patients des maisons de retraite et Ehpad présentant des comorbidités et en détresse respiratoire ne seront bientôt plus admissibles à l'hôpital. Il devra être envisagé pour eux des soins de confort. Nous avons conscience que ces choix éthiques à venir seront douloureux, mais inévitables. Nous réaborderons bien entendu ce sujet prochainement. »

Monsieur **Mourgues**, avez-vous eu connaissance de ce mail ? Y avez-vous réagi au titre de votre ordre ? À votre connaissance, d'autres départements ont-ils adopté la même position ? Le Conseil national de l'ordre des médecins a-t-il validé cette disposition prévoyant que les patients des maisons de retraite et des Ehpad ne seraient plus admissibles à l'hôpital ? Dois-je comprendre, par ce mail en tout cas, que le Conseil national de l'ordre des médecins aurait cautionné cette disposition ?

Dr Jean-Marcel Mourgues. – Je vous remercie très sincèrement de cette question.

L'ordre national des médecins a eu connaissance de ce mail et, autant dire les choses très clairement, c'était une crainte de l'ensemble de la communauté des soignants que la situation française ne devienne identique à celle de l'Italie. Fort heureusement, même si on a tangenté les capacités maximales de réanimation, celles-ci n'ont pas tout à fait été atteintes et, grâce à la formidable résilience de femmes et d'hommes professionnels de santé qui ont su ouvrir des lits supplémentaires et organiser des transferts sanitaires, on a évité cette situation qui aurait été catastrophique sur un plan éthique.

Le Conseil national s'est exprimé tout à fait clairement par communiqué de presse pour condamner tout éventuel tri. Fort heureusement – et il n'y a aucune ambiguïté là-dessus –, cela a été évité.

En revanche, hors de la pandémie, conformément à ce qu'il est communément admis par les collègues et sociétés savantes d'anesthésistes et de réanimateurs, la réanimation a été opérée sur des personnes en fonction de leur état de santé et de leur vulnérabilité sans que les soignants soient accusés d'acharnement thérapeutique déraisonnable. Je peux vous garantir que la situation où des personnes âgées notamment vivant en Ehpad n'auraient pas eu les soins auxquels ils avaient naturellement droit a pu être évitée et j'en remercie très sincèrement l'ensemble des soignants.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Je m'adresse à vous tous. Avant l'acmé de l'épidémie, qui est survenue vers la mi-avril, avez-vous été associés à l'élaboration de référentiels de prise en charge des patients ? Avez-vous eu des contacts avec les membres du cabinet ou de la DGS pour parler de l'épidémie ?

Ce matin, lors de notre réflexion sur l'éthique médicale, nous nous sommes interrogés sur la parole des médecins pendant cette crise et ses aspects contradictoires. Certes, il est bien normal qu'elle soit variée s'agissant d'une profession qui est elle-même diverse et qui a une pluralité d'expression. L'ordre des médecins estime-t-il qu'il y a eu dans cette

séquence des infractions à la déontologie ou à l'éthique médicale ou que l'on est resté dans la controverse scientifique, laquelle est un élément normal du débat ? Des procédures sont-elles en cours ?

Monsieur Fournier, regrettez-vous d'avoir décidé la fermeture des cabinets dentaires ?

Dr Jean-Marcel Mourgues. – En ce qui concerne les référentiels de prise en charge, en particulier les référentiels médicaux, autant que je sache, il n'y a pas eu de contact direct avec le Conseil national de l'ordre.

Pour autant, je veux nuancer la critique que j'ai formulée à l'endroit des agences régionales de santé. Certaines ont accompli un travail remarquable. Ainsi, la gestion par l'ARS Île-de-France pour éviter une submersion des moyens a été louée à sa juste mesure. Une critique en règle n'est pas de mise.

Pour ce qui concerne la parole des médecins, la situation est complexe et complètement inédite. Lors de la grippe dite espagnole qui est survenue voilà un siècle et qui est la dernière référence de pandémie, il n'y avait pas d'autres médias que la presse écrite et cette effervescence médiatique n'existait pas.

Le temps scientifique n'est ni le temps humain ni le temps de la communication. La science est par nature évolutive ; elle est faite de doutes, avant confirmation ou infirmation. Il faut respecter l'expression de chacun, sans pour autant faire la promotion de thérapeutiques déraisonnables non éprouvées ou qui exposeraient les patients à une dangerosité particulière. Je ne suis pas là pour faire la publicité de tel ou tel médecin ou de telle ou telle procédure en cours. Les choses suivent leur rythme : l'audition de certains médecins par des conseils départementaux de l'ordre des médecins pourra entraîner, le cas échéant, au cas par cas, des traductions en chambre disciplinaire de première instance.

Dr Serge Fournier. – Dès le début de l'épidémie, l'ordre des chirurgiens-dentistes a été à l'initiative et à la réalisation de la création de la commission scientifique en médecine bucco-dentaire, dont il a assuré le total pilotage. Aujourd'hui, nous en sommes à la troisième version des recommandations, qui est un petit peu plus allégée. Il a été compliqué de réunir la totalité de la communauté scientifique.

M. René-Paul Savary, président. – À partir de quand cette commission s'est-elle exprimée ?

Dr Serge Fournier. – Dès le début, entre le 20 et le 30 mars, avec la première version des recommandations, laquelle a ensuite été avalisée par la Haute Autorité de santé (HAS), mais c'est arrivé en tout dernier.

Non, je ne regrette pas d'avoir recommandé la fermeture des cabinets, et ce pour une raison essentielle : nous nous étions aperçus depuis la mi-février, dans les échanges de courriers avec M. Jérôme Salomon, que l'État ne disposait pas de matériels de protection, notamment les masques FFP2, spécifiques pour les chirurgiens-dentistes. À partir du moment où nous avons eu cette conviction, il était hors de question de laisser mes confrères et mes consœurs chirurgiens-dentistes exercer : cela aurait été une véritable boucherie.

J'ai donc pris cette décision et ce sera vraisemblablement la seule fois, car je n'ai pas l'intention, quoi qu'il arrive, de redemander la fermeture des cabinets. C'est historique

dans la profession : jamais un président d'ordre n'a demandé à une profession libérale de cesser son activité, d'autant plus que j'avais demandé à plusieurs reprises la couverture des pouvoirs publics, du ministre des solidarités et de la santé et du Premier ministre pour appuyer cette recommandation, qui était à la limite de la légalité, puisqu'elle ne s'appuyait sur aucun fondement juridique.

M. René-Paul Savary, président. – Si vous aviez eu des masques FFP2, vous auriez pu maintenir cette activité ?

Dr Serge Fournier. – Si nous avons disposé de tels masques et de surblouses de protection, vraisemblablement.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – C'est à la mi-février que vous avez échangé avec le directeur général de la santé pour demander des moyens de protection ?

Dr Serge Fournier. – J'ai eu des échanges par mail entre mi-février et fin février.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Pourrez-vous nous transmettre ces échanges ?

Dr Serge Fournier. – Bien entendu.

Mme Pascale Mathieu. – Pour notre part, nous avons été sollicités par la HAS le 25 mars pour élaborer avec des personnes de la profession que nous avons désignées des réponses rapides sur la prise en charge des patients covid+, puis post-covid. Quand nous avons eu à faire valider les recommandations en matière d'hygiène et d'accueil dans les cabinets que nous avons instaurés nous-mêmes avec une grande fluidité, nous avons eu des relations permanentes avec la HAS.

S'agissant des relations avec le cabinet du ministère, nous avons pu solliciter en tant que de besoin un conseiller, qui nous a toujours répondu instantanément, même si ce qu'il nous répondait ne nous satisfaisait pas forcément.

Mme Isabelle Derrendinger. – Nous avons été convoqués à la DGS, à la demande de Jérôme Salomon pour des réunions de crise, les 29 janvier et 6 février.

Le Conseil national de l'ordre des sages-femmes n'a pas été associé à la rédaction du guide de préparation du 16 mars. Nous l'avons regretté, car nous aurions pu anticiper l'organisation des soins périnataux, qui ont été maintenus.

Nous avons nous aussi été associés aux travaux de la Haute Autorité de santé dans le cadre des réponses rapides ; celles-ci sont intervenues un peu plus tardivement en périnatalité, ce qui se comprend au regard des priorités sanitaires au cours du mois d'avril.

M. Patrick Chamboredon. – Pour notre part, nous avons été associés aux réunions des 29 janvier et 6 février sous l'égide de la DGS, présentant le développement de l'épidémie, mais nous n'avons pas été associés à quelque démarche que ce soit.

Nous avons continué notre activité au fil de l'eau. Ma profession est très habituée à prendre en charge des patients qui ont des bactéries multirésistantes ou toute autre pathologie transmissible et assez virulente. Nous n'avons pas émis de consigne particulière et aucun cabinet n'a fermé. Des mesures de précaution ont été prises dans les cabinets libéraux,

ils ont reçu moins de patients à chaque fois. Toutefois, nous n'avons ni formulé de recommandations particulières ni demandé la fermeture des cabinets ou l'arrêt des soins.

Pour les moyens de protection, c'est toujours le même nombre, à savoir dix-huit masques hebdomadaires, dont six FFP2, ce qui était largement insuffisant pour assurer la continuité des soins. La question porte aussi sur les surblouses : quand on fait dix à vingt domiciles par jour, le FFP2 est indispensable, mais d'autres équipements aussi.

Dr Carine Wolf-Thal. – L'ordre des pharmaciens a été associé au démarrage aux réunions qui ont eu lieu à la DGS, tant que celles-ci ont été possibles, c'est-à-dire jusqu'au 18 février. La mise en place des diverses mesures que j'ai évoquées tout à l'heure s'est ensuite faite au coup par coup, au fil des événements. Nous avons également eu des contacts avec le cabinet en tant que de besoin ; la réactivité a été certaine. Il en est de même avec les cellules de crise, notamment la cellule de crise masques pour la distribution des masques. Tout cela s'est fait avec plus ou moins de succès.

Dr Jean-Marcel Mourgues. – Je confirme les réunions auprès de la DGS et, en pointillé, sans rythme systématique et régulier, des contacts avec le cabinet ministériel, voire, ponctuellement, avec le ministre.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – La chronologie est pour nous majeure. Vous nous annoncez des réunions qui auraient eu lieu fin janvier et début février et des mesures qui, pour certaines, ont été prises le 27 mars, alors que le gros de l'épidémie dans le Grand Est était début mars. Lors de ces premières réunions, le stock des protections a-t-il été évoqué ?

Nous avons évoqué les relations avec la DGS et les ministères, mais comment les relations locales se sont-elles passées ? Qui était votre interlocuteur privilégié, le directeur de l'ARS ou le directeur de la délégation départementale ?

Il a été question de la rupture de soins. Comment se fait la reprise, notamment chez les dentistes ? Sur le terrain, on a l'impression que les délais sont très longs, car le nombre de patients reçus est très réduit.

Comment les dispositifs de télémedecine ont-ils été élaborés pendant cette période ? Que souhaitez-vous voir pérenniser ?

Monsieur Mourgues, vous avez parlé de sanctions disciplinaires, ce qui a choqué de nombreux praticiens. Il s'agit là d'une atteinte à la liberté de prescription qui a été cautionnée par le Conseil national de l'ordre.

Dr Jean-Marcel Mourgues. – La liberté de prescription doit être assortie d'un cadre qui est généralement celui de thérapeutiques validées ne mettant pas en danger la vie d'autrui, tout en sachant que les patients, que l'on appelle communément les usagers de la santé, confient en quelque sorte au médecin le choix éclairé d'une thérapeutique, les patients n'ayant bien évidemment pas la connaissance pour faire le tri entre telle ou telle thérapeutique. C'est inscrit dans le code de santé publique et n'est nullement nouveau. En revanche, ce qui est nouveau, c'est la situation inédite de cette pandémie brutale, pour laquelle nous n'avions pas de thérapeutique éprouvée.

Pour autant, cela n'est pas suffisant que les médecins s'affranchissent des garanties de sécurité qu'ils doivent apporter aux patients.

Il n'y a pas de sanction disciplinaire systématique sur des signalements. Des auditions sont organisées au cas par cas. Il peut y avoir des plaintes et, en fonction des explications qui seront apportées et de la gravité potentielle des fautes qui ont été commises, certains médecins pourront être traduits en chambre disciplinaire de première instance. Les chambres disciplinaires, toutes présidées par un magistrat, seules jugeront. Nous sommes dans un État de droit, avec une première instance, un niveau d'appel et un pourvoi en Conseil d'État.

M. René-Paul Savary, président. – La question est plus précise. Quand nous interrogeons individuellement des médecins, certains déclarent qu'ils prendraient de la chloroquine, s'ils avaient la maladie. Et il n'y a pas eu que la chloroquine !

Dr Jean-Marcel Mourgues. – La situation est complexe. Le temps scientifique est plus long que les attentes de nos concitoyens. Faut-il pour autant s'affranchir des règles de sécurité en matière de prescription du médicament ? Certainement pas. Reste que la question que vous posez demeure tout à fait licite. Je pense que l'on ne peut pas s'exonérer de règles qui garantissent fondamentalement la sécurité du patient dans les thérapeutiques qui lui sont proposées.

M. René-Paul Savary, président. – La question porte aussi sur le sentiment de confiance de nos concitoyens. Ce qui n'est peut-être pas entièrement justifié médicalement peut être psychologiquement volontiers accepté dans une société.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Je ne voudrais pas que le débat soit pour ou contre l'hydroxychloroquine ; ce n'était pas ma question. Certains médecins ont été convoqués par le conseil départemental de l'ordre parce qu'ils avaient prescrit des antibiotiques ou fait des associations d'antibiotiques. Reconnaissez que, pour une profession médicale, toucher à la liberté de prescrire lorsqu'un médecin est face à un patient atteint d'une pneumopathie et essaie d'agir avec ce qu'il y a dans l'arsenal thérapeutique pose question.

Dr Jean-Marcel Mourgues. – Il convient d'être très précis : convocation ne vaut pas condamnation, mais vaut explication. Le cas échéant, cela peut conduire à une traduction devant une chambre disciplinaire. Dans un État de droit, et nous y sommes très attachés, tout médecin ayant fait l'objet d'une plainte a la possibilité d'être défendu, de faire appel de cette condamnation, voire, en phase ultime, de se pourvoir en cassation auprès du Conseil d'État.

Quantité de confrères ne comprennent pas non plus que la liberté de prescription puisse s'assortir des règles qui, jusqu'à présent, ont garanti la sécurité des patients. La brutalité de cette pandémie nous a plongés dans une situation inédite : force est de constater que, sur le plan thérapeutique, nous avons été désarmés. Cela introduit des réflexions fondamentales qui doivent être davantage approfondies.

Il n'est absolument pas dans notre intention de fracturer tant la communauté française que celle des médecins ; il s'agit bien plus d'édicter des principes garantissant la sécurité à laquelle nos patients ont le droit le plus absolu.

Mme Pascale Mathieu. – Sur la reprise des soins, je souhaite insister sur la perte de chance, qui est une évidence pour moi, même si je n'ai pas de chiffres à avancer.

Dans les établissements de santé, y compris dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR), très souvent, il n'y a pas de kinésithérapeutes et on confie des patients

à d'autres professionnels en imaginant que c'est de la rééducation. On recrute par exemple des éducateurs sportifs, diplômés de la fac de sport. Certains ont une licence de sport, c'est-à-dire une formation de trois ans, et parfois font trente heures dédiées à la médecine ; ce qui s'appelle sport-santé. Certes, ils ont un rôle à jouer dans le système de santé, mais je crains que, sous couvert de sport-santé, ces établissements, au lieu de prendre les choses en main, c'est-à-dire de recruter les kinésithérapeutes et de les payer convenablement, mettent des succédanés qui ne sont ni des rééducateurs ni des professionnels de santé. Pour moi, c'est un véritable scandale sanitaire.

La perte de chance ne se mesure pas. Les neuromyopathies consécutives à la réanimation impliquent des lésions musculaires ou des lésions articulaires, qui appellent une rééducation très spécifique et particulière. Si ces patients ont par exemple une capacité de récupération à 80 %, mais ne récupèrent que de 60 %, qui va le dire et qui va le savoir ? C'est cela, la réelle perte de chance. Il faut donc que le système change.

À un moment, j'ai arrêté le recrutement d'un ostéopathe en réanimation en région parisienne—j'ai tous les mails –, alors que de nombreux kinésithérapeutes étaient inscrits et dans la réserve sanitaire et sur la plateforme *#Renforts-Covid*. Comme cela s'est ébruité sur les réseaux sociaux *via* Twitter, Nicolas Péju, le directeur général adjoint de l'ARS Île-de-France, m'a indiqué que l'AP-HP ne savait pas que des kinésithérapeutes étaient inscrits sur cette plateforme. Personne n'y a pensé ! On est face à des dysfonctionnements de cet ordre.

La télémédecine a également été pour nous un véritable scandale. Dès le début du confinement, j'ai écrit au ministre pour lui demander le télésoin, qui était absolument fondamental pour nous et qui permettait de maintenir des soins de rééducation à distance tout en préservant la santé de nos concitoyens et des kinésithérapeutes. Des textes ont été publiés pour les orthophonistes, pour les ergothérapeutes, pour les psychomotriciens, mais jamais pour nous !

Il a fallu encore une fois que j'interpelle Nicolas Revel *via* Twitter pour dire que les kinésithérapeutes étaient les paillassons. Pourquoi ? Qu'est-ce qui bloquait ? Pour les kinésithérapeutes, on proposait un acte dégradé, c'est-à-dire inférieur au tarif habituel, alors que, ni pour les sages-femmes, ni pour les infirmiers, ni pour les médecins, le montant de l'acte n'avait été abaissé. C'était pour la traçabilité, m'a-t-on indiqué. J'ai répondu qu'il suffisait d'augmenter l'AMK de 1,1 point. À la suite de mon intervention très vigoureuse, tout s'est débloqué en deux jours, mais les textes ne sont parus que le 16 avril, alors que nous avions formulé cette demande dès le début du confinement, que j'avais écrit partout, à Bruno Le Maire, à Cédric O, à Olivier Véran, en ayant l'impression de ne pas être entendue.

M. René-Paul Savary, président. – Vous n'avez pas bénéficié du chômage partiel ?

Mme Pascale Mathieu. – Non, nous avons maintenu l'activité, mais les kinésithérapeutes ont reçu l'aide de 1 500 euros, même si cela ne couvrait pas tout. Et il y avait les soins à domicile.

Pourquoi les kinésithérapeutes ne font-ils plus de domicile ? J'ai mis ce sujet à l'ordre du jour du prochain conseil national dans quinze jours, car je suis sollicitée à outrance par des patients qui ne trouvent plus de kinés se rendant à domicile. C'est aussi une question de tarifs : c'est du travail à perte ! Je ne suis pas là pour parler des rémunérations, mais la

qualité des soins et des patients est une préoccupation pour moi. Or je n'ai pas les moyens de contraindre les kinésithérapeutes à aller à domicile.

Dr Serge Fournier. – Pour notre part, nous attendons toujours l'arrêté concernant les téléconsultations et ce n'est pas faute d'avoir fait le siège de l'ensemble des instances !

Si une téléconsultation avait été mise en place au moins de façon provisoire durant la crise, un nombre important de patients auraient pu être soignés. En chirurgie dentaire, il y a les actes techniques, mais il y a aussi l'acte intellectuel. Un certain nombre de cas aurait pu être temporisés par ces téléconsultations.

Pour les chirurgiens-dentistes, le déconfinement a été réussi et c'est grâce à l'État : le ministère nous a fourni 150 000 masques FFP2 *cash*, que nous avons distribués par l'intermédiaire des conseils de l'ordre. Je pense également aux dotations d'État, et je voudrais remercier les pharmaciens qui ont une fois de plus accepté de participer à la distribution hebdomadaire, qui a permis aux chirurgiens-dentistes de redémarrer leur activité.

Cela étant, nous sommes maintenant assez inquiets face aux investissements importants qui incombent aux cabinets dentaires et face au nombre de patients que nous pouvons voir chaque jour, à savoir un par heure, malgré des recommandations allégées. Celles-ci ne vont pas manquer d'entraîner, à moyen terme, des problèmes économiques et des problèmes de santé publique. Certains patients cherchent en vain à être reçus, ce qui pose un gros problème déontologique et d'éthique de la santé.

Mme Isabelle Derrendinger. – Les relations avec les ARS ont sans doute été moins marquées pour nous, puisque les échanges se faisaient à l'échelon national. Nous avons toutefois interrogé nos collègues élues départementales et régionales et l'ensemble de la communauté des sages-femmes concernant ces relations. Nous avons noté des variabilités. Certaines ARS ont associé des sages-femmes – de surcroît, quand une sage-femme exerce dans une ARS, l'habitude veut qu'on oublie moins la santé périnatale et la place des sages-femmes – pour discuter notamment des liens ville-hôpitaux. *A contrario*, d'autres ont complètement omis de convier les sages-femmes à une information aux professionnels de santé sur les risques liés au virus.

Dans le cadre de l'enquête que nous avons menée auprès des 24 000 sages-femmes, quasi 11 000 ont répondu, ce qui montre la proactivité de la profession dans cette pandémie : 42 % des sages-femmes ont annoncé avoir des relations avec leur ARS, ce qui signifie que 58 % restent sur le côté.

L'ordre national a saisi le ministère le 14 mars pour demander le remboursement des actes de télé médecine pour les sages-femmes ; cela a été acté cinq jours plus tard. La réactivité a donc été réelle et nous en remercions le ministère. Cependant, ce dispositif est soumis à échéance et, à ce jour, doit s'éteindre le 31 octobre prochain. La profession en demande la pérennisation.

N'ayant pas interrompu leur activité pendant le confinement, les sages-femmes l'ont bien évidemment préservée au moment du déconfinement. Moi aussi, je tiens à remercier mes collègues pharmaciens de leur réactivité. Vous le savez, nous avons été très modulés par les notes de la DGS concernant la dotation de masques, cela a demandé aux professionnels des officines de s'adapter de façon extrêmement rapide aux demandes des sages-femmes qui veillaient jour et nuit aux publications de la DGS.

M. Patrick Chamboredon. – Les infirmiers ont des relations avec un conseiller particulier du cabinet du ministère de la santé. Nous avons des réponses par SMS ou par téléphone, qui ne nous satisfaisaient pas toujours.

Je me suis toujours demandé pourquoi les infirmiers n'étaient pas présents dans les conférences régionales de santé et d'autonomie (CRSA) : il n'y a que des médecins. Nous sommes les seuls professionnels de santé à être répartis H24 sur le territoire ; pourtant, nous ne sommes pas conviés à ces conférences et à ces informations. C'est une situation que je souhaite voir très largement évoluer.

Nous n'avons pas pu faire de télésoin, même si le texte est paru assez rapidement, parce qu'il fallait une prescription médicale pour le déclencher. Or c'était une façon d'avoir une présence de professionnels de santé, à un moment où les consultations médicales ont fortement évolué en télé-médecine et où les infirmiers étaient quasiment les derniers professionnels de santé à se rendre au domicile des patients. Sur le forum de questions en ligne que nous avons créé sur notre site internet, des infirmiers nous ont signalé que des patients leur refusaient l'accès au domicile : il y a eu des abandons de soin parce que les patients pensaient que les infirmiers étaient des vecteurs potentiels de la pathologie.

À ce jour, le texte sur le télésoin n'est pas pérennisé et n'est pas rédigé de la même façon que pour les kinés par exemple : si ces derniers déclenchent l'acte de télésoin sur leurs compétences propres, les infirmiers ne le peuvent pas. Pourtant, ils font autant d'études ; ils pourraient donc avoir aussi cette liberté.

Nous avons plutôt des relations avec les représentants de proximité, c'est-à-dire les maires et les délégations territoriales de l'agence régionale de santé (DTARS).

Dr Carine Wolf-Thal. – Je souhaite revenir sur la pénurie de matériels de protection. Oui, nous étions au courant, notamment depuis la dernière réunion à la DGS, le 18 février. Nous savions qu'il y avait une difficulté notamment sur l'acheminement des masques du stock État, qui se situait à Santé publique France, vers les professionnels de santé, notamment ceux de premier recours. C'est lors de cette réunion que j'ai proposé d'utiliser le réseau des pharmaciens pour la distribution aux professionnels locaux, puisque, par leur maillage, leur présence sur tout le territoire et surtout le fait que les officines restaient ouvertes et accessibles en cette période, c'était une solution. Cela a aussi été permis par le système de distribution en gros, à la fois les dépositaires et les grossistes répartiteurs, qui étaient en capacité, pour la partie logistique, d'aller chercher ces masques chez Santé publique France et de les acheminer en toute sécurité dans les officines.

Si nous étions au courant, nous ne savions pas trop et nous n'avons d'ailleurs jamais trop bien su pas trop quel était réellement le stock disponible et combien de masques nous allions pouvoir distribuer aux professionnels de santé dans les premières semaines et dans la suite du confinement.

M. René-Paul Savary, président. – Votre interlocuteur était Santé publique France ou les ARS ?

Dr Carine Wolf-Thal. – Ce n'étaient pas les ARS ; c'était la cellule de crise masques, mais cela concernait les opérationnels, c'est-à-dire les dépositaires et les grossistes répartiteurs, pour la partie logistique. En tant qu'ordre, nous n'étions pas du tout dans les

discussions relatives aux dotations. On recevait simplement du DGS-Urgent le nombre de masques à donner aux médecins : dix-huit, douze, six...

Concernant les relations avec les ARS, je ferai la même réponse que les autres intervenants : cela variait d'une région à une autre en fonction de la situation sanitaire dans la région – les relations étaient différentes dans le Grand Est et en Normandie, par exemple, où j'exerce. Cela dépendait aussi des interlocuteurs : c'étaient souvent les unions régionales de professionnels de santé (URPS), qui sont les interlocuteurs privilégiés des ARS. Localement, il y a bien évidemment eu des contacts et des organisations.

Sur la télémédecine, même si les pharmaciens sont moins directement concernés, je profite de cette tribune pour dire que nous appelons depuis très longtemps de nos vœux la e-prescription. La téléconsultation donne lieu à une prescription. Or vous savez qu'il existe énormément de fraudes et de fausses ordonnances liées aux ordonnances dématérialisées. Rien n'est plus difficile au comptoir que de déterminer, à partir d'un smartphone, si une ordonnance est bonne ou fautive, si elle a déjà été délivrée dans une autre pharmacie ou pas. Tenter d'authentifier autant que faire se peut la validité de la prescription a constitué une véritable difficulté pour nous. La solution, c'est la e-prescription, qui est en travaux depuis bien longtemps. La France est très en retard sur ce sujet.

Sans ranimer le débat sur la liberté de prescription, je précise, en tant que pharmacien au comptoir, qu'il importe, quand il y a une prescription hors autorisation de mise sur le marché (AMM), que ce soit indiqué sur la prescription. Souvent, ce n'est pas le cas. Je pense qu'il faut que le médecin l'indique sur l'ordonnance, l'explique au patient et que le pharmacien puisse éclairer le patient en lui indiquant que ce produit est hors AMM et n'est pas remboursé. La liberté de prescription hors AMM doit se faire dans un cadre réglementaire. D'ailleurs, l'ordre des médecins et l'ordre des pharmaciens vont conjointement publier dans les jours qui viennent un guide sur la prescription et la délivrance hors AMM : que faut-il faire ? Quelles sont les responsabilités engagées ?

Dr Jean-Marcel Mourgues. – Sur la liberté de prescription, les règles et la loi indiquent qu'il faut prescrire selon les règles d'autorisation de mise sur le marché. Dans le cas contraire, le prescripteur est obligé de donner toute l'information en précisant les raisons pour lesquelles il passe hors AMM.

Faut-il rappeler les dommages sériels considérables des prescriptions de médicaments hors AMM ? Les victimes et associations de victimes auraient du mal à entendre que l'on puisse prescrire sans ces contraintes, car elles-mêmes ou les membres de leur famille l'ont parfois payé de leur vie.

Les relations avec les agences régionales de santé ont très largement varié d'une région à l'autre : certaines – l'Île-de-France, la Nouvelle Aquitaine ou d'autres – ont su nouer des relations particulièrement bienveillantes et de qualité avec les professionnels et les ordres, non seulement les conseils départementaux, mais aussi en relais les conseils régionaux, en ce qui nous concerne.

En ce qui concerne la télémédecine, on peut dire que rien ne sera comme avant, mais il faut séparer l'ivraie du bon grain. Que faudra-t-il retenir de la télémédecine ? C'est tout le chantier. Il faudra veiller à ce que l'essor de la télémédecine ne se fasse pas sans perte de qualité des soins et veiller aussi – on a pu le voir notamment avec les téléconsultations covid – au problème de la fracture sociale, numérique et territoriale. La télémédecine ne peut

pas résoudre cela : des barrages à l'accès aux soins existent selon les catégories sociales, les tranches d'âge, les territoires, les dessertes numériques. Il faut veiller à l'équité dans l'accès aux soins pour tous.

Mme Muriel Jourda. – Monsieur Mourgues, vous avez indiqué qu'il existait de nombreux rapports sur l'accroissement des zoonoses depuis quelques dizaines d'années. Qui établit ces rapports ? De quelle façon ont-ils pu être transcrits et transmis aux pouvoirs publics ?

Vous avez tous indiqué avoir eu des réunions avec le ministère, la Direction générale de la santé au cours desquelles les pénuries d'équipements de protection individuelle (EPI) avaient été actées, quoique les chiffres n'en soient pas connus, si j'ai bien compris. La possibilité d'un confinement général a-t-elle été évoquée à un moment ou à un autre comme une réponse à cette pénurie ?

Madame Wolf-Thal, vous avez indiqué quel avait été votre rôle dans le recueil des propos des femmes pour les violences conjugales. La pharmacie s'est-elle révélé un lieu approprié ? Avez-vous pu exercer ce rôle et quelle a été l'importance des propos des femmes que vous avez pu recueillir ?

Mme Victoire Jasmin. – Monsieur Chamboredon, dans les conférences régionales de santé et d'autonomie, il n'y a pas que des médecins ! Chaque organisation propose ses candidats : il y a des représentants d'élus, mais aussi les URPS, les médecins. Si vous voulez y participer, il suffit qu'avec vos syndicats vous en fassiez la demande.

Madame Derrendinger, quel est votre avis sur les maisons de naissance ? En pareille circonstance, ces structures pourraient-elles apporter une plus-value, en complémentarité avec les structures conventionnelles ?

Pendant cette période, pour diverses raisons, il y a eu des freins vers les différentes structures, en particulier vers certains professionnels de santé. Ces freins étaient notamment liés à l'obligation de justifier les déplacements : de nombreuses personnes étaient contraintes d'écrire pour dire où elles allaient ; certaines personnes avaient des rendez-vous et les professionnels étaient disponibles, mais elles n'avaient pas forcément la capacité d'écrire ou n'avaient pas accès au numérique. Et que dire des victimes de l'illettrisme ? Ces différentes dispositions n'ont pas favorisé les personnes qui avaient besoin de soins.

Selon moi, il y a eu une hiérarchisation des différents professionnels, en particulier de certains paramédicaux : les orthoptistes, les orthophonistes et un certain nombre de professionnels ont été écartés des dispositions qui ont été prises, ce qui a lésé des adultes, mais aussi des enfants.

Les professionnels, par exemple les infirmières en pratique avancée (IPA), ont-ils été suffisamment pris en compte sur leur territoire, dans la mesure où les dispositions qui avaient été prises ont été pendant une période principalement focalisées sur le tout hospitalier, en négligeant les professionnels libéraux qui étaient disponibles et qui attendaient vainement que leurs difficultés soient prises en compte – je pense en particulier à leur dotation ? C'était parfois difficile en fonction de l'aménagement du territoire.

Mme Annie Guillemot. – Je souhaite revenir sur les difficultés rencontrées sur le terrain pendant le confinement par l'ensemble des professions.

J'ai souvenir de pharmaciens se faisant engueuler toute la journée pour des masques, j'en ai vu pleurer. Quand il s'est agi de distribuer ces masques à certaines professions de santé, les aides à domicile, les Ehpad, les maisons d'accueil pour personnes âgées, ils n'en avaient pas.

Les cabinets dentaires ont fermé. Pour eux, la reprise se fait difficilement et c'est aussi un problème de santé.

Certaines sages-femmes se protégeaient avec des sacs poubelle et ne savaient même pas si celles qu'elles accouchaient avaient le covid.

Les citoyens ne comprennent pas certains débats, notamment sur la prescription de la chloroquine. À quoi servent les ordres si l'on convoque les médecins qui en ont prescrit ? Et que dire de la cacophonie sur toutes les chaînes, avec des médecins qui disaient tout et son contraire, alors que l'ordre ne s'est jamais exprimé ? Cette cacophonie explique peut-être la défiance des concitoyens vis-à-vis des consignes.

Tous les services d'aide à domicile, infirmiers, kinésithérapeutes sont absolument indispensables. Vous avez parlé de perte de chance et je pense que c'est vrai.

Madame Mathieu, vous avez parlé de paillason. Pour avoir beaucoup travaillé sur cette question et être souvent intervenue en questions écrites ou orales, je pense qu'il y a un vrai problème de reconnaissance : les kinésithérapeutes n'ont pas obtenu la revalorisation tarifaire, le congé maternité – les femmes médecins l'ont eu –, l'inclusion des études dans le cursus universitaire alors qu'ils sont obligés d'avoir le concours de médecine.

Pour ma part, je m'inquiète que, dans certains Ehpad, on recommence aujourd'hui à ne pas vouloir de kiné. C'est comme pour les infirmiers ou les soins à domicile ! J'ai été maire pendant dix-sept ans, les gens m'appelaient parce qu'ils ne trouvaient pas de kiné avant quatre ou cinq mois : aujourd'hui, ils ne marchent plus alors qu'avant ils marchaient !

Aujourd'hui, on favorise l'hospitalisation à domicile et c'est tant mieux, mais comment faire s'il n'y a pas d'infirmiers et de kinés ?

Les kinés ont reçu de nombreuses consignes contraires : on leur a d'abord demandé de laisser leur cabinet ouvert, ensuite de les fermer, ensuite de les rouvrir, ensuite de les fermer de nouveau. J'aimerais que vous nous disiez un peu comment cela s'est passé.

J'en viens au forfait surcoût. Pour les kinés, mais c'est pareil pour les dentistes, des consignes ont été données et le protocole est extrêmement lourd : il faut mettre toutes ses affaires dans un sac, ensuite il faut tout désinfecter. Rien de tel quand on va sur une plage privée ! Quand les kinés parleront-ils du forfait surcoût et obtiendront-ils une compensation ?

J'insiste également sur le manque de produits. Nombre de professionnels n'arrivent plus à trouver des produits désinfectants qui respectent les normes. C'est un grave problème.

Mme Jocelyne Guidez. – Monsieur Mourgues, les médecins de mon territoire que j'ai reçus n'ont pas compris que le Gouvernement ait demandé aux patients de ne pas se déplacer dans les cabinets. Résultat, les médecins n'ont pas vu leurs patients, alors que certains avaient des suivis réguliers pour des pathologies bien spécifiques et très graves.

Certains sont même décédés, non de la covid, mais de leur propre pathologie. Si une deuxième vague survient, pensez-vous réagir de la même façon ?

Dr Jean-Marcel Mourgues. – Je ne m’attendais pas une question sur les zoonoses et le risque sanitaire accru de pandémie. Je n’ai pas les références, mais je pourrai vous communiquer ces rapports par mail. L’un des tweets que j’ai par ailleurs envoyés il y a quelques semaines contient notamment les références de l’un de ces rapports. En revanche, je ne sais pas comment ces rapports sont transmis aux pouvoirs publics.

Ces rapports indiquent que l’augmentation des zoonoses est réelle depuis plusieurs décennies et est liée à de multiples critères : le réchauffement climatique, la perte de la biodiversité, l’urbanisation, les modifications des modes de pratiques agricoles, etc. On peut parler de risques sanitaires au pluriel puisque, dans le même temps, dans le cadre d’une véritable politique de prévention de santé publique, il va falloir que nous absorbions les défis liés au réchauffement climatique, la canicule de 2003, les maladies vectorielles – dans le Sud-Ouest où j’exerce, les moustiques sont maintenant présents quasiment toute l’année avec des cas autochtones de dengue –, les perturbateurs endocriniens, les insecticides, etc.

Il faut une réflexion fondamentale pour que cela devienne une priorité de politique de santé publique et de prévention. Sinon, nous paierons au centuple l’insuffisance de ces politiques.

Dans tous les pays, le confinement s’est imposé. Là où ce ne fut pas le cas, par exemple dans des régimes populistes, la population a hélas payé un lourd tribut, avec une mortalité particulièrement forte, notamment outre-Atlantique.

Mme Muriel Jourda. – Sur le confinement, je souhaite savoir si, dans les rapports réguliers que vous avez eus fin janvier et en février avec le ministère, la Direction générale de la santé, le confinement général a été évoqué comme pouvant être une solution en raison de la pénurie d’équipements de protection.

Dr Jean-Marcel Mourgues. – En janvier, autant que je sache, non ; début mars, oui, puisque des rumeurs circulaient sur un confinement pour les régions les plus atteintes. Et puis se sont invités dans le débat politique des rendez-vous électoraux.

On savait que le confinement serait très probable début mars. Autant que je sache, en janvier et en février, le confinement généralisé n’était pas prononcé. Cela n’était pas stipulé pas dans les rapports que nous avons. Début mars, cela a été clairement édicté. Dans la mesure où l’on n’avait plus de maîtrise sur les *clusters*, la question était de savoir quand ce confinement aurait lieu.

En ce qui concerne la cacophonie dans l’expression médiatique, je ne peux que vous donner raison. Je m’exprime maintenant en tant que médecin généraliste en exercice dans le Lot-et-Garonne : tous les jours, j’entends des patients le déplorer. Je suis donc extrêmement sensibilisé à ce sujet.

Cela pose à mon sens deux questions fondamentales et il faudra que nous le rappelions à l’ensemble des médecins, un travail est d’ailleurs en cours sur ce point. A-t-on légitimité à s’exprimer sur un sujet que l’on ne connaît pas ? On ne peut pas être expert de tout. Avant de s’exprimer, a-t-on au préalable fait une expertise et a-t-on une pleine connaissance du sujet à débattre pour que l’expression soit robuste ? Manifestement, ce n’est

pas le cas. Il faudra bien remettre de l'ordre dans tout cela. Reconnaissez cependant que la situation était inédite.

Le Premier ministre a incité les Français à n'aller dans les cabinets médicaux que s'ils étaient « convoqués ». Ce terme a été utilisé sans aucune intention malveillante, mais il était absolument inhabituel et pas du tout approprié. Dans les faits, les patients ne sont pas venus : soit ils ont eu peur d'être infectés dans les cabinets de soins, soit ils ont pris cela comme une injonction à ne surtout pas se déplacer, soit certains parcours de soins ont été chaotiques avec des rendez-vous annulés. Tout cela, pêle-mêle, a entraîné des retards dans les parcours, avec des pertes de chance.

Un reconfinement généralisé semble excessivement peu probable, mais, si on se trouvait face à une tension forte du système de santé nécessitant des mesures assez strictes selon les territoires, il faut espérer qu'avec les acteurs locaux et les agences régionales de santé des réunions soient organisées à l'échelon des bassins de vie et des départements pour éviter, en pratique, de trop nombreuses ruptures de soins.

Les problèmes dans les Ehpad existent en dehors même de la pandémie covid. Au fil du temps, les médecins traitants sont de moins en moins dans ces établissements, parce qu'il y a des difficultés d'accès aux soins et de coordination de soins. Il faut espérer que, dans le cadre des mesures qui suivront le Ségur, un véritable effort soit déployé en faveur des Ehpad. C'est peut-être un vœu pieux.

Je rappelle que tous les Ehpad n'ont pas de médecins coordonnateurs, et ce n'est pas la fonction de ces derniers. Améliorer l'accès aux soins et la coordination des soins dans ces établissements est un chantier considérable.

M. René-Paul Savary, président. – Nous avons demandé à ce que les médecins coordonnateurs puissent prescrire !

Dr Jean-Marcel Mourgues. – La sous-préfecture dans laquelle j'exerce compte deux Ehpad privés : aucun des deux n'a de médecin coordonnateur, parce qu'ils n'en trouvent pas !

Quand bien même un médecin coordonnateur est présent, chaque patient a le choix de conserver son médecin traitant qu'il connaît depuis vingt ou trente ans. Par ailleurs, le médecin coordonnateur est souvent à temps partiel et non pas H24. Je pense qu'il y a une complémentarité des fonctions : il ne faut pas le vivre comme une superposition. On a besoin des uns et des autres, et pas des uns à la place des autres.

Dr Carine Wolf-Thal. – Si le confinement était prévisible dès janvier et février, ce n'était pas dû au manque d'EPI, puisque, à cette époque, le port du masque n'était ni obligatoire, ni recommandé, ni nécessaire. Il suffit de se référer aux communications publiées fin février.

M. René-Paul Savary, président. – Ce n'était pas nécessaire, parce qu'il n'y en avait pas !

Dr Carine Wolf-Thal. – Oui, mais nous l'avons su après. Si la question du confinement a été évoquée, elle ne nous a pas été exposée comme étant liée au manque d'EPI.

Mme Muriel Jourda. – Je partage l’analyse du vice-président : si les masques n’ont pas été obligatoires, c’est parce que nous n’en avons pas. Nous avons été ensuite en grande difficulté pour répondre positivement à cette prescription.

Dr Carine Wolf-Thal. – Après la réunion du 18 février, nous n’avons plus été en contact.

M. René-Paul Savary, président. – Vous n’avez donc pas été associés à cette décision.

Dr Carine Wolf-Thal. – Non.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Si je comprends bien, dans les réunions de fin janvier jusqu’à mi-février, le confinement n’a pas été évoqué.

Vous a-t-on dit qu’il y aurait une pénurie ou une tension sur les équipements ?

Sans que ce soit lié à un manque de masques, puisqu’à l’époque on nous disait qu’on n’en avait pas besoin, le confinement a-t-il été évoqué, lors de ces premières réunions, hormis le fait peut-être d’isoler dans le cadre de *clusters* ?

Dr Carine Wolf-Thal. – Non.

Sur la question des violences intrafamiliales, qui ont aussi concerné les enfants et pas seulement les femmes, j’ai à l’époque été directement contactée par M. Castaner et, sans une seconde d’hésitation, j’ai proposé que les pharmaciens soient le relais de ces personnes en détresse. Cela a été annoncé le soir même par le ministre, ce qui m’a même un peu prise de cours. Le principe était lancé et les pharmaciens ont répondu à cette demande.

On ne nous a pas demandé de relevés statistiques, je n’ai donc pas le chiffre exact du nombre de personnes que les pharmaciens ont accueillies, mais nous avons mis à disposition sur le site Cespharm les documents que les pharmaciens pouvaient télécharger et la procédure à suivre. Il a été très consulté. Moi-même, dans le cadre de mon exercice, j’ai accueilli une femme qui était visiblement en fuite de son domicile. Quelques exemples ont été médiatisés, mais je dois dire que les pharmaciens accueillent les femmes même hors période covid : le pharmacien est souvent un confident, comme beaucoup d’autres professionnels de santé, il offre une aide et une écoute. Il est vrai que ce dispositif a permis de donner plus d’outils aux pharmaciens pour orienter vers les associations d’aide aux victimes, les avocats.

Cela a permis de construire d’autres réflexions associant d’autres ordres – sages-femmes, médecins, avocats, etc. – pour aller encore plus loin dans ce dispositif d’aide.

M. Patrick Chamboredon. – Vous pourriez sans doute avoir accès au compte rendu qui a été établi par la DGS. Il s’agissait surtout de réunions d’information, avec de nombreux slides, et je ne voudrais pas me mouiller en disant que c’était annoncé. La stratégie thérapeutique de confinement a été faite dans certaines contrées. A-t-on été trop bête pour comprendre ou est-ce que cela n’avait pas été dit clairement ? Mais il y avait forcément quelque chose.

On a découvert que, dans certains Ehpad, il n’y avait pas de médecins. Cela fait dix ans que l’on prône la présence d’infirmiers aussi la nuit. Nous avons de nouveau parlé de ce manque lors du Ségur.

Madame la sénatrice Jasmin, soixante infirmiers en pratique avancée (IPA) sont inscrits cette année au tableau de l'ordre ; nous sommes donc en phase de déploiement. Nous n'avons pas encore les effectifs nécessaires pour les déployer. Il est une spécialité qui n'existe pas encore, mais qui pourrait être promue dans le prochain projet de loi Grand âge de Mme Bourguignon : cette spécialité pourrait être utile dans les Ehpad.

Je considère que tous les ordres devraient être représentés dans les CRSA et nous voyons bien la complémentarité de chaque ordre ici présent. L'ordre des infirmiers ne figure pas dans le texte réglementaire qui fonde les CRSA.

C'est d'ailleurs bien en raison de cette complémentarité que l'on nous a fait venir aujourd'hui : chacun détient un bout de la vérité de la prise en charge des patients. Les infirmiers ont besoin de la prescription du médecin et ont besoin que le pharmacien leur délivre les médicaments pour faire des soins. Cette réalité ne se retrouve actuellement pas dans les instances de délibération de proximité régionale ou de DTARS pour permettre la prise en charge optimale des patients, d'autant qu'il s'agit d'une prise en charge de ville et l'on voit bien la confiance qui a été faite à la ville.

On parle beaucoup des prises en charge hospitalières, mais le plus gros des patients qui ont été soignés et sauvés l'ont été en ville. Il y a eu 30 000 décès, c'est très malheureux, mais beaucoup de gens s'en sont sortis et ont été pris en charge en ville.

Que fait l'ordre, demandez-vous ? Les textes sont très contraints, mais nous avons été là pour représenter les professionnels, pour les soutenir, pour agir pour eux, pour les aider, pour les écouter, pour remplir des missions que personne n'a remplies. Tous les professionnels de santé ont été en première ligne et ont réussi.

C'est un peu passé sous les radars, mais certains praticiens se sont demandé s'ils allaient exercer durant cette période. Certes, les EPI ont manqué pour la totalité des professionnels, mais, pour ceux qui sont obligés d'aller au combat, pour reprendre le terme du Président de la République, et de soigner les patients en proximité, il y a quelquefois eu des doutes et nous avons souvent été obligés de téléphoner ou de faire des écrits pour expliquer de nouveau la doctrine sur les épidémies et ce moment exceptionnel pour la France et le monde à l'occasion duquel les principes éthiques et déontologiques ont quelquefois pu tanguer.

Mme Isabelle Derrenderinger. – Les maisons de naissance sont-elles une solution face à la situation de crise ? Je ne souhaite pas que cette épidémie soit l'occasion d'une approche réductrice des maisons de naissance. Il s'agit de structures expérimentées et évaluées dont nous attendons la généralisation. Pour répondre à votre question sur le fond, ce sont aussi des espaces de proximité, fondés sur le choix des femmes en termes d'orientation.

Les plus grands *clusters* ayant été les hôpitaux et les maternités se trouvant la plupart du temps dans les hôpitaux, nous avons eu de nombreuses inquiétudes concernant les freins de la population à venir. Pour être moi-même une hospitalière, j'ai vu les locaux de l'hôpital de la maternité désaffectés par les femmes, à la suite des publications officielles mentionnant qu'il ne fallait se déplacer que lorsque l'on était très malade.

Sur la justification des déplacements et la pertinence des modalités mises en place, je ne suis pas en mesure de répondre.

Au-delà d'invisibiliser les sages-femmes, les publications parfois contradictoires ont aussi invisibilisé les femmes et leur santé. Certes, un certain nombre de sages-femmes ont connu des difficultés dans leurs déplacements professionnels, mais les femmes aussi, qui voyaient leurs déplacements interrompus, et pas seulement en raison de barrières linguistiques ou logistiques ! Pour les pouvoirs publics en effet, il n'était par exemple pas justifié de se déplacer pour une demande contraceptive. Or, sans contraception, c'est une grossesse non désirée.

Quid de la situation sanitaire catastrophique des sages-femmes dans votre hôpital et de la communication de l'ordre ? En plus d'être des élus ordinaires, nous sommes des professionnels de santé ; nous sommes donc très au fait des conditions que vous avez évoquées, car directement concernés. Je rappelle que nos communications ont été nombreuses, aussi bien vers les pouvoirs publics que les médias. Nous avons joué un rôle d'alerte, dans la phase épidémique. Nous avons composé un rôle différent de celui qui nous était préalablement attribué. De surcroît, notre communication a été inédite : je pense à notre tribune du 30 avril. C'est un fait sans précédent, puisque tous les ordres se sont rassemblés pour communiquer et alerter sur les masques de protection.

Sur la situation, la préparation à l'après, la communication des ordres et ce que les ordres réclament pour la suite, il me semble avoir été claire dans mon propos liminaire : j'ai alerté sur la situation de la périnatalité et de la santé des femmes en France. Il y a des actions à mener. Pour ma profession, cela signifie obtenir enfin des masques FFP2. Je le dis publiquement : aujourd'hui, les sages-femmes continuent à exercer avec des patientes covid+ sans masque de protection adapté. Par ailleurs, il est absolument important de se focaliser sur des éléments tels que la télé-médecine.

La question qui a été soulevée est partagée. Nous avons eu une approche consensuelle inter-ordinaire sur les actions de santé à mener collectivement.

M. Mourgues a évoqué la difficulté pour les citoyens en mauvaise santé à réfléchir à la pertinence de leur déplacement vers un cabinet médical. De surcroît et je le rappelle, une femme enceinte n'est pas malade, une femme qui souhaite une contraception ou qui souhaite avoir accès à sa gynécologie de prévention ne l'est pas non plus. Nous considérons donc que les femmes ont été relativement invisibilisées dans la dimension pandémique qu'a connue la France.

Dr Serge Fournier. – Sur le problème des masques, pour essayer d'être clair, il est évident que, à la fin de l'histoire, on a l'impression que les services de l'État ont essayé de cacher le plus longtemps possible, y compris aux professionnels de santé et aux corps intermédiaires, l'absence de moyens de protection, notamment de masques FFP2 ou de masques chirurgicaux.

J'entends que l'on me reproche d'avoir fait fermer les cabinets. J'ai fait fermer les cabinets lundi 16 mars, à 17 heures, soit trois heures avant l'intervention du Président de la République qui a confiné – pour les mêmes raisons ! – les Français. Qui plus est, je venais de découvrir que l'on n'avait pas un masque en réserve en France.

Quelques heures après, le ministère nous octroie 100 000 masques FFP2 ; or, la consommation par semaine pour l'ensemble des chirurgiens-dentistes est de 800 000 masques. Cela aura permis de faire fonctionner pendant un mois les cabinets de garde

judicieusement répartis par département sur l'ensemble du territoire, même si je pense que, pour nous les donner, l'État a raclé les tiroirs.

Sur le moment, on n'en a pas fait la publicité, car nous savions que, dans les hôpitaux, dans les cabinets libéraux, les médecins, les pharmaciens, les infirmiers et tous les autres professionnels de santé n'en avaient pas. Certes, nous sommes les plus exposés.

Je découvre à la fin de l'histoire que n'avons pas de stock ! Dans les cabinets dentaires, les masques chirurgicaux que nous avons ne sont pas adaptés à l'état de crise. Or nous ne pouvons travailler qu'avec des masques FFP2, qu'il nous faut renouveler deux fois par jour. Nous ne disposons pas de ces masques.

Sur l'allongement des délais, nous sommes dans un processus totalement mécanique. Un cabinet moyen reçoit vingt patients par jour ; aujourd'hui, il n'en reçoit plus qu'un par heure. En travaillant dix heures par jour, son activité se voit mécaniquement réduite de 50 %. Par conséquent, selon les régions, les délais d'attente vont être multipliés par deux.

On m'a demandé de diminuer le caractère coercitif des recommandations que nous avons émises. Nous en sommes à la troisième version. Certes, ces recommandations sont allégées, tout en maintenant la sécurité du patient, du personnel des cabinets dentaires et du praticien. Nous ne pourrions pas aller en deçà. En revanche, j'ai vivement demandé à mes 46 000 confrères de bien vouloir augmenter leur temps de travail, afin de diminuer le délai de prise de rendez-vous. Il me semble que c'est possible, notamment chez les jeunes générations qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler six jours par semaine.

L'ordre national a une position très claire sur le forfait covid : il ne peut y avoir de dépassement sauvage pour des soins conventionnés. Ces dépassements peuvent exister pour des soins à honoraires libres, à condition qu'ils soient affichés, mis sur le site et soumis à un devis préalable. Nous l'acceptons, car c'est la réalité du terrain, mais comment appliquer un forfait covid à un patient bénéficiaire de la CMU ? Aujourd'hui, dans un cabinet dentaire, les fournitures de protection représentent un budget considérable, qui, à terme, sans aide de l'assurance maladie comme cela devait être le cas puisqu'il était question d'avoir un forfait négocié avec les syndicats – ce forfait a disparu des négociations – posera problème.

Il n'est pas question d'appliquer un dépassement aux plus défavorisés ou pour des soins simples, bien que le matériel de protection soit le même. Nous sommes là sur la bande blanche et je suis en train de jouer un numéro d'équilibriste un peu compliqué.

Mme Pascale Mathieu. – Lors des réunions à la DGS au mois de janvier et après, on nous a remis des diaporamas. On a d'abord évoqué devant nous ce qui se passait en Chine, on nous a donné des chiffres, en nous disant, je pense en toute bonne foi, que c'était très contagieux, mais peu mortel. Peut-être avions-nous des chiffres qui ne correspondaient pas à la réalité, on l'a bien vu ensuite avec les incinérations en Chine. Nous sommes donc partis d'un postulat qui était faux. Je me souviens de cette première réunion où a été évoqué le fait de traiter d'abord les patients à l'hôpital, puis, quand le nombre de patients serait trop important, si on n'arrivait pas à juguler l'épidémie, de les traiter à domicile en confinement. En aucun cas, on ne nous a parlé de confinement généralisé.

J'ai gardé les diaporamas, je les ai revus récemment pour refaire l'historique : cela n'a pas du tout été évoqué. Peut-être d'ailleurs que cela nous aurait permis de mieux anticiper

et de mieux nous organiser. Je pense que cela n'était tout simplement pas dans les tuyaux de l'administration.

M. René-Paul Savary, président. – Pourrez-vous nous faire venir ces diaporamas, avec leurs dates ? Cela nous permettra de reconstituer la chronologie.

Mme Pascale Mathieu. – Y participaient des virologues, des membres de l'Institut Pasteur, ce que la France compte de plus hautes autorités scientifiques en matière de virologie et d'épidémie. Il s'agit de réunions très intéressantes, mais plus informatives.

Madame la sénatrice Guillemot, je vous remercie d'avoir évoqué la souffrance des personnels. On ne nous a pas entendus à ce propos, dites-vous. C'est vrai. Nous avons l'impression d'être un peu loin de cette phase aiguë, alors que nous en sommes très proches, même si le quotidien a repris un petit peu le dessus.

Les professionnels ont été très angoissés, comme la population. On recevait des informations contradictoires, parce que l'on ne savait rien. On avait peur, car on avait tous des proches âgés. Il y avait aussi l'angoisse de l'avenir ; l'angoisse financière a parfois généré beaucoup d'agressivité, avec des comportements difficiles à gérer, notamment sur les réseaux sociaux. J'ai indiqué en creux le nombre de mails auxquels nous avons dû répondre en permanence. Très souvent, je demandais aux professionnels de me donner leur numéro et j'ai parfois passé quatre à cinq heures par jour au téléphone !

C'était la même chose dans les départements. Nous avons été au plus près des professionnels, mais il y avait beaucoup de questions et d'angoisse chez une profession qui est déjà en souffrance. Vous l'avez souligné, elle souffre d'un manque de reconnaissance.

D'ailleurs, je vois avec grand plaisir la plupart des professions autour de moi évoluer parce que la santé et la prise en charge de la population évoluent. Je me réjouis de voir de nouvelles compétences pour les pharmaciens, pour les infirmiers, pour les sages-femmes, mais je déplore que toutes les demandes que je formule pour ma profession ne soient jamais entendues. Je ne me l'explique pas et les kinésithérapeutes ne se l'expliquent pas non plus : ils voient leurs compétences distribuées à d'autres professions et ne savent plus du tout sur quel pied danser et ce que l'avenir leur réserve. C'est une véritable préoccupation. J'écris partout, à vous, aux députés, au ministre, et je n'ai pas de réponse.

On a parlé des médecins coordonnateurs dans les Ehpad. Pour ma part, je déplore que, dans ces établissements, les administratifs prennent le pas sur les médecins et les professionnels de santé. Je reçois de nombreux mails à ce propos. Quand le médecin coordonnateur demande à ce qu'il y ait un kinésithérapeute, rédige la prescription, appelle lui-même le kinésithérapeute, je ne comprends pas que le directeur de l'Ehpad lui refuse l'entrée. C'était peut-être illusoire, mais j'avais même demandé au ministère si l'on ne pouvait pas envisager l'absence de responsabilité pénale des directeurs d'Ehpad, car leur crainte en faisant entrer des gens dans leur établissement, c'est d'être accusés de mise en danger d'autrui.

Au mois de janvier, bien avant le confinement, quand les Ehpad ont commencé à refuser les kinésithérapeutes, j'ai alerté le ministère et les fédérations d'Ehpad : le ministère m'a répondu que ce n'était pas du tout leurs consignes, mais que les Ehpad avaient peur que le système de santé ne puisse pas tenir s'il y avait un afflux trop important de patients. Le ministère m'a dit : s'il y a trop de patients dans les hôpitaux, on sera peut-être amené à devoir

trier et, dans les Ehpad, on ne pourra pas forcément mettre les personnes en réanimation, parce que la durée en réanimation, c'est au moins trois semaines, quelques fois jusqu'à six semaines ; avoir des personnes âgées polypathologiques susceptibles d'« encombrer » des lits d'hôpitaux et ne pas pouvoir intégrer des jeunes les inquiétait. Je ne dis pas qu'il y a eu du tri, mais c'est pour cette raison qu'on a très tôt limité l'accès aux Ehpad, y compris pour des soins qui sont pour moi essentiels. Les personnes âgées n'ont pas fini d'en payer les conséquences, d'autant que ce genre de situation se reproduira et se reproduit déjà maintenant.

S'agissant des kinésithérapeutes dans les Ehpad, on en revient aussi à la qualité des soins. Le maintien de l'autonomie d'une personne âgée en Ehpad est coté 12,60 euros bruts ; on est à 48 % de charges avant impôts, il reste donc 6,10 euros au kinésithérapeute. Ce n'est pas rentable, surtout s'il veut passer trois quarts d'heure pour faire un bon travail. La question de la rémunération devra donc se poser.

Vous avez raison, madame la sénatrice, sur les consignes diverses, je l'ai moi-même déploré et je m'en suis moi-même expliquée. L'ordre a donné des consignes en responsabilité, parce que nous n'avions pas d'équipement et que les conditions d'hygiène dans les cabinets sont très difficiles : on n'est pas dans la situation des infirmiers libéraux, qui accomplissent la majorité de leurs soins à domicile et très peu à leur cabinet, ou dans celle des médecins. Les cabinets sont pour la plupart pluriprofessionnels avec beaucoup de praticiens. C'est d'ailleurs ce que veulent le Gouvernement et peut-être la représentation nationale, on nous demande de nous regrouper. La ministre avait dit : plus d'exercice individuel.

Dans un cabinet qui regroupe quatre kinésithérapeutes, si l'on ajoute les patients et les accompagnants – la plupart des patients ne peuvent se déplacer seuls à cause de leur pathologie –, cela fait un monde considérable dans les salles d'attente et dans les salles de soins, qui, si elles sont individuelles, n'en sont pas moins communes ! Nous n'avons donc pas eu d'autre choix en début de crise. Actuellement, les consignes d'hygiène sont très strictes, mais je ne vois pas comment on pourrait faire autrement. De ce fait, cela limite le nombre de patients accueillis et limite aussi les rémunérations. C'est pourquoi nous sommes également inquiets pour la santé économique de nos confrères.

Il y a eu de grosses difficultés d'approvisionnement en masques. Les pharmaciens ont été en première ligne et cela n'a pas été facile pour eux. En Sud Gironde où j'exerce, pendant trois semaines consécutives, en début de crise, je n'ai pas eu de masques : je n'avais pas ma dotation tout simplement parce que le pharmacien n'en avait pas ! Comme tous les autres professionnels de santé, j'ai râlé. Cela a été très compliqué pour les pharmaciens comme pour les professionnels. C'est pour cela que l'ordre a commandé des visières très solides et de qualité, qui ne se substituent bien évidemment pas au masque. Cela évite aussi de toucher le masque et permet d'avoir un peu plus de sécurité dans nos soins.

À la suite de cette crise, on nous a dit que ce ne serait plus jamais comme avant : il va y avoir le Ségur et ce sera le grand soir... Finalement, je n'ai qu'un regret, c'est que, pour la kinésithérapie et la rééducation en général, il n'y ait rien eu. Je n'ai pas du tout été entendue.

La rééducation est la grande absente des politiques publiques dans ce pays où on parle peu de prévention et jamais de rééducation et de réadaptation. C'est parce que l'on est dans le soin que nous sommes souvent les grands oubliés : nous sommes invisibles. Certes, un chirurgien orthopédiste sait très bien que, sans kinésithérapie, il n'obtiendra pas de bons

résultats, les médecins avec lesquels nous travaillons le savent, mais les pouvoirs publics n'en sont pas conscients.

Mme Michelle Meunier. – Madame Derrendinger, sachez que je partage totalement votre colère et votre indignation : l'invisibilité sur la santé des femmes, notamment le périnatal, a été problématique. On l'a bien perçu au début du confinement sur la question de l'interruption volontaire de grossesse, mais aussi sur les suivis de grossesse et les accouchements.

Au cours du confinement, dans l'exercice de vos professions respectives, avez-vous eu le sentiment d'aller à l'encontre de l'éthique ? Les enquêtes que vous menez le corroborent peut-être. Les sages-femmes par exemple sont-elles allées plus vite, sans donner les bonnes pratiques ou les bons conseils ? Il est peut-être un peu tôt pour le savoir, mais quels sont les indicateurs en termes de déclenchements de naissance ou de recours aux césariennes ? Y a-t-il eu des heurts entre l'exercice de vos professions et le contexte tout à fait particulier du confinement ?

Lors des auditions précédentes, on a beaucoup entendu parler d'anticipation et vous-mêmes en avez parlé. En termes de dépistages et de tests, vous avez été plusieurs à faire des courriers ou des lettres ouvertes au Président de la République ou au ministre, avez-vous eu des réponses ? Je pense en particulier aux chirurgiens-dentistes.

Mme Laurence Cohen. – Connaissez-vous le nombre de professionnels de santé qui ont été contaminés dans leur activité et qui n'ont pas pu continuer à exercer ?

Les professionnels de santé comme ceux du secteur médico-social sont particulièrement exposés. Sont-ils prioritaires pour les tests ? D'une manière générale, la mise en place des tests a été longue et les laboratoires ont un peu partout des difficultés à suivre le rythme.

Vous avez donné une chronologie de ce que vous avez vécu lors de cette pandémie : manque d'anticipation, manque d'équipements, etc. Avez-vous des dates pour travailler avec les différentes autorités, notamment le ministère des solidarités et de la santé, pour faire un retour d'expérience ? Ce que vous nous dites dans le cadre de cette commission d'enquête est extrêmement riche et intéressant. Ce retour d'expérience devrait pouvoir profiter à l'ensemble pour corriger le tir.

Madame Mathieu, vous avez parlé de l'invisibilité des kinésithérapeutes et des difficultés en matière de rééducation. Je pense que cette situation dépasse le cadre de cette pandémie et que la crise a exacerbé cette problématique : en réalité, c'est l'ensemble du système de santé sur les questions de rééducation qui est en souffrance.

Aujourd'hui, nous vous recevons parce que vous êtes des représentants d'ordres. Les orthophonistes ne participent pas à cette table ronde, parce qu'ils ne sont pas constitués en ordre. Pour avoir visité bon nombre d'hôpitaux, d'Ehpad et d'autres structures, lorsque j'ai demandé où étaient les orthophonistes, on m'a répondu : il n'y en a pas, mais on se débrouille. Quand un patient a des troubles neurologiques avec des séquelles au niveau du langage, on ne se débrouille pas, car c'est autant de perte de chance pour lui. Le constat est donc global et interroge l'ensemble de notre système de santé.

Je terminerai sur une inquiétude. Il y a ce manque d'équipements de protection – on parle des masques, mais c'est vrai des blouses, des surblouses, etc. En tant que parlementaires, nous avons beaucoup été alertés sur les sacs poubelle utilisés en guise de surblouses. J'ai bien entendu que les sages-femmes étaient toujours en déficit de masques FFP2. Comment corriger cette situation ? On ne tire pas d'enseignement de ce qui vient d'être vécu.

Dans le cadre des auditions menées par Catherine Deroche, nous avons eu l'occasion de vous recevoir le 14 mai dernier, monsieur Fournier, et vous nous avez donné des éléments extrêmement précis concernant les chirurgiens-dentistes. Pouvez-vous revenir sur le fait que la remise en route des cabinets pose problème en raison des conditions d'aération et de désinfection qui sont imposées ? Vous aviez alors mentionné l'aspect économique, qui n'affecte pas seulement les cabinets dentaires, et indiqué que les soins dentaires représentaient un budget de 12 milliards d'euros, soit 3 % du budget de la sécurité sociale. Cela aura donc un impact non seulement sur le volet des soins, mais aussi sur le volet économique.

Mme Angèle Prévile. – Je souhaite revenir sur la question de la pénurie. Apparemment, c'est en février qu'en tant que président de votre ordre vous avez pris conscience, pour chacune de vos professions, qu'il y avait pénurie sur les protections individuelles. Quand tous les praticiens en ont-ils pris conscience ? Comment ont-ils vécu les protocoles qui ont été élaborés, notamment le fait que, pendant un certain laps de temps, le port du masque n'était pas obligatoire, alors que la plupart d'entre vous avaient conscience qu'il fallait des protections individuelles ?

On peut s'intéresser à titre individuel aux zoonoses, mais y a-t-il une formation sur ces questions ? Les professionnels de santé sont-ils tous à même de comprendre ce que c'est ? Selon vous, cela doit-il être enseigné et cette connaissance devrait-elle être plus largement partagée pour mieux envisager l'avenir ?

Dr Jean-Marcel Mourgues. – La question des violences intrafamiliales nous concerne tous, tous ordres réunis, et nous émeut. Manifestement, ces violences ont augmenté, en grande partie en raison du confinement, tant et si bien qu'un comité national des violences intrafamiliales a été mis en place avec plusieurs partenaires. Il est présidé par l'une des vice-présidentes du Conseil national de l'ordre des médecins.

Avons-nous le sentiment que le confinement a heurté l'éthique du métier ? C'est une question très complexe. Nous l'avons vu cet après-midi, différentes questions se sont posées à nous, notamment le fait improbable que les capacités d'accueil des services d'urgences réanimation puissent être dépassées. Heureusement, cela n'a pas été le cas. Souvenez-vous que, lorsque le confinement généralisé a été déployé le 17 mars, trois régions se trouvaient déjà en forte tension : le Grand Est, l'Île-de-France et les Hauts-de-France. Il s'agissait de savoir si le confinement généralisé allait permettre d'éviter la généralisation de cette déferlante sur l'ensemble du territoire national.

C'était l'époque des grandes incertitudes et des questions sur l'accès aux soins. On a d'emblée compris, notamment avec l'application du Plan blanc et l'annulation en masse des soins et des consultations, que nos concitoyens souffriraient d'un retard dans l'accès aux soins pour tout ce qui ne concernait pas les soins liés à la pandémie covid. Il s'agit là de questions encore récurrentes, puisque l'on ne peut pas dire que la situation soit pleinement satisfaisante.

Sur le dépistage, on est à peu près tous d'accord pour dire qu'il faut tester. En l'état actuel des choses, on en est à peu près à 900 000 tests par semaine, l'objectif étant au moins un million. Plusieurs problèmes se posent, en particulier pour les tests dits virologiques par prélèvement nasopharyngé : on se heurte aux capacités intrinsèques des laboratoires à absorber la demande, avec des délais de rendez-vous les plus courts possible et la communication des résultats le plus vite possible. En effet, si les délais sont très longs, quelqu'un qui est encore positif peut basculer dans une négativité ou être à la limite, et les retards de dépistage sont préjudiciables, notamment pour les personnes asymptomatiques qui n'auront pas forcément l'idée de s'isoler tant qu'elles n'auront pas leurs résultats.

Un confrère corse conseiller national m'a confié la semaine dernière qu'il recevait un millier d'appels par jour pour des demandes de dépistage. Vous comprenez aisément qu'il n'existe aucune plateforme téléphonique adaptée et opérationnelle capable d'absorber un tel afflux. La question connexe, c'est celle de la hiérarchisation des demandes de tests selon des critères médicaux. On va du cas fortement suspect, cas contact lui-même malade d'un cas index, à une personne anxieuse, qui n'a aucun symptôme, qui ne s'est pas rendue par exemple dans des réunions festives où le risque est important, mais qui a besoin d'être rassurée.

Ce collègue et moi en convenions : il serait pertinent de pouvoir hiérarchiser dans le temps, selon des critères médicaux, pour traiter les cas les plus urgents. Cependant, cela pose un problème, parce qu'il n'est pas question de mobiliser le personnel des laboratoires qui est déjà en tension, pour réaliser un *screening*, c'est-à-dire une différenciation. Si l'on revient à la prescription médicale, on neutralisera ceux qui vont au laboratoire sans prescription et il sera alors très difficile d'atteindre les objectifs d'un million de personnes testées.

Une autre question se pose, mais qui reste pour l'instant en suspens, et qui ne relève pas tout à fait de ma compétence, c'est celle des autres tests, dits salivaires. Pour le moment, mais les choses peuvent évoluer très vite, ils ont une sensibilité inférieure d'environ 20 % par rapport à celle des tests RT-PCR, laquelle est de 90 % à 95 % si les prélèvements sont bien réalisés, ce qui n'a pas toujours été le cas. Il s'agit donc d'améliorer le plus rapidement possible la sensibilité des tests salivaires, si cela est possible, et de les proposer alors à une population qui n'est pas symptomatique, qui n'est pas à fort risque et qui de toute façon ne se ferait pas prélever. En outre, le caractère désagréable du prélèvement nasopharyngé disparaît et, avec un matériel adéquat, les résultats pourraient être produits dans un délai d'une heure.

Je pense pouvoir dire que, dès le début du confinement, voire un peu avant, début mars, l'inquiétude vis-à-vis des masques de protection a été largement partagée par l'ensemble des professionnels de santé. J'ai acheté à l'officine à côté de mon cabinet des masques qui étaient anciens, mais que ce pharmacien avait en stock. J'ai dû ensuite m'approvisionner à la débrouille avec des fournisseurs de collectivités territoriales qui avaient des masques de protection et qui avaient communiqué de façon informelle, en réseau, leur numéro de mobile aux professionnels de santé pour qu'ils puissent s'approvisionner.

Faut-il rappeler le contexte de l'époque ? Il n'y avait pas de tests, sauf pour les cas graves et les professionnels de santé. Et encore ! On a connu des situations où même le 15 nous répondait qu'il n'y avait pas moyen de tester, qu'il fallait travailler protégé. Je prends cet exemple, mais il ne s'agit bien évidemment pas de stigmatiser le 15. Je rappelle que nous étions en fin de période de grippe, il n'y avait pas de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans les cabinets de ville et nous étions dans le brouillard complet sur le plan épidémiologique.

Je le répète : il y a vraiment un progrès à faire dans le lien entre les agences régionales de santé et les professionnels de santé de terrain sur un complément d'information sur la réalité épidémiologique par bassin de vie. Il n'est pas normal que les professionnels de santé ne reçoivent pas une information plus complète et différenciée que ceux qui regardent les médias généraux.

En ce qui concerne le prix payé par les professionnels de santé, c'est complexe parce qu'il n'y a pas de répertoire centralisé. Une cinquantaine de médecins seraient décédés. S'agissant du nombre de médecins malades, c'est la grande inconnue.

Le ministre Olivier Véran a annoncé le 23 avril devant l'Assemblée nationale la reconnaissance, avec une présomption d'imputabilité, d'une maladie professionnelle, lorsque les professionnels de santé étaient atteints de la covid. Il semble bien que le tableau de maladies professionnelles liées à ce virus ne reconnaîtra finalement ces critères qu'en cas de gravité particulière. En d'autres termes, le répertoire de maladies professionnelles que collectera l'assurance maladie sous-estimera de façon importante le nombre réel de professionnels de santé atteints.

S'agissant des décès, comme on pouvait s'y attendre, on note une surreprésentation des généralistes, qui sont au-delà de la représentation numérique dans la démographie médicale. On peut en effet s'interroger sur le lien direct avec l'insuffisance de protection ou d'informations sur la réalité de la situation dans les bassins de vie.

La remise en route des cabinets pose problème à plus d'un titre. Il y a toujours des protocoles de désinfection quand les patients passent les uns après les autres, dans les salles d'attente, etc. C'est très contraignant et il s'agit de ne pas baisser la garde.

La reprise des parcours de soins est une préoccupation très forte, car la situation est loin d'être satisfaisante. Quantité de patients n'ont pas repris leur lien parce que les structures ont appelé pour annuler des consultations, qui ont été reportées *sine die*, et qu'ils n'ont été recontactés : cela va emboliser les professionnels de santé pour remettre ces patients dans le parcours de soins, mais avec un effet de d'embouteillages.

Le département du Lot-et-Garonne a enregistré onze décès hospitaliers et deux en dehors de l'hôpital. Rapporté à la France entière, cela ferait 2 500 morts. On a donc été relativement épargné par la première vague. En revanche, si l'on avait la possibilité de mesurer la surmortalité liée à tout autre raison – retards de prise en charge, glissements dans les Ehpad –, même si, sur les courbes Insee, ce n'est pas très net, on aurait selon toute vraisemblance davantage de décès hors Covid. Je rejoins ce qu'a dit Pascale Mathieu : un patient atteint de Parkinson qui a une entorse peut voir compromises sa rééducation fonctionnelle et son autonomie, ce qui peut provoquer un alitement et... on connaît la suite, pour peu qu'il y ait de l'isolement.

Je conclus sur l'aspect économique. Il sera très intéressant d'étudier l'impact en termes de démographie médicale que cette crise aura sur les jeunes médecins dans leur projet d'exercice libéral. Il semblerait, mais je serai très prudent, que les incertitudes énumérées à juste titre par les praticiens libéraux sur la période passée risquent d'aggraver le déficit d'attractivité de l'exercice libéral. Début 2021, nous aurons un retour sur l'année passée.

M. René-Paul Savary, président. – Avez-vous été sollicité pour des dates de retour d'expérience ?

Dr Jean-Marcel Mourgues. – Non, sachant qu’il y a plusieurs types de retour d’expérience : un retour d’expérience de la pandémie qui doit être réalisé le plus rapidement possible pour savoir ce qu’il faut faire si une deuxième vague d’envergure survient, un retour d’expérience à plus long terme sur les risques sanitaires liés notamment aux pandémies virales, un retour d’expérience pour savoir en quoi cette situation a pu aggraver ou mettre en lumière les insuffisances de notre système de santé. On mesure bien à quel point c’est complexe.

M. René-Paul Savary, président. – J’imagine que vous avez des propositions à faire !

Dr Jean-Marcel Mourgues. – Bien sûr ! Nous en avons d’ailleurs formulé dans le Ségur de la santé et je partage l’avis collectif : nous sommes inquiets.

Mme Angèle Préville. – Vous n’avez pas répondu sur la formation des médecins, des infirmiers et autres sur les zoonoses.

Dr Jean-Marcel Mourgues. – Sur cette question, je serai très prudent : dans le milieu universitaire, les formations sur ces questions sont limitées. Ma formation initiale est très limitée, mais elle date. En ce qui concerne le développement professionnel continu et la formation des médecins durant toute leur carrière, je crois que c’est également très limité. Manifestement, dès la formation initiale, mais aussi dans le développement professionnel continu, il faudra intégrer un gros bloc de santé publique et de prévention des risques sanitaires, dont les zoonoses.

Dr Carine Wolf-Thal. – Dans l’exercice pharmaceutique, tous métiers confondus, il n’y a pas eu de pratiques allant à l’encontre de l’éthique. Bien au contraire, tout ce qui a été mis en place visait justement à assurer une continuité d’accès aux soins et à éviter des dérapages ou des ruptures dans les soins.

Sur le nombre de contaminés, je ferai le même constat : il est très difficile d’avoir des chiffres précis et d’avoir la certitude que ces cas sont bien liés à la covid. Il n’y a pas de surmortalité chez les pharmaciens au cours de la période. Pour autant, on sait maintenant que des pharmaciens sont décédés, mais cela reste dans l’épaisseur du trait, si j’ose dire.

Sur les arrêts maladie, notamment des pharmaciens salariés, là encore, il est difficile de faire la part entre les arrêts maladie covid et les arrêts maladie pour garde d’enfants ou pour d’autres raisons, puisque certains salariés n’étaient pas eux-mêmes contaminés. On sait par des enquêtes déclaratives qui ont été notamment menées par les syndicats que 40 % des arrêts maladie ont été dus à un collaborateur malade. Dans le cadre d’une enquête réalisée également par un syndicat, 10 % des pharmaciens titulaires d’officine ont répondu que, dans leur équipe, ils ont été contaminés. C’est très approximatif, mais c’est lié au fait que le recensement n’existe pas.

L’ordre des pharmaciens a mis en place une cellule d’écoute spéciale pour répondre aux angoisses des pharmaciens, laquelle a été largement sollicitée. Les conseillers ordinaires ont été très présents et ont appelé un à un chaque pharmacien d’officine, pour échanger, écouter et essayer de tenter d’apporter des solutions.

Je vous fournirai les chiffres, mais le nombre de fréquentations de notre site spécial covid est impressionnant : on a atteint des dizaines de milliers de vues et de

consultations de nos foires aux questions (FAQ). Nous avons organisé des webconférences qui ont réuni plus de 5 000 participants. L'ordre a été visible auprès de ses ressortissants. Il l'a probablement été moins dans les médias, même si je me suis personnellement rendue sur des plateaux télé. Il est vrai que nous étions bien occupés et dans nos exercices et à informer et accompagner nos confrères ; nous avons peut-être moins le temps d'être dans la presse. Notre priorité était la visibilité pour nos confrères.

Je reprends à mon compte les propos de Jean-Marcel Mourgues sur les tests et sur l'importance de la priorisation. J'ajoute que de nombreuses personnes ont besoin de se faire dépister soit pour des voyages, soit pour des process administratifs : on leur demande ce test. Pour eux, c'est prioritaire, car ils ne peuvent faire sans. C'est donc toute la difficulté de la priorisation des tests.

Les pharmaciens sont formés aux zoonoses ; notamment outre-mer, certains pharmaciens sont particulièrement au fait des dengues, zika et autres. De plus en plus, nous proposons des formations, car, comme cela a été dit, dans certaines régions françaises commencent à se développer des pathologies transmises notamment par les moustiques. Il faut probablement renforcer certaines procédures à l'avenir.

M. Patrick Chamboredon. – Nous avons incité les professionnels à faire des tests et, dans les dernières mesures, nous avons obtenu que les infirmiers puissent prescrire des tests pour faciliter l'accès au test.

Concernant la contamination des professionnels, Santé publique France a mené une enquête. Nous ne sommes pas en capacité de le faire, car le tableau n'est pas totalement inscrit. En revanche, nous avons insisté auprès de l'Assemblée nationale pour que les enfants de tous les professionnels de santé puissent bénéficier d'un statut similaire à celui de pupille de la Nation : cela a été débattu en séance publique et c'est maintenant entre les mains du Gouvernement.

Les professionnels de santé ont été en grosse difficulté. On a créé une adresse mail d'écoute et le site a été très consulté. On a proposé des rendez-vous avec des psychologues cliniciens, au-delà de l'entraide confraternelle, de façon à ce que les professionnels soient suivis dans la continuité.

On n'a pas de calendrier des travaux. On est très inquiet pour la suite, au-delà de la formation que vous avez indiquée sur les zoonoses. Une enquête a été menée sur les étudiants infirmiers qui est parue la semaine dernière : certains vont abandonner. Les étudiants infirmiers de troisième année ont fait fonction d'infirmiers dans les services de réanimations et ailleurs pour pallier l'ouverture des lits et la nécessité de continuité des soins pour les infirmiers. Certains nous ont dit qu'ils allaient abandonner la profession parce qu'ils avaient été mis en difficulté pendant leur exercice professionnel jusqu'au dernier moment et des étudiants qui étaient en fin de formation disent que les conditions étaient tellement dures – sans compter les retards de diplomation – que cela pose un vrai sujet.

On n'a pas de date. Vers la mi-mars, nous avons remonté au Gouvernement qu'il y avait un problème concernant la prise en charge des patients hors covid. Dans le même temps, dans la même enquête, les infirmiers ont évoqué les problèmes d'EPI, et pas seulement les masques.

Pour ce qui est de l'anticipation, nous avons demandé que la possibilité que nous avons obtenue de la Caisse nationale d'assurance maladie que les remplaçants exercent en même temps que les titulaires soit pérennisée jusqu'à la fin de l'année, de façon à augmenter sur les territoires la quantité de professionnels disponibles, notamment en médecine de ville, pour assurer la prise en charge. En effet, on voit que cela reprend à bas bruit.

Mme Isabelle Derrendinger. – Ai-je été heurtée dans mon éthique professionnelle ? Oui. Comment ne pas être heurté dans son éthique professionnelle et ordinale quand on encourage ses collègues à préserver l'activité sans avoir les mesures de protection pour soi et pour les autres ?

Je vous rappelle que c'est le 28 février que le Conseil national de l'ordre des sages-femmes a alerté la DGS sur les remontées du terrain des sages-femmes qui s'inquiétaient de l'absence de dotation. Nous sommes élus, mais nous sommes aussi professionnels, et nous connaissons le même déficit de fourniture.

Comment ne pas être heurté dans son éthique professionnelle quand la Haute Autorité de santé envisage de publier des réponses rapides en sortie de confinement pour les femmes et les enfants, que le Conseil national de l'ordre répond au cabinet du ministère qui l'a interrogé le 5 mai sur les préconisations ordinales pour la sortie du confinement qu'il faut doter les sages-femmes de masques FFP2, que, le 11 mai, l'ordre relit les réponses rapides de la Haute Autorité de santé et que celles-ci ne seront publiées que le 23 juin ? Ce qui diffère entre les réponses rapides du 11 mai et celles du 23 juin ? C'est la disparition des masques FFP2 pour les professionnels de santé périnatale. Suis-je heurtée dans mon éthique professionnelle ? À 100 %. Mes collègues sont-elles heurtées ? Oui.

Nous avons parlé des difficultés financières relatives à l'obligation de se doter d'équipements de protection et des variabilités d'activité pour les professionnels de santé libéraux. Je rappelle que les sages-femmes libérales ont les revenus les plus faibles des professionnels de santé libéraux en France. Qu'est-ce à dire quand elles doivent s'équiper de matériel, maintenir une activité et ne pas avoir eu une activité deçà de 50 % qui leur aurait permis de bénéficier des aides d'État ?

Comment le vivent-elles ? Je vous rappelle que l'ordre a interrogé les 24 000 sages-femmes, 11 000 ont répondu. Le collègue a aussi interrogé les sages-femmes. Le *burn out* existe. À la sortie du confinement, une sage-femme sur deux veut renoncer à sa profession. J'ose à peine faire des hypothèses statistiques après les conclusions du Ségur de la santé.

Y a-t-il des axes d'amélioration ? Oui.

Avons-nous été conviées pour une date de retour d'expérience ? Non.

Dr Serge Fournier. – Vous demandez si la situation a pu aller à l'encontre de l'éthique des professionnels. La question est très intéressante et, pour les chirurgiens-dentistes, la réponse est oui. En effet, nous n'avons pu assurer les soins que par le biais de cabinets de garde : cinq lieux d'exercice pour un département important comme celui de la Haute-Garonne, d'où je viens. Par conséquent, un tri important a dû être fait par les régulateurs. À peu près un patient sur cinq était reçu dans les cabinets de garde, car ceux-ci ne pouvaient recevoir que dix patients en une journée.

Dans ces conditions, l'éthique du professionnel de santé a été fortement touchée et je n'ose pas imaginer ce qui devait se passer dans les hôpitaux de Paris, où des tris concernant l'urgence ont peut-être été faits. Or je peux dire aujourd'hui qu'au CHU de Toulouse les lits étaient vides et qu'on attendait avec impatience que les malades viennent. Je passe sur les cliniques privées qui n'ont pas vu un seul patient par un manque d'accord entre l'hôpital public et les cliniques privées.

Concernant les tests de dépistage, je m'étonne également que les chirurgiens-dentistes ne figurent pas sur la liste. Nous avons le droit d'opérer, d'aller dans un sinus, mais pas celui de mettre un coton au fond de la gorge : nous ne comprenons pas cette incohérence. Cependant, nous attendons avec impatience l'éclosion des tests salivaires qui, s'ils étaient amenés à être fiables, nous permettraient de dépister dans nos cabinets un maximum de population.

Concernant le nombre de chirurgiens-dentistes contaminés durant la période *hard*, la réponse est zéro, puisque j'ai demandé à ce que l'on ferme les cabinets. Un ou deux praticiens se sont retrouvés en réanimation, mais ils n'ont pas forcément été contaminés dans l'exercice de leur métier. En revanche, depuis le 11 mai, le nombre de chirurgiens-dentistes et d'assistantes dentaires qui travaillent au fauteuil croît, même si je ne dispose pas de statistiques officielles sur tout le territoire. Cela vient peut-être du fait que l'on a baissé un petit peu la garde en matière de mesures de protection.

Nous n'avons plus aucun contact avec le ministère depuis le 11 mai. Cela étant, il y a un peu plus d'un mois, j'ai fait une demande d'audience auprès du ministre pour évoquer le retex covid, mais aussi d'autres sujets en cours. À ce jour, je n'ai pas de réponse. Je n'ai pas de proposition de date, bien que je comprenne que la situation soit un petit peu tendue.

Sur la remise en route, nous n'avons pas effectué de soins pendant deux mois et nous effectuons des soins à moitié vitesse au moins jusqu'à la fin de l'année. On peut donc penser que, sur les 12 milliards d'euros qui sont alloués aux soins prothèses dentaires et traitements d'orthodontie, on devrait retrouver 6 milliards d'euros de positif dans le budget de la sécurité sociale.

Je donnerai en passant un petit coup de patte aux organismes dont on n'a pas parlé : les assureurs complémentaires ont brillé par leur absence durant la totalité de la période covid, alors que les soins dentaires, c'est un tiers l'assurance maladie, un tiers les assurances complémentaires et un tiers la poche du patient. Concernant le tiers économisé par les assureurs, nous espérons qu'il pourrait y avoir un retour dans ce domaine, mais ils sont pour le moment extrêmement discrets.

Comment les praticiens voient-ils l'avenir ? Bien et mal. Pour l'instant, ils sont contents de pouvoir exercer leur métier, de distribuer des soins, mais ils aimeraient bien que l'on baisse le niveau des recommandations, ce qui ne va pas être possible.

Je conclus en disant que je suis évidemment extrêmement fier d'eux, de ce qu'ils ont fait en toute autonomie, sans rien demander à personne, et avec efficacité, mais avec des larmes. N'étant pas reconnus par les pouvoirs publics, il a fallu qu'ils se déshabillent sur les réseaux sociaux pour qu'enfin les médias et l'État veuillent bien leur accorder leur attention. L'opération #dentistesàpoil a permis de réveiller les médias.

Mme Pascale Mathieu. – Sur la question éthique, Mme Derrendering a fort bien résumé la situation. Les kinésithérapeutes eux aussi ont souffert de ne pouvoir suivre certains patients. Concernant les Ehpad, j’ai saisi le Défenseur des droits au plus fort de la crise, et je rencontrerai ses représentants la semaine prochaine, pour les alerter sur cette atteinte au droit fondamental à être soigné.

D’autres patients, immunodéprimés, souffrant par exemple de sclérose en plaque, ont interrompu leurs traitements par peur. Ils étaient très angoissés et, au déconfinement, malgré la reprise d’une vie normale, certains n’ont pas repris les soins. Nombre de kinésithérapeutes s’interrogent : ils ont recontacté en vain les personnes. Ils ne savent que faire et expriment une véritable préoccupation éthique et morale.

Permettez-moi d’évoquer mon propre exemple au sujet des tests. La Direction générale de la santé a demandé aux professionnels de se faire tester si possible avant de reprendre leur activité. Rentrée de vacances samedi, j’ai cherché hier en vain un laboratoire pouvant me recevoir pour un test, je n’ai pu obtenir de rendez-vous avant... début octobre ! De retour dans ma province, j’aurai peut-être plus de facilité à faire le test. Il y a certes un *drive* spécialisé pour les professionnels dans le XVII^e arrondissement, mais il est réservé, logiquement, à ceux qui exercent à Paris.

J’ai été surprise de constater que les sapeurs-pompiers pouvaient apporter leur concours pour les tests... tandis que nous ne sommes pas dans la liste des professions concernées. Nous faisons pourtant des prélèvements, par exemple pour l’analyse des crachats dans la recherche des bronchites. Au cas présent, à notre offre de services, on a répondu qu’il serait fait appel à nous « si besoin »... J’espère que ce point pourra se débloquer, car plus nombreux sont les intervenants susceptibles de pratiquer des tests, plus élevé le nombre de personnes pouvant être testées.

Les problèmes touchant les équipements ont été fort mal vécus par les kinés.

J’ai été sollicitée par APF France handicap, autrement dit l’Association des paralysés de France, car beaucoup de ces patients ont arrêté leurs soins et rencontrent en conséquence de grosses difficultés physiques. Je les ai appelés, dans le cadre de l’émission *Le Magazine de la santé*, à retourner chez leurs kinés, affirmant que les professionnels pouvaient assurer les soins, avec des équipements et en appliquant les gestes barrières. J’ai reçu des torrents d’insultes, émanant de confrères qui m’accusaient de les envoyer à la mort, protestant qu’ils n’avaient même pas de masques. Les kinés ont fort mal vécu la période, ils avaient le sentiment d’abandonner leurs patients.

J’ai été également saisie par des associations de patients, par exemple ceux qui souffrent de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). J’ai expliqué que nous ne pouvions assurer les soins faute de masques FFP2. Cependant, grâce à certains réseaux, certains CHU – comme à Bordeaux –, nous avons reçu des masques et avons pu mettre en place des systèmes de garde pour les patients atteints de mucoviscidose et pour ceux qui avaient besoin de kinésithérapie respiratoire.

Sur les zoonoses, nous avons une formation de base, limitée, peut-être insuffisante. Il faudra sans doute revoir cela.

Les dotations de l’État pour l’achat d’équipements protecteurs prendront fin prochainement. J’ai demandé que nous bénéficions au moins de prix planchers : nous avons

l'habitude d'acheter des masques et d'en porter l'hiver, mais les prix ont flambé, c'est une charge devenue insupportable.

Les kinés m'ont alertée sur les directives contradictoires adressées par les caisses primaires d'assurance maladie. Certaines caisses estiment que le praticien qui serait un cas contact doit rester chez lui pendant quinze jours. Or, s'il soigne des patients atteints de covid, il est par définition cas contact ! J'ai donc écrit au directeur général de l'assurance maladie et au ministre pour les alerter et leur demander de mettre fin aux disparités.

M. René-Paul Savary, président. – Ce sont des cas contacts, mais qui appliquent des mesures de protection.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Il y a la jurisprudence sur les soignants !

Mme Carine Wolf-Thal. – Merci à Mme Mathieu de soulever ce point, car nous rencontrons le même problème : depuis peu, on a tendance à mettre en quarantaine des équipes officinales entières. Va-t-on fermer toutes les officines ?

M. René-Paul Savary, président. – Alors qu'elles sont par construction en contact avec des patients !

Mme Pascale Mathieu. – Pour finir, je signale qu'aucune concertation ne nous a été proposée sur les suites du covid, alors que les kinésithérapeutes, je les en remercie vivement, ont fait montre d'un bel engagement. Merci aussi aux conseillers ordinaires qui ont été à la hauteur de nos attentes.

Enfin, je remercie la commission d'enquête du Sénat, qui nous donne l'opportunité de faire connaître notre vécu au quotidien, durant cette crise... qui n'est pas terminée.

M. René-Paul Savary, président. – Merci à vous tous de la franchise avec laquelle vous vous êtes exprimés, et de l'attention profonde que vous portez à cette réflexion.

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 35.

Jeudi 3 septembre 2020

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

La réunion est ouverte à 9 h 30.

Table ronde avec des fédérations hospitalières et médico-sociales

M. René-Paul Savary, président. – Mes chers collègues, nous poursuivons nos travaux avec une audition consacrée aux fédérations hospitalières. Je vous prie d'excuser l'absence du président Alan Milon, qui est retenu dans son département.

Nous entendons ce matin Mme Sophie Beaupère, déléguée générale d'Unicancer, M. Lamine Gharbi, président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), M. Antoine Perrin, directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap) et M. Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France (FHF).

Les sujets que nous souhaitons aborder avec nos intervenants sont nombreux, qu'il s'agisse de la préparation de la crise, de sa gestion concrète, des équipements de protection, de la coopération public/privé en lien avec la question du transfert des patients, de la relation entre la ville et l'hôpital ou encore de la mise en œuvre du plan blanc et de l'accès aux soins des patients non-covid. Sur l'ensemble de ces sujets, nous avons entendu beaucoup d'affirmations, souvent contradictoires et souvent peu étayées.

Les situations ont évidemment varié en fonction des territoires, selon l'ampleur de la vague épidémique qui les a touchés, la qualité de la relation entre les différents acteurs, mais aussi la capacité des autorités à prendre des décisions adaptées à la situation.

Sommes-nous dans la situation que nous aurions pu vivre si notre pays avait été correctement équipé en masques et en tests ? Risquons-nous de nouvelles tensions ? Si oui, sommes-nous prêts à y faire face ?

Une commission d'enquête fait l'objet d'un encadrement juridique strict. Je vous informe 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, Mme Sophie Beaupère et MM. Lamine Gharbi, Antoine Perrin et Frédéric Valletoux prêtent serment.

Mme Sophie Beaupère, déléguée générale d'Unicancer. – La crise sanitaire a pu mettre en évidence les valeurs essentielles des acteurs de notre système de soins, notamment le dévouement et l'humanité de nos soignants, ainsi que leur extraordinaire capacité d'organisation et de coopération.

Les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ont dû poursuivre le traitement des patients et assurer leur sécurité, ainsi que celle des personnels. C'est toujours le cas aujourd'hui. Depuis le début, le travail de coordination de l'offre de soins et de gestion de la crise a été remarquable, tant à l'échelon national que de la part des agences régionales de santé (ARS). La situation était très complexe, et les délais contraints. Il fallait au maximum anticiper les tensions sur les capacités d'hospitalisation et favoriser la gradation des soins. Les difficultés d'approvisionnement en masques et en équipements de protection individuelle (EPI) pendant plusieurs semaines pour le personnel et les patients, alors qu'ils sont vraiment à risque dans le cadre du covid, ont été la principale problématique pour les CLCC.

La crise a révélé au grand jour la nécessité d'une réforme profonde du système hospitalier. Les propositions formulées lors du Ségur de la santé, comme celles sur la valorisation des professionnels, apporteront sans doute des améliorations, notamment sur l'exercice des missions de service public et la préparation à la crise sanitaire. Les mesures de financement permettront de sortir du tout tarification à l'activité (T2A), de piloter l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) de manière pluriannuelle et de revaloriser les financements liés à la recherche et l'innovation, qui sont essentielles face à une crise

sanitaire. Il nous semble impératif de lever les freins à l'innovation, afin de contribuer au rayonnement de la Nation et de se préparer face aux crises, en poursuivant l'adaptation des procédures actuelles, qui ont pu être allégées durant cette période.

Alors que la crise se poursuit, l'enjeu majeur est celui de la continuité des prises en charge, notamment en cancérologie. Selon une étude menée pour l'ensemble des CLCC, il y a eu 7 % de nouveaux patients en moins durant les quatre mois de crise. Cela montre les conséquences qu'il a pu y avoir sur la prise en charge de maladies chroniques.

M. Antoine Perrin, directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap). – La crise a montré la qualité de notre société et de notre système de santé. Globalement, nous, les Français en général, y avons répondu dans un esprit solidaire. La mobilisation a été sans précédent sur le système de santé : public comme privé, ambulatoire comme hospitalier, sanitaire comme médico-social et social. Je salue l'engagement des associations, des mairies, voire des individus. Je songe aussi aux volontariats multiples dans les quartiers, à la fabrication de masques par des associations auto-crées ou déjà existantes, aux cagnottes, aux applaudissements, aux dons et aux renforts. Je porte donc un regard positif sur notre société.

Le secteur privé solidaire a été très mobilisé du fait de sa mission hospitalière, en santé et de service public. Mais nous avons peiné à être reconnus à notre juste place, à la hauteur de notre engagement. En particulier, en début de crise, dans le Grand Est, nous avons libéré des lits qui sont restés inoccupés pendant plusieurs jours alors que le secteur public était débordé, que l'on armait un hôpital militaire et que les transferts vers d'autres régions commençaient. Lors du Ségur, les personnels médicaux n'ont pas été pris en compte.

Le médico-social n'a été considéré que dans un deuxième temps, quand on s'est aperçu que lui aussi était débordé. Le secteur du domicile et du social, pourtant le plus à même d'aider les personnes en situation vulnérable et précaire, ont été l'oublié de la crise.

Le pilotage par les autorités a été important et volontariste, mais parfois inégal et difficile. Au début, il y a eu un retard à l'allumage. On pouvait le comprendre, puisque la crise a surpris. Les contradictions entre les directions générales du ministère ont vite été réglées. Le pilotage régional par les ARS est à saluer. Toutes ont été parfaitement présentes sur le territoire. Nous avons pu dire ce que nous avions à dire et être entendus.

Les avis du Conseil scientifique et d'autres instances nous sont parfois parus contradictoires, évolutifs et difficiles à comprendre. Certains dépendaient des capacités en EPI, et non de considérations uniquement scientifiques.

Il y a aussi eu des contradictions entre le ministère du travail et le ministère de la santé sur la protection des salariés et l'absentéisme en cas de test positif ou de crainte de covid. D'ailleurs, cela a conduit à un jugement à Lille. Je vous en parlerai.

On a regretté et craint la responsabilité des employeurs vis-à-vis des salariés et des malades face aux difficultés à assurer la permanence des soins et de l'accompagnement, avec des agents parfois absents, car contaminés ou craignant de l'être.

Nous avons salué le changement de méthode de l'État dans la gouvernance. Sur les réanimations, il s'est passé des procédures classiques – il n'avait pas le choix – pour augmenter les capacités en laissant la main aux acteurs. Quand il a fallu doubler, voire tripler

les capacités de réanimation en Île-de-France en quelques jours, il n'y a pas eu besoin de toute la procédure des autorisations, des visites de conformité, etc. La confiance qui a été accordée aux acteurs est à saluer. Il faudra en tenir compte pour la suite.

La démocratie sanitaire a été en retrait. La place des usagers n'a pas pu être prise en compte. Les modalités de confinement des personnes âgées n'ont pas pu être discutées et ont parfois été très mal vécues. Et le décret du 1^{er} avril sur les conditions de mise en bière a également été considéré comme très brutal par les personnes et leur famille.

M. Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France (FHF). – Pour rappel, la Fédération hospitalière de France représente les 1 000 hôpitaux publics et près de 4 000 établissements médico-sociaux. La crise est arrivée alors qu'il y avait eu 9,4 milliards d'euros d'économies sur les hôpitaux dans les quinze dernières années.

À l'instar des précédents orateurs, je souligne l'adaptabilité et la capacité à faire face en urgence à la crise des hôpitaux, qui ont tenu dans des conditions parfois très difficiles. Dans la perspective d'un éventuel rebond des cas de covid, regardons ce qui a marché et ce qu'il faudrait en urgence corriger.

Ce qui a bien fonctionné, c'est la mobilisation et la capacité d'adaptation des hospitaliers. C'est la coopération entre le public et le privé, ainsi qu'entre les régions. C'est la chaîne de service public, comme les gardes d'enfants pour les hospitaliers et les médico-sociaux. C'est le modèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), même s'il y aurait beaucoup à dire sur les protections. C'est le déploiement fortement accéléré de la télémédecine. C'est la mobilisation forte des hôpitaux psychiatriques, avec, même si c'est moins visible, un soutien psychologique à la population et aux soignants.

Mais des améliorations à très court terme s'imposent. Je pense à la mise en place dans les territoires des politiques claires de prévention et de santé publique pour éviter de contaminer les plus fragiles. Les ARS doivent faire le point sur l'offre de soins et le rôle que doivent tenir les acteurs pour conforter l'offre de premier recours. Il faut aussi fixer une doctrine pour permettre de limiter le renoncement aux soins. Une grande vigilance sur les EPI est de mise. Passons aussi la vitesse supérieure dans le médico-social et recrutons rapidement, peut-être *via* une campagne de communication, pour résoudre le problème des sous-effectifs.

Il faut clairement repenser l'organisation nationale en temps de crise. Nous attendons beaucoup de commissions comme la vôtre. La multiplication selon les sujets des cellules dans la chaîne de pilotage n'a pas toujours été source de clarté et d'efficacité.

Il faut sans doute aussi mieux anticiper les processus de mobilisation et de recrutement de renfort de professionnels tels qu'ils ont été mis en œuvre dans le Grand Est et en l'Île-de-France, afin d'être plus réactifs.

Dès le mois d'avril, notre fédération avait plaidé pour un *new deal* de la santé. Nous avons été partiellement entendus lors du Ségur de la santé, qui a permis d'avancer au moins sur le financement du système et de l'investissement défaillant, d'une part, et les carrières et la revalorisation salariale dans les établissements, d'autre part. Mais des questions sont demeurées sans réponse sur trois sujets qui nous semblent urgents : la remise à plat de la gouvernance, tant nationale que dans les territoires, du système de santé, l'articulation entre préfets et délégués départementaux des ARS n'ayant pas fonctionné comme elle aurait dû ; le grand âge et l'autonomie ; enfin, l'organisation de notre système de santé dans les territoires.

M. Lamine Gharbi, président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP). – Nous le savons, le péril pandémique est loin d'être écarté. Tirer les enseignements des mois écoulés relève donc d'une impérieuse nécessité.

La crise sanitaire a révélé les ressources inouïes de mobilisation et d'engagement des acteurs de santé, plus que les failles du système. Dans un dialogue permanent entre l'État, le ministère de la santé, les ARS, les acteurs de santé, les parlementaires et élus des territoires et les patients, nous sommes parvenus à faire face à la vague épidémique qui déferlait.

Pour autant, ne faisons pas preuve d'angélisme. Il y a eu au début des replis sur soi et des réticences à la coopération. Mais, face à l'urgence et aux besoins impérieux, il a bien fallu sortir des cadres convenus. Des innovations se sont alors déployées. Des délais de réponse ont été réduits. Des organisations qui se regardaient en chiens de faïence ont collaboré, dans un remarquable partage de ressources humaines et matérielles. En Île-de-France, 26 % des malades en réanimation ont été soignés dans des établissements privés. L'ARS a su mettre tout le monde autour de la table.

Cette leçon d'espoir doit irriguer nos pratiques pour l'avenir. N'attendons pas demain que l'épidémie parvienne à un stade critique pour faire appel à toutes et à tous : les retours d'expérience sont toujours préférables aux règlements de comptes. Nous devons adresser un message positif aux Français, qui sont légitimement inquiets. Nous sommes prêts à travailler ensemble, sous l'égide d'ARS garantes d'une régulation équilibrée et équitable.

Face à l'adversité, il y eu une capacité collective à surmonter des obstacles. Vous êtes conscients de la complexité dans laquelle s'ouvre le débat. La crise sanitaire a allégé certaines pesanteurs administratives sur les autorisations ou les créations de lits pour y substituer davantage de réactivité et de pragmatisme. Malheureusement, il en a été autrement s'agissant des EPI, qui nous ont tant préoccupés pour la sécurité de professionnels et de nos patients. Il faut clarifier drastiquement les chaînes de décision. Empruntons résolument le chemin de la simplification et de la clarification tracé par l'expérience. Il profitera à tous : puissance publique, acteurs de la santé et patients.

Je tiens à exprimer ma fierté et ma gratitude envers de l'action des hôpitaux et cliniques privés. Je remercie aussi l'État protecteur, qui a donné aux établissements de santé de tous statuts les garanties de financement indispensables pour travailler de manière pérenne et qui a choisi de privilégier l'équité de traitement dans les revalorisations aux professionnels.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Les chiffres de la Ligue contre le cancer sur le différentiel de cancers diagnostiqués par rapport à l'année précédente sont plus importants que ceux qui viennent d'être indiqués. Où en est-on en matière de renoncement aux soins ? On nous a parlé de patients ne souhaitant pas revenir en hospitalisation et de personnels en récupération...

Selon certaines personnes auditionnées, cela a pris du temps pour que les lits libérés dans les établissements privés soient occupés. Qu'en a-t-il été dans vos différents établissements ? Comment avez-vous vécu, notamment dans le secteur privé, les transferts de patients alors que des lits étaient disponibles dans vos services ?

Avez-vous une idée du tribut payé par vos personnels à la maladie ?

Dans beaucoup de départements, la distribution des équipements relevait des groupements hospitaliers de territoire, qui sont publics. Comment le privé les recevait-il ?

Comment les établissements publics qui hébergent des SAMU ont-ils vécu les consignes initiales, consistant à inciter à ne pas surtout pas aller chez son médecin traitant et à appeler le SAMU ? *Quid* des liens entre SAMU et pompiers ?

Mme Sophie Beaupère. – En cancérologie, le renoncement aux soins est un sujet majeur. Le chiffre de 7 % correspond aux nouveaux patients accueillis dans les CLCC. Ceux de la Ligue contre le cancer concernent sans doute le dépistage. Entre mars et mai, le nombre de patients dépistés au sein des centres a baissé de 50 %, voire, dans certaines spécialités, comme les coloscopies, de 80 %. Selon les estimations des centres, 30 000 malades n'auraient pas été diagnostiqués pendant cette période. Des cas plus graves arrivent. Il y a un véritable effet de cliquet.

L'activité et l'accueil des nouveaux patients ne sont pas revenus à la normale. Nous observons toujours une baisse des nouveaux patients par rapport à l'année dernière. La crise continue. Les conditions de sécurité – je pense notamment au bloc opératoire – complexifient la prise en charge et les parcours des patients. Elles ralentissent également et augmentent les délais de prise en charge.

La problématique est donc double : diminution du nombre de patients dépistés et complexité de l'organisation. Une étude en cours de publication montre une surmortalité, avec un taux de mortalité de près de 30 % à trente jours pour des patients covid et cancer avec RT-PCR, contre 4 % normalement.

Dans la plupart des régions, la coopération entre les établissements publics et les autres a été excellente. Nous avons pu accueillir des transferts de patients de cancérologie des hôpitaux publics dont les réanimations étaient saturées vers les CLCC en prenant les mesures d'organisation nécessaires. Parfois, mais plus rarement, la coopération était plus complexe, mais nous avons pu échanger avec les établissements concernés et les ARS.

À ce jour, nous n'avons plus de difficultés d'approvisionnement en masques et en EPI. Nous avons pu refaire des commandes. La situation est revenue à la normale. Cela nous permet de protéger l'ensemble des professionnels et des patients.

M. Antoine Perrin. – Le retard à l'allumage sur la mobilisation des établissements n'a été qu'au début de la crise et il n'a concerné que la région Grand Est. Il a d'ailleurs servi de leçon. Dans les autres régions, tout s'est bien passé, voire de manière exemplaire, comme en Île-de-France, deuxième grande région très mobilisée.

Entre le 15 mars et le 19 mars, les hôpitaux publics du Grand Est, principalement Strasbourg, Mulhouse et Colmar, ont tout de suite été submergés du fait de la brutalité de la crise. On nous a demandé dès le 15 mars de libérer nos lits. Nous l'avons fait. Pendant plusieurs jours, alors qu'on annonçait des évacuations sanitaires, dès le 18 mars à Toulouse, et la mise en place de l'hôpital militaire, nos établissements étaient vides. Il s'est probablement moins agi d'une volonté de ne pas nous mobiliser que d'une habitude : le SAMU arrivait directement aux hôpitaux publics, car c'était son habitude. Les directeurs du public et du privé se sont contactés, et le problème a été réglé le 19 mars.

Nous n'avons plus aujourd'hui de problèmes de protections dans le sanitaire. Il reste des difficultés, en particulier sur les surblouses et les gants, dans le médico-social.

M. Lamine Gharbi. – Dans le Grand Est, nous avons le 15 mars 70 lits de réanimation vides, et nous sommes montés à 110 lits occupés sur la période. Je ne serai peut-être pas aussi angélique que M. Perrin sur les raisons pour lesquelles on ne pensait pas à nous. Je pense qu'il y a eu une volonté délibérée de gérer les patients concernés dans les hôpitaux. Mais ils n'ont pas vu la vague arriver, et ils ont été submergés. Les établissements privés ont proposé bien avant le 15 mars leurs services et leurs lits de réanimation aux ARS. Ces lits n'ont pas pu être armés dès le 15 mars. C'est à cette date que cela a commencé à « flamber », faute de masques, de protections et de surblouses. Ces équipements sont parvenus dans les hôpitaux publics à Strasbourg le mercredi 18 mars.

Les collaborateurs qui ont eu à prendre en charge des patients covid dans le Grand Est, en Île-de-France et dans les Hauts-de-France sont effectivement épuisés. Dans les autres régions, il n'y a pas eu de saturation. Il y a bien eu des patients en réanimation, mais le public et le privé ont parfaitement pu les gérer. Mais, pour les 7 000 patients en réanimation, il y a bien eu épuisement moral, humain, psychologique et matériel.

Avant le déconfinement, nous avons, avec nos collègues d'autres fédérations, notamment Unicancer, alerté sur les retards de prise en charge, qui étaient préoccupants : on ne peut pas laisser se développer des tumeurs pendant deux mois sans surveillance, dépistage ou traitement. Dès le mois d'avril, nous avons appelé à la reprise des blocs opératoires. Nous n'avons pas été entendus par la population, qui était encore effrayée, confinée à domicile.

Lors du confinement, c'est-à-dire à partir du 12 mai, nous avons eu un problème majeur de drogues – c'est le terme, même s'il n'est pas très élégant – ou de produits d'anesthésie : les « curares. » Nous étions contingentés. Nous ne pouvions pas avoir une activité opératoire normale. Nous avons reçu des menaces ou, du moins, des mises en garde dans des termes quelquefois violents de la part des ARS : la reprise devait se faire uniquement sur les « soins urgents. » Comment définit-on un soin urgent ? Hormis une fracture ouverte ou une tumeur visible au premier examen, l'urgence est toujours relative...

Nous sommes toujours confrontés au problème. Pour pouvoir opérer un patient, nous devons réaliser le test covid. Nous devons encore mettre nos patients dans des chambres individuelles. Toutes les chambres doubles ne peuvent pas être armées, ce qui réduit la capacité de nos établissements et la reprise d'activité. Nous ne sommes donc pas revenus au rythme normal de prise en charge des patients. C'est inquiétant : nous sentons des retards.

Il y a eu aux alentours d'une cinquantaine de décès parmi nos personnels. Ce drame est dû, je le pense, au manque de protections et à la méconnaissance de ce virus en raison d'une observation insuffisante de ce que nos voisins avaient vécu dans d'autres pays, notamment en Italie. Nous avons donc un peu de rancœur.

Nous serons prêts. D'ailleurs, nous le sommes. N'étant pas épidémiologiste, je ne sais pas à quelles difficultés les établissements de santé seront confrontés demain. Mais nous sommes prêts. Aujourd'hui, nous n'avons pas beaucoup de patients dans nos lits de médecine en hospitalisation classique, et nous avons très peu de patients en réanimation. Tant mieux.

M. Frédéric Valletoux. – Les cas de renoncements aux soins sont parfois lourds, en raison des retards de prise en charge. Mais nous estimons globalement être revenus à des

niveaux d'activité à l'hôpital ne permettant pas de pointer la durabilité du phénomène, qui a été très fort au printemps et qui s'est progressivement atténué au début de l'été. Cela étant, il y a effectivement eu beaucoup de cas plus lourds, de témoignages et de chiffres avérés. C'est pourquoi j'évoquais la nécessité de faire passer les bons messages ou d'organiser les filières pour que ce phénomène massif ne se reproduise pas.

Il faudra interroger les régulateurs qui ont mobilisé les acteurs de terrain pour savoir s'il y a eu ou non des retards. Moi non plus, je ne suis pas angélique : nous avons des témoignages très précis. À Mulhouse et à Colmar, des médecins privés sont venus tout de suite et spontanément donner un coup de main à leurs collègues du public. Des établissements ont hésité au démarrage à participer à la prise en charge : eux-mêmes ne comprenaient pas très bien les mesures qui devaient accompagner l'accueil de patients covid. Cela a été l'affaire de quelques jours. Il n'y a pas d'un côté ceux qui voudraient s'accaparer les patients et de l'autre ceux qui auraient été privés d'en traiter. Il y avait des incompréhensions. Les régulations n'étaient peut-être pas automatiques. La régulation par le 15 est orientée par le public, pas forcément par choix, mais parce que les filières de prise en charge fonctionnent ainsi. Si le concept d'urgence était partagé par tous les établissements quel que soit leur statut, la prise en charge au quotidien, c'est-à-dire hors des périodes de crise, serait sans doute meilleure. En période de crise, on reproduit ce qui se passe le reste du temps.

Vous avez évoqué les pompiers. La régulation du SAMU est une régulation médicale, ce qui n'est pas le cas du 18. Face à une crise sanitaire, la régulation devait être médicale : c'est un médecin qui devait décrocher. Or les plateaux d'appels des pompiers sont moins fournis en médecins et en régulation médicale que le 15. Bien entendu, tout cela est sur fond de vieilles tensions, de vieilles batailles. J'accorde donc peu d'importance aux propos qui avaient été repris, et d'ailleurs vite oubliés, dans un rapport malencontreux.

Nous n'avons pas de chiffres sur le tribut payé par les soignants. Je sais que la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) est en train de faire remonter un certain nombre de données. Dans l'offre publique, de nombreux décès ont effectivement été déplorés, des médecins jusqu'aux agents administratifs.

Dans certaines régions, en particulier en Île-de-France, les groupements hospitaliers de territoire ont servi effectivement de maille, notamment pour organiser les répartitions d'équipements. À mon sens, dans la perspective de la réflexion territoriale qu'il faudra avoir dans les prochains mois ou dans les prochaines années, cette maille mérite d'exister. Elle doit mieux agréger l'ensemble des partenaires sur les territoires de santé.

Les territoires qui ont le mieux répondu en matière de coopération sont aussi ceux où la médecine libérale était la mieux organisée, notamment *via* les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Nous avons vu l'intérêt de telles structures, qui permettent une coordination de la médecine libérale. Or cette coordination, quand elle existait, a été un vrai appui et a véritablement bénéficié à la réponse sanitaire globale.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteur. – Madame Beaupère, quel regard portez-vous sur la priorisation des malades atteints du covid ? Quelle a été la perte de chances pour les malades atteints du cancer ? Y a-t-il eu des dysfonctionnements majeurs ?

Quels ont été les bienfaits de la téléconsultation ?

Avez-vous des assurances, notamment de l'ARS, pour que le fonctionnement public-privé soit pleinement opérationnel en cas de nouvelle vague ? La synergie s'est effectivement bien passée en Île-de-France. Dans le Grand Est, cela a été plus problématique.

Mme Sophie Beaupère. – Dans les CLCC, la mobilisation a été très forte et très rapide, car nos médecins des centres étaient très en contact avec leurs collègues, par exemple italiens, et ont ainsi disposé, plus tôt que d'autres sans doute, d'informations sur les conséquences du covid en matière de prise en charge des cancers. Les centres se sont mobilisés courant mars. Dès la troisième semaine de mars, ils se sont organisés pour la continuité de la prise en charge, en veillant aux urgences et aux cas qui devaient être traités, en décalant ce qui pouvait l'être, en mettant en place la téléconsultation – il y a eu une information spécifique sur les sites internet au sein de la fédération –, en transmettant des recommandations à l'Académie de médecine et en travaillant à la fois sur l'organisation et sur les modalités de prise en charge, afin d'éviter au maximum les pertes de chances.

Comme je l'ai souligné, le principal risque était lié à l'absence de masques pour permettre à l'ensemble des professionnels d'être protégés et de protéger les patients. Les masques pouvaient être disponibles pour les services d'hématologie, où il y avait les patients les plus immunodéprimés, mais pas pour l'ensemble des professionnels. Cela a été le gros point de tension. Pour les CLCC, notamment avec le retour d'expérience des centres italiens de cancérologie, il fallait impérativement que l'ensemble des professionnels puissent bénéficier de masques et que l'on puisse mettre des points de filtrage à l'entrée. C'est ce que nous avons indiqué à ce moment-là. Cela a duré trois semaines. Ensuite, nous avons pu nous débrouiller pour équiper l'ensemble des professionnels et des patients.

Vous m'interrogez sur les difficultés de prise en charge des patients en cancérologie, plus particulièrement dans le Grand Est. Le CLCC de Nancy avait mis du personnel à disposition pour le CHU. Des anesthésistes ont aidé le CHU, qui manquait de personnel. Beaucoup de structures privées ont fait de même, en coopération avec les structures publiques. Le CLCC de Nancy s'était mis en ordre de marche pour pouvoir accueillir des patients de cancérologie de la région, afin de soulager les structures de niveau 1. Tout n'a pas été complètement fluide à ce moment-là. Il a fallu une discussion au niveau de l'ARS pour que les patients puissent venir dans les CLCC susceptibles de les accueillir, comme cela avait été prévu, et qu'il n'y ait pas de retard de prise en charge.

La télémedecine a été bénéfique à l'organisation des soins. En cancérologie, comme pour d'autres pathologies, elle a permis la continuité des soins en toute sécurité pour des patients qu'il n'était pas nécessaire de faire venir sur place. Dans les CLCC, nous sommes passés de quelques dizaines de téléconsultations en 2019 à 45 000 entre mars 2020 et avril 2020. C'est devenu le mode opératoire principal pour les consultations moins urgentes, parce que les règles ont été assouplies. Cela a conduit à des changements accélérés dans les centres, où tout le monde a dû se mettre à la téléconsultation, en mobilisant les outils adaptés et en procédant à des réorganisations entre professionnels.

M. Antoine Perrin. – La crise a été très instructive sur les modalités du processus de décision. La DGOS, qui nous avait habitués à des consignes très précises et très cadrées, avec peu de marges de manœuvre pour les ARS, a compris pendant la crise qu'elle ne pouvait donner des instructions qu'à grosses mailles. Elle a donc chargé les ARS de préciser les petites mailles, l'intensité et la temporalité de la crise variant selon les régions. Cela a été une très bonne chose, et il y a eu un véritable dialogue : lorsque nous n'étions pas d'accord, nous avons pu le dire et être entendus.

C'est lorsque les ARS ont laissé les établissements s'entendre entre eux que tout a le mieux marché. Dans le Grand Est, les directeurs se sont directement appelés le 19 mars et ont réglé la question de la répartition des malades sans passer par l'ARS.

Dans l'éventualité d'un retour de la crise, tirons les leçons et profitons des contacts qui ont été établis – honnêtement, ce n'était pas forcément les plus solides auparavant – entre les directeurs et entre les structures. Cette culture du dialogue direct entre les acteurs doit perdurer. Je songe notamment aux liens avec la médecine de ville. Il faut que les acteurs s'organisent eux-mêmes, sous l'autorité et le contrôle des ARS, si la deuxième vague a lieu. Mais je suis positif : je pense qu'en tirant les leçons de l'expérience, nous éviterons certains écueils que nous avons connus.

Sur la télémedecine, nous sommes passés d'une culture craintive à une culture engagée. Auparavant, tout avançait doucement : les tarifs venaient d'être donnés, de manière très limitée, et l'on craignait clairement les abus, c'est-à-dire des consultations non-contrôlables et mal faites. La crise a montré que la télémedecine était au contraire très utile, et qu'il fallait en voir non les éventuels abus, mais l'intérêt pour les patients, qui pouvaient ainsi consulter sans crainte de contaminer autrui ou d'être eux-mêmes contaminés, et les professionnels. Nous allons, je le crois, voir la télémedecine totalement différemment à l'avenir, dans le lien direct des patients avec les médecins et d'autres types de soignants, comme les infirmiers ou les kinésithérapeutes, ainsi qu'avec les établissements.

M. Frédéric Valletoux. – À mon sens, la clé réside dans la médecine de ville.

Si la coopération entre les établissements a pu patiner en Alsace entre le 16 mars et le 18 mars, elle s'est globalement bien faite. Et ce sera d'autant plus le cas : les quelques errements constatés au printemps n'ont plus de raison d'être. Que M. Gharbi soit donc pleinement rassuré s'il est un peu mari de s'être senti oublié. Nous n'avons pas tourné la page de l'épidémie. Tous les acteurs doivent continuer à prendre en charge l'ensemble des patients et à montrer que l'effort est bien collectif, et pas simplement en période de crise aiguë.

À la décharge des médecins de ville, l'impréparation et le manque de matériel, qui n'étaient pas de leur fait, ont conduit les cabinets à se vider : les patients autres que covid ne venaient plus, et les praticiens, qui n'étaient pas protégés, avaient des difficultés à accueillir des patients covid. D'ailleurs, eux aussi ont payé un lourd tribut.

La mobilisation de la médecine de ville se met en place dans les territoires. Il y a des expériences. À Annecy ou en Bretagne, des centres covid qui fonctionnent aujourd'hui s'appuient sur les centres hospitaliers et sur des médecins volontaires, en lien avec les CPTS et les unions régionales de professionnels de santé (URPS). Cela permet de soulager les urgences et d'assurer une prise en charge plus rapide et spécifique de patients covid.

M. Lamine Gharbi. – Cela fait quelques années qu'avec mon homologue de la FHF, nous sommes associés sur l'ensemble des problématiques de notre branche. Nous avons déjà montré que nous étions unis et complémentaires. Et cela se passe bien. Mais j'ai été surpris du décalage qui pouvait exister entre notre volonté partagée, avec la FHF, la Fehap et Unicancer, de porter des messages communs, et l'action sur le terrain de certaines équipes qui n'avaient peut-être pas forcément entendu la bonne parole centrale. Certes, c'était surtout au début. Mais ne nous voilons pas la face : sur le terrain, des équipes de médecins ne jouaient

pas forcément la complémentarité entre le public et le privé. J'espère que c'est un souvenir, d'autant que nous n'avons pas le choix : il faut faire différemment, et tout de suite.

Au demeurant, cela ne concerne pas seulement la crise liée au covid. Nous devons aussi prendre en charge des patients chroniques en urgence. Soyons donc forces de propositions sur la prévention. Il faut que nous opérons immédiatement.

J'ai trouvé que c'était un non-sens absolu de confier aux GHT la distribution de masques pour l'ensemble de la profession hospitalière ; ce n'est pas leur rôle. Les pharmacies sont livrées sur l'ensemble du territoire en trois heures ; un Doliprane arrive au fin fond de tous les départements en quelques heures. Je pense que nous aurions pu avoir une distribution nominative, établissement par établissement. Il y a 22 000 pharmacies et 1 000 hôpitaux privés. Il était facile, me semble-t-il, de confier à un distributeur la régulation des masques. Certes, les GHT ont joué le jeu de la transparence et de la répartition équitable en fonction de ce qui avait été ordonné par les ARS ou la DGOS. Mais ce n'était absolument pas leur rôle d'effectuer cette distribution en temps de crise. Vous le savez, je suis un élu, mais aussi un opérateur sur le terrain : une partie des stocks de masques étaient sous clé à mon domicile, car nos pharmacies et nos établissements avaient été cambriolés. Une partie de la population a profité de la situation de crise pour revendre des masques à des prix effroyables. C'était devenu le produit le plus recherché avec les solutions hydroalcooliques. Nombre d'établissements ont été cambriolés, pour certains à plusieurs reprises.

M. René-Paul Savary, président. – La décision avait été prise par Santé publique France. Avez-vous eu des remontées de contacts ?

M. Frédéric Valletoux. – Les contacts étaient directement avec les ARS.

Les hospitaliers, à travers les GHT, n'étaient pas demandeurs sur la distribution des masques. Mais nécessité fait loi : la décision prise dans l'urgence devait s'appliquer. Comme maire, j'ai été en contact avec un important réseau de pharmaciens dans le sud de la Seine-et-Marne. C'est pour moi un doux rêve d'imaginer les pharmaciens stocker chez eux les cartons pour des dizaines d'équipements, qu'il s'agisse de gants, de masques, de blouses ou de charlottes. Ils avaient déjà parfois du mal à stocker ce qui correspondait à leurs propres besoins ou à ceux de leurs clients. Il y aurait eu des risques de cambriolages. Quoi qu'il en soit, la décision de s'appuyer sur les GHT a fonctionné.

M. René-Paul Savary, président. – Cela a tout de même été long.

M. Frédéric Valletoux. – Ce qui a été long, c'est non pas la distribution et la constitution des stocks de masse restés dans les lieux de stockage des GHT, mais l'approvisionnement sur le terrain et l'arrivée des équipements de protection, bref la logistique. D'ailleurs, les ARS ont fait montre de défaillances à cet égard. Les collectivités locales, notamment dans le Grand Est et en Île-de-France, mais aussi dans d'autres régions, ont prouvé qu'elles savaient acheter mieux et plus vite. Elles ont été meilleures logisticiennes que les ARS, voire parfois que l'appareil d'État, en obtenant des masques plus rapidement. Certaines entreprises, par exemple dans le luxe, ont aussi pu faire venir des masques beaucoup plus rapidement que les circuits administratifs étatiques.

L'autre question est celle de l'articulation sur le territoire. Les agences régionales de santé sont des structures très concentrées. Dans les grandes régions, l'éloignement est encore plus important. Classiquement, et en période de crise, l'État est plus implanté à

l'échelon départemental, autour du préfet. Il y a eu des décalages importants dans les réponses : le lien avec les maires, les collectivités locales et les acteurs de terrain était plus difficile pour les ARS. Dans la perspective de futures crises, cela doit nous interpeler.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Il nous a été indiqué, notamment à propos du Grand Est, que les ARS avaient bien conscience de n'être pas faites pour la logistique, ce qui soulève la question du pilotage par le ministère de la santé : en « temps de guerre », cela aurait pu relever des préfets des zones de défense.

Les masques que les GHT étaient chargés de distribuer étaient exclusivement réservés aux hôpitaux ; la médecine de ville et les soins à domicile n'avaient rien. Et les pharmaciens étaient catastrophés de devoir en refuser à des patients ayant quitté l'hôpital et devant rester en convalescence chez eux.

Le problème tient à la pénurie. Les soignants et les personnels des hôpitaux, des urgences ou des services de réanimation ont été jugés prioritaires, ce qui peut s'entendre. Mais, face à l'inefficacité de l'État, les collectivités locales ont pris le relais.

À l'issue de la crise, il faudra revoir la gouvernance. Si les choses se sont bien passées dans les grandes régions, le lien entre les directions départementales de l'ARS et les préfets, avec parfois des conflits entre ces deux instances, s'est fait en proximité. Les lourdeurs administratives ont été des freins inutiles, avec des conséquences non négligeables.

Mme Sophie Beaupère. – Nous avons été plusieurs fédérations à demander que la distribution relève non des GHT, mais plutôt, par exemple, des grossistes répartiteurs ; ils ont l'habitude de répartir les dispositifs médicaux et sont bien implantés dans les territoires. Les GHT ont pleinement joué leur rôle, mais cela a représenté une pression, une charge de travail et une responsabilité supplémentaires pour eux.

Les fédérations avaient aussi demandé que l'on puisse voir les dotations attribuées aux établissements. Il y a toujours des erreurs ; c'est assez technique. En outre, dans le cas d'un calcul basé sur le nombre de professionnels, il y a toujours des éléments à mettre à jour. Les centres ont été confrontés à des sous-dotations pendant dix jours. Nous avons dû faire jouer la solidarité. Certains centres avaient un peu plus de stocks. On envoyait des masques à nos adhérents, ainsi qu'aux préfets, aux collectivités locales et aux entreprises. La médecine de ville a été en grande difficulté. Nous avons essayé de fournir des masques aux infirmières libérales qui travaillent avec nous.

M. Antoine Perrin. – Je n'ai aucune inquiétude sur la capacité du système sanitaire et de la médecine de ville à être prêts en cas de retour de la crise. Nous serons prêts. Certes, nous l'avons vu, il peut y avoir des obstacles. Mais, si c'est le cas, ils seront franchis. Toutefois, il y a deux points sur lequel je pense que nous ne sommes pas prêts.

D'abord, la démocratie sanitaire a été totalement mise sous le chapeau pendant la crise. Les décisions étaient prises – certes, on peut comprendre la nécessité d'agir vite – sans que les représentants des usagers et des familles soient consultés et puissent donner leur avis. En cas de reprise de la crise, il faudra absolument y remédier. Attention à un éventuel reconfinement dans les Ehpad ! Le confinement y est parfois vécu comme une grande violence par les personnes et les familles, qui en connaissent les conséquences. En matière de démocratie sanitaire, les processus de prise en compte des représentants des usagers et des familles ne sont pas encore au point.

J'ai également des craintes sur la prise en compte des acteurs vis-à-vis des plus vulnérables. Je pense aux personnes âgées à domicile qui ne sont pas dans des institutions et qui ne sont donc pas accompagnées au plus près, ainsi qu'aux personnes handicapées ou socialement précaires. Les acteurs du domicile ont été totalement absents. Ils n'ont pas suffisamment de protection. Il est question d'aborder le sujet dans le texte relatif au grand âge. Pour le moment, rien n'a été fait pour eux lors du Ségur. Pourtant, en cas de reprise de l'épidémie, ces professionnels de l'accompagnement au quotidien, du lever, du laver, de l'habillage, de l'alimentation et de l'activité simple seront en première ligne. Nous ne sommes pas prêts vis-à-vis de l'accompagnement social, en particulier dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et les maisons d'enfants à caractère social, avec l'aide sociale à l'enfance (ASE). La seule solution a été le confinement. Or, confiner des personnes socialement précaires, enfants ou adultes, c'est les mettre dans une cocotte-minute sans aucune perspective d'activité. Cela a fait de gros dégâts. Et, faute de réflexion sur le sujet, c'est la seule solution qu'on leur proposera en cas de reprise.

M. Arnaud Bazin. – En début de crise, le stock national de masques était clairement insuffisant, contrairement à ce qui avait été prévu pour les pandémies grippales. Apparemment, pendant le quinquennat précédent, il avait été décidé de renvoyer cette responsabilité au terrain, c'est-à-dire aux établissements, voire aux entreprises. Avez-vous eu des consignes précises pour entretenir ces stocks ? Peut-on penser les stocks de masques sans penser aussi les stocks d'EPI, qui se sont révélés nécessaires ? Sur qui reposait vraiment la responsabilité des stocks avant la crise ? Nous avons bien compris que la protection du public hors personnels spécialisés ne pouvait pas relever de vos établissements.

L'hospitalisation privée considère-t-elle la capacité réduite d'un malade par chambre comme un critère totalement scientifique et incontournable ? La prise en compte des risques de contentieux entraine-t-elle, au moins pour partie, dans la décision ?

Le président de la FHF a indiqué attendre la mise en place de politiques de territoire, de prévention et de santé publique en cas de nouvelle vague. Peut-il être un peu plus précis ? Qu'est-ce qui lui paraît manquer dans ce qui a été annoncé par le Gouvernement ? Dans quel agenda des actions envisagées pourraient-elles être menées ?

Mme Muriel Jourda. – La coopération entre l'hôpital public et le privé passera-t-elle plus par la constitution de CPTS que par le truchement de l'ARS ?

Face à ce que tout le monde a appelé une crise de l'hôpital, plusieurs solutions ont été préconisées, dont une diminution du personnel administratif au profit d'une augmentation du personnel soignant. Partagez-vous cette position ?

Le ratio entre personnel administratif et personnel soignant est-il le même dans le secteur privé que dans le public ?

Mme Michelle Meunier. – Les nombreuses contradictions dans les communications du Gouvernement, mais également sur les territoires, que M. Perrin a montrées ont été sources de confusion pour les Français et les personnels, parfois aussi de stress, voire de souffrance. Pouvez-vous nous en dire plus sur le service d'écoute psychologique et le dispositif de soutien éthique pour les professionnels et les directions que la Fehap avait mis en place ? Un bilan a-t-il été réalisé ?

Monsieur Valletoux, pouvez-vous revenir sur la notion de « doctrine » que vous avez évoquée à propos des renoncements aux soins ?

M. Frédéric Valletoux. – Il y a effectivement eu un changement de doctrine sur les stocks de masques en 2013. Il est demandé aux établissements de constituer des stocks pour une utilisation courante et pour faire face à une crise de quelques jours. Cela ne concernait pas la perspective d'une épidémie dont l'intensité n'avait jamais été atteinte dans notre pays. Là, ce sont des stocks stratégiques de l'État qui devaient venir en complément. Les stocks qui sont demandés aux établissements sont ceux qui doivent permettre de faire face à l'activité courante ou à une crise dont on pensait – on avait en tête les attentats terroristes ou des crises environnementales – que l'intensité serait de quelques jours.

Nous avons interrogé les fournisseurs habituels des hôpitaux en EPI sur les masques. Le 28 février, le réseau des acheteurs hospitaliers (Resah), qui est une centrale d'achat publique, nous répondait ceci : « À ce jour, les titulaires des marchés Resah ne livrent plus, sur ordre du ministère de la santé, qui va prioriser les commandes. Les établissements auront un retour du ministère et de l'ARS. » De son côté, l'Union des groupements d'achats (UGAP) indiquait : « En ce qui concerne les masques, et tous types de masques, l'UGAP n'est plus en mesure d'approvisionner aux conditions de ses marchés la sphère publique, et notamment les hôpitaux. Santé publique France a directement pris en charge à l'échelle nationale, en lien avec l'État et ses services, cette typologie de fournitures. »

M. René-Paul Savary, président. – Pourriez-vous nous communiquer ces réponses ?

M. Frédéric Valletoux. – Bien entendu.

Dès la fin du mois de février, nos établissements ne pouvaient plus compter que sur leur stock propre, c'est-à-dire le stock courant, celui qui devait permettre de faire face à une crise de quelques jours. Le constat du 28 février était déjà entré en ligne de compte depuis plusieurs jours. La pénurie touchait aussi les établissements eux-mêmes. La tension a été maximale dans le courant du mois de mars.

Sur les territoires de santé, la question est celle de la coordination. La grande promesse de Ma santé 2022, réitérée à l'occasion du Ségur de la santé, était que l'ensemble des acteurs, dans un système historiquement en tuyaux d'orgue, arrivent à se parler et à créer ensemble des filières de prise en charge, en fonction de l'état des forces dans chacun des bassins de vie ou des territoires. Cela varie évidemment entre monde urbain et monde rural, entre littoraux attractifs et zones moins attractives, etc. La clé se trouve dans la qualité et la réalité de la coordination, que les CPTS doivent d'ailleurs permettre d'améliorer pour le monde libéral. Il y a des expérimentations très intéressantes à Brest, Saint-Brieuc ou Annecy : le public et le privé travaillent main dans la main.

Encore une fois, là où les CPTS existaient déjà – mais celles-ci n'existent pas partout et ne sont pas obligatoires pour le monde libéral –, la réponse a été plus efficace, plus élaborée, en prenant en compte l'ensemble des acteurs. Le jour où la réalité de ce qui marche bien dans certains territoires sera constatée partout en France, on passera peut-être d'une approche beaucoup trop jacobine et centralisée à une approche plus en dentelles.

M. Bazin m'interroge sur l'agenda. Je souhaite que les réponses viennent le plus rapidement possible. Mais cela repose aussi sur la compréhension des enjeux par les acteurs.

Pour moi, les coopérations entre le public et le privé passent plus par les acteurs de terrain que par des oukases de l'ARS. Avec une approche trop administrative ou bureaucratique, on rate sa cible une fois sur deux. Faisons confiance aux acteurs de terrain pour proposer des modes d'organisation qui dépendent de l'état des forces dans les territoires.

Si l'objectif est d'avoir le *ratio* entre personnels soignants et personnels administratifs le moins élevé possible, je sais déjà qui, du privé ou du public, va gagner. Un directeur d'établissement reçoit à peu près 150 instructions ou directives par an des ARS. La pesanteur bureaucratique est beaucoup plus lourde dans le public. Nous avons vu émerger des nouveaux métiers liés à cette pesanteur, qui n'a eu de cesse s'accroître au cours de ces dernières années ; leur seule utilité est de gérer des plannings compliqués, alors que des effectifs importants font défaut. La question de l'attractivité des carrières est majeure. Nous recrutons des personnels administratifs non pas pour nous faire plaisir, mais pour répondre à un contexte réglementaire qui s'est profondément alourdi ces quinze dernières années. Les acteurs médicaux et administratifs ont de moins en moins de marges de manœuvre, et l'administration s'est considérablement étoffée. Il serait peut-être intéressant de comparer la courbe des effectifs au ministère de la santé avec celle des effectifs dans les ARS. Même si je n'ai pas fait d'étude experte, je n'ai pas le sentiment que la création de ces dernières ait permis d'alléger la tutelle nationale sur les politiques de santé. Je pense que la bureaucratie s'est installée à tous les étages et que la déconcentration n'a pas empêché chaque étage de gonfler ses effectifs. Tout cela pèse sur les hôpitaux.

Par « doctrine » sur le renoncement aux soins – le terme était peut-être un peu fort –, je faisais simplement référence au fait d'adresser des messages clairs aux Français. La crise n'exclut pas qu'il faille continuer à se faire soigner, à fréquenter son médecin. Rassurons nos concitoyens et donnons aux praticiens les moyens de les prendre en charge.

M. Lamine Gharbi. – Un malade par chambre, c'est uniquement lié au risque d'infectiologie ; pas au risque contentieux. Nous vivons en permanence avec le risque contentieux, dès qu'un malade franchit le seuil de l'établissement ou du cabinet médical. Ce n'est pas ce qui nous motive à progresser, tant s'en faut. En l'occurrence, il s'agit simplement de ne pas mettre un patient covid avec un patient non infecté. De même, les patients atteints de maladies bactériennes style staphylocoque ou bactérie multirésistante sont toujours en chambre d'isolement. Là, comme il y en a plus, nous sommes obligés de les séparer.

La coopération avec l'hôpital public a été largement commentée. Nous ne sommes pas membres de droit dans les CPTS, et toutes ne fonctionnent pas de manière équivalente. Cela n'apporte donc pas une réflexion pertinente à l'échelon national. Nous demandons que l'ARS soit le garant de la répartition des autorisations de réanimation, des patients et des prises en charge et que des contrôles soient effectués.

Au sein de l'hospitalisation privée, nous avons 12,8 % d'agents administratifs. Je suppose que le taux est supérieur dans les hôpitaux publics. Nous avons évidemment aussi des secrétaires médicales. Tous nos praticiens ne sont pas dotés en secrétariat médical.

M. Antoine Perrin. – On a beaucoup d'espoir dans les CPTS, mais je rappelle – le chiffre nous a été donné par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) en début de semaine – qu'il y en a actuellement 20 en France. Certes, il y en a 200 à venir. Pour le moment, c'est une institution en devenir.

À la Fehap, il y avait trois espaces différents. Le premier, mis en place par le ministère, était pour tout le monde et concernait les professionnels de santé ; il a été très sollicité. Le deuxième était spécifiquement pour les directeurs et les responsables de soins ; il a été peu sollicité. Le troisième, l'espace éthique dont vous parlez, était très intéressant. Je n'ai pas de bilan à vous présenter pour le moment, mais il y en aura un. Des professionnels en responsabilité confrontés à des questions éthiques douloureuses pouvaient demander à être entendus en débat avec un éthicien, un philosophe ou autre. Il y a eu des débats très intéressants. Des acteurs devant prendre à des décisions difficiles ont pu vider leur sac.

L'état psychique des professionnels est contrasté. Globalement, ils sont très fiers de ce qu'ils ont fait. Une infirmière me disait encore hier : « On l'a fait, et on a gagné. » Ils gardent la mémoire de leurs collègues qui ont subi la maladie et en sont morts ; il y en a eu dans tous les secteurs, y compris le nôtre. Cela reste très douloureux. Les vacances ont été utiles ; ils repartent motivés. Je pense qu'ils seront prêts en cas de nouvelle crise. Il y a tout de même une amertume, car nos médecins n'ont été ni reconnus dans le cadre du Ségur et ni revalorisés comme dans le public ; pour le moment, nous n'avons rien à leur proposer.

Les problèmes de doctrine s'agissant de l'éviction des professionnels touchés par la maladie se sont posés dès le 20 février. Nous avons des questions. Que fait-on d'un professionnel touché par la maladie ? À l'époque, il n'y avait pas beaucoup de tests. Que fait-on quand on a des suspicions ? Les réponses orales de la DGOS étaient très hésitantes.

S'il était moins difficile de compenser les absents dans le sanitaire, car l'activité de certains services avait été arrêtée – cela restait tout de même difficile –, les insuffisances en termes d'encadrement pour les personnes âgées et les personnes handicapées dans le médico-social avaient déjà été dénoncées avant la crise. Dès lors, quand des professionnels étaient malades ou invoquaient un droit de retrait, avéré ou non, on se trouvait en difficulté. Les doctrines qui nous ont été données en l'absence de connaissance du virus et de tests ont été très variables. Une fois, on nous avait dit que les professionnels asymptomatiques pouvaient continuer à travailler avec des protections. Or il est tout de même difficile d'être efficaces dans une telle situation, protections ou pas. Surtout, cela posait un problème de la responsabilité pour nos employeurs, qui craignaient d'être impliqués au pénal en cas d'infection avec des conséquences graves d'un malade, d'une personne accompagnée ou d'un autre professionnel. Faute de réponse claire, j'avais interrogé la DGOS le 12 mai ; je rappelle que nous n'avions alors pas suffisamment de protections dans le médico-social. Il a fallu attendre le 23 mai pour que le Haut Conseil de la santé publique donne un avis écrit et que nous disposions des directives claires sur l'éviction des professionnels. Cela a été très long. L'hésitation était liée à la mauvaise connaissance de la maladie et de ses implications possibles vis-à-vis des activités et des malades.

Une ordonnance du tribunal judiciaire de Lille du 3 avril 2020 montre les difficultés qu'il a pu y avoir entre le ministère du travail et nous. Suite à une saisine de l'inspection du travail et de la CGT, un établissement de services à domicile s'est trouvé condamné, certes de manière très symbolique, pour ne pas avoir mis en place les mesures de protection de ses salariés alors même qu'il n'en disposait pas, puisque l'État était incapable de les fournir. Nous avons ainsi fait l'objet d'injonctions contradictoires.

Mme Sophie Beaupère. – Notre centrale d'achat a constaté dès la fin du mois de février qu'il n'était plus possible de commander des masques et des EPI.

M. René-Paul Savary, président. – Étiez-vous déjà en situation de pénurie ?

Mme Sophie Beaupère. – Nous disposons de stocks pour un fonctionnement courant et un risque normal, mais pas de réserves pour une crise sanitaire.

M. René-Paul Savary, président. – Il n’y avait pas de tension sur les approvisionnements ?

Mme Sophie Beaupère. – Pas en février.

M. René-Paul Savary, président. – Mais tout a été bloqué dès le 28 février, puisque l’État était prioritaire.

Mme Sophie Beaupère. – Exactement. D’ailleurs, c’est normal. Mais l’enjeu était ensuite la redistribution. Cela soulève la question de la préparation de l’ensemble des établissements à de telles crises sanitaires. Nous participions tous à des exercices relatifs aux risques terroristes ou aux risques nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques (NRBC), mais pas à ce type de risques.

Comme cela a été souligné, nous ne sommes pas membres de droit des CPTS. Tous les CLCC ne sont pas dans l’ensemble de CPTS, même si c’est un dispositif qui permet la concertation. Pour nous, le décloisonnement ville/hôpital passe à la fois par des outils informatiques permettant de partager les informations entre professionnels libéraux et établissements pour faire des parcours de soins coordonnés et par des financements incitatifs.

Je ne dispose pas du taux des personnels administratifs des CLCC. L’important à nos yeux est d’avoir un mode de gouvernance permettant de faire confiance aux professionnels et d’être coopératifs. Les centres essaient de promouvoir ce type de modèle managérial. Pour nous, le sujet principal est l’attractivité de nos établissements face aux difficultés à recruter un certain nombre de médecins, notamment spécialistes.

Il y a effectivement une véritable fierté de la part des professionnels d’avoir pu assurer la continuité de la prise en charge dans un tel contexte, mais un certain essoufflement, notamment du corps médical. Nos professionnels non-médicaux ont bénéficié des mêmes mesures de revalorisation que dans l’hôpital public. Mais ce n’est pas le cas de nos professionnels médicaux. Nous souhaitons l’équité de traitement. Les médecins des centres de cancérologie vivent mal la situation alors qu’ils éprouvent des difficultés à exercer normalement leur métier du fait des contraintes liées au covid.

Nous avons dû nous organiser rapidement, dès le mois de mars, c’est-à-dire avant la parution des documents officiels. Celui du ministère de la santé et de l’Institut national du cancer (INCa) relatif à l’organisation de la prise en charge du cancer dans le contexte de l’épidémie de covid-19 est daté du 27 avril.

Mme Véronique Guillotin. – En cas de deuxième vague, ou simplement de rebond, sachant que l’hiver va faire exploser les maladies infectieuses et respiratoires de tous ordres, on se demandera souvent si tel patient est atteint du covid ou non. Plusieurs d’entre vous se sont montrés optimistes, en indiquant que l’approche ne serait pas la même que lors de la première vague. Avez-vous eu des consignes claires, écrites, de la chaîne de commandement sur le renoncement aux soins, la distribution des masques, la coordination ville-hôpital ou privé-public ou l’organisation des soins en général ? Va-t-on encore compter sur les bonnes volontés de terrain et la capacité des acteurs à s’organiser selon les territoires ? Là où il n’y a pas de CPTS, c’est plus compliqué.

Mme Victoire Jasmin. – Nous savons très bien qu’il y a des déserts médicaux. Ce que vous avez vécu chez vous ne vaut pas nécessairement pour l’ensemble du territoire national. Les contrats locaux de santé (CLS) pourraient-ils permettre d’améliorer le vécu de certains patients et des professionnels ?

Aurait-il fallu qu’Unicancer puisse anticiper sur la prise en charge des personnes qui étaient déjà programmées lors du déclenchement du plan blanc ?

Les chefs d’établissement privé ou public ont des démarches d’accréditation ou de certification. Dans le cadre de l’amélioration continue de la qualité, avez-vous envisagé de revoir les dispositifs pour effectuer des réajustements en cas de nouvelle vague ?

M. Valletoux a fait part de sa satisfaction s’agissant des décisions prises lors du Ségur en matière de prise en charge financière pour certains professionnels. Mais envisagez-vous de tenir compte des difficultés et des psychotraumatismes de certaines personnes, en recrutant des médecins du travail et des psychologues ?

M. Roger Karoutchi. – Je le dis en toute sérénité, je n’apprécie que l’on déclare avoir « gagné » au printemps. Il y a eu 40 000 morts dans les hôpitaux, les Ehpad et à domicile. Cette commission d’enquête a pour objet de déterminer si tout ce qui a été fait a été bien fait ou si certains responsables publics ont failli. Car 40 000 morts, ce n’est pas rien. Et nous ne savons pas ce qui va se passer dans les mois à venir.

J’ai très mal vécu cette période. Le préfet des Hauts-de-Seine, département que M. Valletoux connaît bien, appelait les parlementaires pour leur demander s’ils savaient où trouver des masques. Des hôpitaux privés nous faisaient part de leur incompréhension : personne ne les appelait alors qu’ils avaient des places. Et les ARS nous disaient que tout était sous contrôle, ce qui n’était pas vrai. Je n’incrimine personne. Mais qu’on ne me dise pas que tout s’est bien passé. Ou alors, nous n’avons pas dû vivre dans le même pays.

On nous répète à chaque audition que les choses changent et que nous serons mieux préparés en cas de vraie deuxième vague. Mais il est un point sur lequel je ne vois toujours rien venir. En six mois, on s’est bien rendu compte que la centralisation ne marchait pas et que la multiplication des comités – je pense à Santé publique France, dont l’action se limite à faire des clips télévisés franchement nuls – ne servait pas à grand-chose. La responsabilité des acteurs de terrain n’est pas assez mise en avant. A-t-on envisagé une forte décentralisation pour leur rendre une réelle responsabilité et une capacité d’agir ? Comment améliorer le lien privé-public ? Faut-il avoir des ARS surdimensionnées, avec autant de fonctionnaires, de contrôles, de signatures ? En cas de deuxième vague, nous serons encore dans l’urgence. En temps de guerre, il ne faut pas multiplier les structures. Les acteurs de terrain doivent pouvoir mieux se coordonner et mener le combat.

Tout est-il en ordre aujourd’hui ? Les Français, dont on parle finalement bien peu, peuvent-ils se dire que le système mis en place les protège, les soigne et les aide ?

M. Lamine Gharbi. – La réponse est oui. Aujourd’hui, nous sommes organisés. L’erreur qui a été commise, outre l’absence de masques et de respirateurs, a été de considérer – mais nous ne le savions pas ; il est facile de refaire le match – que la pandémie serait sur tout le territoire national. Or cela n’a pas été le cas. Tant mieux. L’erreur, que nous ne ferons pas une deuxième fois, a été de vouloir mobiliser le peu de moyens que nous avons. S’il y a demain un *cluster* sur un territoire, tous les autres sont prêts, en cas de surrégime ou de

dépassement de capacité, à venir immédiatement en renfort, qu'il s'agisse du matériel ou des moyens humains. L'approche est totalement différente par rapport au mois de mars.

Nous avons tous fait des exercices de plan blanc, mais ce n'est pas la vraie vie. La vraie vie, c'était en mars, quand des patients étaient en détresse respiratoire et allaient mourir dans les prochaines heures si nous ne faisons rien ; c'était un flot continu de patients. Il faut avoir vécu cette situation pour en parler de manière réelle, et avec émotion.

Aujourd'hui, notre rôle est de rassurer nos concitoyens, dont nous sommes chargés de garantir la santé. Il y a tellement de faux messages qui circulent toute la journée, tellement d'inquiétudes. Je suis choqué que toutes les manifestations, professionnelles, amicales ou autres, soient annulées les unes après les autres. Cela devient très anxiogène. Je rends hommage au Mouvement des entreprises de France (Medef), qui a tenu son université d'été, avec 2 500 personnes ; nous étions tous masqués, et nous avons simplement pu continuer à vivre. On ne pourra pas continuer longtemps à annuler toutes les manifestations, notamment professionnelles ; l'activité doit reprendre.

Nous sommes prêts. L'ARS a continué sa veille et nous réunit quotidiennement, en fonction des *clusters*. Chez moi, dans l'Hérault, en Occitanie, où il y a eu des foyers infectieux importants liés au tourisme, l'ARS est mobilisée. Nous sommes en lien avec la médecine de ville, avec le monde hospitalier public, privé et associatif et, bien entendu, avec le médico-social. Nous sommes prêts. Les moyens sont arrivés. Surtout, nous avons le retour d'expérience. Ne parlons pas d'« erreurs » ayant été commises ; nous ne savions pas.

Mais si une telle situation – vous l'avez dit, il y a eu 40 000 morts ; c'est effroyable ; nous avons tous eu des drames humains à gérer – devait ressurgir aujourd'hui, je pense que nous serions prêts. C'est vraiment le message que je veux faire passer aujourd'hui. Nous devons rassurer nos concitoyens sur la solidité de notre système de santé. Certes, il y a eu des erreurs. Il vous appartiendra de déterminer lesquelles et d'en identifier les responsables. Notre rôle n'est absolument d'incriminer telle ou telle personne.

Toutefois, nous faisons un constat. Comme l'a souligné M. Valletoux, nous avons vécu une austérité budgétaire effroyable pendant dix ans, avec des baisses de tarifs de 2 % chaque année. Ne nous étonnons pas que la mariée soit un peu moins belle si les budgets de fonctionnement ont été amputés de 10 %, voire de 15 % pendant dix ans.

M. Frédéric Valletoux. – Monsieur Karoutchi, la certitude que nous avons aujourd'hui, c'est que tout serait en ordre en cas de retour d'une crise aussi forte que celle du printemps dernier. Le système tiendra. Il a déjà tenu. Certes, le prix a été élevé. S'il y a eu des erreurs, il vous appartiendra de les mettre en exergue. Mais le système a tenu.

Néanmoins, soyons réalistes, il y aura toujours des difficultés. Cela ira sans doute mieux sur les approvisionnements. Mais prenons la question des effectifs : les hôpitaux ont tenu parce que les hospitaliers se sont dépensés et mobilisés comme jamais, au prix d'un effort humain important. Il faut un an pour former une aide-soignante, trois ans pour former une infirmière, dix ans à quinze ans pour former un médecin, et il y a 30 % de postes vacants à l'hôpital. La réalité des effectifs n'a pas changé. La réalité de l'effort à fournir en cas d'épidémie d'une telle intensité ne changera pas non plus. La capacité humaine à faire face tiendra une fois de plus, grâce à un effort immense des professionnels de santé devant l'afflux.

Il est possible de mettre des respirateurs dans des salles hospitalières si on en achète. Il faut entre huit et dix professionnels autour d'un lit de réanimation pour un patient. On ne forme pas des infirmiers spécialisés en quelques semaines. On peut demander en urgence à des dermatologues ou à des médecins divers et variés de se plonger dans la vie d'un service de réanimation et de donner un coup de main. Cela a été le cas. Dans les services, les gens qui étaient autour de lits de réanimation n'étaient pas tous des infirmiers spécialisés, des réanimateurs. Tout le monde, moi le premier, connaît des médecins d'autres spécialités qui sont venus donner un coup de main et qui étaient sous les ordres d'infirmiers spécialisés. Cela n'a pas changé, et ne changera pas. Le système de santé est un paquebot, et les paquebots font des manœuvres un peu lentes : entre le moment où on décide d'opérer un virage et son exécution, il se passe du temps. En l'espèce, cela se compte en nombre d'années.

À mon avis, il y a une prise de conscience ; elle s'est exprimée lors du Ségur. On a effectivement été trop loin dans les demandes d'économies et de rationalisation du système de santé. Aujourd'hui, cela ne peut plus passer. Il faut recoudre ce qui a été détricoté. Cela va prendre des années, à condition d'être à la hauteur des vrais enjeux.

Nous avons obtenu des réponses à peu près satisfaisantes sur les rémunérations. Le Gouvernement a mobilisé 7 milliards d'euros à 8 milliards d'euros. Il faut saluer cet effort, qui est sans précédent. Cela sera-t-il suffisant pour rendre les carrières hospitalières plus attractives et donner envie aux jeunes de s'engager dans ces métiers pénibles et pas toujours bien rémunérés ? C'est une vraie question, et elle n'est pas tranchée.

Dans notre système de santé, les écarts de rémunération entre public et privé sont abyssaux. Il faut regarder cette réalité en face. Comment demander à un hôpital public de tenir ses missions avec de tels écarts ? Il est compliqué de garder des médecins dans certaines spécialités. À cinquante ans, cinquante-cinq ans ou soixante ans, on peut n'avoir plus forcément envie de subir certaines contraintes de vie, comme celles qui sont liées aux gardes.

En France, la santé est sans doute l'un des sujets qui a le plus fait l'objet de littérature administrative, parlementaire ou savante, mais qui a le moins fait l'objet de véritables réformes. On a laissé prospérer des situations qui ne peuvent plus durer. Le temps des vraies réformes est venu. Le Ségur est un début de réponse, mais un début seulement.

Je suis malheureusement un peu plus nuancé sur la réponse à apporter à Roger Karoutchi. J'aimerais pouvoir être enthousiaste et dire qu'il n'y a pas de problème. Nous sommes évidemment prêts à faire face, mais à prix qui restera élevé et douloureux.

M. Antoine Perrin. – Les écarts de rémunération qu'évoque Frédéric Valletoux ne sont pas entre le public et le privé solidaire. En fait, les écarts entre le public et le privé solidaire vont même être inverses, compte tenu ce que le public a gagné dans le Ségur.

Monsieur Karoutchi, je pense qu'aucun d'entre nous n'a dit que nous avions « gagné ». Nous avons dit que nous avions tenu.

M. Roger Karoutchi. – Si ! Vous avez-vous-même employé le terme « gagné ».

M. Antoine Perrin. – Je ne me souviens plus à quelle occasion je l'ai employé. Face à la crise, nous avons tenu. Mon propos n'est nullement de dire que nous serions les gagnants et que le virus serait le perdant. Nous avons tenu dans une crise extrêmement

difficile. Nous sommes prêts à y retourner, avec crainte. Je pense que nous tiendrons encore en cas de retour de la crise, mais il y a des conditions.

Des leçons ont été tirées sur le pilotage. Le national a compris qu'il ne pouvait pas faire descendre toutes ses décisions, notamment dans une crise qui touchait différemment les régions. Si nous voulons être à même de faire face à une nouvelle crise, il faut laisser des marges de manœuvre pour que des réponses adaptées puissent être apportées à l'échelon régional. Bien entendu, il faut beaucoup de passerelles entre les régions s'il y a des besoins de transferts. Cela a été fait pendant la crise, mais cela peut être amélioré.

M. René-Paul Savary, président. – Pensez-vous que nous y soyons prêts ?

M. Antoine Perrin. – Je l'ai dit, c'est à améliorer. Il faut être plus réactifs.

M. René-Paul Savary, président. – Sur le terrain, on n'a pas vu bouger grand-chose.

M. Antoine Perrin. – Il y a eu des transferts entre régions, mais insuffisamment. Par exemple, les transferts vers les professionnels d'Occitanie, qui étaient inoccupés, n'ont pu être faits que début mai. Il faut mieux s'organiser.

Des améliorations s'imposent aussi à l'échelon infrarégional. Les ARS ont elles-mêmes reconnu que leurs délégations départementales n'étaient pas forcément armées pour accompagner au mieux nos attentes. Certaines décisions nationales mises en œuvre par les ARS en région ont été sans effet dans les délégations départementales. Il y a là une faille à combler. Le lien avec les collectivités départementales a été très inégal, parfois inexistant, notamment sur l'action de proximité en faveur des personnes vulnérables ou en situation de handicap. Il faut absolument améliorer le lien entre les délégations départementales des ARS et les collectivités départementales.

M. René-Paul Savary, président. – Les situations étaient différentes selon les départements. Le secteur médico-social n'était pas touché là où le covid ne circulait pas.

M. Antoine Perrin. – Il n'était peut-être pas touché par le virus, mais il l'était par les mesures prises. Quand une personne autiste est isolée à domicile, sans activité, elle explose, de même que sa famille.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Les acteurs du domicile nous ont indiqué que la situation était effectivement très variable selon les départements. Sans tomber dans la délation, pouvez-vous nous préciser les départements dans lesquels le lien que vous évoquez a été bon et ceux où il a été moins bon ?

Mme Sophie Beaupère. – Il est clair que nous sommes beaucoup mieux préparés aujourd'hui, et heureusement. Les équipements et les tests sont présents. Le *contact tracing*, qui permet de suivre les contacts des patients positifs, est très important pour mieux maîtriser l'évolution de l'épidémie.

Nous avons aussi progressé sur la flexibilité des capacités de réanimation. Nous avons pu ouvrir ou transformer des soins intensifs en réanimation. Pour l'instant, nous avons conservé ces autorisations, ce qui permet d'avoir une variable d'ajustement importante.

Notre connaissance de l'épidémie s'est également améliorée, du fait notamment des essais que nous effectuons. Il nous semble important que ceux-ci puissent répondre à des questions spécifiques, comme l'efficacité de molécules spécifiques pour traiter les symptômes de patients atteints de cancer. Nos études de taille moyenne permettent d'avancer sur la connaissance de l'épidémie et sur ses interactions avec l'ensemble des pathologies.

La capacité humaine à faire face à la crise est un point crucial. Je ne reviens pas sur les enjeux de formation et de valorisation des professionnels. Les difficultés de recrutement en anesthésistes, en chirurgiens et en radiothérapeutes que connaissent les CLCC deviennent évidemment encore plus aiguës dans un contexte de crise.

Le rôle des élus a été essentiel.

M. René-Paul Savary, président. – Nous pouvons par exemple évoquer les CLS.

Mme Sophie Beaupère. – Il nous paraît très important que les élus puissent avoir une vision et une capacité d'anticipation, notamment sur les investissements. L'investissement, c'est la clé de la préparation des établissements et de l'ensemble des acteurs. C'est ce qui permet de se projeter à plus long terme en matière de santé publique.

Nous connaissons bien le sujet des déserts médicaux en cancérologie. Les difficultés à avoir des médecins experts et spécialistes dans beaucoup de territoires créent des inégalités de prise en charge. En période de crise sanitaire, cela ne s'améliore évidemment pas. La téléconsultation est une réponse, mais elle a ses limites.

Mme Victoire Jasmin. – Et il y a aussi des déserts numériques.

Mme Sophie Beaupère. – En effet. La solidarité nationale doit pouvoir jouer. Je pense par exemple aux transferts de professionnels, comme cela a été demandé, pour la Guyane. Il faut pouvoir continuer à promouvoir les exercices partagés médicaux – cela peut évidemment être développé dans le cadre des GHT – entre des centres d'expertise et des territoires qui connaissent des difficultés de recrutement.

Les CLCC ont déclenché des plans blancs très tôt, dès que des premiers patients ont été testés positifs au covid, avec des réunions quotidiennes. Évidemment, cela peut sans doute s'améliorer, avec davantage d'exercices, nationalement comme régionalement.

M. René-Paul Savary, président. – M. Karoutchi est-il rassuré ?

M. Roger Karoutchi. – Non ! J'attends le vaccin.

M. Jean Sol. – Selon M. Valletoux, malgré les 9,4 milliards d'euros d'économies réalisées ces quinze dernières années, les hôpitaux ont tenu. Certes, mais à quel prix ! Nos équipes soignantes, qui étaient déjà épuisées avant cette crise sanitaire sans précédent, le sont encore plus aujourd'hui. Je ne suis pas convaincu que le Ségur de la santé ait des résultats magiques. La pénurie en matière d'effectifs et de compétences spécifiques, notamment en réanimation, que nous dénonçons régulièrement avec mes collègues au Sénat, a-t-elle été un frein majeur à la gestion des prises en charge de nos patients ? Comment y avez-vous remédié ? Que préconisez-vous ?

Monsieur Gharbi, comment les menaces sur l'utilisation des curares dont vous avez fait l'objet se sont-elles traduites ? Verbalement ? Par écrit ? En avez-vous mesuré les

conséquences de la prise en charge de vos patients, notamment en termes de pertes de chances ou de surmortalité ? Que sont devenus vos 110 lits de réanimation disponibles ?

Mme Laurence Cohen. – Le problème du déficit de démocratie sanitaire ne se pose pas seulement en période de crise, même s’il a été exacerbé à ce moment-là. D’une manière générale, il n’y a pas de réelle démocratie sanitaire. L’organisation ne permet pas de donner la parole et la possibilité d’agir aux acteurs et aux actrices de terrain. Je pense non seulement aux chefs de service et aux médecins, mais à l’ensemble des personnels – ce sont eux qui sont confrontés aux difficultés – et aux patients. Comment modifier totalement cela ?

Vous avez tous été rassurants sur les EPI. Mais il n’y a pas que les masques. Il y a aussi les surblouses, les charlottes, etc. Pendant la crise, nous avons vu des infirmières, des infirmiers et des sages-femmes utiliser des sacs poubelles. Lors de nos auditions, les acteurs du médico-social, singulièrement les aides à domicile, nous ont alertés sur le fait que l’État n’allait plus les approvisionner. Comment allez-vous prendre le relais ?

Tout le monde dit que le personnel a été exemplaire. Mais reconnaître leur exemplarité nécessite de prendre en compte leurs revendications. Le Gouvernement a mis en place des primes. Or ce que les concernés demandent, ce sont des revalorisations salariales et la reconnaissance de leurs différents métiers.

Suite aux récents propos du Président de la République indiquant vouloir accorder des primes à tous les personnels, il y a eu une certaine cacophonie : selon les départements, selon que l’établissement est privé ou public, les personnels n’auront pas les mêmes primes, ou pas au même niveau. Cela exacerbe les inégalités. Qu’en pensez-vous ?

En tant que parlementaires, nous avons été souvent alertés sur la souffrance des patients atteints de troubles psychiatriques. On nous a dit qu’ils étaient, pour beaucoup, laissés en errance, non pris en charge ou isolés. Nous aimerions avoir votre retour d’expérience.

Monsieur Gharbi, vous déclarez que vous serez prêts, parce que l’ARS a institué un dispositif de veille, avec des réunions quotidiennes et des retours d’expérience. Je suis agréablement surprise ; jusqu’à présent, toutes les personnes que nous avons auditionnées nous ont indiqué qu’il n’y avait aucun retour d’expérience. Pouvez-vous nous en dire plus ?

Aujourd’hui, tout le monde dénonce l’austérité. Mais, en tant que parlementaires, nous avons une responsabilité. J’espère que le Sénat va cesser d’adopter majoritairement des budgets d’austérité, que moi et les membres de mon groupe avons toujours refusé de voter.

Mme Sophie Beaupère. – La démocratie sanitaire a été un peu mise à mal pendant la crise. Cela renvoie au sujet, que nous avons soulevé dans le cadre du Ségur – nous n’étions pas les seuls –, de la place des patients, qui doivent pouvoir donner leur avis sur un certain nombre de décisions stratégiques des établissements, mais aussi sur l’amélioration concrète de l’organisation et le parcours des soins.

La revalorisation des professionnels est un vrai sujet ; nous l’avons évoqué à plusieurs reprises. Nous pensons par exemple qu’il faut beaucoup travailler sur la valorisation du personnel infirmier. Je pense notamment aux infirmières en pratique avancée. C’est à la fois bon pour le système de santé, car cela permet de développer des compétences, et motivant pour les professionnels, en leur offrant des perspectives intéressantes de carrière. Il faut développer les protocoles de coopération entre médecins et personnels paramédicaux. La

question des primes a été complexe. Il y a eu beaucoup de discussions avant d'obtenir la certitude qu'elles pourraient être versées dans les CLCC.

Comme vous l'avez souligné, ce qui compte pour les professionnels, c'est la revalorisation financière pérenne, plus que les primes. Cette revalorisation a été effective pour le personnel paramédical nous concernant. Elle ne l'est pas pour le personnel médical. Cela reste un point de crispation majeur pour nos professionnels.

M. Antoine Perrin. – Il y a une culture de la démocratie sanitaire et de la place des usagers en santé. Ils sont intégrés au conseil d'administration. Ils ont des associations bien organisées. Ils ont fait le constat de ce défaut de démocratie sanitaire pendant la crise. Par exemple, les associations de patients ont pu dénoncer la suppression des collations pendant les dialyses ou l'absence de masques vis-à-vis des personnes dialysées.

Le pire, c'est dans le médico-social, où la culture de la démocratie sanitaire est beaucoup plus récente. Ainsi, les compétences ou les capacités à agir des conseils de vie sociale (CVS) dans les Ehpad ou les structures pour personnes handicapées sont très limitées. Encore une fois, attention au reconfinement dans certains Ehpad, où les décisions sont prises par le directeur, avec une légitimité que l'on peut parfaitement comprendre, mais sans aucun dialogue avec les familles, ce qui est catastrophique. Il faut absolument anticiper et éviter ces problèmes par l'établissement d'un dialogue, avec des partenaires parfois difficiles à saisir.

Nous n'avons pas abordé l'abandon des carrières. Beaucoup de professionnels en santé abandonnent, parce qu'ils sont épuisés. Nous devons agir sur l'attractivité des parcours. Une jeune femme qui s'engage dans la carrière d'aide-soignante doit savoir qu'elle aura des perspectives. Elle ne doit pas penser qu'elle fera seulement des toilettes, même si ce n'est pas dévalorisant, toute sa vie. Elle doit avoir un parcours permettant d'évoluer dans son métier, voire de changer de métier. Cela vaut pour tous les professionnels.

La question de la psychiatrie ne concerne pas que l'institution psychiatrique. Elle concerne l'abond de la santé mentale de toute la population. Cela a été très difficile pendant la crise. Nous n'avons pas encore fait le point des conséquences psychologiques, voire psychiatriques de la crise sur toute la population. Les professionnels, qui sont au plus près, peuvent être suivis, même si c'est difficile. Les populations pour lesquelles je crains le plus sont, encore une fois, les populations précaires. Dans la rue, 30 % des personnes présentent des problèmes psychiatriques et 30 % – peut-être les mêmes ? – présentent des addictions. C'est énorme. Or, pendant la crise, la situation psychiatrique de ces personnes a été beaucoup moins prise en compte. Nous devons être vigilants.

M. René-Paul Savary, président. – Il n'y a pas eu de retour d'expérience ?

M. Antoine Perrin. – Non.

M. Frédéric Valletoux. – Les questions de pénurie constituent effectivement un point d'inquiétude et de vigilance. Pour le système de santé, c'est un point d'amélioration majeure. Il faut concentrer les efforts pour – M. Perrin l'a souligné – rendre les carrières beaucoup plus attractives. Je ne pense pas que cela ait été un frein à la prise en charge, car la mobilisation de tous les soignants à l'hôpital, quelle que soit leur spécialité, a permis de faire face à l'afflux de patients. Nous l'avons fait une fois. Nous pouvons imaginer le faire deux fois. En revanche, nous ne pouvons pas imaginer pérenniser un système reposant uniquement sur la mobilisation des femmes et des hommes qui servent l'institution.

La question des carrières et des rémunérations doit être posée. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la santé a accepté de mener une enquête sur les écarts de rémunération. C'est une nécessité. Aujourd'hui, nous avons énormément de mal à conserver des radiologues ou des anesthésistes réanimateurs du fait de ces écarts.

Il faut poser tous ces sujets en transparence. Le Gouvernement semble d'accord pour le faire, de même que nos fédérations. Il y va de l'attractivité et de la pérennité de l'attractivité de chacun de nos secteurs.

Je souhaite corriger ce qui a été indiqué à propos du Ségur. L'accord que nous avons cosigné à Matignon ne portait pas uniquement sur des primes. Il visait la réorganisation d'un certain nombre de grilles statutaires, donc de carrières, et sur des mesures relatives aux rémunérations. La prime de reconnaissance covid faisait suite à la mobilisation exceptionnelle. Le fait qu'elle n'ait pas été versée de la même manière à tous les personnels soignants ne me choque pas : tous les territoires n'ont pas été touchés de la même manière, et tous les professionnels de santé n'ont pas vécu le même printemps. On ne peut pas réclamer que notre système de santé évolue vers un peu moins d'uniformité et prenne mieux en compte les réalités des territoires et regretter dans le même temps que la prime ait plutôt servi à ceux qui avaient été en première ligne. D'ailleurs, un socle concernait l'ensemble des hospitaliers.

M. Lamine Gharbi. – La restriction des drogues organisée par l'administration centrale n'a évidemment pas abouti à des pertes des chances. En revanche, nous disposons d'écrits des ARS – nous pourrions vous les communiquer – nous mettant en garde pour que nous prenions seulement en charge les patients urgents ; il pouvait y avoir des contrôles et des demandes de remboursement des actes si nous prenions en charge des patients non urgents.

M. René-Paul Savary, président. – Ces documents nous ont été transmis.

M. Lamine Gharbi. – Les 110 lits de réanimation du Grand Est, c'est 40 supplémentaires en plus des 70 lits autorisés. Ils ont été désarmés. Nous sommes revenus au niveau initial de 70 lits.

M. René-Paul Savary, président. – Combien de ces 110 lits ont été occupés ?

M. Lamine Gharbi. – Ils ont été occupés en totalité, mais progressivement : un mois après le début de la crise.

M. René-Paul Savary, président. – Beaucoup d'établissements ont confié des respirateurs ou du personnel, se sont retrouvés dans le circuit et ont récupéré en provenance d'autres hôpitaux des malades en gériatrie, pour lesquels leurs spécialistes n'étaient pas formés. Cela a posé des difficultés.

M. Lamine Gharbi. – Exactement.

M. René-Paul Savary, président. – Certains de vos professionnels ont-ils eu des prêts garantis par l'État ou droit à l'activité partielle ?

M. Lamine Gharbi. – Dès le début de la crise, nous avons eu la garantie de compensation de nos charges. Nous avons pu – je n'ai eu de cesse de remercier le Gouvernement de son action – nous concentrer sur l'organisation des soins face à la pandémie sans souci de chiffre d'affaires. Comme nous sommes tarifés à l'activité, dès lors que le

Gouvernement nous a demandé d'arrêter du jour au lendemain toute notre activité, c'est-à-dire 100 000 opérations sur la semaine à venir, nous n'avions plus de recettes. Mais nous avons eu une compensation totale.

M. René-Paul Savary, président. – Cette compensation a-t-elle été effectivement versée ?

M. Lamine Gharbi. – Oui. Bien entendu, quelques points, comme la part complémentaire avec la part du ticket modérateur, restent à voir. Mais environ 85 % de nos charges ont été solvabilisées. Je remercie donc la solidarité nationale. C'est le seul secteur en France où le privé a été totalement pris en charge. D'ailleurs, c'est normal, puisqu'on nous avait demandé d'arrêter notre activité. En revanche, les médecins n'ont pas été compensés. Ils l'ont été à la fin sur une partie de leurs charges fiscales et sociales.

Les réanimations dans le Grand Est ont été renforcées. Dans le même temps, les ARS ont créé quatre-vingt-dix-neuf services de réanimation temporaires sur le territoire. En d'autres termes, là où il fallait dix ans pour avoir une autorisation de réanimation, en trois jours, nous avons eu l'autorisation d'armer des services de réanimation. Cela a été un révélateur de ce que l'administration peut faire rapidement.

C'est une bonne chose que les ARS soient renforcées par les élus.

Sur l'Ondam, vous avez été trompés pendant des années. Chaque année, vous avez voté une augmentation dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale en pensant nous aider pour que nous ayons plus de moyens pour faire fonctionner les hôpitaux et les cliniques. Mais, derrière cette augmentation de 2 % de l'Ondam, il y avait des baisses de tarifs, et vous n'avez pas été sollicités pour les approuver. Il y a donc eu tromperie.

M. René-Paul Savary, président. – Ce n'est pas une tromperie. Nous avons voté en toute connaissance de cause. Nous savions très bien que si nous augmentions l'Ondam de 4 milliards d'euros par ans alors qu'il aurait fallu 8 milliards d'euros, il manquerait encore 4 milliards d'euros.

M. Lamine Gharbi. – Là où il y a tromperie, c'est que vous avez cru décider une augmentation alors qu'il y avait en fait une baisse.

M. René-Paul Savary, président. – Non. Nous le savions très bien. Nous avons passé des heures à analyser les budgets. Nous faisons notre travail de parlementaires.

M. Lamine Gharbi. – Je suis d'accord avec M. Valletoux pour qu'il y ait une comparaison des salaires. Sur les personnels soignants non médicaux, infirmières, aides-soignantes, les salaires de la fonction publique sont supérieurs à ceux du privé, parce que nous avons un différentiel de charges en notre défaveur. Sur les médecins, il y a effectivement un écart que nous devons analyser, notamment en comparant avec le temps de travail. Mais, au-delà de cette comparaison, qui amènera toujours des commentaires, voire des tensions, il faudrait réfléchir à la possibilité pour les médecins d'un secteur d'intervenir dans l'autre, et réciproquement, ainsi qu'au fait de laisser à chacun la liberté de son appartenance professionnelle, salariat ou médecine libérale. Un exercice mixte me semblerait profitable pour l'ensemble des fédérations.

M. René-Paul Savary, président. – Nous partageons ce point de vue. Nous y avons déjà travaillé, et nous voyons bien les difficultés. Vous pourrez peut-être nous aider.

M. Lamine Gharbi. – Il y a bien eu un retour d’expérience. Dans le cadre de mon activité professionnelle – j’ai des fonctions syndicales, mais mon « vrai » métier est la gestion d’établissements de santé –, j’ai participé la semaine dernière à des réunions sur l’organisation des soins au sein de l’ARS d’Occitanie. Il s’agissait pour les 138 cliniques privées et les 150 hôpitaux publics de la région de faire un point sur l’état actuel de la charge médicale dans nos établissements en médecine, en chirurgie et en réanimation, ainsi que sur une éventuelle dégradation du nombre d’hospitalisations et de réanimations. En Occitanie, il n’y a pas de cas de covid de manière importante. Il y a quelques cas en médecine, quelques hospitalisations et réanimations, mais pas plus. Aujourd’hui, la situation est stable. Évidemment, je ne sais pas ce qu’il en sera demain.

Sur les retours d’expérience, nous sommes vraiment, je peux vous l’assurer, au plus près de l’actualité épidémiologique et des risques sanitaires pour le pays.

M. René-Paul Savary, président. – Plusieurs questions se posent. A-t-on tiré les conséquences de la première vague ? Sommes-nous mieux préparés à une deuxième ? A-t-on réorganisé sur les territoires la coopération entre hôpital public et médecine de ville ou entre ARS et élus ? Il faut des retours d’expérience, pour voir ce qui n’a pas marché, sans animosité. Quoi qu’il en soit, je vous remercie de votre participation.

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 10.

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

La réunion est ouverte à 14 h 00.

Audition de Mme Katia Julienne, directrice générale de l’offre de soins au ministère des solidarités et de la santé

M. René-Paul Savary, président. – Mes chers collègues, je vous prie d’excuser l’absence du président Milon, que je remplace pour les auditions du mois de septembre.

Nous poursuivons nos travaux avec l’audition de Mme Katia Julienne, directrice générale de l’offre de soins au ministère des solidarités et de la santé.

Cette audition fait écho à celle des fédérations hospitalières qui s’est tenue ce matin. Les thématiques sont nombreuses : nous nous interrogeons notamment sur le choix d’un traitement très hospitalier de l’épidémie, mais aussi sur celui de réorienter complètement l’offre hospitalière sur la prise en charge des patients covid – peut-être au détriment des autres –, y compris dans des zones peu touchées. Nous nous interrogeons également sur le point de savoir si cette stratégie n’a pas été dictée par les capacités disponibles, au moins dans un premier temps.

Une commission d’enquête fait l’objet d’un encadrement juridique strict. Je vous informe 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, Mme Katia Julienne prête serment.

Mme Katia Julienne, directrice générale de l'offre de soins au ministère des solidarités et de la santé. – Je voudrais tout d'abord saluer l'engagement des soignants et, plus largement, celui de l'ensemble des personnels qui ont concouru au bon fonctionnement du système de santé. Il me semble important de souligner devant vous leurs efforts et leur engagement – aujourd'hui encore – dans la gestion de cette crise.

Je voudrais également souligner l'importance des relations que nous avons pu nouer durant la crise avec les fédérations hospitalières, que vous avez auditionnées ce matin, avec les conférences hospitalières et avec les sociétés savantes, sans oublier France Assos Santé. Ces contacts permanents tout au long de la gestion de l'épidémie ont joué un grand rôle dans les décisions que nous avons prises.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a mis au service de la Direction générale de la santé (DGS), qui pilote la gestion de la crise sanitaire, non seulement sa capacité à activer l'offre de soins, mais aussi une partie de ses agents dans les cellules – cellule « logistique », cellule « opération »... – mises en place par la DGS, ce qui a permis d'introduire plus d'agilité à l'échelle nationale. Nous avons ensuite retrouvé cette agilité dans les agences régionales de santé (ARS) et dans les établissements de santé. Nous avons profondément fait évoluer nos organisations internes – nous n'y étions pas habitués – pour faire face aux contraintes et aux difficultés liées à la gestion de l'épidémie.

Il en a été de même à l'échelon interministériel : un certain nombre d'évolutions ont pu être mises en place rapidement. Je pense notamment à la garde des enfants des soignants, ce qui a été extrêmement important pour garantir la continuité des soins, ou à la prise en charge des transports, notamment les taxis, pour ramener les soignants à leur domicile. Ces deux exemples témoignent de la très forte coopération interministérielle durant l'ensemble de la crise.

Nous avons suivi deux lignes directrices. Tout d'abord, nous avons constamment veillé à lever les freins et à faciliter l'adaptation du système de santé pour aider les acteurs de terrain, à travers les déprogrammations ou en permettant aux ARS d'octroyer des autorisations exceptionnelles dans des délais très réduits, ce qui a facilité l'extension d'autres activités, notamment de réanimation. Je pense aussi à l'appui sanitaire aux établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (Ehpad), levier extrêmement important, pour faciliter la prise en charge sanitaire des résidents.

Nous avons ensuite pris des mesures sur les plans administratif, juridique et financier pour faciliter notre engagement massif en termes de réaffectation et de renforts des professionnels de santé entre établissements. Ce fut aussi le cas pour la garde des enfants ou le recours aux taxis que j'évoquais à l'instant.

De même, il était essentiel d'assurer aux établissements de santé publics et privés le maintien de leur financement, qu'il s'agisse d'aides en trésorerie, de délégations financières ou de garanties de financement pour leur éviter toute préoccupation financière et leur permettre de se concentrer sur la gestion des patients covid. Tous ces exemples témoignent de ce que doit être la posture d'une administration centrale : elle n'est pas en première ligne, mais elle vient en appui des acteurs de terrain.

Après cette période de gestion de l'épidémie, nous avons eu à cœur d'organiser des réunions, dans des délais extrêmement courts, pour capitaliser ensemble sur les enseignements à tirer de cette crise. Nous avons ainsi rencontré, fin juin, le Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH), un certain nombre de sociétés savantes, les réanimateurs, les représentants de la médecine physique et de réadaptation (MPR)... Ces réunions nous ont permis, par exemple, de mieux comprendre combien les télésoins réalisés par les kinés avaient permis d'assurer la continuité de la prise en charge de patients dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR), notamment non-covid, durant la période de confinement. Les enseignements que nous pourrions tirer de la gestion de cette crise nous permettront à la fois de nous préparer à un éventuel rebond ou à une reprise de l'épidémie et de mettre en œuvre des évolutions plus pérennes de notre système de santé.

Nous continuons d'échanger, depuis juillet, avec les deux conseils nationaux professionnels (CNP) de réanimateurs. Nous avons retravaillé avec eux certaines des instructions envoyées dès la fin du mois de juillet aux ARS pour qu'elles se tiennent prêtes en cas de reprise de l'épidémie. Nous travaillons également sur des évolutions plus structurelles des services de réanimation, qu'il s'agisse des professionnels – je pense notamment aux infirmiers – ou de la question du capacitaire. Ce dernier point est important : nous devons choisir avec eux les bons critères de détermination des capacités de réanimation, non seulement au plan national, mais aussi – et surtout – au plan régional. Ces capacités peuvent en effet être très différentes selon les territoires. Nous ne réglerons pas cette question dans les deux mois qui viennent, mais il faut impérativement la traiter. Nous devons travailler à la fois sur le court et le moyen terme.

Les décisions du Ségur constituent un autre élément important. Certaines étaient très attendues par l'ensemble du système de santé – je pense à l'investissement hospitalier, aux rémunérations, aux primes, aux parcours de carrière de l'ensemble des professionnels, personnels médicaux et non médicaux... Ces décisions, que nous mettons en œuvre dès maintenant, portent sur plusieurs milliards d'euros.

D'autres sujets sont également très importants. Nous avons maintenu la prise en charge à 100 % des téléconsultations. L'épidémie a permis d'accroître très notablement le nombre d'actes de télémedecine, de télésoins, avec des professionnels assez différents. Je pense que la télémedecine a trouvé sa place. Nous devons la conforter de manière pérenne.

Je pense également à l'ancrage sanitaire autour des Ehpad : pendant la gestion de l'épidémie, nous avons demandé aux ARS de mettre en place un maillage sanitaire autour des Ehpad, notamment à travers des astreintes, pour qu'aucun établissement n'ignore qui appeler pour un appui sanitaire, qu'il s'agisse de soins palliatifs ou d'une aide plus générale aux professionnels. Nous avons demandé aux équipes mobiles de gériatrie de sortir de plus en plus de l'hôpital pour aller vers les Ehpad et les aider. Nous avons levé les restrictions qui pouvaient limiter les interventions de l'hospitalisation à domicile (HAD), laquelle a réalisé un travail remarquable auprès des résidents de ces établissements.

Il en va de même du déploiement du service d'accès aux soins qui nous permettra de parfaire l'organisation de la régulation médicale avec les généralistes et les urgentistes. Nous avons demandé aux ARS qui ont monté des projets de sites pilotes de les déployer et de nous faire un retour d'ici au 30 septembre.

Voilà quelques exemples d'évolutions structurelles, dont certaines peuvent être mises en place très rapidement et d'autres en quelques mois, que nous devons enclencher dès

maintenant pour améliorer notre système de santé de manière pérenne et nous préparer au mieux à ce qui pourrait advenir.

J'évoquais les autorisations exceptionnelles de soins critiques – il en a d'ailleurs été question lors de votre audition de ce matin. Nous les avons mises en place dans le cadre de l'état d'urgence, pour une durée limitée. Nous nous interrogeons aujourd'hui pour savoir s'il ne serait pas intéressant – à titre personnel, j'y souscris – de confier cette responsabilité aux ARS plutôt qu'à l'administration centrale pour leur permettre de décider directement de l'octroi de ces autorisations dans un délai plus court, ce qui leur permettrait de mieux s'adapter à la situation de leur région.

Durant cette crise, il était important pour nous d'avoir des échanges permanents avec les acteurs de terrain afin d'identifier le plus tôt possible les difficultés qui étaient de notre ressort et de modifier, dans les délais les plus courts possible, les textes qui constituaient des freins administratifs ou d'agir sur les leviers financiers à notre disposition pour faciliter l'action locale de ces acteurs. C'est cet état d'esprit qui nous a animés.

Il me semble essentiel de préserver cette écoute entre nous et cette capacité de réactivité, ce qui nous conduit à définir des cadres généraux et à laisser les ARS et les acteurs de terrain en déterminer les modalités concrètes d'application. Lorsque nous avons demandé aux ARS de reprendre les soins, y compris hors covid, le 7 ou le 8 mai dernier, nous avons souligné qu'elles devaient le faire en fonction de la situation propre à leur territoire. La situation n'était alors pas la même dans le Grand Est et en Occitanie, par exemple. Il appartenait au plan local de déterminer, en fonction de ses contraintes et de ses capacités, comment conduire la reprise d'activité et non à l'administration centrale de donner des *guidelines* ou de publier des textes très prédictifs.

M. René-Paul Savary, président. – Madame la directrice générale, vous avez dressé un tableau de ce que vous avez fait, et nous ne doutons pas que vous avez agi au mieux. Mais pourriez-vous nous parler de ce qui s'est moins bien passé sur le terrain : réorientations, pénurie de matériels, malades non-covid ayant connu des retards de soins... Les auditions que nous avons déjà conduites nous ont permis de constater un certain nombre de dysfonctionnements – ce qui est inévitable en période de crise – qu'il serait possible d'améliorer. Pourriez-vous nous en dire quelques mots ?

Mme Katia Julienne. – Je pourrais parler de la déclinaison entre décisions nationales et régionales. Lors de sa montée en puissance, nous ne savions pas si l'épidémie allait concerner essentiellement quelques régions ou se propager sur l'ensemble du territoire. Nous avons donc pris des décisions très fortes – je pense notamment à la déprogrammation – pour dégager des capacités en matériels, en renforts de personnels et en prise en charge de patients.

Nous devons recourir aujourd'hui à ces outils de façon beaucoup plus localisée et proportionnée. La déprogrammation reste intéressante, mais doit être maniée avec beaucoup de précaution en fonction de la situation dans une région ou dans un département et être beaucoup plus circonscrite au territoire concerné par l'épidémie. Nous avons développé un certain nombre d'indicateurs qui nous permettent de prendre des mesures plus limitées dans l'espace et dans le temps en fonction de la situation. C'est un enseignement très important.

Nous avons concentré les évacuations sanitaires sur les patients covid. Demain, nous pourrions être conduits à y recourir pour d'autres types de patients et mieux piloter les

places disponibles. Nous avons développé de bons outils ; nous devons maintenant en faire un usage plus proportionné dans l'espace et dans le temps.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Comme l'a souligné le président, nous aimerions vous entendre sur ce qui, selon vous, n'a pas fonctionné de façon optimale et sur les voies d'amélioration en matière d'offre de soins.

La question du dépistage est aujourd'hui un des éléments importants de notre capacité à freiner la circulation du virus. Or cette offre est difficile à mettre en œuvre : les laboratoires sont débordés et nous cherchons d'autres lieux pour réaliser ces tests. Les collectivités locales, les agences régionales de santé et d'autres acteurs prennent des initiatives pour porter une offre de dépistage en dehors des laboratoires. La détermination du public-cible pose également question. Cet exemple montre combien nous devons sans cesse adapter notre réponse. Selon vous, notre système de santé est-il conçu, adapté et pensé pour la gestion d'une épidémie ? Quelles voies d'amélioration pouvez-vous proposer ?

Vous avez évoqué la volonté de la DGOS d'améliorer et de faciliter l'offre de soins en Ehpad. Comment cette offre a-t-elle évolué – selon quels ratios – entre 2003 et début 2020 dans les Ehpad et les établissements médico-sociaux ? Vous aurez peut-être du mal à nous apporter une réponse précise aujourd'hui, mais j'aimerais avoir quelques éléments que vous pourrez ensuite compléter par écrit.

Enfin, nous nous interrogeons sur la faible mobilisation du secteur ambulatoire. En mars, les formes légères devaient être prises en charge par l'ambulatoire et les formes plus sévères par l'hôpital. Ce principe de répartition n'a pas vraiment fonctionné, même en amont. Les premières alertes avaient été actionnées courant janvier. Pourquoi le secteur ambulatoire n'a-t-il pas été mobilisé de façon satisfaisante ? Pourquoi n'a-t-il pas pleinement participé à l'offre de soins et à la lutte contre l'épidémie lors de cette première phase ?

Mme Katia Julienne. – L'organisation de notre système de soins est-elle adaptée pour gérer une épidémie ? Pendant trop longtemps, nous n'avons pas su tisser de liens suffisants entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire. C'est une constatation. Nous avons demandé aux ARS de monter en quelques jours des dispositifs à même de faciliter, pour tous les Ehpad, cette prise en charge, quels que soient les acteurs sanitaires – hôpitaux de proximité, SSR, HAD, équipes mobiles de gériatrie... Nous devons impérativement consolider cette faiblesse de notre système de santé et pérenniser les dispositifs mis en place. Plus aucun Ehpad ne doit être privé d'appui sanitaire. Il s'agit d'un enseignement très fort de cette crise.

Début mars, nous recommandions à l'ambulatoire de prendre en charge les patients aux pathologies les plus modérées. Son rôle a sans doute été insuffisant et nous devons nous interroger sur la façon de renforcer la place de ces acteurs. Je nuance toutefois le propos : si le nombre de consultations a beaucoup baissé dans les cabinets de médecins généralistes, celui des téléconsultations a beaucoup augmenté. Nous avons aussi développé la prise en charge de l'appel téléphonique pour faciliter la prise en charge de certains patients. Ce levier est en train de trouver sa place. Jusqu'alors, nous n'avions pas de très bons chiffres en matière de téléconsultation au plan national. Les choses ont changé : la téléconsultation ne doit se substituer ni aux consultations ni aux visites à domicile, mais trouver sa place dans la prise en charge en ambulatoire que nous offrons à tous les patients.

Nous devons encore renforcer la place de la médecine de ville, surtout si nous devons être confrontés à un nouveau rebond de l'épidémie. Nos difficultés sur les équipements de protection individuelle (EPI) ont sans doute pesé. Avec le confinement, certains patients avaient aussi des réticences à aller physiquement chez leur médecin ou leur professionnel de santé. Nous devons travailler sur ces points pour nous assurer que la médecine générale ou, plus largement, la médecine de premier recours, joue pleinement son rôle dans la prise en charge des patients, y compris en cas de rebond épidémique.

La mise en place du service d'accès aux soins vise à mieux organiser sur le territoire la régulation médicale de la prise en charge des soins non programmés, qu'elle soit effectuée par le généraliste ou par l'établissement. C'est quelque chose qui nous manque et que nous développons. Au cours de cette période épidémique, des sas préfigurateurs ont été mis en place dans certaines régions. Ce n'est pas un hasard : nous avons besoin de ce mode d'organisation et nous devons renforcer l'organisation structurée en ville, comme vous l'avez largement souligné ce matin.

Très peu de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) se sont constituées en tant que telles, mais le nombre de projets a très fortement augmenté – 578 au total, me semble-t-il – ces derniers mois. C'est très important, car nous avons besoin que les acteurs de ville se structurent entre eux et dans leurs relations avec l'hôpital et le médico-social.

Nous avons aussi facilité l'intervention des professionnels libéraux dans les Ehpad pour améliorer la prise en charge des résidents.

Pour résumer ma pensée, une des pistes d'amélioration de notre système de santé consiste à renforcer l'organisation et la structuration en ville et les liens du secteur sanitaire avec les Ehpad. Ce sont les deux points qui me semblent particulièrement importants.

Je serai prudente en ce qui concerne le dépistage, piloté par la Direction générale de la santé. Hier, nous avons atteint le seuil du million de tests réalisés en sept jours. Nous y sommes aussi parvenus parce que nous avons fait évoluer, au cours des dernières semaines, les textes sur les modalités de prélèvement et sur la capacité des professionnels à les réaliser.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Merci de la qualité de vos réponses, madame la directrice générale.

Nous partageons de longue date votre constat sur les Ehpad – j'ai évoqué 2003 à dessein. Depuis la loi de 1975, le fossé qui s'est creusé entre le médico-social et le sanitaire est pointé dans une somme de rapports et de travaux. Il s'agit d'une interrogation collective : pourquoi n'avons-nous pas comblé ces lacunes qui nous ont probablement coûté très cher lors de la survenue de la crise ? Sur un aussi grand nombre d'années, il ne s'agit pas d'une interrogation politicienne.

Une question d'organisation demeure sur le dépistage. Nous avons nettement dépassé le million de tests effectués sur sept jours, mais le quantitatif n'est pas le seul aspect à prendre en compte. Passons sur les limites et défauts du test PCR – faute d'avoir encore les tests salivaires. Quand les délais sont trop longs entre la demande de prélèvement, le prélèvement en lui-même et les résultats, on finit par rater la période de contagiosité et il devient compliqué de rompre la chaîne de transmission. Il s'agit encore d'une difficulté d'organisation que nous avons du mal à anticiper – ce n'est pas faute d'avoir eu les bons

concepts : tester, tracer, protéger. La stratégie est élaborée depuis longtemps et l'assurance maladie et les agences régionales de santé, par exemple, ont mis en place – certes, avec retard – différents dispositifs pour aller au contact des populations et mieux dépister.

Pourtant, les modalités ne sont pas satisfaisantes aujourd'hui. Est-ce par défaut de responsabilisation des acteurs locaux ou par manque d'habitude ? Quand on fait face à une crise pour la première fois, on n'a pas nécessairement les bons réflexes... J'aimerais que vous dépassiez le constat des lacunes pour nous dire comment les choses pourraient mieux fonctionner.

M. René-Paul Savary, président. – C'est le propre d'une commission d'enquête de se poser ces questions, madame la directrice générale.

Mme Katia Julienne. – Pendant l'épidémie, nous avons dû faire évoluer les pratiques et les textes. Il existait, par exemple, des restrictions sur l'intervention rapide de la HAD en Ehpad. Des questions de moyens se posaient également, notamment pour les équipes mobiles de gériatrie. C'est à nous de donner les moyens, y compris financiers, permettant de faire fonctionner ces structures et de les développer.

De même, il faut financer les astreintes et il faut que des professionnels viennent. Cela fait partie des choses que nous n'avions pas faites. Nous avons fait bouger les textes et mis les moyens pour faire en sorte – c'est notre objectif – qu'il n'y ait plus d'Ehpad sans accroche sanitaire. C'est ce que nous avons fait concrètement et c'est ce que nous devons continuer de faire pour nous assurer que cette organisation persiste sur l'ensemble du territoire.

Nous avons piloté tout cela avec les ARS en instaurant un *reporting* hebdomadaire pour vérifier que les choses étaient bien mises en place. Je pense que cette organisation a bien fonctionné et que nous devons la conserver.

Encore une fois, la question des tests relève plutôt de la compétence de la DGS. Je préfère rester prudente. Les laboratoires ont connu un afflux très important de patients venus se faire dépister, une prescription n'étant plus nécessaire. Il était donc essentiel pour nous de permettre une priorisation dans la prise en charge de ces patients.

En ce qui concerne les délais, s'il existe encore des disparités selon les lieux – à charge pour nous de renforcer nos capacités –, il me semble que le délai moyen s'établit aujourd'hui à 1,6 jour. Nous avons ainsi étendu les types de professionnels pouvant faire les prélèvements pour faciliter l'organisation locale mise en place par les ARS.

M. René-Paul Savary, président. – Vous avez étendu aux kinés ?

Mme Katia Julienne. – Nous sommes en train de le faire.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteur. – Vous avez évoqué l'agilité des ARS. Je pense qu'elle aura été différente selon les territoires, et ce d'autant plus qu'elles n'auront pas été sollicitées de la même façon.

Vous avez ensuite parlé des coopérations interministérielles, très efficaces dans certains cas. Toutefois, au cours de nos auditions, nous avons pu constater quelques dysfonctionnements entre les préfets et les ARS. Pourriez-vous nous en dire un peu plus ? Comment éviter que ces incidents ne se reproduisent ?

Contrairement à mes deux excellents collègues rapporteurs, je ne suis pas médecin. Selon moi, la priorisation des patients ne va pas de soi. Comment déterminez-vous cette organisation ? J'ai cru comprendre que les patients covid avaient été priorisés durant la crise. Comment décider de faire perdre davantage de chances de survie aux malades non atteints du covid ? Il s'agit d'une interrogation éthique.

Toujours en ce qui concerne la priorisation, et à la lumière des auditions que nous avons conduites hier, était-il bien prévu que les patients des Ehpad ne soient plus admis à l'hôpital ? Il semblerait que cette priorisation soit caractérisée. Pouvez-vous nous donner des explications ?

Vous avez également évoqué la réorganisation de la capacité de réanimation au niveau national et au niveau régional. Est-ce quelque chose de ponctuel ou de pérenne ? Allez-vous faire monter en puissance la capacité nationale ? Allez-vous mettre en place une adaptabilité au niveau régional de façon à pouvoir répondre aux infections plus localisées ?

Mme Katia Julienne. – En ce qui concerne l'agilité, tout n'est pas absolument parfait au plan national comme au plan local. Comme vous l'avez souligné, chaque ARS a été confrontée à des réalités différentes.

J'ai écouté avec attention ce qu'elles nous ont dit. Ce qui ressort de positif n'exclut évidemment pas les difficultés qui ont pu apparaître. La région Île-de-France a eu de très bonnes coopérations, tout comme les Hauts-de-France. Des choses intéressantes ont été mises en place. Je pense notamment aux ARS qui ont développé des échanges avec les établissements publics et privés. Il s'agit d'une bonne pratique qu'il nous faut développer. Les échanges que nous avons nous permettent de progresser dans la façon de faire face à une épidémie de ce genre.

En ce qui concerne la priorisation, nous n'avons pas donné de consigne. Nous avons demandé de déprogrammer toutes les activités non urgentes pour pouvoir se concentrer sur les patients covid. Nous n'avons pas défini quelles étaient les activités urgentes ne relevant pas du covid : ce n'était pas au national de définir qui devait être pris en charge durant l'épidémie.

Au moment de la reprise d'activité, nous n'avons pas fixé de listes de pathologies ou d'actes. Ce n'est pas à nous de le faire, mais aux acteurs locaux en fonction de l'état de santé des patients, de la situation des établissements et du niveau de l'épidémie. Ce n'est pas à nous de dire quels sont les patients prioritaires. Nous n'avons pas donné de consigne de priorisation.

Nous n'avons pas non plus donné de consignes pour les résidents des Ehpad. Je crois que les sociétés savantes se sont exprimées sur ce point en juillet dernier. Il existe des recommandations de bonnes pratiques de ces sociétés sur les critères d'admission et de prise en charge des patients. Nous n'avons pas à donner de recommandations de ce type et nous ne l'avons pas fait. C'est très important : nous considérons que la prise en charge des patients est fonction de leur état de santé et non d'instructions venant d'une administration centrale. Les sociétés savantes de réanimation et d'urgentistes l'ont clairement dit en juillet dernier. Il me semble important qu'il n'y ait pas d'ambiguïté sur ce point.

En ce qui concerne la réorganisation des capacités de réanimation, vous connaissez les chiffres : nos capacités de réanimation, de soins continus et de soins intensifs

sont importantes, mais différent d'une région à l'autre. Nous travaillons avec les réanimateurs pour déterminer le bon niveau de capacité en réanimation dont nous devons disposer au plan national et au plan régional. Ces deux questions sont également importantes : certaines régions n'ont pas eu les capacités suffisantes pour prendre en charge leurs patients. Je pense à de grandes régions comme Grand Est, Hauts-de-France ou Île-de-France, mais aussi à Bourgogne-Franche-Comté qui a organisé directement des transferts de patients avec Auvergne-Rhône-Alpes dont les capacités étaient plus importantes.

Nous réfléchissons à déterminer le bon nombre de places. Peut-être faudra-t-il en créer à tel endroit plutôt qu'à tel autre. Je ne préjuge pas de la fin de nos discussions. Ce qui est certain, c'est qu'elles doivent aboutir à des décisions pérennes. Pour autant, cela n'exclut pas d'étendre à moyen terme les capacités de prise en charge – les professionnels ont très bien su le faire durant la crise – en ayant recours aux unités de soins intensifs et de soins continus et de mettre en place ce que certains d'entre eux ont appelé des « réas éphémères » pour répondre à un afflux important de patients dans les services de soins critiques.

M. René-Paul Savary, président. – Vous dites ne pas avoir dressé de listes d'actes dans le cadre de la reprise des activités. Mais il semblerait que certaines ARS ont signifié à des établissements qu'ils ne seraient pas remboursés s'ils ne respectaient pas le critère d'urgence. S'agit-il de décisions locales ?

Mme Katia Julienne. – Il ne s'agit pas de décisions nationales. J'ai écouté votre audition ce matin...

M. René-Paul Savary, président. – Vous le confirmez ?

Mme Katia Julienne. – Comme vous, je l'ai entendu ce matin, je ne peux donc rien confirmer. Je vais regarder cette question. Ce que je peux vous dire, c'est qu'il ne s'agissait pas d'une consigne nationale. Nous avons laissé le soin à chaque ARS de décider de la mise en œuvre de la reprise d'activités, compte tenu des contraintes différentes qui pouvaient peser sur elles en termes de nombre de patients, de capacité ou de médicaments disponibles. Ce dernier point a été très important à un certain moment de la gestion de l'épidémie.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Vous avez dressé le bilan de votre action. Ce matin, les fédérations ont salué l'assouplissement de certaines procédures par la DGOS. Toutefois, toutes nos auditions – acteurs du domicile, représentants des Ehpad, ordres professionnels... – montrent que tout n'a pas été aussi parfait que ce que vous avez laissé entendre. Mais peut-être vous ai-je mal comprise...

Vous avez évoqué la télémedecine en soulignant le retard que nous avons en ce domaine. Il y a eu des prolongations de prise en charge jusqu'au 31 décembre pour certains actes. Pouvez-vous nous préciser lesquels ? Si nous étions en retard, c'est aussi parce que nous étions en pleine négociation sur le remboursement des actes de télémedecine entre la CNAM et les professionnels de santé. Où en est-on et les choses vont-elles se pérenniser ? J'ai vu qu'il s'agissait d'un des objectifs de la feuille de route que le ministre Olivier Véran a confiée au nouveau directeur de la CNAM. Hier, les kinés évoquaient les difficultés qu'ils avaient rencontrées dans les télésoins avec des tarifs peu encourageants qui ne correspondaient pas aux besoins.

À quel moment la bascule s'est-elle opérée entre les consignes du départ, selon lesquelles il ne fallait surtout pas aller chez son médecin traitant mais appeler le 15 – consignes que nous avons nous-mêmes relayées au Sénat – et celles selon lesquelles on pouvait finalement se rendre chez son médecin ? Avez-vous une idée de la date précise de cette bascule et des raisons qui y ont conduit ? Début mars, au Sénat, j'avais alerté le ministre sur les risques d'engorgement du 15.

Quelles étaient les réflexions de la DGOS par rapport à la gestion de cette crise au mois de février, avant que n'arrive la vague du Grand Est puis l'accélération des procédures, avec la crainte que l'épidémie ne se développe partout ? Quelque chose me frappe : le Grand Est nous a dit que, tout début mars, on voyait le tsunami arriver. Or, dans le même temps, le 6 mars, le Président de la République incitait les Français à aller au restaurant, au cinéma, au théâtre... Était-on dans une démarche d'immunité collective qui n'aurait pas été dite ? Pourquoi pas, il ne s'agit pas d'une critique... Comment expliquer le décalage entre ce qui se passait dans le Grand Est et les conseils donnés à Paris ?

Mme Katia Julienne. – Il existait effectivement plusieurs freins au développement de la télémedecine, notamment la tarification. Le ministre a demandé au nouveau directeur général de la CNAM de reprendre les négociations sur cette question.

La prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire a permis de faciliter les choses. Nous avons pris ce texte au tout début de la crise. C'était important, parce que tous les patients ne sont pas à l'aise avec la téléconsultation. La CNAM discute et négocie sur ce point. Notre responsabilité consiste maintenant à préserver cette prise en charge dans la palette des pratiques pour l'ensemble des professionnels, qu'ils soient médecins, kinés ou infirmiers.

Il y a eu plusieurs phases assez différentes. La période que vous évoquez correspond aux phases 2 et 3.

Durant la phase 2, l'épidémie était très concentrée sur quelques lieux. Par ailleurs, on savait très peu de choses de la maladie. Notre préoccupation collective était d'isoler, de contenir l'épidémie et d'éviter sa propagation. Dans cette phase, nous nous sommes beaucoup reposés sur le 15. L'activité du SAMU a alors très fortement progressé – nous vous transmettons les chiffres, mais on constate un pic très important d'activité. J'avais alors des échanges quotidiens avec les urgentistes. Ils ont fait évoluer très fortement leur capacité à prendre en charge les appels avec des renforts de personnels et l'aide d'organismes de téléphonie pour s'équiper et s'adapter. Dans certains endroits, ça a été extrêmement impressionnant. Et cela a duré durant toute la phase 2, tout début mars.

La bascule en phase 3 a fait baisser cette pression. On savait alors que la propagation de l'épidémie serait plus importante. Je pense que le directeur général de la santé en parlerait mieux que moi, puisqu'il pilotait ces différentes phases. C'est à ce moment que la pression s'est beaucoup relâchée sur le 15. Je vous ferai parvenir la chronologie précise.

Notre préoccupation était alors de préparer l'ensemble du système de santé au développement de l'épidémie. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si la déprogrammation a lieu le 12 mars. La chronologie est vraiment parlante : en phase 2, certains territoires comme la région Grand Est ou l'Oise sont clairement identifiés ; la bascule en phase 3 correspond à la propagation de l'épidémie et à la prise de mesures très fortes comme le confinement afin de stopper cette propagation et de limiter l'afflux de personnes en réanimation – comme vous le

savez, le pic de prise en charge de patients en réanimation a été atteint le 7 avril. Entre début mars et le 7 avril, la montée du nombre de patients pris en charge a été constante et assez impressionnante.

M. René-Paul Savary, président. – Je n’ai pas eu l’impression que le message avait changé. On voyait encore à la télévision les spots incitant à appeler le 15...

Mme Katia Julienne. – Quand la situation est grave, le message est toujours d’appeler le 15. Si les personnes ont un doute sur leur état de santé ou si elles ont besoin d’aide, elles doivent appeler. Après, le message consistait également à inciter les personnes ayant une forme modérée de la maladie à appeler leur médecin généraliste. Durant toute la durée de l’épidémie, la prise en charge de ces patients *via* la téléconsultation a représenté une partie très importante de l’activité des médecins.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Vous ne m’avez pas répondu sur l’immunité collective.

Mme Katia Julienne. – Je vous prie de m’excuser, mais je ne suis pas en mesure de le faire. Le directeur général de la santé serait bien plus à même de vous répondre.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Nous avons bien l’intention de lui poser la question.

Mme Muriel Jourda. – Selon vous, madame la directrice générale, un des acquis de cette crise a été de permettre aux ARS de prendre des décisions dans des délais plus courts qu’habituellement. Vous avez notamment évoqué les autorisations pour les lits de réanimation. Quel est le délai habituel et quel fut-il durant la période de crise ?

Accorder plus d’autonomie aux ARS constituerait selon vous une piste pour l’avenir. Quelle est aujourd’hui l’autonomie des ARS par rapport à la direction générale de l’offre de soins ?

Vous avez évoqué la collaboration entre l’hôpital public, les structures privées et la médecine de ville. Aviez-vous une vision, une doctrine sur cette collaboration et quelles ont été les consignes données pour la mettre en œuvre ? Comment l’envisagez-vous à l’avenir ?

Au début de de la crise, les laboratoires départementaux, par l’intermédiaire des conseils départementaux et de leurs présidents, ont demandé à pouvoir effectuer des tests. Je crois qu’il existe soixante-quinze laboratoires départementaux en France. Il aura fallu attendre trois semaines et demie pour obtenir une réponse positive. Ce délai ne me semble pas compatible avec une période de crise qui exige des réponses rapides.

Vous nous avez indiqué que, encore récemment, différents professionnels de santé ont été habilités à procéder aux tests. Nous sommes donc passés d’un délai de quelques semaines à un délai de plusieurs mois pour faciliter enfin la réalisation des tests, ce qui ne me paraît pas davantage compatible avec une période de crise. Ne peut-on envisager, en cas de crise éventuelle future, de prendre des décisions plus rapidement ?

M. Roger Karoutchi. – Au tout début de la crise, la France disposait de 5 500 lits de réanimation. On nous a dit récemment que nous étions à peu près, du fait des commandes de respirateurs et de l’ouverture de nouvelles chambres, à 11 000 lits. Or une nouvelle notion assez surprenante est apparue, celle de « capacité de réanimation glissante ». Il s’agit de

déterminer combien de personnes peuvent passer en réanimation sur un ou deux mois – puisque, par définition, ils n’y restent pas tous deux mois... La direction générale de la santé nous a donc fait savoir que la France était en capacité d’accueillir 17 000 personnes en réanimation en deux mois. Peut-on avoir un vrai chiffre, définitif et clair ? Quelles sont nos réelles capacités, non pas avec des respirateurs de complément, mais avec des respirateurs lourds et le personnel nécessaire ? Sommes-nous plus proches des 11 000 lits ou ne s’agissait-il que d’une capacité provisoire, liée à la crise ?

Ce matin, comme lors de nos auditions précédentes, on a souligné qu’il existait trop de structures – ARS, comité scientifique, direction générale de la santé, comité national de la santé publique et autres organismes en tout genre... On n’y comprend plus grand-chose et chacun défend son « pré carré » : c’est moi qui m’occupe des masques, c’est moi qui m’occupe de la répartition, c’est moi qui m’occupe de je-ne-sais-quoi... N’avez-vous pas le sentiment que cette crise aurait dû ou devrait permettre une simplification des structures de décision en matière de santé. En temps normal, cette concurrence ne pose peut-être pas de véritable problème, mais elle est tout à fait ravageuse en période d’urgence et de crise.

Mme Victoire Jasmin. – Je voudrais parler des invisibles, qui sont aussi inaudibles : les laboratoires de biologie médicale, ceux des établissements publics de santé et ceux des établissements extrahospitaliers.

Dans votre intervention liminaire, vous n’avez pas du tout parlé de la place des laboratoires dans l’offre de soins. Or ils jouent un rôle essentiel dans le diagnostic clinique et dans l’aide à la décision. Je ne comprends pas que le Gouvernement ait fait des annonces concernant le nombre de tests à réaliser avec une très grande méconnaissance – dans le droit fil des propos de Mme Jourda – de la situation exacte des différents laboratoires.

Tous n’étaient pas en capacité de prendre en charge les tests. Au début, ces derniers n’étaient pas assez performants ni fiables ou sensibles. À cela s’ajoutent des difficultés en matière d’équipement. Fin 2019, quasiment tous les laboratoires, à l’appel de tous les syndicats de biologistes, étaient en grève. Je ne sais pas si vous connaissez les raisons de cette colère, mais on s’est rend compte, peu de temps après, que les laboratoires étaient limités, faute de disposer des équipements nécessaires. Les surcoûts pour les doter sont considérables.

Le Gouvernement a également annoncé qu’il pourrait recourir aux laboratoires vétérinaires. Mais avant de pouvoir les mettre à disposition, il faut qualifier le matériel et habilitier le personnel. Je regrette qu’à aucun moment vous n’ayez montré une attention particulière pour les biologistes et pour les techniciens de laboratoire qui ont travaillé quasiment vingt-quatre heures sur vingt-quatre pendant toute cette période pour répondre non seulement aux besoins liés au covid, mais aussi à tous les autres besoins de santé dans les milieux hospitaliers et dans les cliniques.

Il faut revenir sur les dysfonctionnements, mais aussi sur les omissions, volontaires ou non. Les laboratoires ont besoin d’une attention particulière. La grève de novembre 2019 témoigne de leurs difficultés. Ces personnels sont invisibles : ils sont dans des labos, ils ne font pas de bruit, ils n’étaient pas sur les ronds-points... Pourtant, ils connaissent de grosses difficultés. Regardez les files d’attente devant certains laboratoires : vous voulez tester, mais pour cela il faut des personnes formées, des personnes qualifiées, des personnes compétentes. Il en manque certainement, mais il faut commencer par valoriser ceux qui sont déjà là et prendre en compte non seulement les différentes recommandations pour

l'accréditation des laboratoires, mais aussi les besoins qu'ont exprimés quasiment tous les syndicats de biologistes lorsqu'ils ont interpellé le Gouvernement avant même le début de cette crise.

Je voudrais déjà que vous, en tant que directrice générale de l'offre de soins, preniez en compte les laboratoires et les personnes qui y travaillent. M. Jomier a parlé des tests, tout comme Mme Jourda, mais les tests ne se font pas tout seuls.

Mme Katia Julienne. – Quand j'évoquais l'hypothèse de transférer des autorisations aux ARS, je pensais aux autorisations d'activité exceptionnelle, lesquelles ont notamment servi pour la réanimation. La procédure diffère du régime des autorisations habituelles qui répondent à des textes que nous souhaitons d'ailleurs simplifier. Quel que soit le secteur d'activité, nous pensons que nous devons progresser, notamment sur la question du renouvellement des autorisations et simplifier les procédures existantes. Cette question fait consensus avec les fédérations hospitalières et fait partie des discussions que nous avons eues dans le cadre du Ségur sur le volet simplification.

Cette mécanique est un peu particulière, puisqu'il s'agit de répondre à une situation exceptionnelle. Il me semble que l'ARS est alors mieux à même de mesurer les raisons pour lesquelles elle a besoin de cette autorisation, et dans quelles conditions. Ce transfert n'exclut pas une évolution du *process* d'autorisation qui est assez long et dont la durée peut varier entre l'autorisation initiale et son renouvellement. Les *process* peuvent différer selon le contenu des dossiers et selon les demandes liées à la qualité et à la sécurité des soins. Ils répondent à une procédure qui découle des projets régionaux de santé (PRS) élaborées par les ARS.

Il est nécessaire de simplifier le droit commun, au moins pour le renouvellement. C'est un point très important. Par ailleurs, afin de répondre à des besoins qui ont montré leur utilité durant la gestion de l'épidémie, il me semble nécessaire de transférer aux ARS la capacité de délivrer ces autorisations dont elles sont les plus à même de déterminer le caractère primordial ou non.

M. René-Paul Savary, président. – Quel est le délai traditionnel ?

Mme Katia Julienne. – Il s'agit de cycles : les autorisations sont corrélées à des renouvellements de programme...

M. René-Paul Savary, président. – Nous parlons d'un an, de deux ans... ?

Mme Katia Julienne. – Il faut un plan régional de santé...

M. René-Paul Savary, président. – Il faut donc des années, par rapport aux quelques semaines que vous évoquiez pour les autorisations exceptionnelles.

Mme Katia Julienne. – En cas d'urgence, les autorisations exceptionnelles peuvent effectivement être prises en quelques jours. Elles permettent d'être très réactifs en cas de crise. Elles ne rentrent pas dans l'organisation pérenne des soins sur un territoire, mais permettent de répondre à une demande urgente ponctuelle.

Nous avons toujours eu des relations avec les acteurs privés et publics. Durant la crise, nous avons eu des conférences avec toutes les fédérations hospitalières en même temps, tous les deux jours. Il était très important qu'elles disposent toutes du même niveau

d'information. Dans les recommandations que nous diffusons, nous ne faisons pas de différence et demandons à ce que l'organisation soit mise en place avec les secteurs public et privé. Dans la recommandation de début mai que j'évoquais sur la reprise d'activité, nous demandons explicitement que l'ensemble des acteurs du territoire soit pris en compte.

Quel type de recommandation pourrions-nous donner ? Je pense à la mise en place d'une gouvernance généralisée, à l'instar de ce que font déjà beaucoup d'ARS, notamment celles d'Île-de-France ou des Hauts-de-France qui avaient mis en place des échanges réguliers, voire quotidiens, avec les établissements publics et privés. Il nous semble qu'il s'agit d'une bonne pratique que nous pourrions recommander. Mais la plupart des ARS en ont déjà l'idée et je sais que l'une d'entre elles l'a fait encore très récemment.

Mme Muriel Jourda. – Cela vaut aussi pour la médecine de ville ?

Mme Katia Julienne. – Tout à fait. Tous les directeurs généraux des ARS auxquels nous en avons parlé nous ont dit de le faire. Je pense que cette recommandation ne présente que des avantages. Vous avez raison, nous devons travailler avec l'ensemble des acteurs, y compris la médecine de ville. Au plan national, nous avons eu des liens réguliers avec la médecine de ville, qu'il s'agisse des médecins, des infirmiers ou des kinés. C'est extrêmement important.

En ce qui concerne les tests, je ne verrais également que des avantages à améliorer les délais. Nous essayons de faire un point très régulier avec les laboratoires. Pardon, madame Jasmin, si j'ai pu donner le sentiment de négliger le rôle des laboratoires. Ce n'était pas mon intention : les laboratoires en ville et les laboratoires hospitaliers jouent un rôle fondamental en temps normal et *a fortiori* en ce moment. Je tiens à le dire.

Cette stratégie est pilotée par un autre directeur et je me dois de rester prudente s'agissant d'une compétence qui lui échoit tout particulièrement. Mais le rôle des laboratoires est bien évidemment fondamental. Nous avons fait évoluer un certain nombre de textes pour faciliter les capacités à prélever. Nous savons qu'il faut améliorer la capacité des laboratoires en général : la cellule test pilotée par le directeur général de la santé se réunit chaque semaine avec les représentants des syndicats de biologistes pour faire un point sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer, y compris celles que vous évoquiez.

M. René-Paul Savary, président. – Une question vous était posée sur le délai des agréments, pour les laboratoires vétérinaires ou pour les autres. Pour les kinés, ce n'est toujours pas fait. Pourquoi ne prenez-vous pas de décision pour former très rapidement ces personnels à effectuer le prélèvement nasal ?

Mme Katia Julienne. – Nous avons pris plusieurs arrêtés visant à étendre le nombre de professionnels, après une formation assez courte, ayant la capacité de réaliser ces prélèvements.

M. René-Paul Savary, président. – Mais les délais étaient très longs : trois semaines pour les labos vétérinaires. Il nous semble que les choses pourraient aller plus vite.

Mme Katia Julienne. – Toutes les pistes sont bonnes à prendre. Nous pouvons nous pencher sur les délais d'agrément de la même manière que nous l'avons fait sur les autorisations.

M. René-Paul Savary, président. – Vous avez parlé d'un million de tests. Mais ce qui nous intéresse, ce sont les tests réalisés. Il en allait de même pour les masques : c'est très bien d'en commander un milliard, mais seuls ceux dont les résultats sont arrivés nous intéressent. Ce qui importe, c'est la capacité des acteurs de réaliser un million de tests et non de commander un million de tests. Il faut prioriser les demandes, tenir compte des délais durant lesquels les gens ne sont pas isolés... On a l'impression de perdre du temps. Quelle optimisation recherchez-vous pour améliorer le dispositif ?

Mme Katia Julienne. – Monsieur le président, hier, nous avons bien atteint le seuil du million de tests réalisés. Nous avons beaucoup augmenté nos capacités. Pardonnez-moi si je n'ai pas été suffisamment claire.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Quel est le délai de résultat ? On a beau augmenter le nombre de préleveurs, encore faut-il analyser le plus rapidement possible pour mieux répondre aux exigences en termes de voyage, de travail et surtout pour éviter de contaminer son entourage.

Mme Katia Julienne. – Actuellement, le délai moyen est de 1,6 jour.

M. René-Paul Savary, président. – Ce n'est clairement pas le chiffre qui nous est remonté. Peut-être reste-t-il encore à faire... Pardonnez notre impertinence, mais le but d'une commission d'enquête est aussi de faire avancer les choses

Mme Katia Julienne. – S'agissant des chiffres de réanimation, vous avez eu raison de souligner qu'il existait plusieurs notions différentes. La première concerne la capacité en réanimation : notre capacité initiale *stricto sensu* – je parle exclusivement des lits pour adultes – était d'un peu plus de 5 000 lits. Nous pouvions ajouter des capacités en soins continus d'un peu plus de 7 000 lits et, en soins intensifs, d'environ 5 800 lits. Il s'agit de nos capacités en matière de soins critiques.

Nous avons eu pour objectif de réarmer ou d'armer en respirateurs et en professionnels et de transformer des lits de soins continus ou de soins intensifs en capacités de réanimation, ce que certains professionnels appellent les « réas éphémères ». C'est de cette façon que nous avons pu étendre nos capacités de prise en charge de patients en réanimation.

La question de déterminer le bon niveau capacitaire en temps normal demeure. Mais en tout état de cause, nous pouvons réarmer des lits pour étendre nos capacités de réanimation très au-delà des 5 000 lits initiaux. Au pic de la crise – de mémoire, le 12 avril –, nous avons pris en charge 7 000 patients en réanimation.

Cette question est différente de celle du nombre de patients que nous pouvons prendre en charge en même temps. Nous regardons ce sujet de très près, puisque nos capacités de prise en charge dépendent aussi de la durée moyenne de séjour des patients. Comme vous l'avez vu, cette durée pouvait être très variable et parfois assez longue, ce qui a des conséquences sur la prise en charge non seulement en réanimation, mais aussi en soins de suite et de réadaptation. On en a peu parlé, mais c'était très important dans la filière de prise en charge : après avoir passé des temps parfois longs en réanimation, certains patients avaient besoin d'une réadaptation très importante. C'est un segment de l'offre de soins qui a joué un rôle très important et sur lequel nous sommes très vigilants.

M. René-Paul Savary, président. – Il s'agit des fameuses « réas éphémères » ?

Mme Katia Julienne. – Tout à fait, monsieur le président.

M. René-Paul Savary, président. – Comment expliquer la différence avec l'Allemagne en termes de nombre de lits par habitant ?

Mme Katia Julienne. – Nous en avons parlé avec les CNP de réanimation en juillet dernier : nous nous interrogeons sur la comparabilité. De mémoire, le chiffre de 28 000 lits est avancé pour l'Allemagne. Devons-nous les comparer aux 5 000 lits de réanimation ou faut-il additionner les lits de soins continus ? Si on additionne, on est à peu près à 18 000 lits. Il faut prendre les chiffres avec précaution.

La question de fond qui nous est posée est de déterminer le niveau de capacité de prise en charge en soins critiques que nous devons assurer à nos concitoyens au plan national et en termes de répartition régionale. C'est sur cette question que nous travaillons et c'est celle qui importe.

Devons-nous simplifier notre organisation ? Certaines questions se posent. Nous avons modifié nos organisations et notre fonctionnement durant toute la période de la gestion de crise : la Direction générale de la santé pilotait l'ensemble des dispositions sanitaires de la crise et réunissait, sous son égide, l'action de la Direction générale de l'offre de soins, de la Direction générale de la cohésion sociale, de la Direction générale de la sécurité sociale... Nous avons tous les jours des points quotidiens avec la Direction générale de la santé et l'ensemble des directions pour veiller à ce qu'il y ait une bonne articulation. Nous avons dû nous réorganiser pour monter des cellules spécifiques, que ce soit en matière de logistique – pour les équipements de protection individuelle – ou bien en matière de tests, constituées d'agents de différentes directions pour ces missions très spécifiques.

Devons-nous pour autant nous réorganiser de manière plus fondamentale ? La question peut se poser. Toujours est-il que les réorganisations que nous avons dû mener très rapidement pour être en capacité de répondre aux difficultés de cette crise ont montré qu'il nous fallait être capable de faire évoluer nos organisations et de fusionner des équipes traitant de sujets proches, parfois de manière séquencée dans le temps.

Mme Angèle Préville. – Je voudrais revenir sur quelque chose qui ne s'est pas particulièrement bien passé lors de cette crise, à savoir le nombre de personnes âgées décédées. Ces dernières constituent quasiment la moitié des décès, principalement dans des établissements pourtant mis à l'isolement.

Faute d'équipements de protection, les salariés qui entraient et sortaient de ces établissements ont été une source de contamination que nous n'avons pas su identifier, alors que c'était évident. Cet isolement, même bien respecté, n'a donc pas protégé. Pensez-vous que la situation aurait été pire si on ne l'avait pas fait ? Mon département du Lot a été très peu touché par le virus. Pourtant, la moitié des résidents des quatre structures de ma commune et des communes voisines a été testée positive – avec quelques décès, malheureusement. Quel enseignement tirer de tout cela ? Nous avons déjà connu la canicule : n'est-il pas possible de faire passer une consigne claire au niveau national, notamment sur les salariés qui entrent et qui sortent de ces établissements ? Isoler, c'est bien ; mais à quoi cela sert-il si on ne teste pas et si on ne dispose pas d'équipements de protection ?

M. Jean Sol. – Pouvez-vous quantifier et qualifier les personnels mobilisés, tout particulièrement ceux venus en renfort dans le cadre de cette crise sanitaire sans précédent, si

possible par catégorie socio-professionnelle et par territoire ? Bien évidemment, il faudrait corrélérer ces indicateurs au nombre de patients traités pour le covid et aux équipements de protection individuelle (EPI) commandés, et surtout utilisés.

Pouvez-vous également quantifier le nombre de personnels contaminés et décédés, là aussi par catégorie socio-professionnelle et par territoire, qu'il s'agisse de titulaires ou de renforts ?

Qu'est-il prévu en matière de reconnaissance de maladie professionnelle pour ces personnels touchés ? Que vont advenir les personnels venus en renfort et qui n'avaient pas un statut de titulaire ou de contractuel ?

M. René-Paul Savary, président. – Avez-vous organisé un retour d'expérience sur chaque département pour pouvoir fluidifier le parcours des liens complémentaires des uns par rapport aux autres et se préparer à toute nouvelle échéance éventuelle ?

Mme Katia Julienne. – En ce qui concerne les Ehpad, je serai encore une fois prudente, dans la mesure où la Direction générale de la cohésion sociale, que vous avez auditionnée hier, est en charge de ces questions.

Il est important de mettre en place une stratégie claire de dépistage dans les établissements sociaux et médico-sociaux et de bien recenser les personnels qui reviennent de vacances, par exemple, et qu'il est important de dépister pour protéger les résidents et les protéger eux-mêmes. Cette stratégie est aussi importante au sein des établissements de santé, si vous me permettez d'élargir votre question : nous devons veiller à ce que les professionnels puissent bénéficier de dépistages. Pour en avoir discuté, je sais que ces stratégies se mettent en place dans les établissements. Il est très important de l'adapter en fonction de l'état de santé des professionnels et des services dans lesquels ils travaillent. Ces modalités de mise en œuvre sont extrêmement importantes.

Je pourrai vous transmettre les chiffres de Santé publique France sur les personnels contaminés. Entre le 1^{er} mars et le 21 juin, ils montrent qu'un peu plus de 30 000 professionnels avaient été contaminés dont 84 % de professionnels de santé, 10 % de non-soignants, 29 % d'infirmiers... Cette étude permet de faire le point à date à sur le nombre de personnes contaminées et de personnes décédées, par région.

La Direction de la sécurité sociale (DSS) travaille sur la reconnaissance pour maladie professionnelle. Les discussions se poursuivent. Nous pourrions vous transmettre les documents que la DSS nous transmettra sur l'état d'avancement de ces travaux très importants pour les professionnels, quel que soit leur statut.

Je n'ai pas les chiffres en tête sur les renforts par catégorie ou par territoire. Je vous les transmettrai également. Cette crise nous a permis de voir que nous devons aussi faire évoluer la réserve sanitaire et la façon dont nous organisons les renforts. Il s'agit d'un point de recommandation important : on voit bien que la réserve sanitaire avait initialement été mise en place pour des crises limitées dans le temps et dans l'espace. Or nous avons fait face à une crise qui a exigé que nous organisions de manière territorialisée des renforts de professionnels d'établissements publics et privés vers d'autres établissements sur un même territoire – organisés par une ARS – ou vers d'autres territoires. Ce fut un mouvement extrêmement important et très massif. Nous vous transmettrons les chiffres ; ils sont

particulièrement éloquents. Nous avons mis en place une plateforme nationale qui permet de faciliter ces renforts, qu'il s'agisse du secteur sanitaire ou du secteur médico-social.

La DGOS a organisé des retours d'expérience au plan national avec ses interlocuteurs – sociétés savantes, représentants syndicaux ou de professionnels... Nous n'en avons pas organisé par département. Je pense que les ARS doivent se pencher sur ces questions. Vous avez tous souligné combien il est important d'avoir un retour rapide pour capitaliser sur ce que nous avons pu faire d'intéressant et sur ce que nous devons faire évoluer. C'est fondamental, car les chiffres actuels de propagation de l'épidémie nous conduisent à mettre en place l'ensemble des évolutions indispensables pour lui faire face.

M. René-Paul Savary, président. – Comptez-vous augmenter les capacités de traçage, au regard du nombre de clusters en augmentation exponentielle ? N'avez-vous pas peur d'être saturés ?

Mme Katia Julienne. – C'est effectivement une charge très lourde qui pèse sur les ARS. Cela fait partie des sujets sur lesquels nous travaillons. Le nombre de cas contacts a beaucoup augmenté à partir de ces clusters, notamment pour les jeunes qui ont une vie sociale très importante. Nous regardons comment aider les ARS, les CPAM et la CNAM pour faire face à cet afflux.

M. René-Paul Savary, président. – Le débordement risque effectivement de venir de ce côté et non du système hospitalier.

Mme Céline Boulay-Espéronnier. – Je voudrais revenir sur la question du délai nécessaire pour se faire tester aujourd'hui en France. Vous avez évoqué le chiffre moyen de 1,6 jour sur l'ensemble du territoire national. Avez-vous des chiffres affinés par département ?

J'ai passé quelques jours à Ajaccio, cet été. Je devais récupérer mon fils, qui était dans une autre partie de la Corse. Or il a été en contact avec quelqu'un ayant contracté le coronavirus. Le temps que je trouve un laboratoire pouvant le tester, trois jours se sont écoulés. C'était avant le week-end et deux jours se sont encore écoulés avant d'obtenir les résultats. Nous avons pu l'isoler durant ces cinq jours et le garder à la maison. Mais ses autres amis, loin de leurs parents, de leur foyer, sont tous repartis en avion pour se faire tester à Paris. L'histoire s'est bien terminée, puisqu'ils se sont tous avérés négatifs. Ce problème de délai est tout de même très important. Est-ce par manque de personnels dans les laboratoires, comme le soulignait Victoire Jasmin – et l'on peut comprendre qu'ils soient éreintés ? Est-ce parce que des personnes particulièrement inquiètes continuent de se faire tester de manière régulière, même sans aucun symptôme, ce qui augmente les délais ? Pouvez-vous nous donner plus de précisions ? Le délai nous semble encore bien trop important, surtout pour les cas contacts.

M. René-Paul Savary, président. – À l'aéroport, rien ne s'est passé non plus ?

Mme Katia Julienne. – J'ai bien indiqué que le délai de 1,6 jour était une moyenne qui pouvait couvrir des situations différenciées. Je vais regarder quels chiffres nous pourrions vous transmettre pour vous donner les précisions demandées. Nous avons d'abord renforcé la capacité à prélever : depuis le mois de juillet, nous avons modifié à plusieurs reprises l'arrêté dressant la liste des professionnels habilités à réaliser ces prélèvements, sous réserve qu'ils aient suivi une formation. Ce levier nous a été demandé par les ARS pour accroître leur capacité de prélèvement.

Dans cet afflux très important, nous priorisons les personnes symptomatiques et les cas contacts.

Nous sommes en train d'analyser les motifs en cours pour les faire évoluer. Nous en discutons en permanence avec les ARS et avec les laboratoires de biologie que nous rencontrons une fois par semaine. Nous avons agi sur plusieurs leviers et nous regardons encore ce que nous pouvons améliorer. D'ores et déjà, nous pouvons nous réjouir d'avoir atteint, hier, le million de tests réalisés.

M. Roger Karoutchi. – Même si elle est crédibilisée, on se dit par moments qu'il serait bon de faire entendre davantage la parole publique. À la fin du mois d'août, sur toutes les chaînes d'information, des épidémiologistes de talent et des virologues estimés ont appelé, dans leurs débats, tous les jeunes qui rentraient de vacances à se faire tester. Tous ! Résultat des courses, on a provoqué une sorte de panique : tout le monde a voulu faire tester ses enfants, même s'ils étaient en parfaite santé. Pourquoi ne peut-on entendre une parole publique expliquer dans quels cas précis et dans quel délai il est nécessaire de se faire tester ? Les gens ne sont pas absurdes, mais entre les conseils des uns et des autres sur les plateaux de télévision, tous plus savants les uns que les autres, c'est du grand n'importe quoi ! Comme si les jeunes partis en vacances étaient, par définition, tous positifs.

M. René-Paul Savary, président. – Si nous en avons les moyens, ce serait l'idéal.

Merci, madame la directrice générale, d'avoir répondu 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 40.

Jeudi 10 septembre 2020

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

La réunion est ouverte à 10 h 5.

Table ronde sur la politique de dépistage

M. René-Paul Savary, président. – Nous poursuivons nos travaux avec cette audition consacrée à la politique de dépistage.

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

Nous entendons ce matin le docteur François Blanchecotte, président du syndicat des biologistes médicaux, le professeur Bruno Lina, virologue au laboratoire des hospices civils de Lyon et membre du conseil scientifique et le professeur Philippe Froguel, endocrinologue et généticien, directeur de l'UMR Inserm 1283 et directeur de l'Institut européen de génomique du diabète (EGID).

Avec la question des masques, nous assistons avec les tests au deuxième grand fiasco de cette crise.

J'espère que notre audition de ce matin permettra de déterminer les raisons pour lesquelles notre pays s'est trouvé, et se trouve encore, dans l'incapacité de répondre à l'injonction de l'Organisation mondiale de la santé : « testez, testez, testez », alors que d'autres pays y sont parvenus.

Alors que le génome du virus a été connu très tôt dans la crise, la mise en place de procédures et le développement de capacités n'ont visiblement pas correctement suivi.

La doctrine semble avoir été très changeante, les organisations inadaptées, les capacités insuffisantes, la fiabilité discutable et les délais en tout état de cause beaucoup trop longs pour que les tests puissent jouer leur rôle dans la lutte contre l'épidémie.

Cette question des délais est cruciale : on peut sérieusement s'interroger sur l'intérêt de réaliser un million de tests par semaine si un prélèvement ne peut intervenir que plusieurs jours après les symptômes et si l'obtention du résultat intervient encore plusieurs jours après.

Constatant l'embolie du système, le Gouvernement envisage désormais des restrictions d'accès, à rebours de ses choix initiaux.

Cette situation appelle des correctifs urgents et nous souhaiterions savoir quelles sont les préconisations de nos invités à ce sujet.

Je demanderai à nos intervenants de présenter brièvement leur principal message, en cinq minutes chacun, afin de laisser le maximum de temps aux échanges, en répondant aux questions des rapporteurs et commissaires. Je demanderai à chacun, intervenants et commissaires, d'être concis dans les questions et les réponses.

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, MM. François Blanchecotte, Bruno Lina et Philippe Froguel prêtent serment.

M. René-Paul Savary, président. – Je cède la parole aux intervenants avant de passer aux questions des rapporteurs puis des autres membres de notre commission d'enquête.

Dr François Blanchecotte. – Je vous remercie de me donner l'opportunité de m'exprimer devant cette commission d'enquête.

En ce qui concerne le secteur libéral que je représente, nous n'étions pas prêts techniquement à organiser massivement ces tests.

Dans un premier temps, la réalisation des tests a été centralisée dans les hôpitaux, puis les pouvoirs publics se sont adressés au secteur privé. Or, nous n'avons au départ reçu aucun masque, aucun équipement de protection. Les laboratoires privés sont engagés dans une démarche française d'accréditation à une norme mondiale : environ 120 plateaux techniques

sont accrédités par le comité français d'accréditation (Cofrac) sur un total de 900 plateaux techniques français privés. Ce fut une contrainte. Certaines ARS ont refusé que des laboratoires privés non accrédités développent ces technologies, même s'ils avaient déposé les dossiers en amont.

Ensuite, nous avons fait face à un problème de goulet d'étranglement pour l'acquisition de réactifs et les commandes de machines, les achats par les laboratoires étant conditionnés aux décisions de remboursement des tests. La commission de hiérarchisation des actes décide après avis de la Haute Autorité de santé de la liste des réactifs que nous pouvons utiliser. Lors de la publication au *Journal officiel* le 8 mars de l'arrêté inscrivant les tests PCR à la nomenclature des actes de biologie médicale, la liste des fournisseurs était limitée à 6. Elle a ensuite évolué vers 14, 18 puis 34 fournisseurs. Imaginez acheter sur un marché mondial auprès de fournisseurs asiatiques que nous ne connaissons pas, sur la base d'une liste limitative de réactifs autorisés sur le sol français. La situation vécue au départ a été extrêmement compliquée. Nous avons tenté d'ajuster nos commandes malgré de nombreux déboires.

Je regrette qu'à la fin du confinement le port de masque n'ait pas été rendu obligatoire. Il a fallu beaucoup de temps pour que notre personnel, les secrétaires médicaux comme les techniciens de laboratoire, soit considéré comme devant être protégé. Nous avons acheté à nos frais tout le matériel de protection pour les personnels de nos laboratoires. Nous avons également pris au départ la sage décision de fermer de nombreux laboratoires et de mettre des techniciens au chômage partiel pour protéger les équipes, et certains sont encore dans cette situation aujourd'hui. D'autres personnels ont été placés en arrêt de travail.

Si le chiffre du million de test a été atteint la semaine dernière, ce n'est pas selon moi un objectif. Ce qui manque, ce sont les cibles, alors que les délais de prise en charge se sont allongés.

Les fournisseurs mondiaux ont établi des quotas par pays. Quand vous doublez la quantité de tests à produire, vous vous trouvez en file indienne sur le marché mondial pour acheter des réactifs ou autres produits. Les délais de commande s'allongent, ils sont de trois à quatre semaines. Un appareil n'est pas une machine à café. Il doit être validé, certifié et connecté, ce qui demande une bonne semaine pour être opérationnel.

Le Gouvernement, je le salue pour cela, a entièrement financé le système d'information national de dépistage du Covid-19 (SIDEPI) qui a permis de connecter l'ensemble des laboratoires privés en quatre semaines pour la mise en ligne des résultats.

Aujourd'hui, nous n'avons pas encore suffisamment de matériel pour répondre à une demande soutenue. Par exemple, il m'a été demandé ce matin de dépister tous les personnels de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) de l'Indre-et-Loire. Je n'ai pas de solution technique pour dépister ces milliers de personnes. La préfète a évoqué la semaine dernière le dépistage de 35 000 étudiants de Tours. Ces décisions nous noient.

Il nous faut à présent être clair, comme je l'ai indiqué dans une récente déclaration. Veut-on prendre en charge les cas symptomatiques et les personnes contacts au sein de filières prioritaires en nous engageant sur un délai de prise en charge et de résultat ? Pour les autres, nous pouvons créer des centres *ad hoc* dans lesquels accueillir le plus grand nombre de personnes, sans la même contrainte de délai. Les personnes doivent être rassurées sur le fait qu'elles pourront passer le test.

Les violences se multiplient aux accueils des laboratoires. Cette situation devient insupportable. Les personnes qui voyagent attendent le résultat du test PCR demandé par les compagnies aériennes pour pouvoir prendre l'avion. Cela devient insoutenable. Dans l'éducation nationale, lorsqu'un enfant éternue, certains ont déterminé que toute la classe devait être testée. Nous n'y arriverons pas. J'ai sollicité la Société française de pédiatrie. Si les écoles ferment parce que tous les enfants ne sont pas testés, je ne sais pas comment nous ferons.

Ce n'est plus un problème de préleveur. Nous avons environ 400 000 préleveurs potentiels en France. Faut-il aujourd'hui se recentrer sur le diagnostic de la maladie ? Comment évaluer les clusters ? Telles sont aujourd'hui les questions posées. Nous devons revenir à notre métier initial. 1 Français sur 4 vient au laboratoire pour se rassurer, certaines personnes passant le test plusieurs fois par semaine. Chacun a une bonne raison de venir. Il faut revenir sur l'essentiel, remettre les médecins au centre du jeu et nous permettre de faire correctement notre travail.

Le prélèvement salivaire simplifiera l'opération de prélèvement. Je n'ai pas de résultats scientifiques pour me prononcer sur le test antigénique.

Les biologistes sont motivés, même s'ils sont « à genoux ». Nous nous sommes engagés vis-à-vis des Français qui attendent et rouspètent de ne pas avoir les résultats des tests au bout de cinq jours.

C'est peut-être l'objet de cette commission : rappeler ce qui est essentiel dans ce pays pour traiter l'épidémie.

Pr Bruno Lina. – Je m'exprime ici en tant que virologue d'un laboratoire hospitalier et responsable du centre national de référence (CNR) pour les maladies respiratoires. Vous recevez prochainement Jean-François Delfraissy, qui interviendra quant à lui au titre du conseil scientifique.

M. René-Paul Savary, président. – Tout à fait.

Pr Bruno Lina. – Nous avons au CNR été au centre du déploiement d'un certain nombre d'outils et vu les difficultés qui apparaissaient au fil de l'eau. Les connaissances se sont accumulées progressivement. La stratégie de test est aujourd'hui inadaptée ou peut-être en difficulté, mais il n'existe aucun pathogène pour lequel nous organisons 1 million de tests par semaine.

Dans mon laboratoire de CHU, probablement l'un des plus importants de France, je fais plus de tests du coronavirus par semaine que de tests du VIH par an, soit 52 fois plus de tests du coronavirus que de tests du VIH.

Le volume d'activité du laboratoire a augmenté de 50 %. La production s'établissait à 50 millions d'actes de BHN-RIHN (actes de biologie hors nomenclature) contre 75 à 80 millions aujourd'hui. Nous avons été en capacité de répondre à la demande hospitalière qui reste très élevée actuellement. Nous sommes montés en puissance, en recrutant 24 personnes pour faire fonctionner la plate-forme 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. Nous avons travaillé ainsi durant toute la période du confinement jusqu'à la fin du mois de juin. Nous avons eu un mois de juillet un peu plus calme avant de reprendre ce rythme en

août. Nous avons un rendu des résultats à partir du prélèvement plus rapide que la moyenne observée, de 18 heures pour la plate-forme et 9 heures pour l'hôpital.

Le CNR est intervenu pour l'accompagnement des laboratoires hospitaliers.

Je suis d'accord avec le docteur François Blanchecotte : nous sommes aujourd'hui à la croisée des chemins avec une puissance analytique considérable qui doit être organisée. Nous devons prioriser les tests sur les patients et les cas contacts et nous adapter pour le dépistage qui répond à une autre philosophie, avec une vocation de santé publique alors que le diagnostic des cas contacts et des patients a une ambition médicale.

Pr Philippe Froguel. – Je vous remercie de l'honneur et de la confiance que vous me faites en m'invitant à cette commission d'enquête. Je suis à la fois professeur de médecine génomique à Londres, où je dirige un laboratoire et un master de génétique humaine, endocrinologue à Lille et directeur d'un des principaux centres génomiques français. L'extraction d'acides nucléiques par PCR constitue mon cœur de métier depuis trente ans, je la pratique à très haut débit, ce qui m'autorise à livrer un avis sur les tests covid-19.

Par ailleurs, je suis l'un des cinq médecins français les plus cités au monde. Je sais écrire, « reviewer » et comprendre un article scientifique, ce qui m'a permis d'être un lanceur d'alerte, en débusquant le premier en France l'imposture du papier du *Lancet* sur l'hydroxychloroquine. Vous vous en souvenez probablement.

Je me suis intéressé au diagnostic de la covid-19 dès le mois de février en lisant ce qui se passait en Corée. J'ai découvert que nous pouvions très bien faire les tests PCR dans un laboratoire de recherche. J'ai alerté ma hiérarchie hospitalo-universitaire au début du mois de mars à laquelle j'ai proposé nos services. Le directeur général du CHU de Lille, Frédéric Boiron, m'a répondu négativement en considérant que nous n'étions que des chercheurs et que nous n'avions pas à faire de diagnostic.

Heureusement, j'ai rencontré le directeur général de l'ARS des Hauts-de-France, Étienne Champion, qui a très bien compris la situation. Il a dit que nous étions entrés dans l'ère des pénuries et que le réglementaire ne pouvait perdurer comme avant. Je vous demande de bien réfléchir à cette phrase. Il a tenté en vain de sensibiliser la direction générale de la santé. J'ai dû organiser une campagne médiatique et sur les réseaux sociaux, envoyer une note à Édouard Philippe dont le cabinet a été très réceptif. Cette démarche a mené à l'arrêté du 5 avril qui a autorisé les équipes de recherche et vétérinaires à effectuer les tests PCR.

Hélas, rien n'a été simple après le 5 avril du fait de l'hostilité de la plupart des directions de CHU et des responsables de pôle de biologie médicale des hôpitaux. Les syndicats de biologistes hospitaliers redoutaient que l'on touche à leur monopole : ils ne voulaient pas que l'on fasse entrer le loup dans la bergerie. Sur les 50 laboratoires recensés par le Gouvernement dans le cadre de cet arrêté, seule une poignée est arrivée à une convention de partenariat, en réalité de sous-traitance. Notre action a été limitée dans l'arrêté pour ne pas froisser nos collègues biologistes médicaux, mais en réalité on nous a demandé de faire plus. Mon laboratoire était le premier à signer une telle convention en France, avec le groupe privé Synlab, et cette collaboration a été exemplaire.

C'est à ce moment-là, je crois, que nous avons perdu la bataille des tests PCR, situation que nous payons au prix fort alors que la deuxième vague de la pandémie arrive au galop. En effet, le Gouvernement a alors rejeté la proposition de la communauté de la

recherche génomique académique française, malgré le soutien de Frédérique Vidal et de son cabinet, d'organiser de grandes plateformes régionales de diagnostic 7 jours sur 7 à très haut débit (au moins 10 000 tests par jour) avec nos partenaires de CHU et surtout les laboratoires privés, en particulier les grands groupes comme Synlab, Biogroup ou Cerballiance.

Seules ces plateformes seraient en mesure de faire face en quelques jours à des mégaclusters localisés nécessitant de tester dans une zone précise des dizaines de milliers de personnes, comme cela a été fait dans certains endroits en Chine et en Corée.

Au contraire, le Gouvernement a enchaîné selon moi les erreurs. Tout d'abord, il a vainement essayé d'augmenter la production de tests dans les laboratoires de virologie hospitaliers. Il a acheté des robots chinois mal distribués et souvent mal utilisés, qui n'ont changé la donne que de manière marginale. Le Gouvernement a ensuite tout misé sur les laboratoires privés, qui réalisent actuellement je crois 90 % des tests PCR. Sans vouloir les accabler, ces derniers ont montré leurs limites structurelles, ce qui était prévisible, en étant incapables de respecter l'engagement de rendu des résultats en moins de 48 heures.

Que faire ? Les collègues biologistes ou infectiologues demandent de revenir sur le principe de l'accès direct aux tests covid-19 de la population française. Ce droit est selon moi irréversible. Le Gouvernement ne parviendra pas à le remettre en question. Comme l'a dit hier un dirigeant d'un grand groupe de laboratoires privés, au lieu de restreindre de nouveau l'accès aux tests, il faut maintenir le dépistage de masse et faire en sorte que les laboratoires privés s'adaptent en augmentant leur capacité d'analyse, en diversifiant leurs fournisseurs, et non pas gérer la pénurie une nouvelle fois. Je partage pleinement cette opinion. Les laboratoires doivent travailler avec les experts de la génomique à très haut débit pour monter enfin les plateformes dont nous avons besoin.

En conclusion, mon message sera très simple : l'accès aux tests avec des résultats en 24 heures, qu'il s'agisse de prélèvements nasaux ou salivaires, de tests PCR ou protéiques, permettra seul d'isoler à temps les porteurs de virus et d'arrêter les contaminations en chaîne. Les masques réclamés depuis le printemps sont désormais portés par tous. Il n'y a aucun résultat magique sur l'épidémie, étant donné que ce ne sont que des retardateurs de contamination : comme pour les feux de forêt, les liquides versés par les canadiens sont des retardateurs, mais il faut aussi des pompiers sur place pour arrêter les feux.

Si on ne règle pas enfin la question des tests en France avec plus de tests, plus rapides et mieux faits et que l'on continue dans l'erreur qui perdure depuis février, on va progressivement remplir les services de réanimation comme à Marseille, et on confinerà de nouveau, ce qui conduira à plus de casse sociale.

Errare humanum est, perseverare diabolicum, je vous propose que votre commission en fasse sa devise.

M. René-Paul Savary, président. – Je vous remercie. Nous attendons de cette commission une confrontation confraternelle. Je suis certain que les questions des rapporteurs et commissaires vont vous passionner.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Merci pour ces propos liminaires. Il y aurait de nombreuses questions à vous poser. Hier, les représentants diplomatiques de la Corée du Sud ont expliqué leur stratégie de test, de traçage et d'isolement, ce que nous n'avons pas fait en France contrairement à l'Allemagne, et que nous payons.

Lorsque nous avons entendu le professeur Arnaud Fontanet au sujet du cluster de l'Oise, il a évoqué le fait que l'Institut Pasteur avait développé très tôt un test, mais que le retard était venu ensuite de l'incapacité française à produire ces tests. Comment l'expliquer ?

Le docteur Blanchecotte a évoqué les tensions internationales sur les commandes de matériel. Quelle est la raison de cette situation ? D'où vient le matériel ? Qui le produit ?

Pourquoi l'évaluation des tests et l'autorisation des laboratoires départementaux agréés ont été si longues à obtenir ?

Où en est-on des tests salivaires ?

Qu'en est-il en outre de la fiabilité des tests ? Un médecin évoquait récemment le cas de 2 patients asymptomatiques dont le test était positif et de 2 patients symptomatiques dont le test était négatif. Cette situation est-elle liée au prélèvement ou aux manifestations de la maladie ?

Nous entendons aussi que le virus muterait. Avez-vous dû modifier le test pour tenir compte de cette situation ? Nous entendons des propos contradictoires qui ne rassurent pas la population.

Pr Bruno Lina. – Il n'y a pas de mutation du virus, celui-ci est stable. Lors de son déploiement à l'échelle planétaire, trois génogroupes sont apparus. Le génogroupe G n'entraîne aucune modification : c'est un marqueur génétique qui permet de suivre l'évolution du virus. Comme ce génogroupe est apparu en Europe, épicerie de la diffusion du virus en février-mars 2020, il s'est diffusé ensuite dans les autres zones contaminées, notamment l'Amérique du Nord, l'Amérique du Sud et le reste du monde.

Le système de surveillance de l'OMS permet de vérifier quotidiennement les quelque 90 000 séquences génétiques déposées par les laboratoires. Il n'y a aucune mutation entraînant intrinsèquement une mutation de virulence, de pathogénicité ou de transmissibilité. Une hypothèse veut que le génogroupe G apparu en février aurait, dans un tube à essai, un petit avantage répliatif par rapport aux autres, mais ce n'est pas observé chez les individus. En conclusion, rien de documenté ne permet d'établir une mutation. Le sujet est observé en particulier dans les zones des amorces proposées par les différents centres de *disease control* chinois et américains. Une amorce connaît quelques modifications, mais elle n'est plus utilisée. Ces examens permettent de s'assurer de la stabilité de la possibilité d'effectuer un diagnostic dans de bonnes conditions.

L'analyse de la fiabilité des tests suppose d'étudier la qualité du prélèvement et la qualité de l'amplification. En ce qui concerne la qualité du prélèvement, je me suis battu pour le maintien du prélèvement naso-pharyngé, qui est le prélèvement de référence. Le virus se réplique essentiellement dans la zone naso-pharynx. Environ 20 dispositifs de tests existent aujourd'hui. Ils ont été en grande partie évalués par les laboratoires du CNR. Ils sont fiables et robustes, et livrent des réponses de qualité avec des nuances en termes de performance.

Ont été documentés dès les mois de mars-avril des cas asymptomatiques, en particulier chez les jeunes mais pas seulement. En parallèle, des personnes présentant des signes cliniques ont des affections liées à un rhinovirus. Aujourd'hui, on constate dans mon laboratoire dans le cadre de la surveillance communautaire trois fois plus de rhinovirus que de coronavirus qui donnent des infections des voies aériennes supérieures. Cette situation

encourage le développement de diagnostics différentiels ou de détections dites multiplexes afin de mesurer plusieurs pathogènes dans un échantillon. Cela permet de comprendre que des personnes symptomatiques n'ont pas le coronavirus, mais un autre virus. Un cas symptomatique négatif peut aussi être lié à un diagnostic manqué.

S'agissant de la décision réglementaire de recours aux autres catégories de laboratoires, j'ai utilisé les ressources techniques de mon laboratoire de recherche en infectiologie pour pallier la difficulté rencontrée dans la réalisation des tests. Cette démarche suppose une logistique et une organisation. Il est compliqué de déporter des analyses. Cet aspect réglementaire pourrait être levé : dans un contexte d'urgence, il me semble que certaines règles qui freinent peuvent tomber. Certains laboratoires vétérinaires et de recherche ont été associés à la démarche, ce qui a permis d'augmenter la puissance de tir.

Les décisions prises aujourd'hui n'auront un impact sur la dynamique épidémique que dans quinze jours. Si je reprends ma casquette de membre du conseil scientifique, nous avons recommandé dans le dernier avis d'adopter une logique focalisée sur les méthodes de dépistage, les méthodes de diagnostic, l'isolement des patients et des cas contacts afin d'avoir une stratégie sur les tests de dépistage et de diagnostic, dans un contexte d'évolution technique.

En ce qui concerne le test salivaire, la première question est de savoir si la salive est un bon prélèvement pour établir un diagnostic. Une étude a été engagée par mon laboratoire, le laboratoire de Caen et des préleveurs en Guyane. Les résultats sont en cours d'évaluation et devraient être publiés d'ici une à deux semaines. Nous aurons alors une vision claire des atouts et limites du prélèvement salivaire par rapport au prélèvement naso-pharyngé. La plupart des publications a concerné des patients hospitalisés avec un prélèvement salivaire effectué le matin au réveil, ce qui ne raconte pas ce qui se passerait en vie réelle dans un système de dépistage massif. Pour la tuberculose, les crachats du matin étaient beaucoup plus informatifs que ceux prélevés le soir. L'opportunité de basculer vers des systèmes de prélèvements simples à haut débit représente un enjeu majeur.

Nous commençons l'évaluation des tests antigéniques à l'AP-HP, dans mon laboratoire et ailleurs. Nous ne croyons pas les fournisseurs qui nous vendent du rêve et promettent 100 % de sensibilité. Si nous ne faisons pas cette évaluation, vous nous le reprocheriez. Nous commençons à voir où se positionne la sensibilité des tests antigéniques par rapport à la référence de la PCR sur prélèvement naso-pharyngé, ce qui permettra de décliner leur utilisation et de réduire les délais d'attente, notamment dans le cadre du dépistage, qui est la demande la plus importante aujourd'hui. Il faut bien faire la différence entre dépistage et diagnostic.

M. René-Paul Savary, président. – Que pensez-vous des tests antigéniques ? Est-ce de la biologie moléculaire ?

Pr Bruno Lina. – Non, c'est une détection par bandelette. Vous déposez l'échantillon dans une « savonnette ». Si la protéine du virus est présente, une bande s'éclaire, comme pour détecter l'angine à streptocoque.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Pouvez-vous intervenir sur le retard de développement des tests dont a parlé le professeur Arnaud Fontanet ?

Pr Bruno Lina. – Rappelons le calendrier des événements. Le virus est séquencé le 7 janvier 2020. Il est immédiatement partagé avec la communauté internationale, ce qui permet de fabriquer des cibles, des amorces et des sondes. Le laboratoire de l'hôpital de La Charité à Berlin propose un jeu d'amorces et de séquences que le CNR acquiert très rapidement. L'Institut Pasteur développe simultanément plusieurs jeux d'amorces progressivement optimisés. Le premier patient français est identifié le 23 janvier pour un diagnostic établi le 24 janvier. Nous utilisons les prélèvements sur les cinq premiers patients parisiens et le patient bordelais pour vérifier que nos dispositifs sont performants. Nous constatons que le test développé par l'Institut Pasteur présente une supériorité analytique, c'est-à-dire qu'il est plus sensible que celui développé par La Charité. C'est une bonne nouvelle même si cela se retourne maintenant contre nous puisqu'on nous dit que notre test est trop sensible.

Le 7 février apparaît le cluster des Contamines-Montjoie, géré par mon laboratoire. Nous avons établi un diagnostic rapide grâce aux outils de la Charité et de l'Institut Pasteur, avec un résultat rendu en fin de journée. Les échantillons ont voyagé en hélicoptère pour ne pas perdre de temps. Les patients ont été mis en isolement dans les services hospitaliers de Saint-Étienne, Grenoble et Lyon.

À cette occasion, nous avons constaté que la sonde fournie par la Charité était contaminée : nous avons des résultats faussement positifs. Le fournisseur avait mis dans la sonde des amorces qui entraînaient des résultats faussement positifs. Les laboratoires français auxquels nous avons fourni ce matériel se retrouvaient avec des résultats potentiellement contaminés. Le problème n'était pas franco-français mais lié à un fournisseur international. Mi-février 2020, la plupart des laboratoires en charge du diagnostic ont dû jeter leurs outils et demander une nouvelle synthèse.

La situation est devenue chaotique : il n'y avait pas de synthèse suffisante pour alimenter tous les laboratoires européens. Nous avons demandé des synthèses à deux fournisseurs différents. J'ai envoyé ce matériel à Philippe Brouqui à Marseille pour le dépistage des personnes rapatriées de Wuhan.

Ensuite, quand nous avons cherché à déployer les tests, nous avons rencontré une autre difficulté liée au fait que les laboratoires hospitaliers n'ont plus que des machines travaillant sur des systèmes fermés. Les fournisseurs donnent un dispositif « clé en main ». Par analogie, si vous avez un solex et que vous n'avez pas de solexine, vous ne pouvez le faire fonctionner. L'accréditation contraint à fonctionner ainsi. Seul le CNR peut être accrédité pour des techniques manuelles. Les laboratoires n'avaient plus la ressource technique simple, présente dans les laboratoires de recherche, pour faire de la PCR dite « manuelle ». 5 procédures d'extraction ont été évaluées par le CNR. Nous avons par ailleurs constaté que certaines machines d'extraction ne fonctionnaient pas. Cette situation explique une partie des retards à l'allumage.

Pr Philippe Froguel. – Pour la PCR, si les mutations du virus ne portent pas sur l'endroit où se fixent les *primers*, il ne peut pas y avoir d'incidence sur le test. S'il y avait d'autres mutations, nous changerions de *primers*. Il faut séquencer le virus pour étudier si des mutations ne permettraient pas aux primers de se fixer au bon endroit.

Entre février et mars, un travail a été accompli par le CNR, parfois contradictoire avec ce qui a été fait ailleurs. En ce qui concerne les TROD autorisés après évaluation par le

CNR, j'ai livré à l'Élysée des résultats d'analyse prouvant que 80 % de ces TROD étaient de qualité médiocre. Ils ont pourtant été homologués par le CNR, ce qui m'a surpris.

Pr Bruno Lina. – Pour clarification, M. Froguel parle, s'agissant des TROD, de tests sérologiques et non de tests PCR.

Pr Philippe Froguel. – Dans les laboratoires de virologie où il n'y a pas de recherche et développement, j'ai remarqué que l'extraction d'ARN était plus compliquée qu'elle ne l'est dans les laboratoires de génomique. Leur fonctionnement est plus compliqué et plus lent. L'autorisation donnée aux laboratoires de génomique de fonctionner le 5 avril a nécessité une semaine pour acquérir un robot, vérifier qu'il extrayait avec la même qualité que notre partenaire Synlab et comparer des échantillons. Nous avons conçu une chaîne informatique. Les laboratoires de génomique emploient des informaticiens (qui n'existent plus dans les hôpitaux) et des ingénieurs de recherche. Ce qui a semblé compliqué à d'autres nous a été facile parce que c'est notre métier. Les robots chinois n'ont pas fonctionné dans certains CHU qui n'ont pas réussi à les faire fonctionner alors qu'ils ont fonctionné immédiatement dans d'autres.

Le CNR et les laboratoires de biologie médicale hospitalière se sont privés d'une expertise très forte. Des centres de génomique étaient capables de développer rapidement les extractions. Aux États-Unis, le *Broad Institute*, principal laboratoire de génomique au monde, a réalisé un million de tests. Je pense que nous avons perdu beaucoup de temps en respectant des procédures antédiluviennes qui se comprennent en cas de paix, et non en cas de guerre. Nous aurions pu augmenter plus rapidement le nombre de tests comme l'ont fait les Allemands. Très peu de personnes ont pu être testées en dehors des hôpitaux jusqu'à fin avril/début mai.

M. René-Paul Savary, président. – Merci. Docteur Blanchecotte, vous souhaitez apporter des précisions.

Dr François Blanchecotte. – Nous n'allons pas compliquer la situation par des polémiques. Je n'ai jamais parlé d'interdiction de tests en masse.

La plupart des plateformes dont le professeur Froguel citait les noms peuvent atteindre 10 000 ou 20 000 tests par jour. Vous avez cité un groupe auquel j'appartiens.

Sur la question des achats, les laboratoires privés achètent les machines clé en main et les paient « cash » avant qu'elles n'arrivent, ce qui nécessite de la trésorerie. Les fournisseurs avec lesquels nous travaillons habituellement n'étaient pas prêts. En outre, les tests validés au départ en France n'étaient pas de bonne qualité.

Les machines achetées initialement étaient plutôt de la transposition manuelle. L'automatisation a été progressive. Hormis Roche qui fait du tout en un, les machines sont en séquence 2, avec une partie d'extraction et une partie d'amplification.

Nous sommes soumis à des règles qui nous limitent à un panel de machines validées par l'État. La plate-forme Duster mise en place par le Gouvernement ne correspond pas à nos besoins dans l'efficacité et la rapidité de la commande. Nous sommes obligés d'avoir plusieurs fournisseurs différents, parfois 3, 4 ou 5. Le délai entre la commande et la livraison est multiplié par 2 ou 3.

Des machines à haut débit sont commandées sans être encore livrées. Il faut ensuite une semaine pour leur qualification.

M. René-Paul Savary, président. – Est-ce la même machine utilisée pour les tests salivaires ?

Dr François Blanchecotte. – Oui, mais nous attendons que les autorités scientifiques disent si nous pouvons utiliser un prélèvement salivaire sur nos machines.

Sur les diagnostics différentiels, je rappelle qu'en France aucun test multiplexe n'est inscrit à la nomenclature et remboursé dans les laboratoires privés. La nomenclature des actes de biologie est obsolète. Nous avons dans le privé en France peu de tests de biologie moléculaire par rapport à nos collègues allemands.

Pr Bruno Lina. – Les prélèvements salivaires seront utilisés sur une plate-forme RT PCR : seul le mode de prélèvement change. Il faut les distinguer des kits de tests salivaires « clés en main » qui sont des dispositifs complets, fonctionnant par amplification isotherme (LAMP). Ces dispositifs permettent d'obtenir des résultats rapides, quoiqu'avec une petite perte de sensibilité. Ils sont en cours d'évaluation pour étudier s'il est possible de les utiliser en routine. Ce qui est intéressant, c'est que les machines peuvent être déplacées sur site, par exemple dans les Ehpad.

M. René-Paul Savary, président. – Quand leur évaluation sera-t-elle disponible ?

Pr Bruno Lina. – C'est en cours. Il y a le temps médiatique, le temps politique, le temps biologique et le temps de la recherche. Nous travaillons sur ce sujet, conjointement avec l'AP-HP. Les résultats devraient être disponibles avant la fin du mois.

M. René-Paul Savary, président. – Aurons-nous le matériel ?

Pr Bruno Lina. – Oui. Je souhaite signaler que nous constatons des effets de bord. Un certain nombre de laboratoires ne reçoivent plus les réactifs d'autres pathogènes, notamment pour les immunodéprimés. Des producteurs de ces réactifs affirment que du fait qu'ils augmentent la production pour les réactifs liés au coronavirus, il y aura une pénurie de réactifs pour d'autres pathogènes.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cette situation peut avoir des conséquences.

Pr Bruno Lina. – Bien entendu.

Pr Philippe Froguel. – Je souhaite remarquer que la France n'est pas seule au monde et qu'il y a des pays en avance sur nous. En Angleterre, l'*Imperial College* a mis au point un test LAMP, une amplification isotherme à partir de salive. Le Gouvernement britannique a commandé il y a un mois 5 millions de tests pour 160 millions de livres sterling. Je m'étonne que le conseil scientifique n'en parle pas en France. En France, nous sommes un peu à la traîne, y compris sur les essais thérapeutiques comme Discovery. Des pays vont plus vite et il faudrait s'y intéresser.

M. Bernard Jomier. – Nous tâchons de comprendre pour quelle raison, alors que la stratégie au printemps était de tester, la montée en charge a été extrêmement lente. Fin

avril, nous n'avions pas les capacités suffisantes pour tester les soignants. Il a fallu attendre le mois de mai pour atteindre un niveau plus satisfaisant.

Je remercie le professeur Lina pour ses explications scientifiques, mais elles ne m'éclairent pas sur le pourquoi. La communauté internationale a reçu la « carte d'identité » du virus permettant de commencer à fabriquer le test vers le 10 janvier. Pour quelle raison certains pays ont-ils lancé une production rapide et pour quelle raison cela a-t-il été très lent en France ?

Le professeur Froguel affirme que le CNR n'a pas si bien travaillé. Nous attendons des précisions concernant ces propos lourds de conséquences. Il y a sans doute d'autres facteurs que nous aimerions comprendre.

Docteur Blanchecotte, vous affirmez que « certaines » ARS refusaient que les laboratoires développent ces technologies. Il apparaît une hétérogénéité sur le territoire national.

Y avait-il une doctrine au niveau national ? Quelle était-elle ? Comment expliquez-vous aujourd'hui encore l'absence de doctrine claire ?

Professeur Lina, vous parlez d'une puissance analytique considérable que nous devons organiser. Comprenez que nous nous questionnons. Qu'est-ce qui ne fonctionne pas ? Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné ? Pour quelle raison nous posons-nous encore aujourd'hui ce type de question ?

Le professeur Froguel, dans un écrit qu'il nous a adressé, indique, en évoquant le début de l'épidémie : « en ce qui me concerne, je pouvais réaliser 600 à 700 tests par jour, mais les prélèvements qui me parvenaient étaient inférieurs à mes capacités du fait de l'incapacité des pouvoirs publics à mettre en place ces prélèvements. J'ai dû protester à deux reprises pour que la situation s'améliore. » De quel moment parlez-vous ?

Pr Philippe Froguel. – Je parle de la mi-avril 2020.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Pourriez-vous être plus précis sur les raisons de cette situation ? La réglementation n'était selon vous pas adaptée. Or, l'agilité est essentielle pour gérer une épidémie. La réglementation était-elle effectivement inadaptée ? Pourquoi a-t-il fallu attendre le 5 avril pour qu'elle change ? Est-elle alors devenue adaptée pour permettre une prise en charge suffisamment rapide ?

Pr Bruno Lina. – La doctrine consiste depuis le début à tester, tracer, isoler. En mars ou avril, nous ne savions ni tester, ni tracer, ni isoler. Pour tracer, il y a eu le développement de Stop covid et la décision d'utiliser le personnel des CPAM pour réaliser des investigations de cas contact. En ce qui concerne les tests, nous avons travaillé à augmenter la puissance analytique. Certains laboratoires vétérinaires ou de recherche ont participé à l'effort. Isoler, on en reparlera.

Aujourd'hui, la capacité de tester a atteint un bon niveau. Mais nous sommes montés en puissance sans structurer. Avant l'été, nous ne réalisons que du dépistage parce qu'il n'y avait pas de malades. La situation a évolué en devenant plus complexe, avec des malades à diagnostiquer, des cas contacts à investiguer et du dépistage à conduire.

Demain, si le président d'une université souhaite que 50 000 étudiants soient testés, comment ferons-nous ? Une autre université pourrait formuler la même demande. Tous les quinze jours, le nombre de cas de coronavirus double. S'il faut réaliser des tests chaque semaine pour tous les étudiants, comment fait-on ?

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Nous attendons vos réponses !

M. René-Paul Savary, président. – Quelle serait la capacité de test nécessaire ?

Pr Bruno Lina. – Les tests PCR ne suffisent pas. De fait, il faudrait passer aux tests LAMP ou antigéniques pour répondre à cette demande. Certes, le dépistage est important mais le plus important est de ne pas passer à côté du diagnostic des cas. Si vous ne les testez pas en temps réel, l'épidémie se diffuse. Il faut prioriser les patients pour que les malades soient diagnostiqués. Cette décision doit s'accompagner de mesures d'isolement des personnes en incubation ou malades. Nous avons beaucoup appris au fil du temps. Pouvons-nous décliner d'autres stratégies de prélèvement ? Oui, bien entendu. Mais cela doit se construire.

M. René-Paul Savary. – Vous confirmez donc qu'il n'y a pas de doctrine.

M. Bernard Jomier. – J'en conclus également qu'il n'y a toujours pas de doctrine. Je vous ai posé une question sur l'organisation de la puissance analytique et vous répondez qu'il faut organiser la puissance analytique. Pouvez-vous être plus précis ?

Pr Bruno Lina. – Le dépistage doit être effectué différemment du diagnostic. Il doit y avoir des filières de diagnostic dédiées. Le diagnostic est un acte médical qui doit se dérouler en lien avec le médecin ou le service hospitalier du patient, en mobilisant prioritairement les laboratoires médicaux.

Le dépistage doit s'appuyer sur un inventaire de la puissance analytique disponible. Il ne faut pas décider de tester les étudiants de toutes les universités si nous savons que nous ne pouvons pas le faire.

M. René-Paul Savary, président. – Pour quelle raison cela n'a-t-il pas été fait ?

Pr Bruno Lina. – C'est une décision qui appartient à l'exécutif.

Pr Philippe Froguel. – Je suis en désaccord avec ces propos sur plusieurs points. À Liège, à quelques kilomètres de Lille, tous les étudiants sont testés chaque mois. Cette pratique est aussi en œuvre à Stanford. À Lille, aux Arts et Métiers, nous avons organisé le test de tous les étudiants de manière intelligente. Nous réalisons des sondages par groupe de résidence universitaire et par colocation. Nous testons 50 étudiants par semaine choisis judicieusement parmi les potentiels futurs clusters. Nous avons proposé de tester aléatoirement un étudiant de chaque sous-groupe pour obtenir un échantillon représentatif. Ce dispositif m'a paru très intéressant.

Je suis d'accord avec les propos relatifs aux personnes symptomatiques qui doivent être accueillies avec une ordonnance dans les hôpitaux ou les laboratoires de ville. Quant aux autres, le dépistage ne veut pas dire grand-chose. Il y a des personnes inquiètes, ce qu'on appelle des hypocondriaques. Et il y a les habitants des quartiers nord de Marseille, où la prévalence est très élevée. Il s'agit alors de tester une population entière dans un territoire précis. Là, les grandes plateformes régionales pourraient prélever 30 000 personnes, comme

cela a été fait en Chine, à Taïwan ou en Nouvelle-Zélande. J'aimerais que les scientifiques travaillent avec des méthodes différenciées. Il y a dépistage et dépistage.

M. Bernard Jomier. – Professeur Froguel, pouvez-vous répondre aux réponses précises sur la réglementation et sur votre affirmation concernant une capacité de tests non utilisée de manière délibérée ?

M. René-Paul Savary, président. – Nous allons revenir sur ce point. Au sujet des ARS, nous aimerions entendre le docteur Blanchecotte.

Dr François Blanchecotte. – Les ARS ont une certaine autonomie de décision, même si la direction générale de la santé leur donne des directives. Certaines ARS ont estimé au départ que des laboratoires ayant déposé des dossiers auprès du Cofrac pour faire de la biologie moléculaire, sans que ces dossiers ne soient encore validés par cet organisme, n'avaient pas capacité ou qualité pour effectuer de la biologie moléculaire.

Précisément, 117 plateaux techniques étaient autorisés dans le privé à faire de la biologie moléculaire au mois de février. Nous avons environ 4 000 sites et 900 plateaux techniques en France, dont des laboratoires de nuit et d'urgence. Il y a 402 sociétés d'exercice libéral (SEL), un système qui n'existe qu'en France.

S'agissant de la doctrine, les pouvoirs publics nous ont demandé de tester. Le 29 mars, 25 réactifs étaient autorisés. Je rappelle que durant le confinement, la plupart des laboratoires a fermé. Nous n'avons pas vu de patients, alors que nous en voyions en moyenne 500 000 par jour. Le chiffre d'affaires des laboratoires a chuté de 45 % en avril.

Le premier jour du déconfinement, le ministre nous a demandé d'être en capacité de faire jusqu'à 700 000 tests. En juin, l'objectif affiché par Olivier Véran était un million de tests par semaine. Je me suis plaint alors dans les médias d'avoir des stocks de tests en surcapacité dans nos frigidaires. Certains grands groupes ont cherché à revendre sur le marché mondial des tests en stock. Les laboratoires privés ont investi des millions d'euros sur des dispositifs qui devaient être jetés.

La déclaration du Président de la République le 14 juillet autorisant les personnes à se présenter au laboratoire sans ordonnance nous a cependant surpris.

Aujourd'hui, nous avons la capacité à réaliser un million de tests. Des laboratoires travaillent avec les laboratoires vétérinaires ou de recherche pour la phase analytique. Comme l'ont dit mes collègues, il faut absolument prioriser, diversifier les tests employés et surtout fixer des objectifs pour ne pas dépister pour dépister.

M. René-Paul Savary, président. – Vous rapprochez-vous des propositions du professeur Lina ?

Dr François Blanchecotte. – Tout à fait.

M. René-Paul Savary, président. – Quelles sont vos propositions au sujet d'une réglementation qui paraîtrait lourde et inadaptée à la situation ?

Dr François Blanchecotte. – En temps de crise, les décisions doivent être prises rapidement et de manière concentrée. Le temps que la DGS reçoive l'autorisation de la Cnam et que les ARS s'en mêlent, les pouvoirs publics nous demandaient tellement d'informations

par divers canaux que nous ne parvenions plus à travailler. Je salue le travail remarquable réalisé sur l'outil SIDEPA qui a institué un seul tuyau pour faire remonter les informations. Nous avons pour la première fois en France réussi à connecter 400 sociétés en quatre semaines, grâce au travail de plus de 150 ingénieurs de Capgemini.

L'utilisation de tests plus rapides posera la question de la dégradation du traçage des personnes testées de cette manière.

M. René-Paul Savary, président. – Il faut l'organiser simultanément.

Dr François Blanchecotte. – Les tâches administratives pesant sur les laboratoires sont très lourdes. On demande de nombreuses informations aux patients, ce qui alimente les études réalisées par Santé Publique France. Nous avons donné notre accord pour le faire, mais il faudra étudier la possibilité et le besoin de réaliser la même chose dans le cadre d'un dépistage, selon les objectifs fixés.

Pr Philippe Froguel. – Permettez-moi de livrer une petite anecdote. Début avril, dans les Hauts-de-France, une légende courait sur internet, disant que l'ARS interdisait les tests, ce qui était faux. La rumeur a été levée en quelques jours. Il peut apparaître des malentendus entre ARS et laboratoires.

En avril, il m'a été demandé d'intervenir uniquement pour les Ehpad. Les autres laboratoires n'étaient pas en mesure de le faire. Nous avons diagnostiqué 500 résidents d'Ehpad positifs, ce qui a contribué à ralentir la progression de l'épidémie dans le nord de la France. J'étais toutefois étonné de n'avoir les premiers jours que 100 ou 200 prélèvements à analyser, ce qui était lié au fait que notre laboratoire partenaire Synlab n'avait pas le droit de démarcher certains Ehpad. J'ai écrit au Préfet et au directeur général de l'ARS, et nous avons pu étendre les tests à des résidents d'autres Ehpad. À mon grand étonnement, il n'y avait eu aucune organisation du prélèvement dans les Ehpad par les autorités compétentes.

Ce qui a beaucoup manqué, ce sont des réunions associant les différents acteurs publics et privés, et les autres laboratoires. Nous n'avons jamais su qu'elle était la production de tests par le CHU de Lille, ce qui ne permettait pas d'évaluer les besoins en termes de développement de capacités supplémentaires.

M. René-Paul Savary, président. – Quelles sont vos propositions pour améliorer la réglementation actuelle ?

Pr Philippe Froguel. – Lors de la publication du décret le 5 avril, la vice-présidente d'un des syndicats de biologistes hospitaliers a twitté : « on bafoue la profession de biologiste médical ». Un autre biologiste a soutenu que « bientôt les tests seront vendus chez les buralistes ». Ces propos sont étonnants. Le monopole du diagnostic médical par les biologistes médicaux est positif dans 95 % des cas, mais s'avère bloquant dans d'autres situations.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Professeur Froguel, vous soutenez qu'il faut plus de tests, plus rapides, mieux faits et regrettez que très peu de personnes aient été testées en dehors des hôpitaux jusqu'à la fin du mois d'avril. Pendant plusieurs mois, des milliers de personnes symptomatiques n'ont pas pu être testées.

Aujourd'hui, des milliers de gens tentent de vérifier s'ils ont eu le coronavirus ou non. Ils utilisent des tests sérologiques. Sont-ils fiables ? Les mêmes personnes peuvent avoir

un test sérologique négatif puis positif quinze jours plus tard : comment cela s'explique-t-il ? Qu'en est-il de l'immunité ? Quels sont les risques de rechute ?

Enfin, quel est votre avis sur les perspectives de vaccin ?

Pr Philippe Froguel. – Au début du mois d'avril, j'ai découvert que pour le professeur Delfraissy, la solution viendrait des tests sérologiques et non des tests PCR. J'ai l'impression qu'en France à ce moment, certaines personnes n'ont pas considéré que le standard des tests était la PCR.

Je vous ai dit que j'étais très surpris de l'homologation des tests sérologiques par le CNR alors que les laboratoires privés considéraient que 80 % de ces tests ne devaient pas être utilisés. Le Sénat, par exemple, a utilisé des tests sérologiques de très mauvaise qualité.

Les anticorps développés par les personnes qui ont été malades sont-ils protecteurs ? Je n'en sais strictement rien. Des publications évoquent la possibilité d'une réinfection, mais peut-être de façon beaucoup moins grave en raison de l'immunité cellulaire.

Pr Bruno Lina. – Les tests sérologiques sont toujours extrêmement complexes pour les virus respiratoires, quels qu'ils soient. On ne sait pas bien quelle est la bonne cible à identifier. À part dans des activités de CNR, personne ne fait de sérologie pour des virus respiratoires. Le développement des tests sérologiques est néanmoins indispensable pour évaluer une immunité collective dans le cadre d'une évolution du virus vers une dynamique saisonnière comme cela a été le cas pour d'autres coronavirus au XIX^e siècle. C'est sans doute le message qu'a voulu faire passer le professeur Delfraissy. Ces tests performants, nous ne les avons pas. Les tests sérologiques évalués par le CNR sont souvent défaillants.

Le cahier des charges que nous avons pour l'évaluation des tests sérologiques portait uniquement sur des patients hospitalisés, dont les réponses en anticorps sont beaucoup plus élevées que les patients non hospitalisés ou les personnes asymptomatiques qui ont souvent des anticorps à peine détectables ou détectables de façon transitoire. Cette situation signifie-t-elle que ces personnes sont protégées vis-à-vis d'une autre infection ? Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question.

Des réinfections sont documentées par deux articles scientifiques dans deux situations extrêmement différentes. Une première situation évoque une personne asymptomatique, tandis que la seconde concerne un patient qui avait connu l'ensemble des manifestations cliniques « classiques » du coronavirus. Quatre à cinq mois après une première infection, certaines personnes peuvent faire une réinfection. Nul ne sait si cette situation peut constituer une généralité. Quoi qu'il en soit, l'immunité d'une personne infectée est de courte durée pour les coronavirus saisonniers. Pour le SARS-COV 1, l'immunité était beaucoup plus longue, de deux à sept ans. La fourchette s'étend donc de cinq mois à sept ans.

À quoi sert un vaccin ? À développer une immunité protectrice. Or, nul ne sait ce qu'est une immunité protectrice. Il faut être extrêmement prudent. Des vaccins seront disponibles à un moment donné. Les effets indésirables qui surviennent au moment du développement des vaccins, c'est assez classique. Il est très probable que l'essai qui vient d'être placé en pause reprendra lorsqu'il sera prouvé que l'effet indésirable grave n'est pas lié au vaccin mais à un autre événement intercurrent.

Faire des effets d'annonce sur la vaccination alors que nous sommes encore en phase d'évaluation, c'est extrêmement risqué et irresponsable. Je ne peux pas vous promettre un vaccin disponible à court terme : il faudra attendre plusieurs mois voire plusieurs années pour avoir un vaccin utilisable. Ces vaccins peuvent avoir deux rôles, d'une part empêcher l'infection, comme le vaccin contre la diphtérie, d'autre part empêcher la forme grave de l'infection, comme les vaccins contre la tuberculose ou contre la grippe.

Dr François Blanchecotte. – Nous avons semble-t-il 13 millions de doses de vaccination contre la grippe, alors que la cible potentielle s'élève en France à 20 millions de personnes. Santé publique France en aurait deux millions supplémentaires. J'ai une inquiétude. Des personnes symptomatiques se présenteront avec les mêmes symptômes pour la grippe que pour la covid-19.

Pr Philippe Froguel. – Un certain nombre d'entreprises développent des tests croisés grippe et covid-19. Il est très important que les biologistes puissent réaliser ces tests qui seront un élément de discrimination entre la grippe et la covid-19.

Pr Bruno Lina. – Cette évaluation est en cours au CNR.

M. René-Paul Savary, président. – Quand aurons-nous les résultats ?

Pr Bruno Lina. – Nous pouvons évaluer les kits quand ils nous sont envoyés par les fournisseurs. Pour le moment, je n'en ai que deux qui sont évalués, contre 8 à 10 qui sont annoncés. L'évaluation demande trois à quatre jours.

Mme Annie Guillemot. – Le professeur Lina déclarait au *Progrès de Lyon* il y a quinze jours qu'une douzaine de vaccins étaient prêts pour la phase 3 des essais cliniques, mais qu'il fallait surtout trouver de nouveaux médicaments. Pouvez-vous faire le point sur les traitements comme le remdesivir et l'immunothérapie ?

Mme Victoire Jasmin. – Ma première question s'adresse au docteur Blanchecotte. La grève qui a conduit les laboratoires à fermer en fin d'année 2019, à l'appel des syndicats de biologistes, leur a-t-elle permis d'être écoutés par le Gouvernement ?

De nombreuses mesures annoncées seraient considérées comme non-conformes en dehors d'une situation d'urgence. Quel est votre avis sur ce point ?

Il apparaît une méconnaissance du fonctionnement des laboratoires, notamment dans leur capacité à travailler avec des laboratoires vétérinaires. Concernant les dispositifs médicaux, vous avez évoqué les problèmes et surcoûts liés aux équipements fermés, du fait des certificats d'exclusivité limitant les consommables et réactifs utilisés. Il y a quelques jours, nous avons entendu la directrice générale de l'offre de soins. J'ai soutenu que les laboratoires étaient invisibles et inaudibles. Nous n'avons pas suffisamment pris la mesure de l'importance des laboratoires dans notre système de soin. Ils n'ont pas été suffisamment associés pour étudier les possibilités de les impliquer davantage.

Enfin, connaissez-vous le laboratoire *Easy 2* de Montpellier qui développe un test salivaire utilisé à l'étranger et pas encore en France ? Êtes-vous informés de cette situation ? La responsable européenne interrogée hier par la commission d'enquête n'était pas informée.

Des masters forment des bioinformaticiens dans le domaine de la génomique. Les jeunes ainsi formés ne trouvent pas de travail en France, leur travail n'étant pas valorisé.

M. Arnaud Bazin. – Nous avons pu mesurer lors de précédentes auditions des pertes de chance de patients. Je m’interroge sur le risque lié au fait qu’un certain nombre de malades chroniques ne se présentent pas dans les laboratoires pour leurs examens réguliers. En effet, devant les laboratoires, nous voyons des files d’attente qui peuvent décourager les personnes inquiètes du risque de contamination. Une nouvelle perte de chance due à une insuffisance de diagnostic ne s’annonce-t-elle pas ?

Vous soutenez, professeur Lina, que des épisodes de coronavirus auraient eu lieu au XIX^e siècle. Pourriez-vous être plus précis ?

J’ai entendu que les masques ne sont que des retardateurs de l’épidémie alors que le dépistage, le traçage et l’isolement sont des moyens d’action plus radicaux. Sur quels éléments vous appuyez-vous pour cette affirmation ?

Mme Céline Boulay-Espéronnier. – Sur les tests sérologiques, peut-il y avoir des faux négatifs mais aussi des faux positifs ?

Pr Bruno Lina. – Oui.

Mme Céline Boulay-Espéronnier. – Les cas de réinfections cités ont-ils eu lieu en France ou dans le monde ? Le virus reste-t-il aussi dangereux qu’avant l’été ?

Pr Bruno Lina. – La réponse est oui sur ce dernier point.

Mme Céline Boulay-Espéronnier. – Il circule de nombreuses fausses informations sur internet sur ce sujet.

Peut-on reprendre des anti-inflammatoires que l’on nous interdisait ?

Le Président de la République a dit cinq ou six fois dans son discours que nous étions en « guerre ». Sommes-nous encore en « guerre » ?

M. Jean Sol. – Professeur Froguel, vous préconisez un accès rapide aux tests et un résultat en 24 heures. Comment faire de manière concrète et pragmatique ? Vous recommandez la mise en place de plateformes régionales. Pour quelle raison ne sont-elles pas mises en place ? Que faudrait-il pour que ces plateformes soient rapidement mises en place ? Enfin, des experts en génomique paraissent avoir été mis à l’écart. Quelle en est la raison ?

M. René-Paul Savary, président. – Ces questions précises appellent des réponses précises.

Dr François Blanchecotte. – La grève des laboratoires de 2019 a alerté les pouvoirs publics après dix années consécutives de baisse des tarifs. La signature d’un accord conventionnel devait permettre d’introduire de nouveaux actes et de moderniser la nomenclature. Cela n’a pas été le cas. Le volume d’actes de biologie augmente de 3 % par an. En acceptant que l’enveloppe de biologie médicale n’augmente que de 0,1 % par an, la valeur des actes ne peut que diminuer.

Fin 2019, nous étions en discussion avec le directeur général de la Cnam sur le troisième renouvellement de cet accord. Celui-ci a prévu une augmentation des tarifs mais des coûts supplémentaires ont dû être absorbés sans compensation. Aujourd’hui, des grèves se profilent dans nos laboratoires, en raison du sentiment qu’ont nos personnels d’avoir été

oubliés pendant cette crise. Une lettre signée par l'ensemble des syndicats publics et privés demandant l'allègement des procédures devant le Cofrac a été adressée au ministère de la santé.

Le travail avec les laboratoires vétérinaires pour la phase analytique posait un problème de transmission de données. Alors que le RGPD impose de sécuriser les flux de données, des résultats ont dû être envoyés et transmis sur fichier Excel. Des *hackers* font des *ransomwares*, ce qui impose de surprotéger nos systèmes informatiques.

Les surcoûts liés à l'achat d'équipements ont été très lourds. Nous sommes encore confrontés à une forte tension sur les gants. Les approvisionnements sont difficiles sur un marché mondialisé. Le prix du test en France est inférieur à celui pratiqué en Europe. Certains pays se livrent à de la surenchère.

Nos laboratoires et leur organisation territoriale sont désormais mieux connus des ARS. Dans toutes les régions, des réunions sont organisées presque chaque semaine entre préfetures, ARS, laboratoires privés et publics, sapeurs-pompiers, sécurité civile voire CPTS. Nous tâchons aujourd'hui d'être au plus près des besoins dans tous les départements. La relation entre les laboratoires et l'ARS Occitanie, par exemple, se déroule extrêmement bien.

A propos de la dégradation de la prise en charge des maladies chroniques, l'ensemble des professionnels de santé confirment que la santé de la population s'est dégradée durant le confinement. Les patients venant pour les soins de biologie courante doivent avoir un accès dédié et sécurisé. Certains laboratoires consacrent ainsi le matin à la biologie courante, puis l'après-midi au dépistage de la covid-19. Nous rendons les résultats à J+1 pour la majorité de nos examens. Il faut absolument que les laboratoires privés assument leur rôle premier.

La sérologie est essentiellement un test de rattrapage. Au mois de juin, 3 millions de tests PCR et 144 000 sérologies ont été effectués en France, essentiellement pour des professionnels de santé s'agissant de ces dernières.

Pr Bruno Lina. – En ce qui concerne les aspects thérapeutiques, l'équipe de l'essai *Discovery* échange en permanence avec ses homologues de l'essai britannique *Recovery*, qui est complémentaire et n'a pas de bras remdesivir. Le bras hydroxychloroquine a été abandonné. Il reste à analyser le bras remdesivir et l'immunothérapie. L'essai *Discovery* se poursuit. 25 inclusions ont eu lieu la semaine dernière.

M. René-Paul Savary, président. – Cet essai est-il international ou français ?

Pr Bruno Lina. – *Discovery* est un essai international.

M. René-Paul Savary, président. – Il y a quelques semaines, il y avait seulement un patient Luxembourgeois.

Pr Bruno Lina. – Le « noyau dur » de *Discovery* est situé en France et en particulier en Guyane. Mais des centres vont ouvrir en Belgique ou ont déjà ouvert au Luxembourg, au Portugal et en Autriche. Nous entrons dans une nouvelle dynamique d'inclusion, avec environ 900 patients.

M. René-Paul Savary, président. – Combien y-a-t-il de Français sur les 900 patients ?

Pr Bruno Lina. – Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question. Les patients non-Français sont aujourd’hui marginaux, mais ils ne le seront plus à l’avenir. Telle est la finalité. Le bras remdesivir sera analysé et des données scientifiques seront publiées. Une réunion est prévue lundi 14 septembre pour évoquer ce sujet. Les premiers articles vont être envoyés pour revue en septembre.

Les équipements fermés des laboratoires sont un vrai problème. Un certain nombre de machines fermées disposent cependant d’un canal ouvert : on peut y adapter du « fait maison ». Cette situation a soulevé de nombreuses réflexions concernant la logique d’équipement de nombreux laboratoires hospitaliers et probablement privés.

La première version d’EasyCov ne peut être utilisée en laboratoire si vous êtes rigoureux étant donné que nous devons ouvrir le tube post-amplification pour mettre le réactif de détection de l’amplification. Nous attendons la version 2 en cours de développement. Malgré cet écueil de fonctionnement, un certain nombre de dispositifs EasyCov ont été commercialisés, notamment dans des aéroports. Il n’y aura *a priori* aucun frein à l’utilisation de la version 2 d’EasyCov.

M. René-Paul Savary, président. – Le problème est-il lié au risque de contamination ?

Pr Bruno Lina. – Oui, avec la version actuelle. L’ouverture du tube risque de contaminer l’environnement et d’avoir des résultats faussement positifs.

M. René-Paul Savary, président. – Cette situation ne gêne-t-elle pas les étrangers qui l’utilisent ?

Pr Bruno Lina. – C’est leur problème. Nous préférons attendre la version 2 qui ne présentera plus cet écueil. Cela lèvera les freins à la diffusion de cette technique.

Nous constatons également en milieu hospitalier un problème pour l’accès aux actes de biologie des patients atteints de maladies chroniques. L’organisation des files d’attente des laboratoires et de l’accès au dépistage devrait permettre de retrouver une situation normale.

La première pandémie *influenza* a été décrite par Hippocrate. Au XIX^e siècle, nous avons à deux reprises la trace de l’introduction d’un coronavirus entraînant un phénomène pandémique. L’horloge moléculaire montre que ces virus sont apparus dans la population humaine au milieu du XIX^e siècle. Il s’agissait déjà de zoonoses c’est-à-dire de virus transmis par les animaux. L’histoire ne fait que se répéter. J’espère que nous serons mieux préparés la prochaine fois.

M. René-Paul Savary, président. – Nous n’étions donc pas bien préparés.

Pr Bruno Lina. – Nous le sommes de mieux en mieux. J’ai connu le SRAS en 2003, la pandémie H1N1 en 2009 et la pandémie actuelle de 2020. La situation est-elle parfaite ? Non, mais le chemin accompli depuis 17 ans est considérable. J’ai aussi connu la grippe aviaire en 1997. Rien n’était prêt à l’époque.

Il y a des faux positifs et des faux négatifs sur les tests sérologiques. Si on ne contextualise pas la réalisation de tests sérologiques, on s’expose à des erreurs d’interprétation majeures. Un exemple de leur bonne utilisation, par exemple dans un Ehpad qui a été atteint

par le coronavirus, est de combiner tests PCR et tests sérologiques pour avoir un panorama complet des personnes immunisées ou non immunisées et des personnes infectées. Sans épidémie documentée, les risques de faux négatifs ou de faux positifs sont élevés. Imaginons que l'analyse ait lieu en Bretagne où la prévalence du virus a été relativement faible avec 2 % de personnes infectées. La spécificité d'un test sérologique s'établit à 98 %. C'est-à-dire que 2 % des tests seront faussement positifs. Si un test est positif, il y a dans ce contexte une chance sur deux que ce soit un faux positif.

Il existe des tests sérologiques de bonne qualité, performants. Quoi qu'il en soit, un certain nombre de personnes perdent leur immunité.

En ce qui concerne une éventuelle mutation, le virus n'est ni moins ni plus grave. 60 % des patients en réanimation sont âgés de plus de 60 ans, le même pourcentage que durant la première vague de circulation du virus. L'application des mesures barrières, notamment de distanciation physique, réduit le risque de transmission d'un virus respiratoire. C'est un effort collectif. La distanciation sociale par excellence est le confinement.

M. René-Paul Savary, président. – C'est la situation extrême.

Pr Bruno Lina. – Certes, mais nous pouvons grader la distanciation sociale. Parmi les éléments de réflexion, il existe la notion de « bulle sociale ». Deux pays ont réfléchi à cette stratégie, la Grande-Bretagne et le Danemark. La Grande-Bretagne considère que vous ne devez pas rencontrer plus de 6 personnes différentes de façon régulière dans des conditions présentant un risque de transmission. Pourquoi 6 personnes ? C'est aux Anglais qu'il faut poser la question. Le Danemark recommande une bulle sociale de 50 personnes.

La création de plateformes régionales de dépistage est un objectif. Il a manqué un bras armé de Santé publique France en termes de puissance de diagnostic dans les territoires. C'est une leçon de cette pandémie. Il faut s'appuyer sur un inventaire de la puissance de diagnostic pour mettre en œuvre une stratégie similaire à l'Allemagne. Je rappelle toutefois que les Allemands ne font pas aujourd'hui plus de diagnostics que nous et qu'ils sont confrontés à des délais de trois à quatre jours pour obtenir les résultats des tests. Nous ne sommes pas les seuls à rencontrer ces difficultés.

M. René-Paul Savary, président. – Ont-ils des plateformes territorialisées en Allemagne ?

Pr Bruno Lina. – Oui. Concernant les plateformes génomiques, j'ai discuté avec mes homologues de Lyon qui n'ont pas voulu faire les tests, mais leur personnel est venu aider à faire fonctionner nos plateformes.

Pr Philippe Froguel. – En Angleterre, la bulle sociale se compose de 6 personnes, alors qu'elle est de 20 personnes au Pays de Galle, 35 personnes en Irlande et 40 personnes en Écosse. La situation n'est pas si simple au Royaume-Uni. En Angleterre où je travaille, personne n'a compris ce que souhaite Boris Johnson.

Les masques ne sont pas la panacée : si c'était le cas, 8 000 personnes n'auraient pas été diagnostiquées positives en France hier. Je suis absolument favorable au port du masque, notamment en lieu clos. Les personnes sont souvent contaminées en famille ou au restaurant. Les masques sont utiles, mais personne ne les porte 24 heures sur 24. Certains

prétendent en outre que l'inoculum est plus faible avec le masque. Je ne sais pas si cette affirmation est sérieuse.

Il aurait été positif de discuter du développement des plateformes régionales il y a six mois. Le ministère de la recherche y était favorable, mais s'est heurté à l'intransigeance du ministère de la santé.

À Lille, nous sécurisons l'achat d'une dizaine d'extracteurs, de machines PCR et de consommables. Nous avons demandé à la maire Martine Aubry la possibilité d'installer cette plateforme au Palais des Congrès. L'équipe de mon laboratoire a cessé d'analyser les prélèvements en juin étant donné qu'il n'y avait plus suffisamment de demande. Nous sommes prêts à reprendre, mais nous ne pouvons plus le faire dans nos laboratoires. En revanche, nous pouvons former du personnel et renforcer les équipes qui mèneront les tests dans cette plateforme régionale. Celle-ci devrait fonctionner à la fin du mois de septembre. Une telle plateforme aurait été utile par exemple à Rennes où il existe des équipes de génomique pour gérer le cluster de la Mayenne, alors qu'ils n'ont pas réussi à dépasser 3 000 tests par jour.

M. René-Paul Savary, président. – Quels sont les partenaires impliqués pour pouvoir atteindre 30 000 tests par jour ?

Pr Philippe Froguel. – À Lille, nous le ferons avec le seul secteur privé. Dans d'autres endroits, le système peut être plus œcuménique en impliquant les CHU. Les situations sont liées au contexte humain.

M. René-Paul Savary, président. – Est-ce l'ARS qui organise la plateforme régionale ?

Pr Philippe Froguel. – Non, nous l'organiserons avec le secteur privé. L'ARS donnera uniquement l'autorisation.

Pr Bruno Lina. – L'ARS donne le feu vert. Elle n'organise pas *stricto sensu* la plateforme régionale : les laboratoires s'organisent entre eux. Le CHU de Clermont-Ferrand a créé une plateforme de diagnostic en lien avec un laboratoire privé. Des collaborations existent dans ce domaine.

M. René-Paul Savary, président. – Souhaitez-vous que ce dispositif se généralise pour permettre le dépistage de masse ?

Pr Philippe Froguel. – Je ne vois pas le Gouvernement revenir en arrière sur l'accès direct aux tests. Il faudra se débrouiller. Nous manquons de personnel au CHU de Lille du fait que de nombreux agents sont confinés. Le CHU teste tout son personnel toutes les trois semaines, ce qui me paraît raisonnable. Les laboratoires privés ont quant à eux à gérer les patients symptomatiques et la meilleure méthode consisterait à ce qu'ils viennent avec une ordonnance. Pour les autres, les grandes plateformes seront utiles.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – En ce qui concerne les essais cliniques, vous affirmez qu'il reste un bras remdesivir à analyser. Y a-t-il un bras avec le plasma de patients infectés ? L'Agence européenne du médicament a délivré une autorisation de mise sur le marché conditionnelle du remdesivir à la fin du mois de juin. Comment expliquez-vous une telle autorisation alors que les essais cliniques ne sont pas terminés ? Qu'en est-il de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) du remdesivir ?

M. Martin Lévrier. – Je souhaiterais une précision. Les plateformes territoriales évoquées pourront-elles fonctionner compte tenu des problèmes de livraison de consommables ou de réactifs évoqués en début d'audition ? Enfin, ma collègue a posé une question sur les deux personnes ayant contracté à deux reprises le coronavirus : s'agit-il de deux personnes en France ou dans le monde ?

Pr Bruno Lina. – Je parle de deux cas publiés dans des revues scientifiques. En pratique, plusieurs dizaines de cas sont en cours d'investigation en France. C'est une réalité que nous devons analyser.

Nous sommes dans un contexte de pénurie de traitement. En fonction de la publication des articles notamment américains et chinois, il y a un signal d'efficacité qui est un résultat intermédiaire, ni positif ni négatif. Le fait de ne pouvoir montrer une efficacité est-il lié au nombre de patients inclus ou au fait que le remdesivir ne fonctionne pas très bien ? La fusion des bases de données de l'essai Discovery et de l'essai l'OMS permettra de générer un nombre de patients suffisamment important pour répondre à cette question, avant la fin du mois de septembre. C'est du fait de ce contexte que l'Agence européenne du médicament a donné une autorisation provisoire même en l'absence de données robustes d'efficacité, pour éviter les pertes de chances.

En ce qui concerne l'immunothérapie, la sérothérapie ne fait pas partie du panel. Le sérum de plasma convalescent est utilisé dans certaines circonstances particulières, en particulier pour les immunodéprimés.

Selon moi, les plateformes régionales doivent être déployées à court-moyen terme. Ce n'est pas une réponse immédiate. Pour le moment, nous devons structurer les forces en puissance dans les régions pour organiser la réponse à la demande. À terme, il sera intéressant d'élaborer ces plateformes et les maintenir dans la durée.

Pr Philippe Froguel. – Si l'on veut faire ces plateformes, la logique ou la prudence consiste à sécuriser l'achat de réactifs lorsque nous achetons les machines. Si nous ne le faisons pas dès le départ, les machines ne servent pas, comme cela a pu être le cas.

M. René-Paul Savary, président. – C'est fait au détriment des autres si vous prélevez les réactifs pour les plateformes.

Pr Philippe Froguel. – Nos premiers réactifs venant de Chine ont été volés sur le tarmac de Düsseldorf par le gouvernement allemand. J'ai fait venir les premiers réactifs d'Amérique.

Pr Bruno Lina. – Au départ de la Chine, des personnes payaient en cash à l'aéroport du matériel destiné à l'Europe, afin de l'envoyer aux États-Unis. Concernant des machines acquises, des engagements des fournisseurs sur l'approvisionnement en matériel permettant de les faire fonctionner n'ont pas été tenus.

Dr François Blanchecotte. – Je souhaite vous rappeler la loi de 2013 relative à la biologie médicale. Les généticiens ne sont pas des biologistes médicaux. Nous nous sommes battus auprès de l'Union Européenne pour que la biologie médicale française ne soit pas incluse dans les directives Service. Nous engageons notre responsabilité sur le résultat des tests et devons transmettre par SIDEP le nom d'un médecin traitant. Cette donnée est quasiment absente dans le secteur public. Nous ne pouvons pas renvoyer les malades vers le

médecin traitant. Il faut une collaboration plutôt qu'un dictat : les plateformes ne sont pas la panacée.

M. René-Paul Savary, président. – Il faut en effet un suivi au-delà du seul dépistage, pour organiser ses conséquences et la prise en charge. C'est peut-être un rôle qui revient à l'ARS. Ces échanges nous ont éclairés même si tout n'est pas réglé. Je vous remercie.

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

La réunion est close à 12 h 45.

Mercredi 16 septembre 2020

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

La réunion est ouverte à 14 h 30.

Table ronde avec des acteurs institutionnels

M. René-Paul Savary, président. – Nous poursuivons nos travaux avec une audition relative à la gestion de la crise par les autorités sanitaires.

Je vous présente officiellement les excuses du président Alain Milon, retenu dans son département.

Nous entendons cet après-midi M. Jérôme Salomon, directeur général de la santé ; Mmes Geneviève Chêne, directrice générale, et Nicole Pelletier, directrice « Alerte et crises », de Santé publique France ; et M. François Bourdillon, ancien directeur général de Santé publique France.

Nous évoquerons bien sûr la gouvernance de la crise, en particulier les relations entre l'administration centrale, les administrations déconcentrées et les agences sanitaires, ainsi que leurs responsabilités respectives. Nous aborderons également la préparation de la crise. Il nous semble que cette phase a été déterminante. Nous pensons non seulement aux masques, mais aussi à la mise en œuvre du triptyque largement rappelé par le Premier ministre d'alors, Édouard Philippe, « protéger, tester, isoler », qui semble avoir peiné à trouver une traduction concrète sur le terrain dans ses trois dimensions.

Comme il est maintenant de tradition dans cette commission d'enquête, je demande à nos intervenants de synthétiser leur principal message en cinq minutes, afin de laisser le temps nécessaire aux questions de nos trois rapporteurs et de nos commissaires.

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, M. Salomon, Mme Chêne, M. Bourdillon et Mme Pelletier prêtent serment.

M. Jérôme Salomon, directeur général de la santé. – Depuis le début de cette crise, en tant que médecin infectiologue, je ne suis pas resté une journée sans échanger avec des professionnels de santé – infirmiers, médecins, sages-femmes, kinésithérapeutes – implantés partout sur le territoire national, sans recevoir des retours directs du terrain, en ville, à la campagne ou à l'hôpital, sans lire ou recevoir des témoignages de familles touchées. Je pense sans cesse aux victimes du covid comme à celles d'autres maladies, à cette pandémie qui perdure et à la crise majeure que nous traversons.

En un siècle, aucune épidémie n'a entraîné autant d'hospitalisations, de décès, de souffrances et surtout de conséquences multiples dans un temps si court. Les effets de cette crise dureront sans doute bien des années.

En janvier dernier, il y a huit mois seulement, nous ne savions rien de ce nouveau virus chez l'homme, qu'il s'agisse de sa contagiosité, des modes de transmission, du délai d'incubation, des cibles en population, du rôle de l'immunité, du rôle des enfants, de la virulence, de la létalité ou des traitements ; nous ignorions quelle serait l'évolution de l'épidémie en fonction des saisons et des lieux ; nous ne savions rien de son potentiel pandémique.

Le covid n'était évidemment pas une grippe, et il n'a pas du tout connu l'évolution du SRAS, en 2003 – on avait alors dénombré 800 morts dans le monde et 2 cas en France –, ou, depuis 2012, du Mers-CoV, qui a totalisé 866 morts, quelques cas et alertes en France. Ce sont pourtant deux coronavirus.

Une alerte majeure avait touché l'Afrique de l'Ouest avec Ebola ; à cet égard, deux cas avaient été importés en France. Ils avaient été parfaitement pris en charge.

J'ai toujours dit ce que nous savions et ce que nous ne savions pas. J'ai fait en sorte de répondre à toutes les questions qui m'étaient posées par les journalistes, par la population ou par les professionnels de santé, avec humilité, en me fondant sur l'évolution des connaissances et en étant clair quant aux incertitudes scientifiques.

Nous ne savions rien de cette épidémie il y a huit mois ; nous en savons davantage aujourd'hui. Nous avons ainsi découvert la possibilité d'une transmission par aérosols, grâce à une alerte scientifique dès le mois de juin. Nous avons évidemment attendu la position de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en juillet. Au mois d'août, un article très important du *British Medical Journal* a mis en lumière les différents niveaux de risques, en fonction des expositions. En outre, nous avons peu à peu compris que les enfants pouvaient être récepteurs et transmetteurs.

Nous pouvons envisager l'avenir avec confiance : nous avons appris, comme les professionnels de santé, à mieux prendre en charge cette maladie, par l'oxygène à haut débit, par les anticoagulants ou encore grâce à l'efficacité de la dexaméthasone.

Nous avons suivi les patients, découvert des PCR positives pendant des semaines, surveillé l'apparition des anticorps protecteurs chez les malades et décrit quelques cas de réinfection. Nous avons surtout suivi des symptômes chroniques et décrit les séquelles neuropsychologiques, respiratoires ou encore cardiaques.

Les professionnels de santé, à domicile, au sein des Ehpad, en ville et à l'hôpital ont été remarquables tout au long de la crise. Ils nous ont permis collectivement de beaucoup apprendre et de progresser ensemble, partout sur le territoire. Nous avons découvert, non seulement le poids des pathologies chroniques comme facteur de risque majeur, celui de la précarité et de la densité urbaine, mais aussi l'hétérogénéité entre les pays et même au sein des territoires. Pour ne citer que des statistiques publiques, la létalité du covid a été beaucoup plus forte dans le Territoire de Belfort et dans le Haut-Rhin qu'en Ariège ou en Lozère.

Nous ne savons pas encore grand-chose de la saisonnalité du virus, de ce que serait une seconde vague en Europe, qu'il s'agisse de sa durée, de son ampleur ou de sa gravité, ou de la susceptibilité génétique ou immunitaire individuelle. À ce stade, nous ne disposons ni d'antiviraux ni de vaccins anti-covid efficaces.

Mme Geneviève Chêne, directrice générale de Santé publique France. – J'ai pris mes fonctions de directrice générale de Santé publique France au début de novembre 2019. Cette agence créée en 2016 est issue de la fusion de quatre structures : l'Institut national de veille sanitaire (INVS), l'Institut national de promotion et d'éducation pour la santé (INPES), l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) et l'opérateur d'écoute Adalis.

Lors de mon entrée en fonctions, j'ai observé que l'agence était organisée et unifiée. J'ai pris conscience de l'importance du *continuum* au sein de cette agence entre les différentes fonctions et missions de santé publique : d'une part, alerte, surveillance et observation ; de l'autre, prévention et promotion de la santé, ce qui implique la réponse aux urgences *via* la gestion de la réserve sanitaire et des stocks stratégiques d'État.

Ce premier point a son importance pour la gestion de la crise. Il s'agit, en particulier, de la capacité à mobiliser une expertise scientifique au sein de Santé publique France. Cette agence sanitaire scientifique est le référent national en santé publique. Elle suit une approche populationnelle, en complément d'autres agences sanitaires, dédiées, par exemple, aux produits de santé.

Cette agence regroupe environ 650 agents, qui – cette particularité, très importante elle aussi, joue un rôle crucial au titre de cette crise – sont répartis entre un site national et des cellules régionales auprès des agences régionales de santé (ARS). Ces unités sont essentielles pour la surveillance au sein des territoires, où la situation épidémique est hétérogène.

De plus, cette agence se caractérise par la persistance de l'ensemble de ses missions : cet été, elle a assuré la surveillance de situations potentiellement caniculaires et des noyades. Chaque jour, des connaissances ont été acquises. Elles doivent nous permettre, autant que possible, de tirer les enseignements de l'expérience.

Ces acquis doivent nous permettre de nous préparer aux prochains mois. Je pense en particulier à la surveillance concomitante des autres virus de l'hiver. Il conviendra d'adapter, à chaque étape, les enquêtes et les systèmes de surveillance.

Le covid, c'est donc une gestion au long cours. Au gré de l'évolution des connaissances, portant en particulier sur la transmission, on apprend chaque jour et l'on informe l'ensemble des personnes impliquées. Chacun doit pouvoir jouer son rôle et être responsabilisé. Au-delà, l'agence a un rôle à jouer pour mesurer l'impact du covid sur les

autres dimensions de la santé : il s'agit d'en déduire des moyens d'améliorer la prévention et la promotion de la santé.

M. François Bourdillon, ancien directeur général de Santé publique France.

– J'ai quitté Santé publique France en juin 2019, atteint par la limite d'âge. Mes propos porteront donc davantage sur le passé que sur l'épidémie actuelle, que j'ai suivie comme tout un chacun dans la presse.

En créant Santé publique France, Marisol Touraine entendait doter la France d'une grande agence nationale de santé publique, comparable au *Center for Disease Control* (CDC) d'Atlanta ou au *Public Health England* en Angleterre. Notre pays était presque le seul au monde à ne pas disposer d'une telle instance.

Nous avons eu deux ans pour construire cette agence. Nous avons voulu créer les fondements mêmes d'une structure dynamique, pouvant répondre à toute une série de situations par le travail quotidien de surveillance et de prévention. En outre, nous nous sommes clairement posé cette question : que ferions-nous si une maladie infectieuse émergeait ? Aurions-nous la capacité d'assumer nos fonctions ? Notre rapport de préfiguration distinguait bien les fonctions d'alerte, de surveillance et de réponse dans leurs différents volets : la prévention, la mobilisation de la réserve sanitaire pour faire face aux situations de crise et l'établissement pharmaceutique. Après mon départ de l'agence, j'ai résumé ces fondamentaux dans un ouvrage intitulé *Agir en santé publique*, paru le 17 mars dernier, premier jour du confinement.

Quand on construit une maison, on sait qu'elle a des points forts – Santé publique France en compte beaucoup, je pourrai y revenir – et des points faibles. En situation de crise notamment, nous savions très bien que l'agence serait débordée sur le plan des ressources humaines et qu'elle devrait probablement mobiliser, pour elle-même, des réservistes sanitaires afin d'accomplir ses missions. C'est bien ce qui a été fait face à la crise actuelle.

À cet égard, j'ai ma propre grille de lecture ; je pourrai vous donner un avis, non institutionnel, mais personnel. Je répondrai volontiers à l'ensemble de vos questions.

Mme Nicole Pelletier, directrice « Alertes et crises » de Santé publique France. – Je suis en fonctions depuis juin 2017 au sein de Santé publique France. Ma direction est née de la fusion entre l'Eprus et une direction qui gérait l'alerte au sein de l'INVS. Elle est constituée d'une trentaine de personnes réparties en trois unités, déjà citées : l'établissement pharmaceutique pour la gestion des stocks stratégiques de produits de santé ; la réserve sanitaire, composée de volontaires, professionnels médicaux, qui répondent aux demandes émanant notamment de la direction générale de la santé (DGS) et des ARS ; et l'unité de coordination, d'alerte et de crise, coordonnant, au sein de Santé publique France, notamment lors de crises, l'ensemble des directions touchées. Le covid en a donné un exemple flagrant.

Je tiens à remercier l'ensemble des équipes qui ont été mises sous tension depuis un grand nombre de mois : non seulement les équipes historiques de Santé publique France, mais aussi tous ceux qui nous ont rejoints, au sein de la direction « Alertes et crises » comme dans les autres directions, pour gérer cette crise longue, difficile, et qui n'est pas terminée.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Premièrement, quel était l'état des connaissances le 25 janvier dernier, lorsque la ministre de la santé déclarait, sur le perron de

l'Élysée, que le virus ne pénétrerait pas en France ? Sur quelles données se fondait-elle ? S'agissait-il des méthodologies de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ? Comment ces connaissances ont-elles évolué ? Pour notre commission d'enquête, le tout début de cette crise est particulièrement important. Nous avons été surpris d'entendre les représentants de l'association d'usagers France Assos Santé nous déclarer que, dès la fin janvier, ils disposaient de certains éléments, qu'ils se sont engagés à nous transmettre.

Deuxièmement, alors même que le Grand Est était confronté à une très forte vague épidémique, le Président de la République incitait, le 6 mars dernier, les Français à sortir pour se rendre au théâtre, au cinéma, ou encore au restaurant. Était-ce en vertu d'une stratégie, que l'on pouvait d'ailleurs entendre, d'immunité collective ? J'espère obtenir une réponse aujourd'hui.

Troisièmement, à l'heure actuelle, les médecins généralistes et les professionnels de santé travaillant dans des établissements de soins sont confrontés, sur l'ensemble du territoire, à des patients covid. Comment se fait le retour d'expérience, notamment depuis le Grand Est ou l'Île-de-France ? Qui doit indiquer la conduite à tenir au médecin généraliste isolé à la campagne ou aux hôpitaux non universitaires ? Ce retour d'expérience existe-t-il seulement ? Doit-on se contenter d'aller consulter les sites de sociétés savantes ?

J'en viens à la question des masques. Au printemps, lors des premières auditions organisées par la commission des affaires sociales, Santé publique France nous a indiqué que deux notes avaient été transmises à la DGS quant à la fragilité des stocks d'État de masques : la première, du 26 septembre 2018, la seconde, du 1^{er} octobre 2018. Ces notes alertaient quant à la faible capacité logistique à distribuer rapidement ces produits en cas de pandémie majeure.

Monsieur le directeur général de la santé, avez-vous informé alors la ministre de la santé des problèmes relevés par Santé publique France ? Les services n'auraient-ils pas dû prendre plus au sérieux, dès 2018, les craintes exprimées sur ce sujet ?

De plus, dès 2018, votre direction générale prônait l'acculturation de la population à l'usage du masque en cas de pandémie grippale. Vous aviez d'ailleurs demandé à Santé publique France de lancer une expérimentation en ce sens. Pourtant, le 18 mars 2020, vous déclariez qu'il s'agissait d'une denrée rare – on l'a vu –, d'une ressource précieuse pour les soignants et totalement inutile pour circuler dans la rue. Maintenant, dans plusieurs villes, l'on s'expose à une amende si l'on ne porte pas un masque. Comment expliquer ce revirement ?

Enfin, à quel moment avez-vous senti que l'approvisionnement du pays en masques allait connaître de sérieuses difficultés ? Certains importateurs et fournisseurs nous ont dit que, dès février et mars, ils avaient proposé leurs services et que leurs offres étaient restées sans réponse, voire refusées. On ne les a sollicités qu'au mois d'avril.

M. Jérôme Salomon. – Face à l'émergence de la maladie, puis face à l'épidémie, la communauté scientifique et médicale s'est très fortement mobilisée. D'ailleurs, nous avons reconstitué une chronologie extrêmement détaillée de l'ensemble des actions de la DGS et de ses agences depuis l'alerte. Je communiquerai ce document aux membres de la commission d'enquête.

Tout d'abord, l'alerte a été très précoce en France, du côté de Santé publique France comme de la DGS. Nous analysons en permanence ce que nous appelons les signaux faibles. Les émergences sont fréquentes. Heureusement, elles ne débouchent pas toutes sur des alertes mondiales, mais un certain nombre de pathogènes apparaissent régulièrement, sans que l'on sache quels seront leur virulence et leur caractère épidémique. Le principe est celui du partage d'information. La communauté scientifique mondiale est désormais complètement ouverte, grâce aux nouveaux réseaux sociaux et aux outils de communication. Les épidémiologistes, les virologues et les agences échangent très vite.

Nous avons donc disposé de cette information très tôt : dès la première réunion de sécurité sanitaire du mois de janvier, nous avons abordé ce sujet, grâce à la mobilisation de l'ensemble de nos acteurs. Nous avons envoyé des messages aux ARS, aux établissements de santé et aux professionnels de santé entre le 10 et le 14 janvier. Nous avons donc été extrêmement attentifs. Évidemment, la ministre des solidarités et de la santé suivait ce sujet de très près.

S'y ajoute un autre message, peut-être plus difficile à faire passer : nous avons besoin de caractériser le risque. À ce titre, nous nous sommes également appuyés sur notre expertise, qui est de très haut niveau. Nous avons la chance d'avoir, en France, des épidémiologistes très bien formés, ainsi que des virologues de très grande qualité – certains sont parfois demandés comme experts auprès des instances internationales.

Que ce soit à l'institut Pasteur ou au sein des centres nationaux de référence agréés par Santé publique France, nous avons mobilisé l'ensemble de l'expertise scientifique française pour connaître, autant que possible, l'agressivité de ce virus, sa capacité à se répandre et ses cibles. Pour répondre au virus, il est important de savoir si ses cibles sont pédiatriques ou gériatriques, quelle peut être sa gravité pour la population.

L'exemple de 2009 le rappelle : au début, il est difficile de connaître la gravité d'une maladie, tout simplement parce qu'elle est alors décrite par ses formes graves – c'est par les cas graves que l'alerte est donnée. Dans ces conditions, on dispose d'un numérateur sans avoir le dénominateur correspondant.

Tous ces éléments devant être réunis, nous avons saisi Santé publique France, qui d'ailleurs a répondu très vite, d'une analyse de risques. Nous lui avons demandé de détailler les scénarios d'évolution qu'elle envisageait. De plus, les échanges d'informations internationaux ont été nombreux, en particulier au niveau de l'OMS. Beaucoup d'experts se sont rendus, avec le directeur général de l'OMS, auprès des autorités chinoises pour tenter de recueillir des informations.

Ainsi, avant même que ce nouveau coronavirus soit appelé Sars-Cov 2, avant que l'on sache qu'il allait donner la maladie du covid-19, son génome était mis à disposition en ligne pour que des virologues puissent l'interpréter et préparer un test diagnostic, ce qui a été fait très vite, à la fois en Allemagne et en France : mi-janvier, l'institut Pasteur avait déjà la capacité de tester. À ce titre, nous avons également décidé de mobiliser nos virologues et nos établissements de référence, c'est-à-dire le centre national de référence, tous les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les laboratoires des établissements de santé de référence, pour que tous les CHU, puis, plus largement, tous les hôpitaux, sur l'ensemble du territoire national, soient capables de procéder aux tests.

Le partage de connaissances a donc été très rapide. Nous avons même fait des réunions dès le mois de janvier avec l'ensemble des experts pour mobiliser notre expertise et tenter de comprendre au maximum ce qui se passait.

L'immunité collective n'a jamais été le choix...

M. René-Paul Savary, président. – Qu'en est-il de la prise de position de la ministre en janvier dernier ? Nous sommes là au cœur du sujet.

M. Jérôme Salomon. – Il faut replacer la position de la ministre dans son contexte. À cette époque, nous n'avions pas de cas en dehors de Chine. Nous nous sommes fondés sur des évaluations de risques internationales, menées par l'OMS et par le centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC).

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Mme Deroche a évoqué la prise de position de la ministre, qui daterait du 25 janvier. Quand les premiers cas de Bichat ont-ils été connus ?

M. Jérôme Salomon. – Les deux premiers cas de coronavirus en Italie ont été connus le 30 janvier. En France, nous n'avions pas de cas avant le 24 janvier.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – C'était donc la veille de la déclaration de la ministre.

M. Jérôme Salomon. – Je n'ai pas la déclaration dont il s'agit ; je ne peux donc pas vous répondre sur ce point. En revanche, je peux vous répondre sur la situation en France. Nous avons des cas importés le 24 janvier.

À cet égard, l'ECDC distingue le risque d'importation – celui d'avoir des cas importés – et le risque de diffusion sur le territoire. C'est une subtilité, mais la question a toute son importance : quand un foyer épidémique existe, on considère que certains cas peuvent venir de ce foyer. Je vous rappelle d'ailleurs que, de manière contemporaine, le gouvernement français a décidé de rapatrier nos centaines de compatriotes de Wuhan, en pratiquant sur eux des tests systématiques.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Vérification faite, la déclaration de la ministre date du 24 janvier.

M. René-Paul Savary, président. – Reprécisons le calendrier : le 24 janvier, la ministre fait sa déclaration. La France connaît déjà deux cas. En Italie, les premiers cas sont détectés un peu plus tard, le 30 janvier.

M. Jérôme Salomon. – Absolument. Entre l'alerte des professionnels, entre le 10 et le 14 janvier, et la déclaration de la ministre que vous mentionnez, nous avons mobilisé beaucoup d'expertises. Nous avons fait des réunions intersectorielles. Nous avons mobilisé Santé publique France...

M. René-Paul Savary, président. – Mais, à l'époque, il y avait déjà des cas en Chine ! Et, d'après les modélisations faites, le nombre de malades et de morts officiellement déclarés par la Chine ne correspondait pas à la réalité.

M. Jérôme Salomon. – Vous faites allusion à la publication dont, sauf erreur de ma part, Simon Cauchemez vous a parlé hier. Ce qui a frappé les modélisateurs et les épidémiologistes, c'est la probable sous-estimation du nombre de cas, à la fois en Chine et hors de Chine. Cela peut s'expliquer, dans la première quinzaine de janvier, par les difficultés de certains pays à diagnostiquer les cas importés. Tous les États n'avaient pas accès aux tests. C'est pourquoi l'OMS a rapidement émis le souhait que les cas positifs lui soient notifiés, ce que nous avons d'ailleurs fait immédiatement.

L'OMS dispose d'une comitologie interne très importante, laquelle permet de statuer pour déterminer si une épidémie constitue, oui ou non, une urgence de santé publique de portée internationale. À ce titre, on a observé une hésitation de la part des scientifiques. Tout d'abord, le comité consulté a déclaré que la gravité de la situation ne lui paraissait pas suffisante pour justifier une alerte majeure, et donc une urgence de santé publique de portée internationale. Cette urgence n'a été déclarée qu'à la fin du mois de janvier, bien après la mobilisation des autorités françaises et l'alerte donnée par les différents acteurs de santé français. En effet, nous avons passé plusieurs messages à destination des ARS, des établissements de santé et des professionnels de santé.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Disposez-vous des modélisations de l'Inserm et des résultats obtenus par ce biais ? Le 24 janvier, sur quelles données la ministre s'est-elle fondée pour se prononcer en ce sens ?

M. Jérôme Salomon. – Nous nous sommes fondés sur deux éléments importants : premièrement, l'analyse de l'OMS, instance internationale chargée de l'évaluation des risques, forte de ses experts ; deuxièmement, les premières publications de l'ECDC au titre des *rapid risk assessments*, disponibles dès le 22 janvier. De plus, grâce à la mobilisation de Santé publique France, une analyse de risques a été rendue le 26 janvier – Geneviève Chêne vous la détaillera.

Mme Geneviève Chêne. – Dès le 31 décembre, les autorités chinoises alertent l'OMS. La première réunion des experts internationaux auprès de l'OMS, qui comprend un expert de Santé publique France, a lieu le 2 janvier. Les équipes de Santé publique France et la DGS échangent dès le 3 janvier.

Cette réunion a pour conséquence le lancement d'une alerte assez forte. Nous publions une définition de cas, sur la base des connaissances de l'époque : les zones à risque sont des zones étrangères – on se concentre en particulier sur les personnes revenant de Chine.

Cette définition, qui est rendue publique, a deux conséquences. Premièrement, la DGS informe l'ensemble des professionnels de santé pour que, s'ils rencontrent un cas suspect, ils le fassent remonter *via* les systèmes de surveillance et que l'on puisse ainsi amorcer le comptage des cas. Deuxièmement, on sollicite les centres nationaux de référence dédiés aux affections respiratoires, dont la grippe. Il y en a deux en France : l'un à l'institut Pasteur, à Paris, l'autre à Lyon. À partir des séquences disponibles publiquement depuis le 9 janvier – me semble-t-il –, le centre de Pasteur met au point le diagnostic biologique du Sars-CoV 2, sauf erreur de ma part le 17 janvier.

Le vendredi 24 janvier – entre-temps, on a répertorié un certain nombre de suspicions de cas –, trois cas sont confirmés : deux à Paris, le troisième à Bordeaux. Il s'agit de trois cas « importés ». À la demande de la DGS, dont nous partageons l'analyse de la

situation, nous produisons différents scénarios sur la base des données assez faibles dont nous disposons. En effet, l'essentiel des cas se trouvent en Chine.

À ce titre, trois scénarios sont envisagés. Le premier, c'est le contrôle rapide de l'épidémie, comme dans le cas du Sras. Le deuxième, c'est une pandémie avec des impacts sanitaires et sociétaux significatifs. Le troisième, c'est une pandémie avec des impacts sanitaires et sociétaux majeurs.

À ce moment-là, on dispose de très peu d'informations sur deux aspects assez déterminants pour l'évolution des scénarios.

Le premier, c'est la période de transmission : en particulier, y a-t-il une transmission pendant la période présymptomatique ? Existe-t-il une forte proportion de personnes asymptomatiques ? Ces éléments sont importants. La transmissibilité du virus est favorisée dès lors que l'on ne peut pas identifier les personnes malades sur la base de signes cliniques.

Le second, c'est la gravité de l'épidémie. Nous ne disposons alors que de peu de description des séries chinoises. La létalité serait de l'ordre de 1 % à 2 %, taux tout de même largement supérieurs à la grippe. C'est un sujet d'inquiétude. Mais, comme l'a souligné le directeur général de la santé, à ce moment-là, nous n'avons pas beaucoup d'informations quant au dénominateur. Les capacités de test peuvent changer très largement ce dénominateur et l'estimation de la mortalité. C'est seulement pendant la première quinzaine de février que les données chinoises, portant sur plusieurs dizaines de milliers de cas, sont publiées. Elles montrent, en particulier, une gravité potentiellement importante de cette maladie chez des personnes de moins de soixante-cinq ans, voire de moins de cinquante ans.

Compte tenu de ce facteur de gravité, nous ajustons les scénarios transmis à la DGS et discutés avec elle. Il s'agit de prendre en compte le taux d'attaque possible, c'est-à-dire le nombre de cas survenant en peu de temps, le nombre potentiellement élevé de formes sévères et l'atteinte potentielle de personnes, le fardeau potentiel de la maladie chez les moins de soixante-cinq ans.

Telles sont les étapes successives, qui entrent dans le périmètre d'action de Santé publique France, depuis l'alerte et l'expertise jusqu'à la construction de scénarios. Nous travaillons en lien étroit avec l'équipe de modélisation de Pasteur, menée par Simon Cauchemez, et avec celle de l'Inserm.

M. René-Paul Savary, président. – Pouvez-vous préciser cette stratégie jusqu'au 6 mars, au regard des paroles présidentielles rappelées par Catherine Deroche ?

M. François Bourdillon. – D'un point de vue extérieur, il me semble qu'en janvier nous avons beaucoup d'avance par rapport à l'Union européenne. Le *rapid risk assessment* de l'ECDC en date du 14 février 2020 qualifie de bas le risque de transmission en Europe. Nous disposons alors de scénarios beaucoup plus dynamiques.

M. Jérôme Salomon. – Effectivement, nous avons disposé d'une alerte précoce et l'évaluation a été très vite disponible, à la fois du côté des épidémiologistes et des virologues.

J'insiste également sur la mise en alerte du dispositif de gestion de crise. Dès le 22 janvier, en accord avec Agnès Buzyn, j'ai décidé de placer notre centre de crise, le centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (Corruss), au

niveau 2. Puis, le 27 janvier, j'ai décidé de l'ériger en centre de crise sanitaire. Cette mesure est totalement exceptionnelle : il s'agit du niveau maximal. Cette décision a été prise avant la déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale. À l'heure actuelle, le Corruss est toujours centre de crise sanitaire. Le niveau maximum de crise est donc activé depuis presque huit mois, ce qui n'était jamais arrivé.

Notre mois de février a également été extrêmement actif. Avec Agnès Buzyn, nous avons tenu à expliquer la situation jour après jour. La ministre a procédé à des conférences de presse extrêmement précoces. De mémoire, la première a eu lieu le 22 janvier. À cette occasion, elle a d'ailleurs dit qu'il y avait beaucoup de choses que nous ne savions pas, et d'autres que nous savions et que nous communiquerions à l'ensemble des citoyens français.

Nous avons activé le numéro vert dès le 1^{er} février ; ce dispositif a été largement utilisé. Ensuite, nous avons très régulièrement mobilisé notre expertise. Je pense en particulier au Haut Conseil de la santé publique (HCSP), qui en est aujourd'hui à sa quatre-vingt-sixième saisine. Dans tous les champs d'expertise dont nous avons besoin – santé publique, environnement, maladies infectieuses, relations avec les patients –, les dizaines d'experts que regroupe le HCSP se sont réunis, parfois le soir et le week-end, pour donner leurs avis. Ces derniers ont été très fréquents.

Nous avons également tenu compte des avis des sociétés savantes, que nous avons beaucoup mobilisées – les sociétés d'infectiologie, de réanimation, de pneumologie, mais aussi la société d'hygiène et la société française de santé publique. Nous n'avons pas oublié les généralistes : nous travaillons beaucoup avec le collège de médecine générale. Nous avons très régulièrement mis à jour les connaissances, que ce soit par les fameux Minsante, messages officiels aux ARS, par les messages d'alerte rapide sanitaire (MARS), messages officiels aux établissements de santé, ou par les « DGS-urgent », messages reçus par environ 850 000 professionnels de santé. En parallèle, nous avons suivi et adapté notre dispositif à l'évolution des connaissances ainsi qu'à l'évolution de la situation.

Le mois de février a été marqué par le rapatriement de nos concitoyens de Wuhan, qui ont été testés deux fois à l'aide du test PCR coronavirus. Les premiers cas importés ont été recensés. Le 14 février, l'ECDC a publié son évaluation. Nous avons participé à de très nombreuses réunions, au sein de l'OMS ou encore avec l'ECDC. Nous avons régulièrement réuni l'ensemble des services de l'État concernés – qu'il s'agisse des services du ministère de l'intérieur, ou encore du secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN) – pour préparer la France à l'arrivée de cas. Les premiers *clusters* ont alors été détectés ; la première quinzaine de février a été marquée par une investigation dans l'Oise et, surtout, aux Contamines-Montjoie, où la ministre s'est rendue.

M. Olivier Paccaud. – Je suis élu de l'Oise, et je précise que le *cluster* de la base aérienne de Creil est apparu après le décès de Dominique Varroteaux – premier mort français du coronavirus –, survenu dans la nuit du 25 au 26 février, et non dans la première quinzaine de ce mois.

M. Jérôme Salomon. – Je me suis mal exprimé : j'évoquais les *clusters* de février.

Au village des Contamines-Montjoie, c'est, encore une fois, un cas importé qui était à l'origine des contaminations. Nous y avons beaucoup appris quant au potentiel de

transmission épidémique auprès des contacts proches, ou encore quant à l'importance d'isoler les cas et de suivre la charge virale.

L'investigation de ces *clusters* a beaucoup mobilisé les services. Elle a également fait l'objet d'une très forte mobilisation de toute l'expertise nationale. Nous avons envoyé des messages presque quotidiens. Nous avons procédé à l'acquisition d'équipements de protection individuelle en grand nombre, dès le 7 février. Nous avons participé à de très nombreuses réunions avec les experts. Le 14 février, à la demande de la ministre, nous avons activé le plan Orsan Reb, plan d'organisation du système de santé en cas de risque épidémique et biologique. La ministre a d'ailleurs envoyé un courrier personnel aux ARS dès le 14 février, pour demander un point très régulier d'information, région par région. Le premier mort déploré sur le territoire national venait de Chine. Son décès est survenu le 14 février.

M. René-Paul Savary, président. – Y a-t-il eu une stratégie d'immunité collective jusqu'au confinement ?

M. Jérôme Salomon. – Très clairement, non.

Le Président de la République, le gouvernement de l'époque et les ministres de la santé – Olivier Véran a remplacé Agnès Buzyn mi-février – avaient deux priorités absolues.

Premièrement, il s'agissait de protéger les personnes âgées, dont on a su assez vite qu'elles étaient les principales victimes du virus. Nous avons pris connaissance des premières publications montrant que le risque d'entrée en réanimation et d'évolution défavorable des formes les plus graves augmentait beaucoup avec l'âge. Plus largement, nous avons la volonté absolue de protéger au maximum les personnes vulnérables et fragiles.

Deuxièmement – ce point a été très médiatisé et il était évidemment important –, il fallait éviter la saturation et l'effondrement du système de santé, en particulier en réanimation. Il fallait éviter que l'on en vienne à ne plus pouvoir prendre en charge des patients en milieu hospitalier.

Certains pays ont fait le choix de laisser le virus se répandre très largement, sachant que, plus il y a de cas, plus le niveau de prévalence augmente. En France, actuellement, selon les estimations, le niveau d'immunité collective est relativement bas, même si l'on observe d'importantes variations selon les territoires et selon l'âge. On est très loin des 60 % à 70 % qu'il faudrait atteindre pour être certain que le virus ne peut plus se diffuser.

Mme Geneviève Chêne. – L'immunité collective est, en fait, une notion stratégique ; on l'emploie lorsqu'on dispose d'un vaccin – on se demande alors quelle proportion de personnes vacciner pour que la dynamique de l'épidémie s'éteigne progressivement. Évidemment, à ce stade, nous n'avons pas de vaccin.

Nous avons conduit plusieurs séries d'études séroépidémiologiques, c'est-à-dire des études sur la base d'échantillons de fonds de tube des laboratoires, avec la méthodologie la plus satisfaisante possible dans de telles conditions, impliquant le tirage au sort, tout en gardant une organisation parcimonieuse compte tenu de la situation. Entre la mi-mars et la mi-mai, environ 5 % de la population a acquis une immunité, mesurée par les anticorps témoignant d'une exposition au virus. Le taux atteint environ 10 % dans deux régions, le Grand Est et l'Île-de-France, qui ont été particulièrement touchées.

Ces résultats sont en train d'être finalisés. Je donne ces chiffres avec prudence, car nous avons encore quelques vérifications à faire. Toutefois, ces données seront publiées très bientôt.

M. René-Paul Savary, président. – Il serait temps d'avoir ces chiffres, comme pour la mortalité à domicile ; de tels délais ne favorisent pas le retour d'expérience.

Mme Geneviève Chêne. – J'en conviens tout à fait. Il faut également reconstituer *a posteriori* la taille de la population infectée pendant la première phase. La première courbe que l'on voit classiquement ne comprend pas l'ensemble de la population infectée ; nous ne disposons pas alors d'un dépistage suffisamment large. Mais ces données sont importantes pour mener une comparaison avec la dynamique d'aujourd'hui ; nous disposons actuellement de tests et d'une collecte centralisée des données, système assez exceptionnel, à l'échelle nationale. Ces résultats doivent être finalisés très rapidement.

Les professionnels de santé ont joué un rôle, non seulement pour le soin, mais aussi pour la collecte des données au plus près du terrain. Nous avons également eu pour mission de relayer, auprès d'eux, des informations relatives à la transmission et aux gestes barrières. Les premières campagnes d'information et de prévention ont été menées auprès des professionnels de santé dans la première quinzaine de février.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Certes, à aucun moment on a dit que les gens devaient se contaminer les uns les autres. Mais, début mars, le Président de la République portugaise disait qu'il fallait faire attention et rester au maximum chez soi. Le président de la région Grand Est Jean Rottner nous a dit qu'il avait alerté le chef de l'État sur ce sujet : en France, le message émis a tout de même pu perturber.

J'attends également des réponses très précises au sujet des masques.

Mme Geneviève Chêne. – Pour la période antérieure à ma prise de fonctions, je me tourne vers Nicole Pelletier et François Bourdillon.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – J'insiste sur les deux notes consacrées à cette question, et je rappelle que la ministre a dit qu'elle n'avait jamais été alertée.

M. François Bourdillon. – En juin 2016, lorsque l'Eprus a rejoint Santé publique France, j'étais directeur général de l'Inpes. Santé publique France a dès lors hérité du stock de masques de l'Eprus.

Très vite, avec la DGS, on s'interroge sur l'efficacité de ces masques. Une partie des stocks sont très anciens – certains datent de 2000. Cela étant, aucune date de péremption n'est apposée sur les masques chirurgicaux. C'est d'ailleurs ce qui conduit la DGS à nous saisir, en avril 2017, pour éclaircir l'efficacité de ces masques au regard des normes européennes et Afnor.

En outre, lors de la création de Santé publique France, structure d'expertise de santé publique, l'Eprus, établissement vieux d'une dizaine d'années, disposait d'un savoir-faire logistique. Il fallait absolument injecter de l'expertise dans cette logique de stocks stratégiques.

Chacun des professionnels de santé publique, de virologie ou d'infectiologie a sa propre idée. La seule façon d'en sortir, pour une agence sanitaire d'État, c'est de faire de

l'expertise collective, avec un appel d'offres et une charte de l'expertise. Nous avons donc lancé deux expertises, l'une relative aux contre-mesures pour l'épidémie de grippe et l'autre sur les moyens tactiques. Jean-Paul Stahl était responsable de la première expertise, qui est parue en août 2018 et qui comportait une partie consacrée à la question des masques. Ses recommandations étaient les mêmes que celles contenues dans les avis du HCSP, dont le dernier datait de 2011 : 1 milliard de masques étaient nécessaires.

Il s'agissait toutefois d'une recommandation générale ; le HCSP n'a probablement pas totalement compris qu'il y avait une doctrine différente depuis 2013 avec, d'un côté, les stocks stratégiques destinés à tous et, de l'autre, ceux destinés à la population française hors établissements de soins. Après la sortie de ce rapport en août 2018, j'ai rédigé une note le 26 septembre afin d'alerter sur notre manque de masques et sur la nécessité d'élaborer une doctrine claire compte tenu des difficultés inhérentes à ces deux notions de stocks.

À la même époque, le 3 octobre 2018, nous avons sorti une étude sur l'efficacité des masques qui a considéré que la plupart des masques expertisés au regard des normes européennes et Afnor – filtration bactérienne, respirabilité, contamination par des bactéries, efficacité des lanières, etc. – étaient inefficaces. Nous passons alors de 750 millions de masques à environ 99 millions de masques – je n'ai plus le chiffre exact en tête –, dont la date de péremption de cinq ans est sujette à caution.

Nous avons donc informé la DGS de la problématique des stocks stratégiques dans ce domaine de ces deux façons.

M. René-Paul Savary, président. – La DGS prévient-elle alors la ministre ?

M. Jérôme Salomon. – François Bourdillon a très bien résumé une situation dont il a hérité. Pour bien comprendre la situation, il est utile de repartir de 2009, au moment de l'alerte mondiale sur le virus H1N1. Depuis, nous avons connu une évolution progressive, portée par un certain nombre d'experts. Il y a eu des enquêtes et notamment une commission d'enquête. Fallait-il disposer de masques FFP2 et de masques chirurgicaux ? Petit à petit, il y a eu une diminution des stocks de masques, notamment FFP2. La question de l'existence de ce stock peu ou pas sollicité et difficile à remplacer et à faire évoluer s'est posée. Quand l'Eprus a intégré Santé publique France, il n'y a eu aucune dégradation de la qualité de ses missions qui ont été pleinement reprises par Santé publique France.

Petit à petit, on a assisté en France à une évolution scientifique, historique, voire culturelle, marquée par deux événements depuis que je suis directeur général de la santé.

En premier lieu, j'avais des échanges très réguliers avec François Bourdillon, souvent quotidiens, mais *a minima* hebdomadaires et en présentiel : nous nous voyions au moins tous les mercredis matins, lors de la réunion de sécurité sanitaire. Nos équipes ont également beaucoup échangé afin de lancer la réflexion demandée par les experts sur cette interrogation permanente depuis 2010 : à quoi sert ce stock de masques ? Est-il correctement utilisé ? Pourrait-il être utilisé de façon plus efficace et plus performante pour nos concitoyens ?

Agnès Buzyn et François Bourdillon ont lancé une très importante réflexion avec la signature d'un contrat d'objectifs et de performance (COP) début 2018. Mon premier déplacement, dès janvier 2018, a d'ailleurs été pour Santé publique France. Nous avons parfaitement compris les enjeux : comment contribuer à une utilisation efficiente des stocks

stratégiques – ceux de l'État – et tactiques – ceux des établissements de santé ? Il ne s'agit pas de faire des livraisons tous les jours depuis les stocks stratégiques, mais d'appuyer les stocks tactiques par les stocks stratégiques. Le COP de 2018 a donc permis de lancer ces importants chantiers.

Par ailleurs, nous avons mené une réflexion sollicitée par les experts : les Français ne portent pas suffisamment le masque ; comment l'encourager pour les malades et les personnes fragiles, notamment pendant les épidémies saisonnières de grippe ? Comment passer d'un stock isolé et dormant à un stock tampon et tournant qui vienne en appui avec des précommandes et qui sollicite des producteurs français pour fournir en priorité en cas de crise les stocks tant tactiques que stratégiques ?

M. René-Paul Savary, président. – Merci, mais ce n'était pas la question. Veuillez répondre précisément à nos questions précises. La ministre a-t-elle été prévenue de cette stratégie : oui ou non ?

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Le 26 septembre 2018, Santé publique France a considéré que 60 % des stocks étaient non conformes ou périmés. Une note du 1^{er} octobre fait état d'une très faible capacité logistique de Santé publique France à distribuer. Le 30 octobre, un total de 100 millions de masques est commandé avec l'autorisation de la DGS. Fin 2018, Santé publique France indique qu'il ne reste plus que 99 millions de valides qui arrivent à péremption en 2020. Les stocks étaient donc très faibles. Agnès Buzyn affirme qu'elle ne savait absolument pas où en étaient les stocks de masques. Avez-vous informé la ministre des décisions prises et de l'état du stock ?

M. Jérôme Salomon. – Mon prédécesseur, Benoît Vallet, a saisi Santé publique France le 19 avril 2017. Je n'ai pas connaissance d'un courrier de septembre 2018, mais un courrier du 3 octobre 2017 en réponse à la saisine du DGS fait état de ces non-conformités. J'ai réagi très vite et répondu le 30 octobre – c'est un courrier officiel que je pourrai vous transmettre – pour demander à Santé publique France d'acquiescer des masques – un premier lot de 50 millions, puis une commande supplémentaire de 50 millions –, d'évaluer rapidement une capacité de production et d'approvisionnement en France et de tenir compte de l'ensemble des sollicitations faites par les experts. En effet, les experts s'étaient aussi positionnés sur d'autres sujets que les masques, car il n'y a pas que les masques dans les stocks stratégiques. Nous devons tenir compte des capacités d'approvisionnement et proposer en lien avec le COP quelle partie du stock devait être renouvelée et quelle constitution minimale devait être envisagée. J'ai donc eu des échanges très réguliers avec Santé publique France pour faire évoluer ces commandes et envisager ensemble l'évolution du stock. François Bourdillon vous dira s'il y a eu des échanges directs entre Santé publique France et la ministre ou son cabinet. De notre côté, nous avons des échanges bilatéraux lors de nos bilatérales et de nos réunions de sécurité sanitaire.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Certes, vous échangez entre vous de manière régulière, mais à quel moment le cabinet de la ministre a-t-il été informé ?

M. François Bourdillon. – Pour ma part, je n'ai eu de contact à ce sujet ni avec la ministre ni avec le cabinet de la ministre.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – C'est donc clairement resté en interne entre la DGS et l'agence.

Sur l'acculturation au port du masque, nous avons entendu des messages très contradictoires.

M. François Bourdillon. – J'étais très attaché au sujet de l'acculturation. Nous avons communiqué fortement en 2019 à l'occasion de la pandémie grippale sur les mesures barrières notamment, or l'épidémie qui a suivi a été beaucoup plus faible. Nous étions donc un certain nombre à Santé publique France à penser qu'une stratégie de marketing social sur la promotion des mesures barrières – dont les masques « à la japonaise » – pouvait avoir un certain impact. La grippe est une préoccupation majeure à Santé publique France depuis que j'en ai pris la direction. Chaque année, nous constatons un excès de quelque 10 000 à 15 000 morts. Nous voulions promouvoir la vaccination et nos modèles montraient que 10 % de vaccination supplémentaire permettait de faire baisser de 500 le nombre de morts. Nous considérons qu'une campagne de marketing social pendant l'épidémie de grippe, associée à la campagne de vaccination, pouvait donc réduire le nombre de morts.

Nous partagions cette logique avec la DGS, mais cette dernière était plus favorable à une expérimentation visant à montrer l'efficacité d'une telle campagne. Quant à nous, nous considérons qu'une telle expérimentation était terriblement difficile et risquait de ne pas apporter de réponse. Nous avons eu le même débat sur la question du tabac avant de lancer la campagne « le mois sans tabac » : fallait-il commencer par une expérimentation dans trois régions ou pas ? Très courageusement, la ministre Marisol Touraine avait choisi de lancer une opération nationale, estimant que trop de retard avait déjà été pris. Santé publique France est donc favorable à la promotion des masques de manière générale, au travers d'une campagne de marketing social, tandis que la DGS favorisait une expérimentation.

Une agence sanitaire – c'est le cas aussi pour la DGS – est soumise à des crises de sécurité sanitaire en permanence : Ebola, attentats, Irma, et d'autres crises moins visibles. Tout cela coûte de l'argent ; quand il y a des difficultés, on tire sur les enveloppes de protection, puis sur celles de prévention. Je l'ai écrit dans mon livre : la sécurité sanitaire peut tuer la prévention, et même la protection. L'idée de stocks tournants était donc probablement une bonne idée, mais c'était de l'assurance. Le contexte n'a pas été vraiment favorable.

M. René-Paul Savary, président. – Des entreprises étaient prêtes à fabriquer les masques, mais elles n'ont pas été sollicitées. Nous avons ensuite connu des difficultés pour trouver des masques. L'objectif de notre commission d'enquête n'est pas de réécrire l'histoire, mais de l'analyser et de faire des préconisations. C'est une faille qu'il faut combler pour que cela ne se reproduise plus. C'est pourquoi nous sommes vigilants sur la question de la transmission de l'information jusqu'au ministre afin que les décisions suivent.

M. Jérôme Salomon. – Je partage avec François Bourdillon, en tant que responsables de santé publique, la même conviction : la solution est probablement citoyenne. Santé publique France a fait des efforts considérables sur le plan de l'éducation à la santé et de la prévention. Pour la première fois en France, nous avons un Plan national de santé publique, avec des actions de prévention qui reposent sur les bons comportements des citoyens : ils doivent devenir les acteurs majeurs de la prévention.

Souvenons-nous de tout ce qui a permis de sauver des millions de vies depuis le début du vingtième siècle. Mais tout cela s'oublie petit à petit. En tant qu'infectiologue, je suis frappé de l'apparition du VIH, après une décennie au cours de laquelle les experts mondiaux affirmaient que les maladies infectieuses avaient disparu. On a oublié que nos grands-parents étaient terrorisés par la poliomyélite, la tuberculose, des maladies qui faisaient

des milliers de morts. On a oublié, on a baissé la garde, alors que la réponse est dans la prévention, dans l'éducation à la santé, dans les gestes barrières, ou encore dans la vaccination.

M. René-Paul Savary, président. – Nous partageons vos propos de santé publique, qui sont largement diffusés. Mais dans ce cas, pourquoi ce message flou sur l'intérêt du port du masque ? Pourquoi un tel retard ? À cause de la pénurie ?

M. Jérôme Salomon. – Non. Ce qui nous a guidés, c'est l'évolution des connaissances. Car il y a différents modes de transmission. En janvier-février, nous avons eu confirmation de la transmission manu portée, puis une confirmation de la transmission par gouttelettes. Nous avons donc adapté notre réponse au fur et à mesure. Il ne s'agissait pas de ma position personnelle, mais de la position des experts, puisqu'il s'agissait des recommandations internationales de l'Union européenne et de l'OMS puis d'avis scientifiques que nous avons sollicités.

Mme Véronique Guillotin. – Et les masques ?

M. Jérôme Salomon. – Nous avons équipé en priorité les professionnels de santé et les ARS ont distribué très tôt des masques aux malades et à leurs contacts. Cela a été le cas dès le premier *cluster*, aux Contamines-Montjoie.

Dans cette crise majeure, nous avons assisté à un débordement lié à la pandémie – qui a surpris l'ensemble des experts par sa brutalité, sa gravité et son extension rapide –, à un dérèglement du marché – pour la première fois, l'ensemble du marché mondial s'est retrouvé en crise, et notamment les principaux producteurs –, à la décrédibilisation de la parole des experts – il y avait de telles divergences entre experts que l'on ne savait plus qui disait la vérité – et à la déstabilisation de certains. Notre message a été le suivant : les soignants doivent se protéger face au malade ; les malades doivent se protéger face à leurs proches. Je vous rappelle que les scientifiques ont alerté sur les risques de transmission aérienne en juin et que nous avons attendu l'avis de l'OMS en juillet. Le 2 août, le *British medical journal* a publié un tableau très clair sur le niveau de risque : comme le rappelle très bien le ministre, les niveaux de risques sont liés à la personne elle-même – plus on est fragile, plus on est à risque –, aux lieux bondés, aux lieux clos et à l'absence de mesures barrières. C'est vraiment ce message-là que nous avons voulu faire passer. Quand je disais – c'est cette partie de phrase qui a été retenue – qu'il ne fallait pas porter un masque tout seul dans la rue, c'était parce qu'à cette époque, début mars, nous avions de fortes tensions sur les masques. Santé publique France livrait en urgence – et de nuit ! – les masques aux établissements de santé et aux professionnels de santé, en particulier à ceux qui étaient les plus exposés dans les départements touchés, car il y avait des vols. Et dans le même temps, nous voyions des personnes porter des masques FFP2, voire FFP3, tout seuls dans la rue ou dans leur voiture ! Cela a peut-être été une expression très maladroite de ma part, mais je voulais dire : laissez les masques aux professionnels de santé, ils en ont vraiment besoin, et ne les portez pas quand il n'y a pas besoin de les porter.

M. René-Paul Savary, président. – Je note donc que la ministre n'a pas été informée des rapports faits par Santé publique France et transmis à la DGS et que les entreprises susceptibles de fabriquer des masques n'ont pas été sollicitées.

M. Jérôme Salomon. – Je crois que le système a été contacté assez tôt, puisque nous avons eu des retours : certains producteurs ont répondu.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Ma dernière question a trait à l'information actuellement dispensée aux professionnels de santé afin qu'ils ne perdent pas de temps et puissent appeler des référents. Où en est-on ?

M. Jérôme Salomon. – Votre question porte à la fois sur la situation épidémiologique et sur la prise en charge. En ce qui concerne la situation épidémiologique, nous assistons actuellement en Europe, et particulièrement en France, à un rebond épidémique important. Le Premier ministre s'est exprimé la semaine dernière et a appelé à un sursaut collectif et à la responsabilité individuelle face au risque de deuxième vague. Aujourd'hui, la France est le pays d'Europe le plus touché après l'Espagne. La situation varie considérablement selon les territoires et elle évolue très rapidement.

Le dernier bilan de Santé publique France faisait état hier d'un impact important sur le système hospitalier, avec 759 malades graves hospitalisés en réanimation et un flux d'admission important : 2 700 nouvelles admissions à l'hôpital et 479 nouvelles entrées en réanimation en une semaine. Bien entendu, nous prenons en charge les malades du covid, mais aussi tous les autres malades, ainsi que les personnes âgées. Nous avons donc sollicité la collaboration des établissements publics comme privés. Il y a un énorme effort de transparence sur les données : aujourd'hui, tous les chiffres sont disponibles.

Les Français ont besoin de savoir comment la mortalité est surveillée en France. Il y a tout d'abord les décès déclarés à l'hôpital. Il y a ensuite les décès déclarés par les établissements sociaux et médico-sociaux, en particulier les Ehpad. Ces chiffres apparaissent dans le point épidémiologique que Santé publique France publie toutes les semaines. Il y a enfin les données de l'Insee, qui a fait un énorme effort de transparence et de réactivité et publie des données quotidiennes, mensuelles et trimestrielles. Vous avez donc toutes les données, jour par jour, du 1^{er} janvier au 30 avril, et en particulier sur la durée de la première vague du 1^{er} mars au 30 avril. En France, il y a en moyenne 1 800 décès par jour. Nous sommes malheureusement montés à un pic de 2 800 décès quotidiens lors du sommet de cette première vague. Nous avons déjà les premières données portant sur la période du 1^{er} mai à la fin de l'été. L'Insee fait un effort considérable.

Je vous sais très attachés au rôle des territoires. Vous savez que ce sont les mairies qui transmettent les certificats de décès. Or nous avons un programme très important d'investissement pour développer le certificat électronique de décès. C'est un outil très utile de suivi quasiment en temps réel de la mortalité et donc des causes de mortalité. Nous avons besoin de cet outil de transparence et d'efficacité.

Le Premier ministre a demandé qu'il y ait une communication régulière. Vous avez vu que nous avons réalisé un nouveau spot de communication grand public ce week-end. À la demande du Président de la République et du Premier ministre, le ministre de la santé s'exprimera très régulièrement sur la situation et le partage d'information grand public. Nous utilisons plusieurs canaux pour diffuser l'information à destination des professionnels de santé : les messages « DGS-urgent », les sociétés savantes, le collège de médecine générale, des fiches, les avis publiés du HCSP. La Haute Autorité de santé (HAS) a également été massivement saisie sur de nombreux sujets de prise en charge. Nous avons collectivement beaucoup progressé avec les médecins généralistes, pour éviter l'hospitalisation ; avec les médecins hospitaliers, pour éviter le passage en réanimation ; et en réanimation, pour optimiser les chances du malade grave et éviter l'intubation grâce à de nouvelles techniques d'oxygénothérapie à haut débit. Nous avons démontré aussi que les éléments qui faisaient la gravité initiale du tableau – les micro-embolies pulmonaires, les

embolies cérébrales, l'orage cytokinique, etc. – pouvaient être traités par des anticoagulants et la dexaméthasone. Nous partageons donc tous ces éléments et les médecins généralistes, qui constituent un maillon absolument clef de la prise en charge des patients covid aujourd'hui, sont évidemment très attentifs à l'ensemble de ces progrès. Ce partage se fait aussi en direction du conseil de l'ordre des pharmaciens, qui est un relais important vis-à-vis des officines et des personnes qui les sollicitent directement.

M. René-Paul Savary, président. – L'augmentation de 1 800 à 2 800 ne nous éclaire pas suffisamment. Il nous manque encore une donnée : quelle a été la surmortalité à domicile liée au covid ?

Mme Geneviève Chène. – Elle a été de 1 800 selon une publication récente de l'Inserm. C'est le nombre de certificats de décès sur la période du 1^{er} mars au 31 mai – je ne suis pas totalement certaine de la période – qui mentionnent la covid ; 900 d'entre eux, la mentionnent comme cause principale. Ce rapport est public et pourra vous être communiqué très rapidement. Je rappelle que ces données sont issues des certificats de décès dont 20 % seulement sont aujourd'hui électroniques. La couverture par la certification électronique est donc cruciale pour nous permettre d'avoir des données plus rapides et plus exhaustives, notamment sur les causes et lieux de décès. Aujourd'hui, nous sommes obligés de raisonner en termes d'excès de mortalité.

M. René-Paul Savary, président. – Nous partageons cette difficulté qui ne nous avait pas échappé.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Veuillez m'excuser de revenir sur la question des masques, mais je suis comptable et il y a des choses que je ne comprends pas : monsieur Bourdillon, devant les députés, vous avez regretté la croyance de nombreux responsables sanitaires dans la non-efficacité des masques pour le grand public, et vous aviez recommandé, bien avant la crise, de porter ce stock à un milliard pour se préparer à une éventuelle pandémie grippale. Monsieur Salomon, vous passez commande de deux fois 50 millions de masques : c'est donc vous qui estimez qu'un stock de 100 millions est suffisant ? Qui décide que le stock n'est que de 100 millions ?

Les experts évoluent dans leur jugement sur les masques. À ce moment-là, on a du mal à s'en procurer. Pourquoi ne pas avoir recommandé à la population de les fabriquer ? Pourquoi fallait-il qu'ils soient nécessairement chirurgicaux ou FFP2 ?

Aujourd'hui, les masques sont considérés comme nécessaires. De quel niveau de stock avons-nous besoin aujourd'hui en France ?

Les 2 et 6 avril, deux commandes de masques ont été saisies à l'aéroport de Bâle-Mulhouse : 1,3 million de masques commandés par Grand Est et 2 millions commandés par Bourgogne-Franche-Comté. Qui a ordonné ces saisies ? Qui a jugé que ces masques devaient aller vers les hôpitaux ? Les présidents de région avaient passé commande pour équiper les Ehpad !

Madame Pelletier, vous avez déclaré que l'établissement pharmaceutique de Santé publique France était intervenu à plusieurs reprises pour équiper l'aéroport Paris-Charles-de-Gaulle en masques chirurgicaux. Nous nous y sommes rendus lundi après-midi et les avons interrogés. L'équipe dirigeante nous a dit qu'elle disposait d'un stock conforme,

renouvelé en 2019 et suffisant pour leurs besoins, notamment de personnels. Des masques de 2019 auraient même été remis à l'ARS. Les avez-vous vraiment équipés ?

Monsieur Salomon, comment avez-vous géré la crise entre hôpital et médecine de ville ? Entre public et privé ? De nombreux médecins généralistes auditionnés nous ont dit qu'ils avaient été seuls, oubliés et que la place de la médecine de ville n'avait pas été pensée.

M. François Bourdillon. – Dans le rapport d'experts publié par Santé publique France, vous trouverez une annexe de Fabrice Carrat, professeur de santé publique, qui présente une analyse exhaustive des études sur l'efficacité des masques. Dans une logique purement scientifique, 80 % ou 90 % de filtration virale, cela n'est pas efficace ! Il y avait donc tout un courant de pensée qui considérait que le masque n'était pas vraiment efficace. Mais une autre logique est celle de la prévention diversifiée et de la réduction des risques. Prenons l'exemple du vaccin contre la grippe : il est efficace à 60 % ou 70 %, cela n'est pas extraordinaire, mais cela réduit quand même les risques. Si l'on combine plusieurs mesures qui ont chacune une efficacité de 60 %, on réduit la transmission. Cette logique de réduction des risques a vraiment un sens en santé publique, même si on n'est pas sur une efficacité maximale. S'agissant des masques grand public – ce discours est apparu en 2020, il n'existait pas avant –, nous sommes probablement à une efficacité de 50 % : il évite les postillons, mais pas forcément les aérosols. La réduction des risques a été promue par des personnes qui avaient une vision populationnelle et une vision historique avec le sida, mais ils n'étaient pas majoritaires.

M. René-Paul Savary, président. – Mais cette logique de réduction des risques existe depuis des lustres !

M. François Bourdillon. – Elle a existé sur le sida.

M. René-Paul Savary, président. – Pas seulement !

M. François Bourdillon. – Souvenez-vous combien nous nous sommes battus pour promouvoir la prévention diversifiée à l'époque du sida !

M. Jérôme Salomon. – Je suis un partisan de la réduction des risques depuis le début. Je suis spécialiste de santé publique et spécialiste de maladies infectieuses. J'utilise des masques depuis trente ans. Avec toutes les équipes avec lesquelles j'ai travaillé, j'ai été un obsessionnel du port du masque, en particulier dans les épidémies puisque je gérais le comité de lutte contre les infections nosocomiales d'un CHU. Je suis donc dans le soutien absolu aux démarches de réduction des risques.

Ce n'est pas moi qui ai décidé du niveau du stock. Permettez-moi de vous lire ce qu'ont signé – page 23 du COP – François Bourdillon et Agnès Buzyn, qui étaient en pleine réflexion sur le cadre de la constitution et de l'emploi des stocks stratégiques pour la période 2020-2021 : « Contribuer, en vue d'éclairer les décisions futures des autorités sanitaires, à la réflexion et à la mobilisation de l'expertise sur l'adéquation optimale aux besoins des différents types de stocks ainsi que sur le statut de ces produits ; étudier en lien avec les tutelles les mutualisations et optimisations possibles concernant la gestion des plateformes de stockage, des équipements et des produits – achats groupés au niveau européen, mises en commun avec d'autres ministères, conditions d'acheminement, recyclage des produits avant leur date de péremption ... – ; mobiliser des réseaux d'experts pour produire à destination des ARS et l'établissement de santé des référentiels utiles à la constitution des stocks

tactiques. » Il s'agissait donc d'une véritable réflexion globale sur le territoire national : que met-on dans le stock stratégique ? Où doit-il être ? Comment est-il utile en appui aux stocks tactiques ?

On voit bien que nous étions en pleine réflexion entre 2018 et, malheureusement l'irruption de la crise, pour aller vers des stocks roulants et distribués afin de limiter les pertes. Car acheter des masques et les jeter parce qu'ils sont périmés, ce n'est pas une solution quand on doit rendre des comptes à nos concitoyens.

Voilà : la réflexion était en cours ; François Bourdillon, puis Geneviève Chêne, l'avaient initiée. Le fait qu'on ait découvert début octobre 2018 qu'une part importante du stock était périmée était évidemment une mauvaise nouvelle pour Santé publique France comme pour nous.

S'agissant des commandes et de la mobilisation de nos producteurs français, deux éléments totalement exceptionnels ont eu lieu en janvier et février 2020. Premièrement, pour la première fois, une crise a touché l'ensemble du monde en même temps, et en particulier les gros producteurs. Deuxièmement, les besoins ont explosé, ce qui avait été probablement sous-estimé par tous les experts. En France, on consomme habituellement 3 à 5 millions de masques, mais nous sommes passés à des besoins absolument considérables, de l'ordre de près de 100 millions, ce qui n'était pas du tout envisagé – nous n'avons jamais imaginé que l'ensemble d'un établissement de santé devrait être équipé de masques.

Les masques FFP2 ont été réservés aux actes à risques et les masques chirurgicaux aux professionnels de santé. Les producteurs français se sont très rapidement mobilisés pour fournir ces masques, mais surtout pour créer cette nouvelle catégorie de masques que sont les masques grand public. Ils s'imposent petit à petit ; tant mieux, parce que c'est effectivement un outil utile. Nous n'avons pas voulu courir le risque, comme d'autres pays, que chacun fasse son masque, parce que les publications actuelles montrent que le niveau de filtration des masques peut être très varié entre une fabrication artisanale et un produit qui répond à des normes et pour lequel le producteur a une responsabilité au regard des exigences que nous avons posées sur le niveau de filtration.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – C'est peut-être mieux que rien !

M. Jérôme Salomon. – Oui et non. On peut se sentir protégé, mais le masque que l'on porte protège plutôt les autres.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Vous n'avez peut-être pas pris la décision, mais qui se satisfait d'un stock de 100 millions de masques ? Vous avez commandé deux fois 50 millions de masques : pourquoi n'en avoir pas commandé un milliard ?

M. Jérôme Salomon. – Les 100 millions de masques n'étaient pas un stock, mais une commande. À la fin de l'année 2019, le stock de masques chirurgicaux de Santé publique France était de 534 millions ; 110 ou 115 millions étaient immédiatement disponibles, comme l'a indiqué le Premier ministre : des masques pédiatriques et des masques qu'Olivier Véran a remis dans le stock puisqu'ils n'étaient périmés que depuis la fin de 2019. Plus de 160 millions de masques ont été réévalués par nos agences d'expertise et ont permis d'équiper le grand public.

Nous avons réalisé ces précommandes avec la volonté de mettre en place la distribution en appui aux stocks tactiques – qui sont aussi des stocks importants, puisqu'ils sont dans les établissements de santé. Nous n'avons pas décidé de réduire le stock à 100 millions : nous avons lancé une réflexion avec des experts pour savoir quel devait être le périmètre de ces stocks et s'il devait comprendre d'autres équipements de protection individuelle.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Nous n'avons pas de réponse. *Quid* du stock actuel ?

M. Jérôme Salomon. – Le Président de la République et le Premier ministre ont fixé comme objectif à Santé publique France de reconstituer les stocks. C'est très important, car beaucoup, beaucoup de masques ont été distribués : 1,5 milliard de masques chirurgicaux, 191 millions de masques FFP2 et 11,4 millions de masques pédiatriques pour les groupements hospitaliers de territoire ; 976 millions pour les officines ; 485 millions vers les régions, départements et collectivités d'outre-mer et des flux spécifiques d'urgence, pour les pompiers en particulier, sans oublier la distribution vers les personnes précaires : 50 millions de masques chirurgicaux grand public et 50 millions de masques en tissu lavables.

L'objectif affiché est d'avoir un stock stratégique d'un milliard de masques ; ce stock sera reconstitué dans les deux ou trois prochaines semaines. La priorité était de distribuer ; nous le faisons aujourd'hui un peu moins, car les stocks tactiques ont été massivement reconstitués ; les stocks stratégiques le seront prochainement, ainsi que Geneviève Chêne devrait vous le confirmer.

Mme Geneviève Chêne. – Je confirme que le stock d'un milliard de masques sera reconstitué au plus tard fin septembre. Permettez-moi d'apporter deux précisions. La doctrine actuelle est que le stock stratégique est à destination des professionnels de santé ; cette doctrine a évolué depuis le début de la crise. Par ailleurs, sur les 4,6 milliards de masques commandés, 3,3 milliards ont été reçus et 30 % sont et seront fabriqués en France.

Mme Nicole Pelletier. – S'agissant de la situation de l'aéroport Paris-Charles-de-Gaulle, au début de la crise – entre janvier et mars –, nous avons, à la demande de la DGS et à travers la réserve sanitaire, organisé l'accueil des Français rapatriés de Chine avant le confinement. Les réservistes sanitaires étaient dotés de masques et nous avons organisé des stocks de masques à l'aéroport pour les arrivants. Nous n'avons donc pas reconstitué les stocks de l'aéroport, mais nous sommes venus en appui du service médical de Paris-Charles-de-Gaulle et de Paris-Orly pour accompagner ces rapatriements de voyageurs.

M. René-Paul Savary, président. – Sur la saisie d'État de Mulhouse, nous n'avons pas eu de réponse.

Quid de la gestion privé-public et des relations ville-hôpital ?

M. Jérôme Salomon. – Au cours des premières réunions avec l'ensemble des acteurs, nous avons bien évidemment associé les acteurs de ville, notamment le collège de médecine générale. Nous étions en contact permanent avec nos collègues en ville, notamment dans le Grand Est. Il n'a donc, bien évidemment, jamais été question d'exclure la médecine de ville de l'organisation.

Cependant, nous avons procédé à des adaptations du dispositif du fait de la gravité initiale de l'épidémie : le diagnostic était proposé dans les établissements de santé et tous les premiers cas devaient être adressés aux services de maladies infectieuses, pour isolement et diagnostic rapide. C'est l'organisation choisie en France depuis longtemps dans le début d'une prise en charge d'une maladie émergente : des circuits spécialisés et une structure nationale – le centre de coordination du risque épidémique et biologique – qui a formé des équipes d'hygiénistes, d'urgentistes, de réanimateurs et d'infectiologues pour accueillir les personnes contagieuses. Cela avait été le cas pour Ebola, pour le coronavirus du SRAS et pour celui du MERS-CoV. C'est une organisation qui fonctionne. Le médecin donne l'alerte ; une expertise de très haut niveau est faite par le SAMU en appui avec un infectiologue ou avec un expert national ; le malade est pris en charge dans un service spécialisé. C'était le circuit initial.

Sur la répartition public-privé, la directrice générale de l'offre de soins répondrait mieux que moi, mais il y avait évidemment la volonté de mobiliser tout le monde. Le privé a fait un très gros effort pour participer, soit en soutien de ressources humaines, soit pour offrir des blocs opératoires ou des salles de réveil.

Nous n'avons eu aucune volonté d'exclure la médecine de ville. J'ai beaucoup échangé avec des infirmiers et des médecins et certains ont été extrêmement actifs dans la prise en charge des malades. Le confinement a parfois eu un impact négatif sur l'activité des cabinets, notamment car les patients se sont autocensurés. Dans nombre de mes interventions lors des conférences de presse, j'ai insisté sur l'importance, pour les malades chroniques, les urgences de santé publique, la vaccination des nourrissons, la protection maternelle et infantile (PMI), le dépistage du cancer, de ne pas annuler les rendez-vous et de continuer à être suivi, afin d'éviter les pertes de chance. Nous analysons ce qui s'est passé avec les professionnels de santé, mais aussi avec les associations de malades qui nous ont fait part de leur volonté d'être davantage associées.

M. René-Paul Savary, président. – Cela ne s'est pas passé partout de façon aussi idyllique que vous le présentez !

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Nous disposons de l'ensemble des informations nécessaires pour nous faire une opinion sur ce qui s'est passé avec les masques en 2018.

L'alerte, que Geneviève Chêne qualifie de très précoce, a été donnée au mois de janvier. Un premier échange entre Santé publique France et la DGS a lieu le 3 janvier, à la suite duquel une alerte, que vous qualifiez d'assez forte, est publiée. Le mois de janvier est jalonné d'événements qui témoignent d'une alerte.

Au cours du mois de janvier, on apprend qu'il s'agit d'un coronavirus – on connaît les coronavirus, même s'ils n'ont pas tous les mêmes caractéristiques – ; sa transmission par voie respiratoire est donc établie. Il allait falloir alors, au minimum, protéger les personnes touchées et les professionnels de santé de la chaîne de soin par la fourniture, notamment, de masques. Il a fallu des semaines et des semaines pour qu'une doctrine sur les masques en grand public s'élabore. Bien entendu, en janvier, la doctrine n'était absolument pas que chacun porte un masque ; j'en ai bien conscience.

Une fois les alertes données, on se dit que vous allez commander des masques pour reconstituer le stock insuffisant. Vous avez fourni les chiffres, que Santé publique France

confirme : vous en avez commandé 1,1 million le 30 janvier, une quantité très faible. Vous en commandez à nouveau 28,4 millions huit jours plus tard, le 7 février : un niveau significatif, mais pas très élevé non plus, alors que l'épidémie se profile. Il faudra attendre le 25 février pour qu'une commande de 170 millions soit réalisée, puis les commandes vont s'enchaîner à des niveaux très élevés. Pourquoi les commandes de janvier et de début février ont-elles été si tardives et si faibles ? Pourquoi a-t-il fallu attendre la fin du mois de février pour passer une commande significative, alors que le marché mondial était déjà en grave déséquilibre, voire en situation de pénurie.

Monsieur Salomon, le 26 février au matin, vous avez participé à une table ronde au Sénat au cours de laquelle notre président Alain Milon s'est inquiété du manque de masques et de l'inflation des prix compte tenu du déséquilibre entre l'offre et la demande. Vous lui avez répondu : « Santé publique France détient des stocks stratégiques importants de masques chirurgicaux. Nous n'avons pas d'inquiétude sur ce plan. Nous ne distribuerons des masques que lorsque cela s'avérera nécessaire. Bien évidemment, nous privilégierons la distribution de masques aux malades et aux contacts dans les zones où le virus pourrait circuler. » Vous avez ajouté : « Il n'y a donc pas de pénurie à redouter ». Le 10 mars, le ministre de la santé a utilisé exactement la même expression : « Il n'y a pas de pénurie ». Or nous avons auditionné beaucoup d'acteurs de terrain et tous nous disent : il y a une pénurie ; on n'a pas eu assez ; nous n'avions pas les équipements de protection.

Le 26 février après-midi, j'ai interpellé le ministre de la santé lors des questions d'actualité au Gouvernement au sujet des professionnels de ville qui s'alarmaient de l'absence d'équipements de protection et de l'insuffisance du nombre de masques. Le ministre a été rassurant et a affirmé que des équipements de protection individuelle allaient être fournis. Or ils ne l'ont pas été. On le comprend bien en considérant l'état insuffisant du stock et le niveau des commandes des semaines précédentes !

Alors que l'alerte a été sérieuse et précoce, comment expliquer qu'il n'y ait pas eu de rapide mise en commande de masques ?

Alors que la carte d'identité du virus est diffusée vers le 10 janvier par les Chinois, pourquoi avoir attendu aussi longtemps pour commander des tests en nombre significatif ? Cela n'était-il pas prioritaire ? Quelle a été votre analyse ?

La création de l'Agence nationale de santé publique relevait de la volonté de doter notre pays d'une grande agence de santé publique. Le format actuel est-il abouti ou reste-t-il inachevé ? Se pose également la question de ses moyens, car projet de loi de finances après projet de loi de finances, nous nous émouvons de la réduction du nombre de postes dont est doté Santé publique France. Pour être le lieu où s'élabore notre stratégie nationale de lutte contre une épidémie, cette agence ne devrait-elle pas être dans une meilleure situation ? Ou d'autres lieux sont-ils à imaginer ?

Mme Geneviève Chêne. – Je vais répondre aux questions sur les commandes de fin janvier. Je me permets de rappeler que la constitution et la gestion des stocks stratégiques dépendent d'une doctrine. Celle qui a prévalu pendant la décennie ayant précédé la crise prescrivait la constitution d'un stock de masques à destination du public et non des professionnels de santé. Ainsi, au début de la crise, il n'y avait pas de masques FFP2 dans le stock stratégique ; c'était le cas depuis plusieurs années, puisque les derniers masques FFP2 périmés avaient été détruits, à ma connaissance, au milieu des années 2010. C'était aux établissements et professionnels de santé de constituer un stock en la matière.

En second lieu, dans ce champ, Santé publique France agit pour le compte de l'État, sur instruction du ministre ou, par délégation, du directeur général de la santé. Ainsi, on a compris fin janvier, avec cette alerte, qu'il fallait constituer des stocks stratégiques pour les professionnels de santé, sur le fondement de la connaissance épidémiologique du moment ; certes, il y avait alors une alerte, mais on comptait trois cas. Je ne dis pas qu'il n'y en avait pas beaucoup plus – sans doute –, mais on ne pouvait pas documenter les cas autrement qu'au travers des remontées et des tests positifs.

Ainsi, nous avons activé fin janvier nos marchés afin d'obtenir 1 million de masques FFP2. Or le monde entier connaissait des tensions pour obtenir ces masques. Par conséquent, l'alerte a certes été très précoce, mais ce n'est pas le stock stratégique qui devrait être mobilisé en première ligne pour les professionnels de santé dans une telle situation, parce que, *a priori*, il existe des stocks dans les établissements de santé et chez les professionnels de santé. Néanmoins, le ministère a ensuite identifié des sources industrielles potentielles et nous avons été massivement mobilisés pour commander des quantités gigantesques de masques.

Je complète une réponse précédente ; le stock de 1 milliard de masques à destination des professionnels de santé, qui doit être constitué, correspond à dix semaines de crise intense, à raison d'une utilisation de 100 millions de masques par semaine, après utilisation du stock de trois semaines que les établissements doivent désormais détenir.

M. René-Paul Savary, président. – C'est vous qui avez fourni les établissements, n'est-ce pas ?

Mme Geneviève Chêne. – Oui.

M. René-Paul Savary, président. – Vous nous dites, d'un côté, que les masques n'étaient pas à destination des professionnels de santé et, de l'autre, que vous les leur fournissez...

Mme Geneviève Chêne. – Pardon si je n'ai pas été claire.

La doctrine qui a prévalu de 2010 jusqu'à fin 2019 relative au stock stratégique de l'établissement pharmaceutique de Santé publique France consistait à détenir 1 milliard de masques destinés au grand public, aux cas positifs et à leurs contacts.

Pendant la crise, le stock stratégique que l'on a reconstitué était destiné prioritairement aux établissements et professionnels de santé, et ce ne sont pas les mêmes masques, puisque les professionnels de santé ont besoin de masques FFP2, qui ne sont pas appropriés pour le grand public, seul visé par la doctrine précédente. Il n'y avait plus de masques FFP2 dans le stock stratégique fin 2019, début 2020.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Selon la doctrine, il fallait en réalité à la fois des masques chirurgicaux et des masques FFP2. Ainsi, malgré le débat qu'il y a eu avec le secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale sur la doctrine, l'interprétation que vous faites de cette dernière prête à discussion.

Par ailleurs, si je suis bien votre raisonnement, les alertes données au mois de janvier n'étaient pas suffisantes pour que vous changiez votre fusil d'épaule et que vous commandiez des stocks importants afin de protéger les professionnels de santé, puisque, selon vous, les professionnels de santé, notamment en ville, devaient avoir leurs propres stocks, ce qui ne correspondait pas à la réalité. On peut toujours édicter des règles, et l'abaissement du

stock à 100 millions d'unités était bien lié à des changements de doctrine, mais, en réalité, on a abaissé drastiquement le nombre de masques et l'on n'a pas vérifié si les hôpitaux et les professionnels de ville s'étaient équipés ; de fait, ils ne l'avaient pas fait.

M. François Bourdillon. – Faute d'instructions !

M. Bernard Jomier, rapporteur. – En effet, merci de le souligner.

Vous interprétez donc la doctrine de façon restrictive.

M. François Bourdillon. – Non, le changement de doctrine de 2013 est crucial. Il conduit à dire que le stock stratégique est pour la population et que, pour les salariés – professionnels de santé ou autres –, c'est aux entreprises, donc aux établissements hospitaliers, de prendre en charge l'approvisionnement. C'est considérable, car cela conduit à supprimer les masques FFP2 et, de manière générale, les masques destinés aux établissements de santé.

Quand la crise se déclenche, le stock stratégique n'est pas du tout adapté pour faire face à une crise hospitalière, puisqu'il n'est pas destiné à cela ; c'est aux hôpitaux de s'y préparer. Mme la directrice générale de l'offre de soins a déclaré devant l'Assemblée nationale qu'elle avait cherché la circulaire devant informer les hôpitaux et les professionnels de santé qu'ils devaient constituer un stock de masques, mais cette circulaire n'existe pas.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Ce que vous dites correspond effectivement à la doctrine de 2013, à l'exception du cas où survient un agent hautement pathogène, auquel cas, ce sont les pouvoirs publics, et non plus les employeurs, qui sont chargés de fournir les masques. Si l'on admet que nous faisons face à un agent hautement pathogène – avec plus de 30 000 morts dans notre pays, il me semble que c'est le cas –, c'était bien la responsabilité des pouvoirs publics de fournir ces masques, y compris dans le cadre de la doctrine.

M. René-Paul Savary, président. – Et ils devaient aussi s'assurer que les stocks étaient bien constitués ; qui s'en est chargé ?

Mme Catherine Deroche, rapporteur. – Si je comprends bien, monsieur Bourdillon, d'une part, la doctrine a changé en 2013 – les établissements et professionnels de santé devaient dès lors se fournir en masques FFP2, car les stocks stratégiques concernaient la population – et, d'autre part, une circulaire aurait dû parvenir aux établissements. Par conséquent, où est passée cette circulaire et pourquoi la population n'a-t-elle pas eu de masques ?

Ensuite, contrairement à ce que vous affirmez, nous avons tous vu, dans les départements, des infirmières en larmes parce qu'elles n'avaient pas de protection et des gens aller au travail la peur au ventre. Vous étiez peut-être en relation avec les professionnels de santé, mais nous en avons aussi vu. Ne nous dites pas que tout était fait pour les protéger, c'est faux ; pendant longtemps, ils n'ont pas été protégés. Quant à la population, je le répète, elle n'avait pas davantage de masques ; on demandait aux malades sortant de l'hôpital de s'acheter des masques, mais leur pharmacien leur indiquait que les masques n'étaient pas pour eux. Je ne comprends plus rien à ce système...

M. Jérôme Salomon. – Je veux rassurer les Français sur certains points. Les masques FFP2 sont utilisés à l'hôpital et par certains dentistes. Or, depuis 10 ans, ces utilisateurs n'ont pas appelé Santé publique France pour lui demander de fournir leurs

masques en cas de tuberculose ou dans d'autres circonstances. C'est important de le rappeler ; le fonctionnement quotidien des établissements et de nos professionnels de santé est, heureusement, tout à fait satisfaisant.

J'en viens à la question sur l'évaluation du risque et sur la réponse apportée. Il y a eu, sur l'évaluation du risque, énormément de divergences dès le début. Le ministère était plutôt dans une position de surévaluation du risque, tant avec Agnès Buzyn qu'avec Olivier Véran, qui ont été extrêmement attentifs au risque. Je le rappelle, Agnès Buzyn a écrit à l'ensemble des ARS pour demander à celles-ci de se mobiliser ; nous avons également écrit, très tôt, madame la rapporteure, aux établissements pour leur recommander de se préparer ; je pourrai vous donner les dates précises.

Vous parliez du mois de février, période un peu particulière. Quand on a commandé en urgence les masques FFP2, c'était pour protéger des projections nos équipes : celles qui sont allées à Wuhan et celles qui étaient présentes dans le centre d'hébergement de Carry-le-Rouet ou ailleurs. Ensuite, dès le 6 février, on a procédé à une commande importante de masques FFP2 ; dès le 7 février, me semble-t-il – donc très en amont –, on a demandé l'activation rapide du circuit de fabrication des lignes de production française. Par ailleurs, nous avons 534 millions de masques disponibles, périmés ou réévalués, en plus du stock de Santé publique France.

La notion d'agent « hautement pathogène » a perturbé tout le monde. L'« affolement provient en grande partie des exagérations de la presse, qui sait que la peur fait vendre. [...] Nous avons affaire à des événements que la science elle-même peine à expliquer. [...] Dans ces conditions, brandir chaque jour le nombre de nouveaux cas et de morts comme un épouvantail ne sert qu'à provoquer des réactions disproportionnées par rapport aux risques réels qui, eux, ne peuvent qu'être négligés dans le même temps. [...] Le risque que le coronavirus chinois change les statistiques de mortalité française ou mondiale est nul. » Voilà ce qu'a écrit et m'a envoyé le Pr Raoult en mars dernier.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Ne nous citez pas en réponse le professeur Raoult ; il vient également d'affirmer que le Gouvernement était atteint de bouffées délirantes. Donc, ses déclarations...

M. Jérôme Salomon. – Ce que je veux simplement vous dire avec cette citation est que l'évaluation du risque est difficile ; il faut le rappeler aux Français, nous sommes confrontés à une maladie qui n'est, heureusement, pas mortelle dans 99 % des cas. Le caractère « hautement pathogène » n'a donc rien à voir avec Ebola.

Il fallait à la fois évaluer les risques et y répondre de façon adaptée, et je crois que nous avons fait le maximum pour ce faire, tant pour les commandes que pour le déstockage. En effet, nous sommes allés chercher des masques là où nous en avons trouvé – cela fut un énorme effort parce que le marché était tétanisé – et le ministre nous a demandé de déstocker les masques, ce que nous avons fait très tôt. Santé publique France a fait des efforts considérables afin de fournir en urgence les territoires les plus touchés ; on a ainsi fait des livraisons en Savoie, dans l'Oise, de nuit... Il y a donc peut-être eu des difficultés, mais il y a eu des efforts considérables pour assurer les livraisons.

Par ailleurs, nous avons été confrontés à l'enjeu des stocks dans les établissements de santé et chez les professionnels de santé. Certains professionnels de santé étaient équipés – j'en connais qui ont continué de travailler à domicile, car ils disposaient d'équipements – et

d'autres n'en avaient pas ; vous avez reçu nombre de témoignages et nous aussi. On a donc privilégié les groupes hospitaliers et les professionnels de santé des territoires les plus touchés, et nous sommes allés jusqu'à distribuer les équipements dans les officines ; il y avait ce double circuit. Nous avons donc commandé, cela a été dit, des masques FFP2, qui n'étaient plus dans le stock stratégique. La réponse a donc été rapide.

Elle l'a également été pour ce qui concerne les tests. En effet, l'ensemble des établissements de santé de référence de France étaient équipés, dès la première semaine de février, des moyens de diagnostic. La commande, non seulement de masques FFP2, mais encore de gants, de lunettes de protection, de surchaussures, de charlottes et de solution hydroalcoolique date du 7 février.

Ensuite, il y a eu le foyer des Contamines-Montjoie, au cours de la deuxième semaine de février, l'activation du plan Orsan Reb par Agnès Buzyn juste avant son départ du ministère et l'entrée en fonction d'Olivier Véran, qui a beaucoup insisté sur les tests. C'est lui qui a demandé que tous les cas de pneumonie grave ou de syndrome de détresse respiratoire aiguë présents dans l'ensemble des services de réanimation en France soient testés par rapport à la covid-19, afin que l'on ait une vision des cas graves sur l'ensemble du territoire. Il s'agissait d'une stratégie de recherche active de cas.

Ensuite, il y a eu le décès dans l'Oise puis l'identification de la circulation du virus dans ce département. À la fin du mois de février, on enregistrait 57 cas et deux décès en France. C'est à l'issue de cette situation que nous sommes passés en stade 2, le 29 février, et que le Gouvernement a interdit les rassemblements collectifs dans l'Oise.

Voilà le résumé de cette période un peu particulière qu'a été le mois de février, période très active, avec de nombreuses actions, tant de commande que de vérification des stocks et de début de déstockage, puisque le déstockage a été demandé le 1^{er} mars, en donnant la priorité aux territoires les plus touchés.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Comment expliquer la distorsion entre vos propos, selon lesquels il n'y avait pas de pénurie, et le fait que les professionnels de santé en ont constaté une ?

M. Jérôme Salomon. – Il y a eu de très fortes tensions, c'est vrai ; je sais que certains professionnels ont manqué de masques et c'est absolument dramatique, je le concède ;...

M. Bernard Jomier, rapporteur. – C'est sain et simple de le dire.

M. Jérôme Salomon. – ... mais il est également important de dire que beaucoup de professionnels ont travaillé dans de bonnes conditions parce qu'ils avaient été livrés.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Que pouvez-vous nous dire sur l'organisation de la santé publique, monsieur Bourdillon ?

M. François Bourdillon. – Je m'exprimerai sur l'organisation de l'agence, car la santé publique serait un sujet très vaste.

Santé publique France est une agence toute nouvelle, que j'ai créée. Son organisation est, selon moi, aujourd'hui fonctionnelle. Se pose également la question des moyens ; on compte à peu près 650 agents à Santé publique France. En Angleterre – je parle

bien de l'Angleterre seule et non de la Grande-Bretagne –, il y a 8 000 personnes ; voilà le fossé dans l'investissement public entre chez nous et outre-Manche.

Maintenant, quels sont les manques en matière de santé publique ? Considérons les situations sanitaires exceptionnelles, dont fait partie la situation actuelle ; ce qui fait probablement le plus défaut, pour en avoir discuté avec Santé publique France, c'est la taille des cellules régionales. Ces cellules sont chargées de l'épidémiologie régionale – cela permet à Santé publique France de ne pas être aveugle – et des investigations ; chacune d'elles compte entre 5 et 10 personnes, ce qui est, à mon sens, totalement sous-dimensionné pour faire face à ce genre de situation et pour procéder correctement aux investigations.

Sur l'expertise, l'Europe procède à des évaluations rapides du risque, ou *risk assessment*. Je me demande si l'agence ne devrait pas également mener, de manière officielle et transparente, du *risk assessment* rapide, c'est-à-dire disposer d'une expertise publique mobilisable rapidement et qui permette d'alerter le Parlement et les autres acteurs.

En ce qui concerne les stocks, on est repassé d'un stock pour la population à un stock stratégique. Un stock stratégique centralisé me semble plus à même de répondre à la diversité des situations que, par définition, on ne connaît pas, de manière à pouvoir répondre à l'urgence, que cela concerne l'hôpital, la ville ou une entreprise, en étant le plus réactif possible. Au-delà de la pandémie grippale, la centralisation de l'estimation des besoins me paraît importante.

Par ailleurs, l'établissement pharmaceutique et les réservistes sont dimensionnés pour être des fonctions dormantes. L'établissement pharmaceutique représente moins de 10 personnes, dont 2 sont affectées à la logistique. Si l'on conduit un travail important d'acquisition de masques, on fait appel à des réservistes sanitaires alors que l'on aurait besoin d'un minimum de structuration.

Pour ce qui concerne la fonction de prévention, Santé publique France est très sous-dotée. La prévention contre l'alcool, la drogue et le tabac représente moins de 10 personnes, alors qu'il s'agit des principaux déterminants de santé et c'est à peu près équivalent pour la nutrition. On aurait vraiment besoin de compter plus d'experts et d'agents opérationnels chargés du marketing social. En outre, il faudrait investir les populations ; on a commencé de le faire pour les personnes âgées et la petite enfance, mais c'est très insuffisant pour correspondre aux critères des grandes agences de santé publique.

Enfin, si j'avais une recommandation concernant la surveillance, je dirais que l'accent doit être mis sur l'environnement ; le rêve des environmentalistes serait d'avoir, à l'instar de la plateforme de données en santé (*health datahub*), un *datahub* en environnement, afin de croiser les données de santé et les données d'environnement. Néanmoins, cela impliquerait, là encore, de disposer des ressources pour mener les études et identifier les liens entre facteurs d'exposition et état de santé.

M. Jean-François Rapin. – Je souhaite revenir sur l'audition de Mme Buzyn à l'Assemblée nationale au mois de juin.

L'ancienne ministre faisait part d'un problème relatif aux stocks stratégiques concernant d'autres produits que les masques. Elle n'a pas voulu les citer, pour des raisons de confidentialité. Sans connaître le nom de ces produits, le stock a-t-il été reconstitué ?

Vous avez mentionné, monsieur le directeur général de la santé, des courriers adressés aux professionnels de santé de ville, mais ces communications ne présentaient pas réellement de stratégie. Pour avoir été confronté, en début de crise, comme médecin, à des situations délicates relatives à des personnes arrivant de foyers de contamination, je peux affirmer que l'on n'avait pas d'interlocuteur identifié et qu'il était compliqué de trouver les centres de test ; on ne savait que faire de nos malades à risques. Une stratégie a-t-elle été définie ?

Mme Laurence Cohen. – Personne ne doute, je pense, de la mobilisation de vos équipes pour acheminer le matériel.

Cela dit, je suis très étonnée, car vous affirmez que la crise a été prise en compte de manière très sérieuse dès la fin de janvier ; si cette prise de conscience a eu lieu si tôt dans vos instances, il y a alors eu un retard dans les décisions politiques, le circuit n'a pas dû aller à son terme. Je ne comprends pas le retard dans la mise en œuvre des mesures à prendre, d'autant que nous avons tous constaté des pénuries.

Le but de nos auditions est, certes, de comprendre ce qui a dysfonctionné, mais c'est surtout de savoir comment faire face aux futurs événements. Or vous ne me rassurez pas du tout ; aucune leçon ne semble tirée.

Ce matin, d'éminents professeurs nous ont décrit le problème relatif aux masques. Ainsi, le professeur Antoine Flahault nous a indiqué que, le 26 janvier, l'on manquait de masques à Wuhan ; ou s'était débrouillé pour en fabriquer. C'était, selon lui, ce qu'il fallait faire, mais la France favorise trop le modèle biomédical de perfection. Je veux bien que l'on me parle de doctrine, mais est-ce que l'on rectifie le tir ? Dans les écoles de ma ville, chaque enseignant dispose de 5 masques pour l'année, en tout et pour tout...

Par ailleurs, il y a un manque de coordination entre Santé publique France et la direction générale de la santé. Les deux instances se parlent, mais les décrets ne paraissent pas. Le président de la conférence nationale de santé publique, le professeur Emmanuel Rusch, nous a indiqué que cette instance ne s'était pas tenue pendant un an, qu'elle s'est reconstituée en février et que, depuis lors, elle ne s'est réunie que sur son autosaisine.

Enfin, monsieur Salomon, vous avez été, de 2013 à 2015, conseiller chargé de la sécurité sanitaire auprès de Marisol Touraine, quand celle-ci était ministre de la santé. Vous avez donc une responsabilité particulière dans la gestion des stocks périmés. J'ai l'impression d'une bureaucratie qui bloque les décisions politiques nécessaires. Il n'est pas responsable de rejeter les responsabilités sur les individus ; c'est vrai, il y a une responsabilité individuelle, mais il y a d'abord la responsabilité de l'État pour équiper la population et les professionnels de santé.

M. Olivier Paccaud. – Je ne suis pas très convaincu par ce que j'entends depuis deux heures et demie. L'autocritique ne fait visiblement pas partie des pratiques des personnes que nous recevons aujourd'hui.

Monsieur Salomon, vous dites avoir répondu de façon adaptée, précoce, rapide ; donc, finalement, tout s'est bien passé ! Pourtant, il y a eu plus de 31 000 morts...

Au début de la crise, les masques n'étaient « pas utiles », mais ils le sont ensuite devenus et vous justifiez ce changement de doctrine par le fait que les experts ont changé

d'avis. Dans l'Oise, une gendarmerie de mon canton a fermé – c'est rarissime – parce que presque tout son effectif était sur le flanc ; il y avait en fait un problème de masque. Or j'ai constaté que toutes les forces de l'ordre du monde entier étaient équipées de masques ; elles avaient donc désobéi aux experts mondiaux ou peut-être est-ce vous qui aviez mal compris leurs recommandations... Donc ne regrettez-vous pas votre position sur le port du masque ? Vous avez parlé de masques « faussement protecteurs » ; réemploieriez-vous cette expression ?

Par ailleurs, vous avez parlé de courriers adressés aux ARS entre le 10 et le 14 janvier. Pourriez-vous nous en adresser la copie ?

Enfin, quand nous étions en pénurie de masques – non « en tension » –, le Gouvernement a envoyé des masques et d'autres tenues de protection en Chine. Cela fait désordre.

Mme Victoire Jasmin. – Monsieur Salomon, vous avez évoqué les anticorps protecteurs et les réinfections. Quelles sont les orientations stratégiques en matière de recherche dans ce domaine ? Le professeur Rusch nous a indiqué ce matin qu'il y avait une cannibalisation entre équipes pour toucher les financements octroyés. Quel intérêt portez-vous à l'élaboration d'un futur vaccin ?

Ma seconde question s'adresse aux différents représentants de Santé publique France. Je veux comprendre ce qui s'est passé dans la chaîne de commandement : comment les décisions sont-elles prises pour l'envoi de professionnels dans les territoires ? Comment agissez-vous pour estimer les besoins et pour définir la réponse ? Comment évaluez-vous les actions menées au retour de vos équipes ? Recourez-vous à des professionnels en cumul emploi-retraite ? Beaucoup de professionnels se portent volontaires ; comment évaluez-vous leurs compétences ?

Enfin, en matière de prévention, avez-vous des contacts avec les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) ? Quel rôle ces instances joueront-elles en cas de rebond de l'épidémie ?

M. René-Paul Savary, président. – Voilà une première salve de questions ; je vous demande de bien vouloir y répondre en 3 minutes chacun.

M. Jérôme Salomon. – Au sein du stock stratégique, il n'y a pas que des masques, en effet, il y a aussi des anti-infectieux, des antibiotiques, des antiviraux ou encore des vaccins. Il y a une stratégie européenne de réponse et de coopération et nous disposons des moyens de réponse aux nouveaux risques, car il n'y a malheureusement pas que les maladies infectieuses ; on a pu citer l'ouragan Irma, le terrorisme, le risque nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC) ou encore l'accident grave de l'usine Lubrizol de Rouen. Le stock stratégique doit permettre de répondre à ces risques.

La stratégie est claire depuis le début ; elle a même été énoncée par le Président de la République.

Il s'agit, en premier lieu, de renforcer la prévention, au travers des gestes barrières, ce que j'appelle la responsabilité individuelle. À cet égard, je me suis peut-être mal exprimé ; je ne dis pas que des gens sont responsables de leur sort, je dis que les citoyens sont des acteurs majeurs de la prévention, il n'est pas question de leur renvoyer la responsabilité.

En second lieu, il s'agit de protéger les personnes les plus fragiles, les personnes âgées.

En troisième lieu, nous avons mis en place une logique de tests, d'alerte des cas contacts et de protection des proches par l'isolement ; nous pourrions développer si vous le souhaitez.

En quatrième lieu, enfin, il y a une déclinaison de mesures territoriales – le Premier ministre en a parlé –, en lien avec les élus locaux et les territoires, afin d'adapter la réponse aux situations locales.

Ainsi, je le dis pour les médecins, la priorité des tests est bien affichée maintenant : une demande de test par un médecin reçoit une priorité numéro un ; il est demandé aux laboratoires d'examiner en premier les personnes symptomatiques, celles qui sont envoyées par leur médecin et les personnes contacts. C'est clair et cela a été énoncé par Olivier Véran.

Madame Cohen, merci de votre hommage aux équipes ; autant on peut critiquer les systèmes et les difficultés que nous avons rencontrées, autant on peut rendre hommage, je crois, à l'ensemble des personnes mobilisées sur le terrain ; je ne parle pas que du ministère, je pense à toutes les personnes qui se sont dévouées nuit et jour pour essayer de résoudre cette crise.

Vous avez parlé, madame, de la mobilisation des politiques. Je ne suis pas politique – je suis responsable d'une direction d'administration centrale –, mais je peux vraiment vous garantir que les politiques ont été très mobilisés sur ce sujet. C'est factuel ; la visite du Président de la République et celle du Premier ministre ainsi que les nombreuses réunions – tout cela était public – montrent bien que nous avons vraiment mobilisé les plus hautes autorités de l'État, très tôt.

Ce qui est difficile à faire, c'est la comparaison entre territoires. Je le dis souvent avec une immense modestie : d'abord, la crise n'est pas terminée et, surtout, on ne sait pas pourquoi certains territoires ont été très touchés et d'autres, non. Je peux vous l'assurer, le Haut-Rhin n'a pas démerité ; il a probablement été frappé en raison de la présence de foyers majeurs, mais je ne sais pas expliquer pourquoi l'Ariège ou la Lozère sont moins touchées. Cela nécessitera des recherches de longue durée.

Ce qu'il s'est passé en France, c'est que le « R0 », cette fameuse vitesse de propagation, a été rapidement abaissé, mais il ne l'a pas été assez pour que l'on atteigne un niveau de maîtrise de l'épidémie. Le confinement a été efficace, vous le savez, mais il a malheureusement été extrêmement douloureux.

J'en tire de très nombreuses leçons. Je vous présente d'ailleurs mes excuses si vous avez l'impression que je suis dans l'autosatisfaction, ce n'est absolument pas l'idée, je suis très conscient de toutes les difficultés que nous avons éprouvées. Il faut être capable de tirer toutes les leçons de la première vague, en particulier pour l'optimisation de la prise en charge des malades covid, pour la prise en charge parallèle indispensable des malades non-covid et pour la grande attention tant à l'égard des personnes âgées – une leçon très importante – que de la santé mentale de nos concitoyens – nous avons ressenti un impact fort dans ce domaine.

Par ailleurs, je ne sais pas si nous sommes allés trop loin, mais, objectivement, si l'on proposait un masque chirurgical ou un masque grand public à une infirmière de réanimation, je pense qu'elle ne l'accepterait pas et c'est tout à fait légitime. Nous avons essayé de prioriser les livraisons de masques FFP2 aux établissements à haut risque et de masques chirurgicaux aux professionnels de santé.

Je ne me prononcerai pas sur l'éducation nationale.

Je laisse la question de la coordination de l'expertise à Santé publique France.

M. René-Paul Savary, président. – Il faut conclure.

M. Jérôme Salomon. – Ma réponse la plus importante porte sur l'autocritique, qui est évidente. Nous avons eu, comme tous les pays du monde, des difficultés, peut-être plus sur certains domaines, peut-être moins sur d'autres. Il y a eu un effort considérable de nos soignants, nous avons soutenu massivement des évacuations sanitaires – nous sommes le seul pays à l'avoir fait –, notamment de 650 malades de réanimation. Nous sommes montés de 5 000 lits à 7 200 malades pris en charge en réanimation, dans de bonnes conditions, avec un effort considérable de recherche. Il y a eu de magnifiques gestes de solidarité pendant cette crise et certaines choses n'ont pas fonctionné, je le dis devant vous ; il faudra travailler sur certains sujets. Nous sommes dans une logique de retour d'expérience, de partage avec les professionnels de santé pour tirer toutes les leçons de cette première vague.

M. René-Paul Savary, président. – Les évacuations sanitaires dans des territoires où les cliniques privées ne sont pas mobilisées, avouez que cela peut être mal interprété...

Mme Geneviève Chêne. – Sur le périmètre de Santé publique France et sur les stocks stratégiques, je n'ai plus en tête ce que disait Mme Buzyn lors de son audition devant l'Assemblée nationale, mais je peux expliquer comment les choses se passent. Il y a des échanges réguliers entre la direction générale de la santé et Santé publique France, notamment à propos des stocks. Santé publique France agit pour le compte de l'État, sur le fondement d'une saisine.

Selon les évaluations dont je dispose, fin 2019, début 2020, les commandes et le contenu du stock stratégique à Santé publique France étaient conformes aux demandes de l'État. Je partage le constat sur les difficultés d'approvisionnement, il n'est pas question de les nier ; il y a eu des difficultés à se procurer les masques en quantités nécessaires. Je veux souligner aussi la réactivité des équipes de Santé publique France pour passer les commandes le plus vite possible afin de distribuer les produits le plus vite possible. Cela n'a sans doute pas été suffisant...

M. René-Paul Savary, président. – Je vous le confirme.

Mme Geneviève Chêne. – ... mais, dans notre périmètre d'action – après le *sourcing* et après la saisine –, nous avons fait notre possible. Ces aspects sont à prendre en compte pour la suite. Aujourd'hui, au regard de la doctrine actuelle, les stocks pour les professionnels de santé sont largement reconstitués.

La conférence nationale de santé compte un représentant de Santé publique France, mais nous ne pouvons pas saisir cette instance. Cela dit, je suis tout à fait d'accord, la démocratie sanitaire n'a sans doute pas été assez mobilisée lors de cette crise. L'idée n'est pas

de rejeter la responsabilité sur les autres. On suit une logique de promotion de la santé et de prévention ; chacun doit jouer son rôle, y compris les institutions et les agences sanitaires.

J'en viens à la question sur la chaîne de commandement. Le ministère de la santé se charge du *sourcing*, de l'identification de l'ensemble des fournisseurs possibles, il prépare ensuite la saisine de Santé publique France, que nous recevons. Nous procédons alors aux négociations, aux commandes, à la signature des contrats, au suivi de l'approvisionnement, à la réception de la livraison sur le territoire – il s'agissait souvent de fournisseurs chinois – et à l'organisation de la chaîne logistique, jusqu'aux groupements hospitaliers de territoire et aux grossistes répartiteurs. Cela a représenté une organisation gigantesque, puisque 100 millions de masques ont pu être distribués. Je ne dis pas que cela s'est passé suffisamment tôt, mais nous l'avons fait pendant plusieurs semaines et, aujourd'hui, nous pouvons le réactiver autant que nécessaire.

Enfin, pour ce qui concerne la prévention, axe très important, Santé publique France est une agence nationale, donc nos interlocuteurs sont non pas les Ireps, mais la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES), qui les coordonne, et les ARS, ainsi que nos cellules régionales. Notre dialogue avec la FNES nous a permis de fournir des outils et d'avoir un retour du terrain pour préparer les étapes suivantes.

M. René-Paul Savary, président. – N'hésitez pas à mettre de l'huile dans les rouages...

Mme Nicole Pelletier. – La chaîne de commandement a été bien décrite. Une chaîne logistique gigantesque – le terme est approprié – a été mise sur pieds pour faire parvenir ces millions, voire ces milliards, de masques et d'équipements de protection individuelle. Beaucoup d'équipes ont travaillé nuit et jour pour faire parvenir ces masques. Il ne s'agit pas d'autosatisfaction, on aurait peut-être pu faire mieux ; on organisera justement un retour d'expérience pour en tirer les meilleures conclusions.

M. François Bourdillon. – Pour que tout le monde comprenne bien, il y a une indépendance scientifique à Santé publique France et, pour ce qui concerne la fonction d'établissement pharmaceutique, cette agence agit strictement en tant qu'opérateur de l'État. Santé publique France a beaucoup travaillé pour l'approvisionnement en masques depuis le mois de janvier.

Par ailleurs, je veux dire que les relations avec l'Ireps de Guadeloupe étaient, à mon époque, excellentes ; j'apprécie beaucoup cet Ireps, qui a agi de manière très active sur le sujet de la chlordécone.

Mme Angèle Prévile. – Je ne doute pas de la bonne volonté des uns et des autres.

Toutefois, sur les masques, n'aurait-il pas fallu communiquer en disant : « Fabriquez vous-mêmes vos masques, mais sachez que vous ne serez pas entièrement protégés » plutôt qu'en disant : « N'en mettez pas du tout » ? Il y avait urgence, il y avait des vies en jeu. On aurait pu préconiser de faire des masques en tissu, en précisant le type de tissu et le mode de confection. Cela aurait permis d'éviter certaines contaminations.

Vous avez mentionné, professeur Salomon, l'alerte par les cas graves. En Allemagne, l'alerte se faisait par les tests. Ne serait-ce pas préférable ? L'alerte par les cas graves entraîne un retard par rapport et, de fait, en Allemagne, cela s'est mieux passé.

Santé publique France a un département alerte et crise. À qui s'adresse l'alerte ? Est-ce à ceux qui ont le pouvoir d'agir ? En quoi consiste-t-elle ? Quelle est la chaîne de transmission de cette alerte ?

M. Jean Sol. – Je veux revenir sur la doctrine relative aux masques, qui nous a semblé évoluer au gré du vent. Monsieur Salomon, pouvez-vous confirmer que la doctrine a évolué à mesure des connaissances ? Est-ce la seule raison ? Je ne le pense pas, car, pour éviter la transmission du virus, le masque s'imposait dès le départ aux équipes médicales et soignantes. Par ailleurs, *quid* du volet préventif que le Président de la République a souvent rappelé ? Est-ce une question de moyens ?

Comment avez-vous décliné la distribution, par les ARS, des masques aux professionnels ?

Comment avons-nous pu laisser les professionnels de santé travailler sans masque ou avec des masques périmés ? Je pense aux soignants, mais aussi aux aides à domicile, aux dentistes, aux forces de l'ordre, aux professionnels libéraux. Les FFP1 sont arrivés au mois de mars...

Enfin, il y avait 5 000 respirateurs au sein de l'Eprus. Que sont-ils devenus ? Les a-t-on injectés dans le stock stratégique et les a-t-on utilisés ? A-t-on puisé dans les stocks NRBC que nous avons dans les établissements de santé ? Dans quelle mesure ?

Mme Annie Guillemot. – Ma première question porte sur la divergence entre ce que vous dites et ce nous avons constaté sur le terrain. Le décret portant sur la reconnaissance des maladies professionnelles a été publié ; or les soignants, s'ils n'ont pas été oxygénés, ne bénéficieront pas de cette reconnaissance. De même, tous ceux qui s'occupaient des autres – services d'aide à domicile, foyers de travailleurs ou de migrants – n'avaient aucune protection. Vous mentionnez des retours d'expérience avec les professionnels ; ce n'est pas seulement avec eux qu'il faut le faire, c'est avec tout le monde, avec les citoyens et les élus.

Vous affirmez qu'il ne faut pas de masques FFP2 pour la population ; je n'en suis pas sûre, les maires, certains citoyens, n'en ont-ils pas besoin ? On voit, au travers de cette audition, que l'État ne se remet pas en cause et que sa crédibilité dans la gestion de la crise sanitaire se pose. Pourquoi n'a-t-on pas mis en œuvre le plan Pandémie ?

J'en viens au rôle de Santé publique France et à la coordination avec la DGS. Nombre de maires nous ont dit qu'ils ne connaissaient absolument pas Santé publique France et que cette agence ne s'occupait certainement pas de logistique. Les masques destinés au département du Rhône ont par exemple été expédiés en Maine-et-Loire et on a attendu quinze jours pour les récupérer. Il y a un véritable problème, à l'échelon non des territoires, mais de l'organisation de l'État.

Mme Buzyn a déclaré à l'Assemblée nationale que la gestion des stocks stratégiques de masques relevait non pas du ministre, mais de Santé publique France. Elle a assuré ne pas avoir eu connaissance du courrier adressé par celle-ci à la direction générale de la santé, en septembre 2018, qui faisait part de la péremption d'une part importante du stock. En outre, la doctrine précisait bien qu'il fallait 1 milliard de masques. Elle a d'ailleurs indiqué qu'elle avait reçu une note. Cela signifie donc que des fonctionnaires d'État n'ont pas vérifié les stocks.

Le rôle des fonctionnaires d'État consiste à définir et à mettre en œuvre les politiques publiques, mais aussi à en suivre l'application, sans quoi personne n'a plus de responsabilité et on ne sait plus qui fait quoi.

Que pensez-vous de la déclaration de Mme Buzyn selon laquelle il faudrait remettre en cause le rôle des agences sanitaires ? Selon elle, apprendre en 2018 qu'une partie des stocks est périmée pose le problème de la dilution des compétences en gestion de crise et réduit peut-être la réactivité des agences. Elle ajoute qu'il faudrait une agence dédiée aux crises en général. Pourquoi n'a-t-elle pas été informée de cette péremption des stocks en 2018 ? Par ailleurs, de 2018 à 2020, qu'est-ce qui a été fait pour reconstituer ces stocks ? Qu'ont fait les fonctionnaires chargés de vérifier les stocks ?

Quant aux masques, vous nous dites : « afin d'éclaircir l'évolution sur les stocks stratégiques, afin de mobiliser toutes les compétences, afin de mettre en œuvre l'adéquation optimale des moyens d'intervention ». Vous nous parlez d'études stratégiques, mais vous semblez avoir hésité quant aux produits périmés, vous être demandé si la doctrine était toujours la même. Selon M. Bourdillon, les experts n'auraient pas compris le changement de doctrine. Mais qui fait la doctrine ? Est-ce le directeur général de la santé, Santé publique France, ou bien le ministre de la santé ?

Vous nous avez dit espérer avoir 1 milliard de masques à la fin du mois, mais de combien de masques de différentes catégories disposez-vous à ce jour ? Vous devez le savoir !

Au début de la crise, alors qu'on savait qu'il s'agissait d'infections respiratoires, les masques étaient réservés aux soignants, mais certains d'entre eux nous ont dit avoir donné leurs masques aux patients de réanimation qui ne les avaient pas mis eux-mêmes. Pourquoi n'a-t-on pas dit aux gens de se protéger, même avec des foulards ou d'autres textiles ? Pourquoi le principe de précaution n'a-t-il pas été mis en œuvre en la matière ?

Enfin, quelle est l'organisation actuelle des stocks, y compris des stocks de médicaments, sur lesquels il y aurait de graves tensions ?

Mme Céline Boulay-Espéronnier. – Concernant les certificats de décès, qui quelque chose a-t-il été mis en place depuis mai dernier pour les informatiser ?

J'ai lu qu'il y avait à ce jour 12 000 lits de réanimation, mais le personnel soignant est-il en proportion ? Où en est la réserve sanitaire ?

Enfin, y a-t-il une Europe de la crise sanitaire ? L'Europe est-elle au rendez-vous ?

Je me souviens par ailleurs que, le 11 mars, j'ai participé à une cérémonie officielle au Trocadéro en tant que parlementaire de Paris : les informations sanitaires que nous avons reçues étaient très faibles ; nous étions assis les uns à côté des autres, sans masques. À l'évidence, il y a un problème de communication gouvernementale, une semaine avant le confinement.

M. Martin Lévrier. – Concernant la reconstitution actuelle des stocks de masques, vous avez évoqué une logique d'achat auprès de l'industrie française. Quelle proportion des achats effectués à ce jour l'est auprès de fournisseurs français ? Surtout, quelle

sera la pérennité de ces commandes ? Pour combien de temps vous engagez-vous auprès de ces entreprises ?

Quant aux délais d'attente actuels pour les tests, M. Véran a parlé hier de régulation. Quelles contraintes claires y aura-t-il ? Les laboratoires qui ne respecteraient pas les délais pourraient-ils être sanctionnés ? Pourrait-on réserver les remboursements aux tests effectués en temps et en heure ?

M. Jean-François Husson. – Nous avons une mission de contrôle de la mise en œuvre des politiques conduites sous l'autorité du Gouvernement. Or on constate un manque de clarté, de visibilité et de fluidité. Je crains que nos concitoyens ne se posent plus de questions après avoir écouté cette audition qu'auparavant.

Pouvez-vous, à cet instant, nous communiquer un plan d'action structuré de déploiement et de mise en œuvre des moyens dont l'État disposerait pour combattre efficacement la pandémie sur la totalité du territoire français, un plan qui préciserait ce qui incombe à chaque acteur du système du santé, de l'hôpital à tout le personnel médico-social ?

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. – Quand cette commission d'enquête a été créée, nous ne savions pas dans quel état allait se trouver le pays à la fin de l'été. Aujourd'hui, vous avez une responsabilité particulière : le pays est très inquiet et n'a plus confiance dans la parole publique. Or vous êtes en train de rater l'occasion de parler clairement. Vous avez nié la pénurie de masques. Pourquoi n'est-il jamais possible de reconnaître *a posteriori* qu'on s'est trompé, qu'on n'a pas dit la vérité ? Vous êtes quelqu'un de très écouté, monsieur Salomon, vous avez un rôle à jouer pour que les Français aient confiance dans la résolution de la crise : il faut que vous décidiez d'être clair !

M. René-Paul Savary, président. – Je rajouterai deux questions sur les masques réquisitionnés par l'État : combien y en a-t-il eu ? Cette stratégie a-t-elle été efficace ?

J'insiste moi aussi sur la nécessité d'être clairs et de redonner confiance. La Belgique vient d'annoncer une quarantaine obligatoire pour toutes les personnes arrivant des départements du Nord ou du Pas-de-Calais !

M. Jérôme Salomon. – Madame Jasmin, la recherche française a été de grande qualité : on peut saluer les efforts de notre communauté scientifique.

Concernant la distribution des masques, le premier déstockage a été validé le 2 mars ; nous tenons à votre disposition tous les messages échangés en la matière. Nous sommes tous mobilisés pour éviter une deuxième vague meurtrière !

Quant à la possibilité de conseiller le port de masques en tissu, nous avons parlé des mesures barrières, du lavage de mains et de la distance physique. La France a été l'un des premiers pays à lancer le masque grand public, grâce à ses artisans et à ses entreprises.

L'alerte passe par des signaux faibles : les cas graves nous signalent qu'il doit y avoir des cas moins graves en plus grand nombre et une dissémination invisible du virus. Nous avons relevé pour ce faire les occurrences de syndromes de détresse respiratoire aiguë et de pneumonies. Aujourd'hui, on compte 53 000 tests positifs par semaine : c'est aussi un signal ! C'est pourquoi le Premier ministre a demandé une prise de conscience collective pour éviter un rebond épidémique majeur.

Quant à l'évolution des connaissances, nous avons saisi très régulièrement le conseil scientifique et nous avons écouté les avis de l'Académie de médecine et des scientifiques. Nous n'étions pas « anti-masques » ! Nous voulions adapter la réponse aux modes de transmission connus. En l'occurrence, le premier mode connu était celui par les gouttelettes, les projections d'aérosols à moins d'un mètre : c'est pourquoi nous avons fourni des masques aux professionnels. En juin, certains scientifiques ont lancé l'alerte sur la transmission par aérosols ; cela a été suivi par les avis de l'OMS et la publication du *British Medical Journal* sur les différents niveaux de risque ; nous avons évidemment pris tout cela en compte. Le risque maximal se présente quand beaucoup de monde est réuni dans un espace clos et mal ventilé ; la seule publication sur une transmission par aérosols en intérieur porte sur un autocar en Chine.

Les précaires sont évidemment une préoccupation majeure : nous avons distribué 100 millions de masques, dont 50 % de masques chirurgicaux et 50 % de masques en tissu.

Le plan pandémie portait sur une épidémie de grippe : nous l'avons mis de côté parce qu'il était essentiellement fondé sur l'usage d'antiviraux et la mise en place d'une vaccination de masse, mesures encore impossibles dans la présente épidémie.

Concernant la régulation des tests, nous en réalisons 1,2 million chaque semaine : c'est un effort considérable et inédit des laboratoires. La priorité est donnée aux malades, puis aux contacts et aux patients munis d'une prescription médicale ; les autres viennent après, même s'ils doivent voyager.

Quant au plan d'action structuré, les autorités suivent de très près la situation actuelle : le ministre de la santé présentera dans les prochaines heures l'ensemble du plan d'action pour les établissements et les professionnels de santé, ainsi que les éventuelles déclinaisons territoriales des mesures pour la population.

Enfin, madame de la Gontrie, le fait que des soignants n'avaient pas de masques, ou ne pouvaient s'en procurer que difficilement, n'est évidemment pas du tout satisfaisant ; je l'ai ressenti comme un échec. Deux phénomènes simultanés se sont produits : d'une part, le monde entier s'est arrêté de produire en un mois, sidération inimaginable du marché mondial ; d'autre part, nous avons massivement déstocké et livré sur l'ensemble du territoire, ce qui n'était pas facile ; nous avons monté un pont aérien, puis maritime, pour les commandes. La plus grande surprise, pour tout le monde, a été l'ampleur énorme du besoin immédiat de masques : 100 millions par semaine, alors qu'on en consomme d'ordinaire entre 3 et 5 millions. Personne n'avait prévu qu'il en faudrait autant. Nous en tirerons évidemment toutes les leçons nécessaires sur le stock stratégique et les enjeux logistiques pour mieux répondre aux exigences des Français.

Mme Geneviève Chène. – Concernant le nombre de masques, nous en avons commandé à ce jour 4,6 milliards, reçu 3,3 milliards et distribué 1,6 milliard. Parmi eux, 1,2 milliard ont été commandés auprès de producteurs français ; leur livraison s'échelonne jusqu'en mars 2021 dans le cadre des marchés d'urgence impérieuse. Les marchés seront réactivés au début de 2021 pour assurer la continuité du stock stratégique ; ces marchés pourront aller jusqu'à quatre ans. Les bons de commande seront faits en fonction des besoins planifiés par le ministère et obéiront aux règles de la commande publique. Nous espérons que les producteurs français y répondront ; j'ai peu de doutes sur ce point, dans la mesure où la production française est aujourd'hui importante.

Concernant la chaîne de transmission des alertes, notre agence est sous tutelle du ministère de la santé et de la direction générale de la santé ; les alertes leur remontent donc. Nous avons des liens quotidiens assez codifiés sur tous ces aspects ; nous avons transmis plus d'une centaine de notes, qui remontent à présent systématiquement au cabinet du ministre.

Déterminer qui est responsable de la doctrine constitue bien un point clef. J'ai cru comprendre que l'évolution de la doctrine qui consistait à préconiser plutôt l'emploi de masques chirurgicaux par le grand public résultait du fait que les masques FFP2 étaient assez mal supportés ; si je me suis exprimée de manière ambiguë sur ce point, je m'en excuse. La doctrine est établie par le ministère de la santé sur la base d'un avis du HCSP. Sur une période décennale, les missions qui incombait à l'Eprus et ont été reprises par notre agence sont celles d'un opérateur qui agit sur instructions de l'État. Après cette période de crise, il apparaît que nous devons mobiliser notre expertise en interne et être force de proposition afin de coordonner la préparation de la doctrine ; c'est d'ailleurs ce que nous avons proposé au ministère, ce qui a reçu une réception favorable : il faut avoir une réflexion commune qui mobilise et coordonne l'expertise sur ces aspects.

Le stock stratégique de Santé publique France a une visée sanitaire. En dehors des professionnels de santé et des malades, on ne peut envisager aujourd'hui certaines des destinations que vous suggérez, mais qui n'entrent pas dans le périmètre actuel. Celui-ci pourrait toutefois évoluer. Par ailleurs, la connaissance détaillée de ces stocks a peut-être trop constitué au cours de la dernière période décennale une sorte de secret d'État. Nous considérons aujourd'hui que nous pouvons constituer une force de propositions pour la doctrine, plutôt qu'un simple exécutant. En outre, j'estime que cette réflexion doit être portée, avec tous ses éléments, devant la représentation nationale, de manière à ce que des discussions ouvertes soient menées sur la base d'une connaissance détaillée et actualisée de ces stocks stratégiques.

La partie démographique des certificats de décès est traitée par l'Insee au fil de l'eau ; la partie médicale est traitée par l'Inserm, que nous avons sollicité afin que l'informatisation soit la plus rapide possible. Il en est résulté les premiers chiffres que je vous ai donnés.

Le dispositif de la réserve sanitaire est encadré et sécurisé ; le transport et l'hébergement de ces professionnels est assuré. Ce dispositif témoigne de la solidarité nationale entre professionnels de santé ; il a vocation à être efficace en complément de l'organisation locale. Je tiens à rendre hommage aux 4 300 engagés, pour lesquels des contrats ont été signés, ce qui nous permet de les mobiliser sur la base des besoins de telle ou telle ARS. Parmi eux, 2 400 ont été mobilisés jusqu'à ce jour, ce qui est inédit depuis la création de la réserve sanitaire : on compte 31 000 réservistes-jours de mission cumulés. Ces mobilisations font l'objet d'un contrat spécifique. Nous nous sommes trouvés face à deux difficultés dans l'emploi de cette réserve : d'une part, les métiers les plus demandés, qui manquent structurellement parmi les professionnels de santé, étaient déjà sollicités sur le terrain ; d'autre part, il était difficile de mobiliser des retraités qui, de par leur âge, auraient été exposés à des risques accrus dans cette épidémie.

M. René-Paul Savary, président. – Qu'en est-il des respirateurs évoqués ?

Mme Nicole Pelletier. – À ma connaissance, ces respirateurs ne font pas partie des stocks stratégiques de Santé publique France, mais des stocks tactiques des établissements

de santé. Nous avons acheté d'autres respirateurs depuis le début de l'épidémie à l'attention des établissements de santé.

M. René-Paul Savary, président. – Merci de vos réponses ; nous attendons vos réponses écrites sur les points qui n'ont pu être évoqués faute de temps.

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

M. René-Paul Savary, président. – Nous poursuivons nos travaux avec l'audition, ce matin, de Mme Marisol Touraine.

Madame, mes chers collègues, je vous prie tout d'abord d'excuser l'absence de M. Alain Milon, président de cette commission d'enquête, retenu dans son département.

Vous avez été, madame Touraine, ministre de la santé de mai 2012 à mai 2017 et vous êtes actuellement présidente de l'organisation internationale Unitaid. Vous avez été entendue, le 1^{er} juillet dernier, par la commission d'enquête de l'Assemblée nationale. Votre mandat a précédé celui du gouvernement actuel et vous avez eu à connaître des crises sanitaires, notamment celle d'Ebola.

Nous aurons l'occasion de revenir sur certains points, qu'il s'agisse de la réorganisation des agences sanitaires, de la doctrine applicable en matière de masques – nous avons eu une discussion de plusieurs heures à ce sujet, hier – et du contrôle de son application ou encore de l'affectation des masques en cas de plan d'urgence.

Je vais vous donner la parole pour un propos introductif, mais, au préalable, conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, je vais vous demander de prêter serment.

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

Conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, Mme Marisol Touraine prête serment.

Mme Marisol Touraine, ancienne ministre de la santé. – Mon propos liminaire sera bref car l'essentiel de mon audition consistera, je crois, en nos échanges ultérieurs, afin que je puisse vous apporter les précisions que vous me demanderez sur tel ou tel point.

J'ai été ministre de la santé de 2012 à 2017. Au cours de cette période, même si nous n'avons pas connu de crise sanitaire aussi intense que celle que nous connaissons aujourd'hui – crise tout à fait exceptionnelle en raison de son caractère mondial et durable –, j'ai été amenée à traiter d'un certain nombre de situations : un coronavirus – le MERS-CoV, en 2013, beaucoup moins agressif que celui de la covid-19 –, la crise d'Ebola, qui a été particulièrement intense et qui m'a amenée à traiter de la question des stocks stratégiques, et des crises touchant les territoires ultramarins, dont les répercussions commencent à arriver en métropole : Zika, la dengue et le chikungunya. Par ailleurs, les attentats terroristes de 2015 et de 2016 ont également sollicité, bien que de manière différente, les services hospitaliers et le ministère ; ils ont posé la question de la réaction d'urgence et ont conduit à compléter la composition des stocks stratégiques.

La sécurité sanitaire a été pour moi une priorité constante depuis le premier jour de mes fonctions. Par-delà les crises d'ampleur, un ministre de la santé est confronté de manière quasi hebdomadaire à des situations de crise liées à des produits sanitaires ou à des procédures en cours – je pense par exemple à des essais cliniques – ; ce ministère est donc devenu un ministère de crise, qui doit gérer des urgences et des crises de diverses natures et qui doit mettre en place des protocoles, variables selon les situations, de prise en charge d'urgence de personnes, de situations et d'organisations.

Quand je suis arrivée au ministère, j'ai indiqué que la sécurité sanitaire serait l'une de mes priorités – pas la seule, évidemment – puisque j'avais été affectée par la crise de la grippe H1N1. À l'occasion de cette crise, la question de la nature et des modalités d'approvisionnement des stocks à détenir avait été posée ; j'ai donc soulevé, dès 2012, le sujet de la procédure d'acquisition, non des masques, qui ne posaient pas de difficulté particulière à ce moment-là, mais des vaccins antigrippaux.

Ainsi, la question des stocks stratégiques a été présente à mon esprit dès le départ et elle l'est restée tout au long du mandat. Je l'ai examinée périodiquement à l'occasion de crises ou d'interrogations stratégiques, quant à la manière d'envisager la réponse à apporter à certaines situations, comme l'épidémie de variole, sujet majeur de 2012 à 2017.

Quand je me suis trouvée confrontée aux enjeux de sécurité sanitaire et, au-delà, de santé publique – il me semble en effet important de resituer la question de la sécurité sanitaire dans le cadre plus général de l'approche de santé publique –, il m'est apparu que l'une des faiblesses du système français résidait dans l'éparpillement des agences chargées de questions de santé publique. C'était particulièrement frappant quand on procédait à des comparaisons internationales ; la France n'a pas une histoire, une culture, une tradition de santé publique, contrairement à certains autres pays et cette culture doit être rattrapée.

J'ai consacré beaucoup d'énergie et d'engagement, y compris devant vous, mesdames, messieurs les sénateurs, pour réorganiser notre système d'agences sanitaires – je vous remercie d'ailleurs de votre soutien sur cette démarche, puisque ma réponse à l'éparpillement des agences a résidé dans la création de Santé publique France, adoptée à l'unanimité des deux chambres – et pour lancer des actions de santé publique et de prévention par rapport au tabac, à l'alimentation ou à d'autres sujets.

Il faut l'avoir à l'esprit, la sécurité sanitaire s'inscrit dans une démarche globale de santé publique, dans une démarche populationnelle ; c'est le troisième point sur lequel je veux insister pour conclure mon propos. Ainsi, la question des doctrines est évidemment un enjeu majeur. Le ministre doit solliciter des organismes compétents – Haut Conseil de la santé

publique (HCSP), sociétés savantes et structures internationales, comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – pour définir le cadre de déploiement, de mise en œuvre opérationnelle, d'une action ou d'une politique.

La création de Santé publique France visait précisément à rassembler dans une même structure l'expertise scientifique, l'analyse de la recherche médicale et scientifique, la mise en place de messages de santé publique et de prévention et la déclinaison opérationnelle des politiques. La question de la doctrine en matière de santé publique est donc importante ; elle relève d'organismes dont la compétence scientifique est reconnue. Cela ne signifie pas que cette doctrine ne peut pas être remise en cause par les responsables politiques – c'est même leur responsabilité et leur rôle –, mais l'analyse et la proposition initiale doivent procéder des organismes compétents.

La doctrine est un sujet de réflexion pour vous, je le sais. En matière de masques, elle a été fixée en 2011, mais la réflexion date de 2010 ; c'est très clair dans les documents qui existent. Elle se poursuit jusqu'à aujourd'hui, puisque l'avis du Haut Conseil de la santé publique de mars 2020 ne remet pas en question la doctrine d'utilisation des masques. Cela dit, la question des masques n'est, pour moi, qu'un élément parmi d'autres ; je voulais surtout indiquer le cadre général dans lequel j'ai inscrit mon action, dans lequel j'ai traité de questions importantes de sécurité sanitaire.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Nous avons passé beaucoup de temps, hier, sur la question des masques.

Ma première question est presque anecdotique : je souhaite comprendre la gouvernance du ministère. On nous a parlé d'une lettre datée d'octobre 2018, émanant du directeur de Santé publique France et adressée au directeur général de la santé, qui n'avait été transmise ni au cabinet ni à la ministre elle-même. Selon vous, est-ce de bonne gouvernance qu'une information de cette nature soit traitée directement par la direction générale de la santé ? Le ministre est confronté à des dossiers multiples et de grande ampleur ; le niveau de traitement de cette information se situe-t-il bien à l'échelon d'une direction générale ?

Par ailleurs, pouvez-vous nous aider dans notre réflexion sur l'organisation de la réponse à une crise sanitaire et sur notre organisation de santé publique ? François Bourdillon nous a indiqué, lors de son audition d'hier, que vous aviez voulu créer une grande agence de santé publique. Or, depuis le début de la crise, on constate que cette agence ne paraît pas occuper une place si importante ; nombre d'acteurs se sont plaints de ne pas avoir affaire à elle, de ne pas avoir d'interlocuteurs déconcentrés, de ne pas comprendre son rôle dans cette crise. Quelle devrait être sa place ? Est-elle complètement déployée ou est-elle encore en construction ? Quel doit être son rôle dans la gestion d'une crise sanitaire ?

De façon plus générale, au regard de l'organisation d'autres pays, comment résoudre les questions essentielles du pilotage d'une épidémie et de l'articulation de ce pilotage avec la décision politique ? Prenons l'exemple de la stratégie des tests. Où doit se décider la stratégie d'utilisation des tests ? On réalise plus de 1 million de tests par semaine, c'est beaucoup, en effet, mais on a le sentiment qu'il n'y a pas eu de définition d'une stratégie en la matière. Où et comment devrait s'élaborer un processus de stratégie des tests ?

M. René-Paul Savary, président. – C'est une question précise...

Mme Marisol Touraine. – C’est aussi une question très globale, car il ne s’agit de rien de moins que de l’organisation institutionnelle de la gestion d’une crise.

Santé publique France est une agence assez jeune, car elle a 5 ans. Elle est encore en phase, sinon de croissance, du moins de maturation et de définition d’une culture à diffuser dans l’ensemble du pays.

Disons-le d’emblée, la taille et le périmètre d’action de Santé publique France me paraissent aujourd’hui satisfaisants. Je suis très dubitative face à certaines propositions d’élargissement du périmètre de cette agence. J’ai ainsi entendu évoquer l’idée d’un regroupement avec l’Agence nationale de sécurité sanitaire de l’alimentation, de l’environnement et du travail (Anses) ; je vous préciserai, si vous le souhaitez, le fondement de mes réserves structurelles fondamentales par rapport à ce rapprochement institutionnel. En tout état de cause, Santé publique France me semble être une structure bien installée et reconnue.

Quel doit être son rôle ? Santé publique France dispose de petites antennes au sein des agences régionales de santé (ARS). Depuis sa création, un débat oppose les partisans d’une autorité administrative indépendante et ceux, dont je suis, qui souhaitent placer clairement cette agence sous la tutelle du ministère de la santé ; c’est d’ailleurs ainsi dans les autres pays. En effet, lorsque l’on est confronté à des enjeux de souveraineté sanitaire et de protection de la population, il n’est pas envisageable que les décisions ultimes dépendent d’une autorité administrative indépendante et non du responsable politique.

Ma position à cet égard est très claire, peut-être est-elle aussi très traditionnelle : selon moi, en démocratie, ceux qui décident *in fine* doivent être ceux qui sont élus, ceux qui ont reçu un mandat de la population directement ou de façon déléguée, *via* le Président de la République. Le responsable politique doit assumer les décisions ; les agences et les administrations sont là pour éclairer, informer, suggérer et éventuellement – veuillez me pardonner cet anglicisme – *challenger* l’orientation du ministre.

Quelle place Santé publique France ou toute agence sanitaire doit-elle occuper dans la gestion d’une crise comme celle que nous connaissons ? Elle doit avoir une place de premier rang dans le conseil, y compris physiquement. En temps normal, Santé publique France, pour la période de 2015 à 2017, et les agences regroupées dans cet organisme – l’Institut de veille sanitaire (InVS), l’Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (INPES), l’Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) et Addictions Drogues Alcool Info Service –, pour la période de 2012 à 2015, se réunissaient une fois par mois, autour du directeur général de la santé, pour traiter de l’ensemble des questions qui les intéressaient.

Par ailleurs, entre 2013 et 2017, peut-être dès 2012, il y avait une instance spécifique centrée sur le directeur général de la santé, le comité d’animation sanitaire des agences (CASA). J’ai renforcé l’importance de cette structure informelle, en l’inscrivant dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; c’est donc devenu un dispositif officiel. Il est présidé par le directeur général de la santé, voire, si les circonstances l’exigent, par le ministre chargé de la santé et il se réunissait, lorsque j’étais aux affaires, selon un rythme hebdomadaire autour du directeur général de la santé.

Par ailleurs se sont tenues des réunions régulières entre mon directeur de cabinet et les directeurs d’agence et j’ai moi-même rencontré ces derniers en période de crise. Ainsi,

j'ai reçu, de façon très fréquente, lors de crises, le directeur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et François Bourdillon m'a rencontrée lors d'épisodes de grippe, à propos du virus Zika, de la dengue et du chikungunya.

Ce fonctionnement peut, peut-être, être amélioré ou précisé, mais le fait qu'une agence fasse des propositions sur ses compétences à une autorité politique, laquelle arbitre et décide, me semble être le bon dispositif.

Vous m'interrogez spécifiquement sur les tests ; je n'ai pas été amenée à mettre en place ce genre de dispositifs, mais la définition d'une stratégie générale relève, à mon sens, de l'autorité politique, sur proposition, le cas échéant, d'une agence ou de la direction générale de la santé ; ensuite, sa déclinaison est confiée à des organismes spécifiques.

M. René-Paul Savary, président. – *Quid* de la lettre non transmise sur la stratégie des stocks ?

Mme Marisol Touraine. – Je vais vous indiquer la façon dont j'avais, pour ma part, défini les choses. Je viens de vous le dire, j'ai toujours considéré qu'il appartenait au ministre, au Premier ministre, au Président de la République, de décider ; les administrations sont là pour identifier les sujets qui relèvent de la décision politique. Voilà l'enjeu.

La question n'est pas : « est-ce que tout doit remonter au ministre ? » ; la réponse serait évidemment : « non », car, eu égard au nombre de décisions à prendre et d'arbitrages à rendre dans un ministère, notamment au ministère de la santé, dans lequel se posent quotidiennement des questions difficiles, tout ne peut remonter au ministre. L'enjeu est donc de définir clairement l'articulation entre le ministre et ses services.

Pour ma part, je l'ai indiqué à l'Assemblée nationale, je n'aurais pas imaginé qu'une décision jugée stratégique par mes services ne me soit pas soumise ; je ne peux évidemment pas dire que ce n'est pas arrivé, par définition. Ainsi, le lien de confiance que j'ai établi avec mes deux directeurs généraux de la santé successifs – Jean-Yves Grall d'abord, puis, pendant plus longtemps, Benoît Vallet, lequel a été, pour moi, un appui constant et d'une très grande fiabilité – a été un atout précieux. En effet, Benoît Vallet et moi nous accordions sur ce qui devait être arbitré à son niveau et ce qui devait remonter au mien. Cela dit, rien n'est écrit, rien n'est gravé en la matière, et un ministre peut faire des choix différents de son prédécesseur ou de son successeur.

J'avais clairement indiqué – et je crois avoir été entendue – que je devais être informée des choix stratégiques à opérer, mais tout cela relève du réglage quotidien, de l'informel ; c'est la vie d'une administration, ce ne sont pas des protocoles écrits. J'avais un lien direct avec Benoît Vallet, qui poussait facilement la porte de mon bureau et que j'appelais tout aussi facilement, sans protocole écrit.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteur. – Je veux revenir sur Santé publique France. La création de cette agence a été la réponse que vous avez apportée à l'éparpillement des structures existant antérieurement ; vous souhaitiez qu'elle rassemble l'expertise, l'analyse de la recherche scientifique et d'autres missions. Vous avez déclaré que, selon vous, cette agence est aujourd'hui une structure bien installée et bien reconnue. Pourtant, il est ressorti des auditions que nous avons menées précédemment que, au contraire, Santé publique France n'est pas du tout reconnue. Les acteurs que nous avons entendus – responsables politiques, chefs de service ou autres – nous ont dit n'avoir quasiment jamais de contact avec

Santé publique France, voire qu'ils n'en connaissent pas l'existence. Pourquoi donc Santé publique France est-elle si peu connue ?

Par ailleurs, si Santé publique France a vocation à rassembler l'expertise et l'analyse de la recherche scientifique, pourquoi avoir eu besoin de constituer un conseil scientifique ? Quel est le défaut dans l'organisation actuelle ?

Enfin, quel est votre avis sur l'équilibre, ou le déséquilibre, que nous avons constaté, dans la gestion de cette crise, entre la médecine de ville et l'hôpital, sur la gestion très hospitalo-centrée de l'épidémie ?

Mme Marisol Touraine. – J'entends votre observation sur le caractère méconnu de Santé publique France pour certains observateurs ou acteurs. Je ne sais pas si ceux-ci avaient une meilleure connaissance des organismes antérieurs, mais l'installation des structures, des institutions, prend forcément un certain temps. Cinq ans, c'est peu, d'autant que l'agence a été préfigurée en 2015 mais qu'elle a été mise en place en 2016 et que ses premiers mois ont été consacrés à réunir, à rassembler, à organiser. Ainsi, au fond, cette agence a 3 ans de vie active ; elle est donc jeune et il faudra du temps.

Si l'on identifie, à l'occasion de cette crise, des manques, il faudra y répondre et étudier la façon de mieux installer Santé publique France dans le paysage, mais ma conviction demeure : Santé publique France est nécessaire. Son fonctionnement peut-il être amélioré ? Peut-être. Son identification par les partenaires peut-elle être renforcée ? Peut-être. Toutefois, a-t-on besoin, en France, d'une telle structure ? Clairement, oui.

Je le précise, sa création n'a pas été décidée sur un coup de tête. En 2013, j'ai demandé une étude comportant une comparaison internationale à Benoît Vallet, directeur général de la santé, et Françoise Weber, directrice générale de l'InVS ; ces deux personnes n'avaient pas de parti pris, puisque l'un était directeur général d'administration et que l'autre dirigeait une structure qui a été ensuite absorbée par Santé publique France.

Or il est apparu que la France était le seul pays de l'OCDE n'ayant pas de structure de cette nature. L'absence de cette structure exprimait bien sûr quelque chose : que la santé publique n'était pas l'approche privilégiée par la France. Nous sommes un très grand pays de médecine ; la culture médicale française, la culture du soin, est l'une des plus performantes et des plus remarquables au monde, parce qu'elle s'inscrit dans une histoire de plusieurs siècles ; la culture de la clinique a tout de même été inventée dans notre pays.

La culture de la santé publique a pris ses racines dans les pays anglo-saxons. Ce n'est pas parce que nous ne voulons pas que la médecine française ressemble à celle qui existe aux États-Unis ou au Royaume-Uni que nous ne devons pas prendre en considération la capacité des Britanniques, notamment, à conduire, depuis 1945, des études de santé publique sur des cohortes importantes. Quand on entend parler d'études portant sur 600 000 ou 900 000 individus, on réalise la marche à franchir. C'est pourquoi je maintiens que, si nous voulons que la France devienne aussi un grand pays de santé publique – et cela ne se fera pas du jour au lendemain –, nous avons besoin de Santé publique France.

Par conséquent, les éventuelles faiblesses de la perception ou de l'inscription dans le paysage sanitaire français de Santé publique France se résoudront non pas par le démantèlement de celle-ci mais par son amélioration. La difficulté de Santé publique France à

s'imposer provient aussi de notre difficulté à penser à partir des catégories de santé publique. J'en avais fait une priorité ; cela fut une préoccupation constante pour moi.

Vous me demandez, en second lieu, pourquoi créer un conseil scientifique. Je peux comprendre que le Président de la République, auprès duquel est placé ce conseil, ait souhaité disposer d'un comité rassemblant des personnalités reconnues et d'horizons divers, pour éclairer sa décision. Cela ne me paraît pas choquant ni gênant dans le contexte de la crise très particulière que nous connaissons.

Il est toujours difficile de savoir comment on aurait soi-même agi dans telle ou telle situation. Néanmoins, indépendamment de la création du conseil scientifique – lequel, je le répète, me semble être une démarche intéressante –, il m'aurait également paru intéressant de constituer un comité de liaison entre les agences impliquées, comme le CASA, c'est-à-dire l'utilisation des ressources des agences existantes, autour du ministre de la santé ou du directeur général de la santé.

En tout état de cause, je ne souhaite pas porter de critique, car on est dans l'à-peu-près. On aurait pu imaginer un modèle différent, dans lequel le conseil scientifique aurait compté, outre les personnes qui le composent, des représentants des agences institutionnelles. Je l'ai dit à Jean-François Delfraissy – ce n'est d'ailleurs pas lui qui en est responsable –, dans une telle crise, il faut embarquer les acteurs des administrations, pour leur éviter de sentir abandonnés, délaissés. Toutefois, ce n'est pas une critique ; je le répète, je l'ai indiqué à l'Assemblée nationale, je ne me sens pas en mesure de donner des leçons. Il vous appartient de tirer des enseignements de vos auditions.

Cela m'amène à la question sur les tests. Certaines décisions prises pour de bonnes raisons peuvent avoir des effets négatifs inattendus, qui n'étaient pas voulus. On peut dire ensuite « ce n'est pas bien », mais, sur le moment, d'autres facteurs peuvent l'expliquer.

En ce qui concerne la balance entre médecine de ville et hôpital, il y a sans doute un tropisme hospitalier dans notre pays ; ce point pourra probablement être amélioré. Il n'en reste pas moins que l'enjeu majeur résidait dans les cas graves. Or, dès lors qu'il y avait cas grave, il y avait nécessairement recours aux établissements hospitaliers. Je ne sais pas comment cela s'est passé ni s'il y a, en particulier, des progrès possibles dans l'articulation entre public et privé. Par ailleurs, le développement de la télémédecine, des téléconsultations, est de nature à marquer durablement notre paysage sanitaire et à faciliter la participation de nos professionnels de ville à la gestion de crise.

Je veux citer, pour finir, le dispositif de crise ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles). Quand j'ai institutionnalisé ce mécanisme, qui existait depuis un certain temps mais qui a été installé en 2014, a été inscrit dans la loi courant 2016 et a fait l'objet des décrets d'application en Conseil d'État en octobre 2016, nous avons produit un guide. Comme tous les guides, celui-ci est imparfait et il s'améliore au fil du temps, mais il identifie cinq situations de crise et il précise systématiquement trois procédures à suivre territorialement pour la formation et la mobilisation : l'une avec les établissements hospitaliers, la seconde avec les professions libérales, notamment médicales, et la troisième avec les établissements médicosociaux et les Ehpad (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Le directeur général de la santé et moi-même avons voulu cette structuration et ce guide précise très clairement que, dans la gestion d'une crise, ce sont les trois axes de mobilisation qui doivent être suivis.

M. René-Paul Savary, président. – Si j’ai bien compris, vous n’auriez donc pas forcément créé un conseil scientifique, madame Touraine.

Mme Marisol Touraine. – C’est une décision du Président de la République ; moi, j’étais ministre de la santé. Je ne sais pas ce qu’aurait fait le Président de la République de l’époque.

M. René-Paul Savary, président. – Lorsque les agences ont été regroupées au sein de Santé publique France, certains s’en souviennent, il y avait aussi une volonté de rationaliser et de mettre en commun les fonctions support. Par conséquent, les moyens regroupés n’ont pas été aussi importants que ceux des agences prises séparément. Cela m’avait marqué à l’époque...

Mme Marisol Touraine. – Les fonctions support de l’agence ont effectivement été rationalisées ; il n’était pas utile d’avoir un responsable des finances, un responsable de la communication et un responsable des ressources humaines pour chaque agence fusionnée. Du reste, si vous vous reportez au rapport du sénateur Francis Delattre de 2015, intitulé *L’Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) : comment investir dans la sécurité sanitaire de nos concitoyens ?*, abondamment cité à l’appui de thèses qui ne figurent pas dans ce rapport – celui-ci défend la création de Santé publique France et l’intégration de l’EPRUS au sein de cette dernière –, il est indiqué, à la page 31, qu’il est souhaitable que cette création se fasse de manière respectueuse des deniers publics et soit l’occasion de rationaliser certaines dépenses.

Sur toutes les travées, ici et à l’Assemblée nationale, s’était exprimée la volonté que les dépenses publiques des agences de santé soient maîtrisées. Il ne faudrait donc pas que ceux qui demandaient, alors, une maîtrise plus forte des dépenses de santé que celle que je proposais déplorent aujourd’hui que cette maîtrise soit excessive. Certains ont été constants dans leur position, mais, quand j’entends les autres, je me dis que j’aurais aimé bénéficier de leur appui quand je devais me battre pour obtenir des ressources...

M. René-Paul Savary, président. – Vous avez raison, mais le rapport Delattre émanait de la commission des finances, non de la commission des affaires sociales.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. – En effet, même si l’on peut émettre quelques critiques, il est vrai que l’on disait beaucoup, à l’époque, qu’il y avait une multitude d’agences et qu’il fallait procéder à des regroupements.

Vous avez répondu clairement sur les règles de communication entre les services et le ministre ; si j’ai bien compris, c’est à la direction générale, une fois les règles établies, de juger de la nécessité de transmettre ou non une information.

Ma première question a trait au conseil scientifique. Vu votre description du rôle de Santé publique France – on voit bien que, au Royaume-Uni ou ailleurs, les études de santé publique ne portent pas sur des situations de crise pandémique très violente telles que celle que nous avons connue –, on peut comprendre la volonté de constituer une instance supplémentaire comme le conseil scientifique. Ce qui est peut-être gênant, en revanche, c’est la part très médiatique qu’on lui a donnée. On a pu avoir l’impression que ses avis étaient quasi publics. Il aurait peut-être été préférable que ce conseil fournisse des éléments au Premier ministre et au Président de la République, à charge pour eux de les communiquer ensuite. Cela aurait engendré, à mon sens, moins de confusion. Partagez-vous cet avis ?

Ma seconde question porte sur le pilotage de la crise. Certaines des personnes que nous avons entendues en audition ont souvent déploré une gestion essentiellement sanitaire de la crise au détriment, peut-être, de la logistique ; les ARS ne sont pas faites pour la logistique, d'où certaines difficultés. Selon vous, aurait-il fallu mettre en place un système de commandement reposant sur un partage des rôles plus grand entre le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur ?

On nous a aussi fait part de difficultés de coordination, voire de contradictions, entre les ARS et les préfetures, dans certains territoires. Selon vous, quelle serait l'organisation correcte ?

Il y a également eu une faiblesse à l'échelon européen. Lorsque l'épidémie s'est intensifiée en Italie, les différentes agences ne se sont pas coordonnées sur le stock d'équipements de protection. Pourquoi ? Pourquoi n'y a-t-il pas eu de communication commune sur le port du masque ou les tests ? Comment améliorer cela ?

J'ai également une question sur l'alerte. Si vous aviez été ministre de la santé en janvier dernier, sur quels organismes vous seriez-vous appuyée pour avoir une alerte ? Agnès Buzyn a déclaré, le 24 janvier dernier, que le virus avait très peu de risque d'arriver en France ; je me demande sur quelles études elle se fondait pour dire cela, même si les connaissances ont évolué par la suite. S'agissait-il de modélisations de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ? Quels sont les organismes chargés de donner l'alerte lorsqu'apparaissent des signaux dans un pays comme la Chine ?

Enfin, pourquoi n'est-il pas opportun d'intégrer Santé publique France à l'Anses ?

Mme Marisol Touraine. – Pour ce qui concerne le conseil scientifique, ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit. Je ne dis pas que je n'aurais pas souhaité la création d'un tel conseil. Dans une crise si décisive, il est évident que la décision ne dépend pas uniquement du ministre de la santé ; je veux le marteler, quelles que soient les organisations, que l'on ait affaire à une agence sanitaire, à une préfecture, ou autre, le caractère interministériel de la décision est évidemment fondamental dans une crise de ce type. Lors d'une crise comme celle d'Ebola ou comme celle dite « des bébés de Chambéry » ou d'essais cliniques, le ministre de la santé avait un contact plus qu'étroit avec Matignon, le chef d'orchestre de l'interministériel, et avec les conseillers du Président de la République. Donc, que l'on crée un conseil scientifique placé auprès du Président de la République ne me trouble pas, ne me choque pas.

Personnellement, je pense qu'il est nécessaire d'associer, sous une forme ou sous une autre, dans le conseil ou ailleurs, des structures institutionnelles qui continueront d'exister au-delà de la crise, parce que le conseil scientifique ne fait pas la même chose que Santé publique France.

La question de l'opinion publique est majeure et le sujet que vous abordez a dû être débattu au sein de ces instances. La structure à peu près équivalente qui a été mise en place au Royaume-Uni rendait, au début, des avis confidentiels au pouvoir politique ; l'autorité politique prenait ses décisions ensuite. Cela a d'autres inconvénients. Je ne sais pas si c'est toujours le cas aujourd'hui, mais cela pose le problème inverse, celui de la transparence de la décision.

La difficulté consiste donc à associer l'opinion publique, à l'heure où les réseaux sociaux et où les chaînes d'information en continu dominent tout. Les débats entre

scientifiques ne datent pas d'aujourd'hui, il y en a toujours eu ; j'en ai connu sur nombre de décisions importantes : certains disaient « noir », d'autres « blanc », d'autres encore « gris » et il faut arbitrer entre des positions différentes. Or ce qui se passait autrefois à huis clos, dans un congrès ou dans le cabinet du ministre, se passe aujourd'hui en direct à la télévision ou sur les réseaux sociaux.

Face à cela, il faut trouver les mécanismes permettant à l'opinion publique d'être informée de la décision, d'y participer, mais c'est plus facile à dire qu'à faire. On n'imagine pas, dans une situation d'urgence, des conseils comme celui qui a été mis en place pour l'écologie – une bonne démarche à mon sens – ou comme les comités citoyens que j'avais institués pour la vaccination et que j'avais placés sous la responsabilité d'un professeur de médecine reconnu de Necker. Peut-être faudrait-il réfléchir, maintenant, aux dispositifs pouvant être activés, en situation d'urgence, pour associer l'opinion publique, afin que celle-ci se sente éclairée sur les décisions prises et qu'elle n'ait pas le sentiment, que j'ai moi-même eu, d'être noyée sous l'information.

Dès lors qu'un sujet est considéré comme stratégique, c'est au ministre de prendre les décisions. C'est, à mon sens, l'enjeu majeur du pilotage et du suivi.

Pour les stocks stratégiques, j'ai été conduite – malheureusement – à prendre des décisions régulières, du fait des réorientations et des choix à opérer.

Avant même ma prise de fonctions, on m'avait dit que les procédures d'acquisition des vaccins antigrippaux étaient un sujet de préoccupation. On avait acheté beaucoup de vaccins lors de l'épidémie de grippe H1N1 et ils se périmaient. J'ai travaillé à des procédures d'acquisition groupées à l'échelle européenne. Nous sommes parvenus à les créer, mais ce travail a pris du temps. En attendant, nous avons, dès 2012, mis en place des procédures nationales de marchés de réservation, qu'il s'agisse de la production ou de l'acquisition auprès des laboratoires pharmaceutiques, pour le marché français. Les négociations menées en parallèle avec l'Union européenne ont abouti à un accord, ratifié par le Parlement fin 2016 ou tout début 2017.

Plusieurs alertes avaient été émises, en particulier par l'OMS, au sujet de la variole : on craignait une épidémie d'origine terroriste. Nous avons demandé l'avis confidentiel du HCSP, qui a recommandé l'achat de vaccins de troisième génération. J'ai acheté exactement le nombre préconisé de doses de nouveaux vaccins, mais j'ai également maintenu les anciens vaccins, de première et de deuxième générations. Le HCSP suggérait de cibler des populations particulières, mais, à mes yeux, nous ne pouvions pas renoncer à tous les vaccins que nous avions et qui pouvaient servir à protéger une population plus large. Le débat a été intense entre le cabinet et la direction générale de la santé, mais aussi avec Bercy.

De même, pour le Tamiflu, nous avons été placés face à une difficulté : le service de santé des armées a réduit la durée de validité de cet antiviral. Du jour au lendemain, des produits ont été considérés comme périmés. Je ne suis pas sûre qu'ils fussent devenus, de ce fait, moins utilisables, mais il a fallu prendre un certain nombre de décisions en conséquence.

La gestion d'une crise sanitaire sur le territoire exige une articulation entre le préfet et l'ARS. Il me paraît inconcevable que, dans de telles circonstances, l'ARS n'ait pas une responsabilité clairement identifiée.

Je suis un défenseur des ARS. J'ai voté pour leur création lorsque Mme Bachelot l'a proposée *via* la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST. Aujourd'hui, les directions générales de ces agences sont toutes de très haut niveau. Reste une difficulté à l'échelle des départements : les délégations départementales des ARS sont inégales, faute d'un corps dédié, à l'image de la préfectorale. Les personnes concernées n'ont pas toutes la même capacité ou la même habitude de travailler avec les élus. Mais cette organisation peut être trouvée.

Manuel Valls, alors ministre de l'intérieur, et moi avons pris, en août 2013, une circulaire détaillant la manière dont devrait s'organiser le circuit de distribution des stocks stratégiques en cas de crise sanitaire majeure, notamment de pandémie. Cette organisation reposait, de manière très claire, sur une articulation entre l'ARS et le préfet. Avant même la directive prise par Xavier Bertrand en 2011, il était très clair que les ARS avaient une responsabilité à l'échelle des zones de défense, également en lien avec les préfets.

De plus, dans notre circulaire, Manuel Valls et moi-même indiquions la nécessité d'une ligne stratégique définie nationalement et d'un circuit opérationnel défini localement. Cette circulaire décrit les circuits, notamment pour les masques, entre autres équipements de protection individuelle, en distinguant les circuits de droit commun – à savoir les pharmacies – et les circuits spécifiques – à savoir les collectivités territoriales.

En 2013, l'organisation stratégique était donc définie et la déclinaison locale était prévue. Tout est écrit noir sur blanc.

Pour ce qui concerne l'alerte, il y a incontestablement une faiblesse européenne : ce constat fait consensus. Je le regrette d'autant plus que la France s'est beaucoup engagée, en 2012 et 2013, pour la signature du règlement sanitaire international, sous l'égide de l'OMS, et, à l'échelle européenne, pour la mise en place d'un comité de liaison entre les pays en cas de crise sanitaire.

Il existe une structure d'alerte, basée à Stockholm : le centre européen de prévention et de contrôle (ECDC). Des améliorations peuvent lui être apportées, dans le cadre de cette Europe de la santé que la présidente actuelle de la Commission européenne appelle de ses vœux.

Cela ne signifie pas que la politique de santé doit être uniquement définie à l'échelle européenne et déclinée de la même manière dans tous les pays ; il faut prendre en compte l'enjeu de souveraineté sanitaire et de protection de la population et, évidemment, cette politique est aussi du ressort des gouvernements nationaux. Toutefois, qu'il s'agisse de l'alerte, de la constitution de stocks d'appui ou encore de la circulation de l'information, qu'il convient de rendre plus régulière, il y a un enjeu.

Qui alerte ? L'OMS a un rôle fondamental à cet égard et la direction générale de la santé est la structure où convergent les informations portées à la connaissance du ministre. Le directeur général de la santé a donc un rôle tout à fait central.

Au sujet de l'Anses, j'émetts deux réserves structurelles.

Premièrement, l'Anses est une structure d'autorisation ; elle autorise des produits dont, le cas échéant, Santé publique France évalue ensuite l'impact sur la santé des

populations. Il n'est pas sain que l'agence d'autorisation et l'agence d'évaluation soient réunies dans une même structure.

Deuxièmement, l'Anses dépend de cinq ministères : la santé, l'agriculture, l'environnement, la consommation et le travail. Je ne suis pas certaine que ce soit un élément facilitateur.

Mme Laurence Cohen. – La décision doit effectivement revenir au politique ; les agences sont là pour l'éclairer, le conseiller et l'accompagner. Néanmoins, au fil des auditions, nous avons l'impression d'une déperdition d'énergie entre, d'une part, les conseils et les expertises des agences et, de l'autre, la prise de décision politique, laquelle n'a pas toujours été au rendez-vous. S'agit-il d'un manque de coordination ? Y a-t-il eu trop d'experts ? Ou s'agit-il d'une responsabilité du directeur général de la santé ?

Comme ministre, vous avez bel et bien suivi une démarche de maîtrise des dépenses de santé. Vous avez été soutenue par un certain nombre de membres de cette assemblée. Certains voulaient même que vous alliez plus loin dans la restriction des budgets de la sécurité sociale. À l'opposé, avec mon groupe, j'ai dit avec constance qu'il s'agissait d'une erreur politique lourde. Vous avez réduit l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et fermé bon nombre d'établissements et de lits. Or, face à cette pandémie, on a manqué considérablement de lits d'hospitalisation. Pouvez-vous nous éclairer sur cette question ?

Enfin, au sujet des masques, je n'arrive toujours pas à comprendre : comment notre pays est-il passé d'une position de pointe, avec un objectif de 1 milliard de masques nécessaires pour la population, de 117 millions de masques chirurgicaux et de 600 millions d'unités pour les soignants en cas d'épidémie, à la situation que nous avons vécue ? Pourquoi cette baisse des stocks ? Je la comprends d'autant moins que, de 2013 à 2015, le Pr Salomon était votre conseiller chargé de la sécurité sanitaire. Il a donc, me semble-t-il, une responsabilité dans la gestion des stocks, et peut-être aussi au sujet des stocks de masques périmés dont il s'est séparé. Je lui ai posé la question hier, mais il ne m'a pas répondu.

Mme Victoire Jasmin. – On peut déplorer un manque d'évaluation des mesures prises. Dans une autre vie, j'ai été responsable d'un laboratoire en Guadeloupe, qui a connu de nombreuses épidémies – le H1N1, la dengue, Ebola, le chikungunya, le virus Zika, *etc.* J'ai constaté combien la gestion de proximité était nécessaire pour dresser les inventaires et procéder aux ajustements. Il faut donc revoir les différentes doctrines d'évaluation, à chaque niveau et à chaque stade.

Mme Angèle Prévaille. – Premièrement, vous affirmez que le but assigné à Santé publique France était, notamment, de « *challenger* » l'orientation du ministre. En outre, vous avez évoqué l'enjeu de gestion d'une crise à l'échelle interministérielle. Mais avez-vous prévu l'articulation avec le conseil de défense et, dans l'affirmative, comment la concevez-vous ?

Deuxièmement, les décès en Ehpad ont été très nombreux. En Allemagne, ces structures ont déploré bien moins de morts. Les personnes âgées y font l'objet d'une priorité absolue. On sait de longue date que, face à de telles épidémies, elles sont particulièrement fragiles. Comment mettre en œuvre cette priorité ? Pourquoi n'existe-t-elle pas dans notre pays ?

M. René-Paul Savary, président. – Le 3 mars, le Gouvernement a décidé des réquisitions de masques. Était-ce le bon choix ?

Mme Marisol Touraine. – Madame Cohen, les conseils des agences se sont-ils perdus ? Honnêtement, je n'en sais rien. En tout cas, lorsque j'étais ministre, je réunissais ou consultais les directeurs d'agence que je devais voir, ainsi que le directeur général de la santé.

Oui, nous avons assuré une maîtrise des dépenses, mais les dépenses hospitalières n'ont cessé d'augmenter, y compris entre 2012 et 2017, ce qui m'a d'ailleurs valu un certain nombre de critiques. De plus, les fermetures de lits n'ont pas été un enjeu majeur dans tous les secteurs.

Contrairement à ce que j'entends parfois, l'emploi a augmenté à l'hôpital entre 2012 et 2017 : pendant ces cinq années, les hôpitaux publics ont gagné 36 000 soignants et, globalement, 56 000 agents. C'est une augmentation significative.

Quant au nombre de lits, il doit être manié avec précaution. Le nombre de lits en médecine a connu une légère augmentation – 700 lits ont été créés entre 2012 et 2017. Quant à la baisse significative en chirurgie, elle s'explique par le développement de la chirurgie ambulatoire. Ce mouvement se poursuit. Il correspond à une réalité internationale. La volonté est que les patients puissent rentrer chez eux plus rapidement, que des opérations aujourd'hui moins lourdes que par le passé se déroulent dans des conditions différentes. Je pense au déploiement de l'hospitalisation à domicile, ou encore aux hôtels hospitaliers – leur nombre est encore insuffisant, mais j'espère qu'il augmentera –, où l'on peut suivre les personnes pendant vingt-quatre heures.

On ne peut pas, d'une part, affirmer qu'il faut impliquer davantage la médecine libérale et renforcer la médecine ambulatoire et, d'autre part, considérer que l'on doit continuer à faire à l'hôpital ce qui peut aussi se faire en ville.

Je le maintiens, la baisse du nombre de lits en chirurgie s'explique par le développement de la chirurgie ambulatoire. À cet égard, la France était en retard par rapport à ses voisins. En France, en 2011-2012, 36 % d'actes de chirurgie étaient réalisés en ambulatoire, contre 50 % dans les pays du Nord. Évidemment, ces chiffres ont dû évoluer depuis lors.

Pour ce qui est de la réanimation, il faut également faire preuve de beaucoup de précautions. Les comparaisons peuvent être trompeuses. L'Allemagne affiche des nombres de lits de réanimation très élevés, mais, dans cette catégorie, elle comprend des lits que nous n'incluons pas dans cet ensemble.

Grosso modo, en 2009, la France dénombrait 6 200 lits de réanimation au sens strict, moins de 5 000 en 2012 et un peu plus de 5 000 en 2013. Puis, le chiffre s'est stabilisé jusqu'en 2017. Pour ce qui concerne les lits, nous distinguons la réanimation, les soins intensifs et les soins de surveillance continue. J'ai lu dans la presse des déclarations de certains responsables de sociétés savantes et de syndicats dans le domaine de la réanimation. Selon eux, le nombre juste de lits de réanimation au sens strict s'établirait aux alentours de 6 000.

Il faut aussi savoir reconnaître ce qui a fonctionné. Un des grands succès que nous avons connus lors de cette crise, c'est la montée en puissance du nombre de lits dans les

hôpitaux, assurée en lien étroit avec les ARS. À ce titre comme pour les transferts de malades, ces agences ont beaucoup travaillé avec les hôpitaux. La France a fait preuve d'un esprit d'innovation tout à fait remarquable.

Mme Laurence Cohen. – Le personnel hospitalier !

Mme Marisol Touraine. – Tous les pays n'ont pas été capables d'en faire autant et, à l'étranger, on regarde avec intérêt ce que la France a accompli.

Je suis très humble ; je ne dis pas que tout était parfait lorsque j'étais ministre, ou encore que tout est parfait aujourd'hui – je n'en sais rien. Je dis simplement que, dans les hôpitaux, on n'a pas forcément besoin de 20 000 lits de réanimation au sens strict ; je ne suis pas en responsabilité et je ne suis pas à même de dire combien de lits seraient nécessaires en permanence.

Le niveau, le renouvellement et la qualité des stocks sont trois questions qui doivent être appréciées ensemble. Quand j'ai quitté le ministère de la santé, il existait un stock de 754 millions de masques chirurgicaux. On peut dire que ce n'est pas assez, mais je le maintiens : si ces stocks avaient été opérationnels en 2020, la perception du début de la crise aurait été très différente. La gestion de la crise l'aurait-elle été ? Je ne peux pas le dire, et je ne me permettrai pas de le dire.

Les masques laissés en 2017 étaient-ils utilisables ? Pendant toute la période où j'étais ministre, la question de la qualité des masques a été évoquée et évaluée de manière régulière, et une évaluation plus large a été demandée par le directeur général de la santé.

L'idée de base était que les masques chirurgicaux ne se périment pas. C'est la responsabilité des fabricants d'indiquer, ou non, une date de péremption : il n'y en avait pas. Malgré tout, la qualité des stocks de masques faisait l'objet d'un suivi régulier par des sondages aléatoires ; aucune alerte ne m'est jamais remontée à cet égard. Un pharmacien-chef, issu de l'Eprus, est chargé de ce travail au sein de Santé publique France. Il a précisément pour mission d'assurer ce suivi. Il a fait remonter des alertes sur d'autres sujets, mais jamais sur les masques.

Il n'y a pas eu de gestion lointaine des stocks par principe ; il y a eu des remontées, sur des sujets qui appelaient des décisions stratégiques – je les ai évoqués : il s'agit du Tamiflu, des antigrippaux ou encore de la variole –, et des alertes au titre de la péremption. Mais la question des masques n'est jamais remontée.

Entre 2017 et 2020, certains de ces équipements avaient-ils vieilli au point de devenir inutilisables ? Je n'en sais rien. Ce que je sais, c'est que tous les lots de masques envoyés à la destruction en 2018 et 2019 n'ont finalement pas été détruits, pour des raisons sur lesquelles il serait trop long de revenir. À ce moment-là, le Gouvernement a demandé une nouvelle étude à la direction générale de l'armement (DGA) et à l'ANSM. Cette étude sort en mars 2020 et conclut : « Ces essais montrent que les masques testés présentent toujours des performances de filtration d'aérosols proches de leur qualité initiale. » En conclusion, ils peuvent être employés, non dans un environnement sanitaire, mais par le grand public.

Or les stocks stratégiques étaient principalement destinés à la population générale – les malades et leur entourage. L'Eprus et la direction générale de la santé ont dû considérer que le maintien des stocks stratégiques élevés était une priorité, ce qui n'était pas une

évidence : un pays comme l'Allemagne n'avait pas de stocks stratégiques. Pourtant, l'Allemagne a bien géré la crise de la covid. À l'évidence, les faits doivent être analysés de manière plus fine.

À aucun moment l'on n'a pris la décision de réduire les stocks stratégiques. Certains déclarent qu'il n'y avait aucun masque, ou qu'il y en avait 100 millions. Contrairement à ce qu'ils affirment, les stocks étaient de 754 millions de masques. Ont-ils été évalués entre 2012 et 2017 ? La réponse est oui. Étaient-ils tous utilisables ? Je ne le sais pas. Une partie a été détruite et je ne suis pas en mesure de me prononcer sur la qualité des stocks détruits. Ce que je sais, c'est que certains stocks qui devaient être détruits et ne l'ont pas été se sont révélés utilisables par le grand public.

À aucun moment l'on n'a remis en cause la doctrine selon laquelle nous devons tendre vers 1 milliard de masques. Nous n'en avons pas autant, mais nous en avons acquis 140 millions pendant les cinq années que j'ai passées au ministère de la santé – 100 millions de masques pour adulte et 40 millions de masques pédiatriques – et nous avons toujours eu pour objectif d'accroître ce stock.

Des décisions stratégiques ont dû être prises à d'autres moments. Elles ont conduit, entre l'Eprus et la direction générale de la santé, à des arbitrages qui ne me sont pas remontés. Ils ont conduit à ne pas augmenter tout de suite davantage le stock de masques. Mais, s'ils ont été possibles, c'est parce que, selon nos analyses, nous avions suffisamment de masques pour faire face au début d'une crise, et même au-delà ; notre responsabilité, c'était la protection de la population générale. Nous devons donc avoir des masques chirurgicaux, et, pour ce qui concerne la qualité des masques dont nous disposons, nous n'avons aucune raison d'avoir des interrogations ou des doutes.

J'y insiste : en 2017, les stocks étaient en ordre de marche.

Les conseils de défense permettent au Président de la République d'animer une réunion spécifique ; j'ai moi-même participé à des conseils de défense où les questions de santé étaient en jeu, notamment lors des attentats de 2015.

Enfin, pour ce qui concerne les Ehpad, il s'agit largement d'une question de culture. Avec Michèle Delaunay et Laurence Rossignol, nous avons travaillé à un projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement. Ce texte portait principalement sur les personnes âgées à domicile. L'idée fondamentale était que la prise en charge des personnes âgées, à domicile ou en Ehpad, suppose une acculturation de la société : la société tout entière doit comprendre que des réajustements sont nécessaires face au vieillissement de la population, dans la manière de concevoir les villes, les transports, ou encore les relations entre les générations. De telles évolutions prennent du temps.

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

La réunion est close à 11 heures.

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

La réunion est ouverte à 11 h 5.

Audition de Mme Roselyne Bachelot, ancienne ministre de la santé

M. René-Paul Savary, président. – Nous poursuivons nos travaux avec l’audition de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé de mai 2007 à novembre 2010.

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

Comme ministre de la santé, vous avez eu à gérer une crise sanitaire pour laquelle les reproches qui vous ont été adressés, à l’époque, sont sans doute inverses de ceux qui ne manqueront pas d’être adressés au Gouvernement, quant à l’état de préparation du pays. Nous aurons à nous en souvenir, en toute humilité, mais ce n’est pas l’essentiel de notre propos aujourd’hui.

Vous avez été auditionnée par la commission d’enquête de l’Assemblée nationale le 1^{er} juillet dernier. Vous y avez fait entendre une voix originale, notamment sur la question de la responsabilité des différents acteurs en matière d’équipements. Nous y reviendrons.

Nous souhaitons aussi vous entendre sur les ARS, qui concentrent les critiques, sur les agences sanitaires ou encore sur la place de la médecine de ville dans la gestion de cette crise.

Je vous invite à résumer votre propos liminaire en cinq minutes environ, afin de laisser le maximum de temps aux questions de nos trois rapporteurs, puis de nos commissaires.

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 Bachelot prête serment.

M. René-Paul Savary, président. – Madame la ministre, vous avez la parole.

Mme Roselyne Bachelot, ancienne ministre de la santé. – En qualité de ministre de la santé, j’ai été confrontée à l’épidémie de grippe H1N1. Il ne s’agit pas de rouvrir une commission d’enquête sur cette pandémie, qui date de 2009. L’Assemblée nationale y a consacré des travaux extrêmement fouillés, à l’instar du Sénat, dont la commission d’enquête était présidée par le regretté François Autain, Alain Milon étant rapporteur – c’est dire si ces travaux ont été exhaustifs et pugnaces.

Les nombreuses auditions ont été complétées par le témoignage d’un grand nombre de responsables, et mes services ont transmis tous les documents nécessaires. Dans les dix années qui ont suivi ces deux commissions d’enquête, décennie riche en interrogations et en mises en cause, aucun élément n’a pu inspirer le moindre soupçon quant à mes

déclarations de l'époque. Elles n'ont seulement pas pu être considérées comme incomplètes, ou invalidées *a posteriori*, bien au contraire.

Ma conduite et mes décisions ont été guidées par plusieurs principes.

Premièrement, conduire une politique, ce n'est pas suivre une croyance. C'est encore moins faire un pari. Face à une pandémie infectieuse, il ne peut y avoir qu'une seule conduite : la précaution maximale, appuyée sur des mesures denses et larges. Toute déchirure dans le cordage de la raquette sera la porte d'entrée d'un virus, toujours sournois, quel qu'il soit.

Deuxièmement, si la décision doit être scientifiquement étayée, je reprendrai volontiers ce que John Maynard Keynes disait des économistes : « Il convient de ne pas les mettre au volant, mais de les installer sur la banquette arrière du véhicule. » L'expertise doit donc être pluridisciplinaire. En particulier, elle doit faire largement appel aux sciences humaines et sociales.

Troisièmement, aucune pandémie ne ressemble à une autre. Il faut donc se méfier comme de la peste des leçons du passé et des fameux « retours d'expérience » dont nous sommes si friands. Les plans de lutte imaginés à froid sont des brodequins d'acier qui contraignent la décision politique. Nous avons besoin d'outils, nous n'avons pas besoin de procédures.

Dans ce cadre, je ne donne aucune leçon à mes successeurs. Je ne juge pas leur action, tant je connais la difficulté de leur tâche. Je ne suis pas devant vous pour faire des commentaires ou exprimer des positions, mais bien pour expliquer, si vous le souhaitez, la genèse de certaines décisions.

J'en appellerai à votre indulgence. Ces faits se sont déroulés il y a onze ans. Vous m'excuserez de ne pas avoir consulté tous les matins les documents y afférents. Parmi les collaborateurs qui m'accompagnaient dans cette action gouvernementale, certains sont morts, d'autres occupent des fonctions éminentes ailleurs, d'autres encore sont à la retraite. Ils ne peuvent m'assister dans cette tâche.

Pendant cette pandémie, j'ai reçu le soutien sans faille du Président de la République, Nicolas Sarkozy, et du Premier ministre, François Fillon. Ils ont appuyé et guidé mes choix sans jamais les entraver ou les ralentir par des considérations budgétaires. Cette commission d'enquête me donne une nouvelle occasion de leur rendre hommage.

L'enjeu, maintenant, c'est de bâtir ensemble une société résiliente face aux risques sanitaires, technologiques ou encore environnementaux. Cette lutte ne pourra résulter de la seule action des partenaires publics. Elle devra impliquer l'ensemble de la société par la diffusion d'une véritable culture du risque, au sens large.

Il n'y a pas, d'un côté, des politiques vilipendés, mis en accusation, et, de l'autre, des citoyens parés de toutes les vertus et quasiment sanctifiés. J'ai pu mesurer les sacrifices, l'ingéniosité, le sens du bien commun de beaucoup de Français, qu'ils soient soignants, agents des administrations, ministres ou membres de leurs cabinets. Je pense à tous ceux qui assurent notre vie au quotidien, et ce propos liminaire me permet de leur exprimer ma reconnaissance.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Premièrement, lorsque vous avez eu à faire face à l'épidémie de grippe H1N1, avez-vous ressenti le besoin de vous entourer d'une

expertise scientifique indépendante, comparable à l'actuel conseil scientifique ? Quels sont les agences, organismes et directions qui vous accompagnaient dans la prise de décision, laquelle est, effectivement, toujours politique ?

Deuxièmement, comme ministre de la santé, vous avez lancé un grand chantier au titre de la dépendance. C'est un sujet auquel vous êtes attachée et, à cet égard, votre regard nous intéresse. En tant que citoyenne, que vous ont inspiré la gestion passée des Ehpad et la prise en compte des personnes âgées ? Certains éléments doivent-ils être corrigés ?

Troisièmement, les relations entre les agences régionales de santé, les élus et les préfets ont parfois été marquées par des dissensions, en particulier dans les régions restées de taille modeste. Certaines antennes départementales des ARS se sont révélées absentes. Selon vous, quelles modifications doit-on apporter au fonctionnement actuel de ces agences ?

Mme Roselyne Bachelot. – Je tiens à rappeler une position de principe : on me demande des comptes pour ma gestion de l'épidémie de 2009, sur des faits et rien que des faits.

Je ne suis pas là en tant que citoyenne pour apporter des opinions. Ce n'est pas le rôle d'une commission d'enquête. Je ne suis pas là pour vous indiquer les transformations que je voudrais apporter aux ARS. Ce n'est pas ma fonction actuelle. Je répondrai donc sur l'épidémie de 2009 et sur ma politique : soyons clairs.

M. René-Paul Savary, président. – Cette commission d'enquête porte sur le covid ; votre expérience peut être utile à l'analyse des membres de cette commission, qui ont déjà consacré des dizaines d'heures de réflexion à ce sujet.

Notre rapporteure vous a posé des questions précises. Elle vous interroge notamment sur le besoin d'une organisation scientifique pour la prise de décision d'un ministre. Vous avez pris des décisions quant aux réorganisations territoriales du système de santé ; vous pouvez répondre. Au sujet des Ehpad, votre expérience peut également nous être utile, en plaçant la manière dont on traite la crise d'aujourd'hui au regard des décisions d'hier, et nous souhaitons connaître votre sentiment en tant qu'ancienne ministre de la santé.

Bien sûr, compte tenu de l'évolution actuelle de l'épidémie, il s'agit d'un exercice délicat. Nous pouvons comprendre que vous fassiez preuve de réserve. Néanmoins, les questions de Catherine Deroche sont tout à fait pertinentes et relèvent de notre commission d'enquête.

Mme Roselyne Bachelot. – Bien sûr, je vais répondre à certaines questions.

Pour ce qui concerne l'expertise scientifique, je n'ai pas constitué de commission *ad hoc*. Je n'ai pas à juger du fonctionnement retenu au titre de l'épidémie actuelle ; n'étant pas ministre de la santé, je ne dispose pas des éléments me permettant d'en juger finement.

Tout d'abord, je me suis tournée vers les analyses de l'Organisation mondiale de la santé. En effet, c'est l'OMS qui a qualifié l'épidémie et son niveau de dangerosité. C'est l'OMS qui, de manière extrêmement rapide – en quelques semaines, si ma mémoire est bonne –, a fixé le niveau de gravité de l'épidémie, pour le porter au niveau 6b sur une échelle de 7.

Ensuite, je me suis tournée vers un ensemble d'organisations scientifiques, notamment la Haute Autorité de santé (HAS) et le comité technique des vaccinations. J'ai veillé à réunir régulièrement, presque tous les soirs, des experts de différents niveaux autour de moi : infectiologues, épidémiologistes, pneumologues, réanimateurs, mais aussi médecins généralistes et spécialistes en sciences humaines. Une épidémie est un objet non seulement médical, mais aussi social et politique. Dans mes contacts, j'ai toujours veillé à convoquer les sciences que l'on appelle sottement « molles » et que je préfère appeler les sciences humaines.

J'ai également pris l'avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE). La vaccination, en particulier, pose des questions éthiques. Doit-elle être coercitive ? C'est sur l'avis du CCNE que nous avons décidé que la vaccination ne pouvait en aucun cas être obligatoire, même pour certaines personnes plus exposées. C'est aussi sur l'avis du CCNE que nous avons décidé que ne pouvions pas choisir des publics cibles et que nous devions, autant que possible, être à même d'offrir la vaccination à l'ensemble de la population. Cette expertise a toujours été à la fois scientifique, sociale et presque philosophique.

Je me suis penchée sur la situation des personnes âgées en Ehpad à différents moments de ma vie, et c'est effectivement un sujet qui m'anime. Encore maintenant, même si j'ai été obligée de renoncer à mes fonctions exécutives à ce titre, je m'occupe d'une association qui organise des concerts pour les personnes atteintes d'Alzheimer – je crois à l'efficacité de la musique sur les fonctions cognitives des personnes âgées.

Lors de l'épidémie, nous avons porté une attention toute particulière aux personnes âgées en Ehpad. En vous référant à mes auditions de l'époque, vous constaterez que ces personnes ont été spécialement protégées. Nous avons fait en sorte qu'elles soient les premières vaccinées, puisque nous disposions de vaccins.

Les ARS n'étaient pas encore en fonction lors de cette épidémie. La loi qui les a créées date de juillet 2009. Nous avons installé des préfigurateurs d'ARS de 2009 à 2010 et ces structures sont devenues opérationnelles en 2010.

Cela étant, la nécessité d'une organisation administrative sanitaire est apparue au cours de cette épidémie et – j'en suis convaincue – les ARS auraient été fort utiles dans ces circonstances. Elles nous ont sans doute manqué pour organiser l'action de la meilleure façon, en particulier pour décroiser le système de santé.

Le précédent système était en tuyaux d'orgue – la médecine de ville, l'hôpital et le médicosocial étaient cloisonnés. Le décroissement est au cœur de la philosophie des ARS ; c'est leur ADN. Cet objectif a-t-il été atteint ? Je n'ai pas les éléments d'analyse fine permettant de le dire. C'est vous qui la ferez : je ne vais pas, pour ma part, tenir des propos de comptoir.

On peut trouver des défauts dans toutes les organisations humaines : j'en conviens volontiers. Lors d'une crise, on peut même constater, ici ou là, des défaillances. Un bilan d'étape peut être utile et vous le ferez certainement.

Ce qui est sûr, c'est qu'une nouvelle administration a besoin de temps pour s'installer. Or les ARS ont subi de plein fouet la réforme territoriale alors qu'elles étaient encore des administrations adolescentes. Cette réforme a été, pour elles, un véritable coup de poignard. Elle leur a imposé des réorganisations territoriales compliquées.

J'ai gardé beaucoup de liens avec mes anciens directeurs d'ARS. Peut-on faire une confiance devant une commission d'enquête ? Je les appelle mes bébés. (*Sourires.*) C'est dire si nous avons gardé des liens affectifs extrêmement puissants...

À mon sens, une ARS décloisonnée est une absolue nécessité pour gérer une telle crise. J'y insiste, l'organisation peut certainement être améliorée ; mais, selon moi, ce constat ne met en cause ni le modèle ni le concept.

Je l'ai dit publiquement et je le répète : je n'ai conçu la création des ARS que comme une première étape vers une régionalisation beaucoup plus forte du système de santé. Pour moi, elles préfiguraient les objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie, les Ordam, en vertu d'un modèle auquel le Sénat est très attaché, à savoir une territorialisation beaucoup plus intense.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Madame la ministre, vous avez dit qu'aucune pandémie ne ressemblait à une autre et qu'il fallait se méfier « comme de la peste » des enseignements des crises précédentes. Nous avons auditionné des représentants de la Corée du Sud : ils nous ont confirmé qu'ils avaient beaucoup appris des crises précédentes pour la gestion de la crise du covid-19.

Vous avez également dit : « Nous n'avons pas besoin de procédures, nous avons besoin d'outils. » Pourriez-vous développer cette observation ? Peut-être que, en cas de crise, et seulement dans ce cas, il faut faire table rase des procédures existantes et qu'il revient au ministre de la santé de donner l'impulsion à une dynamique différente ?

Mme Roselyne Bachelot. – Quand je suis arrivée au ministère de la santé en 2007 et que j'ai eu à gérer cette crise de 2009, nous avions un outil formidable, c'était la grippe H5N1. À partir de cette grippe a été bâti tout un système administratif et procédural conçu pour un virus extrêmement virulent et très peu contaminant ; or nous nous sommes trouvés face à une pandémie due à un virus moins virulent, mais extrêmement contaminant. On comprend tout à fait, au vu de cette simple qualification, que la démarche politique et sanitaire soit très différente.

Les procédures mises en place lorsque l'on craignait l'arrivée de la grippe H5N1 ont donc représenté plutôt une gêne pour moi, je le dis en toute franchise. Par exemple, il était entendu que, à partir du passage au niveau 4, le pilotage de la gestion de l'épidémie quittait le ministère de la santé pour rejoindre le ministère de l'intérieur. En effet, il est aisément compréhensible que, face à un virus extrêmement virulent, les troubles à l'ordre public surplombent le risque sanitaire. Or, en cas de passage au niveau 4, j'aurais souhaité, en tant que ministre de la santé, garder le pilotage de la crise puisqu'il me paraissait qu'elle était surtout sanitaire et que les troubles à l'ordre public n'étaient pas dirimants. Mais il y avait le modèle de gestion de la grippe H5N1 et on m'a dit que, si l'on passait au niveau 4, le pilotage serait confié au ministre de l'intérieur. C'est en cela que je dis que les modèles sont à prendre avec précaution et qu'aucune épidémie ne ressemble à une autre : s'enfermer dans des modèles et des procédures très compliqués peut vous faire commettre des erreurs, mais surtout vous prive de la souplesse du pilotage, d'une indispensable capacité d'adaptation.

Cela n'empêche pas de préparer des outils, c'est-à-dire une politique de masques, de stocks, d'organisation des systèmes de santé. Il ne s'agit plus de procédures, mais bien d'outils.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Je vais essayer de limiter mes questions pour respecter les conditions que vous avez rappelées, mais aussi parce que vous êtes membre du Gouvernement. Votre parole est attendue, parce que vous avez exercé les fonctions de ministre de la santé il y a suffisamment longtemps pour ne pas avoir été mêlée à des décisions en lien avec la crise actuelle. C'est ce recul qui nous intéresse.

À l'Assemblée nationale, vous avez évoqué la place de la médecine de ville dans une crise de ce type. Vous avez dit qu'il fallait qu'il y ait un contrat avec les soignants de ville, qu'ils prennent leurs responsabilités – il faut aussi établir clairement quelles sont ces responsabilités dans l'anticipation d'une telle crise. Comment se préparer à affronter une prochaine crise, sans que la médecine de ville soit écartée comme nous l'avons vu au début de l'actuelle pandémie ?

Je souhaite également aborder un sujet assez peu évoqué jusqu'à présent, la place de la parole publique en cas d'épidémie. Celle-ci est essentielle, dans la création du lien de confiance, ou de défiance, pour mobiliser la société face à l'agression qu'elle subit. Face au besoin de partage d'informations, de protection, de mobilisation, l'incarnation est primordiale. Sylvie Vermeillet faisait référence à l'audition des représentants de la Corée du Sud et de Taïwan : le ministre de la santé de Taïwan, me semble-t-il, est intervenu tous les jours à la télévision et, à la fin de la crise, il recueillait plus de 85 % d'opinions positives ! Pouvez-vous nous donner votre avis sur cet aspect ?

Ma dernière question porte sur le pilotage de la crise sanitaire. Vous nous dites très clairement que celui-ci doit revenir au ministre de la santé. Dans ce cas, comment assurer la coordination interministérielle, qui est très importante ? Comment organiser, en amont, le conseil du décideur ?

Mme Roselyne Bachelot. – Vos questions sont presque philosophiques, ou du moins sociétales.

Je vous remercie de me permettre de continuer ma réflexion sur la place des soignants de ville. Ceux-ci n'ont jamais été écartés lors de la crise de la grippe H1N1.

En revanche, nous avons rencontré des difficultés logistiques, en raison de la présentation des vaccins – flacons multidoses conditionnés dans des boîtes de 500. Contrairement à ce que pouvait laisser croire le charmant dessin de Plantu publié dans *Le Monde*, où j'apparaissais juchée sur des caisses de vaccins, je n'ai eu que des difficultés d'approvisionnement. Je souhaite bon courage à mes successeurs qui auront sans doute à gérer une campagne de vaccination : c'est très compliqué, surtout parce qu'il s'agit de produits fragiles.

Je m'étais enquis auprès d'un grossiste important de la possibilité de déconditionner ces boîtes pour armer l'ensemble des médecins de ville et des pharmaciens. En fait, c'était impossible : pour déconditionner des boîtes de 500, il fallait avoir le statut de laboratoire pharmaceutique, disposer de chambres froides à +4 C, équiper les personnels et assurer des lotages de produits. C'était évidemment infaisable. J'étais donc dans l'impossibilité d'armer les médecins de ville, et je le regrette. Comme j'eusse aimé pouvoir le faire !

Le deuxième problème était l'acceptabilité du vaccin pour les médecins. Bien sûr, ils étaient en majorité disposés à vacciner, mais on ne peut pas oublier qu'une minorité

importante, d'environ 40 %, ne voulait pas vacciner. Cela posait donc des problèmes d'organisation, d'autant que la méfiance vaccinale que l'on connaît bien dans la population n'épargne pas le corps soignant.

Ces difficultés considérables nous ont amenés à ne pas faire appel aux médecins de ville, mais ceux-ci n'ont pas été exclus et nous n'avons jamais mis en doute leur capacité à vacciner – dans les centres de vaccination, nous avons fait appel à des infirmières et à des infirmiers en premier semestre d'études ; tout un chacun est capable de vacciner après dix minutes de formation. Dire que nous ne leur avons pas fait confiance pour vacciner est donc une absurdité !

Un autre élément est venu perturber le dialogue avec la médecine de ville : nous étions à une encablure des élections professionnelles, ce qui n'a pas arrangé les choses. Il y a eu une forme de surenchère sur le thème de la méfiance à l'égard du Gouvernement, sur l'augmentation des tarifs, *etc.* Il faut dire que les syndicats de médecins qui ont soutenu notre politique l'ont chèrement payé aux élections qui ont suivi.

Une fois la pandémie passée, j'étais encore ministre de la santé. Je me suis alors demandé quel type d'organisation aurait permis à la médecine de ville de nous aider. J'ai donc préconisé une organisation « dormante » qui permettrait de vacciner la population en mettant la médecine de ville au premier rang. Il s'agissait de repérer, dans un maillage territorial, un certain nombre de cabinets médicaux dont la topographie – deux portes d'accès –, le matériel – système de réfrigération, certains vaccins pouvant demander des températures plus basses, de l'ordre de -20°C , groupe électrogène, *etc.* – et les équipements de protection permettraient d'organiser une opération de vaccination. Ce réseau aurait dû être animé sur le terrain, il aurait permis un référencement. Je n'ai pu mener cette réflexion à terme, puisque les aléas de la vie politique ont fait que j'ai quitté le ministère de la santé. Néanmoins, voilà comment, pour ce qui concerne les outils à mettre en place, je voyais les choses en avril 2010, à la sortie de l'épidémie.

À l'occasion de cette épidémie – et, en tant que citoyenne, je le déplore encore aujourd'hui –, je n'ai pu que constater que l'on avait terriblement baissé la garde sur un autre aspect : dans le pays de Pasteur, les notions fondamentales de l'asepsie paraissent avoir été oubliées. Voit-on les pharmaciens porter des masques au moment de l'épidémie de grippe saisonnière ? Non. Dans les cabinets médicaux, les médecins portent-ils une blouse ? Très rarement. Les médecins portent-ils un masque lorsqu'ils auscultent à domicile un malade atteint d'une angine à streptocoque ? Non. Il suffit d'aller dans les hôpitaux pour voir des blouses largement ouvertes. Il n'y a pas si longtemps, le port de la barbe était interdit dans les blocs chirurgicaux ; il est devenu courant. Je ne peux que regretter cette situation, et c'est en cela que j'ai appelé à la responsabilité de tous, lorsque j'ai été auditionnée à l'Assemblée nationale. J'espère que la pandémie actuelle permettra de revenir à ces précautions qui me paraissent totalement indispensables, et pas seulement en période d'épidémie.

Vous avez parlé de la parole publique. Ce sujet dépasse largement la crise sanitaire actuelle. La dévalorisation de la parole publique sous les coups de boutoir de l'information en continu, d'internet, des réseaux, de tous les acteurs latéraux qui ont pris le manche, est extrêmement préoccupante et rend très difficile la gestion d'une crise pandémique. Comme le disait un éminent spécialiste de la désinformation : « Dire une contre-vérité prend une minute, la démontrer prend dix heures. » Vous avez cité Taïwan, où plus le ministre de la santé prenait la parole, plus sa cote de popularité montait. Je ne sais si l'on peut

transposer à la France les habitudes culturelles de ce pays ; je le souhaiterais, mais c'est peut-être illusoire !

Vous avez parlé du rôle du ministre de la santé. Bien entendu, il est responsable du pilotage opérationnel. Il pilote aussi la communication. Tout au long de la crise, j'ai tenu des rendez-vous réguliers sur l'évolution scientifique de l'épidémie : je ne crois pas avoir fait preuve une seule fois d'un excès de tranquillité ou de gravité ; j'ai toujours essayé de tenir le discours le plus factuel possible. En revanche, les décisions lourdes – achats de vaccins, éventualité d'un confinement, *etc.* – étaient prises dans le bureau du Président de la République, avec le Premier ministre et tous les ministres concernés. Les décisions structurantes étaient toujours prises dans un cadre interministériel et sous l'égide du Président de la République, mais le pilotage opérationnel revenait au ministre de la santé.

M. René-Paul Savary, président. – Nous allons passer aux questions des membres de la commission.

M. Olivier Henno. – Si votre intervention à l'Assemblée nationale a été qualifiée d'originale, à la fois par notre président de séance et par Bernard Jomier, c'est en raison de ce que vous avez dit sur la responsabilité. Selon vous, la question des stocks de masques et de surblouses relève-t-elle de la seule responsabilité de l'État ou pourrait-on imaginer de confier aux Ehpad, aux hôpitaux ou aux médecins généralistes le soin de se doter d'outils en cas de pandémie ?

Lorsque vous avez eu à gérer cette crise, avez-vous eu beaucoup d'échanges avec vos homologues européens ?

Enfin, les scientifiques se sont-ils exprimés à l'époque d'une façon aussi multiple et variée qu'aujourd'hui ? Je ne m'en souviens pas, pour être honnête.

M. Roger Karoutchi. – En 2009, nous avons eu droit à des reportages tout à fait cinglants, à des polémiques, à des commentaires : c'est le jeu de la démocratie. En cas de pandémie, les gens inquiets ont besoin de faire confiance. À la limite, l'opinion attend presque un discours unique. Le débat médiatique, scientifique, la multiplication des experts autoproclamés inquiète. Or la confiance est essentielle pour la vie de tous les jours. Comment trouver un équilibre entre la démocratie, qui doit continuer, et la nécessité d'un discours rassurant et clair pour aider la population à se protéger ?

Mme Laurence Cohen. – Pensez-vous que le coût de l'entretien et du renouvellement des stocks de masques ait été sous-estimé lors de la création de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) ? Pensez-vous que le transfert du financement des stocks stratégiques de l'assurance maladie au budget de l'État peut expliquer le recul des stocks que nous avons constaté ?

Vous avez été à l'origine d'une loi très controversée et qui continue de l'être, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST. Cette loi continue de structurer notre système de santé et a entraîné l'introduction de la tarification à l'activité (T2A)...

Mme Roselyne Bachelot. – Non !

Mme Laurence Cohen. – ... qui a fait entrer la santé et l'hôpital dans le secteur marchand et a conduit à des restructurations encore en cours aujourd'hui, avec la fermeture

d'un certain nombre d'établissements et de lits. Pouvez-vous nous éclairer sur ce point, puisque nous ne partageons visiblement pas le même point de vue ?

Enfin, vous avez rappelé que vous aviez été à l'origine de la mise en place des ARS, que vous avez défendues en expliquant que, dans votre esprit, elles ne constituaient qu'une première étape. La mise en place s'est faite avec des directeurs d'ARS tout-puissants – vous avez évoqué notre ancien collègue François Autain, il faut rappeler que, à l'époque, comme tous les membres de notre groupe, il parlait de « préfets ». Ces directeurs sont placés directement sous l'autorité du ministre, ce qui se traduit par la mise à mal de la démocratie sanitaire. Dans nos auditions, nous pouvons constater la souffrance de nombre de personnes auditionnées, parce qu'il n'y a pas d'écoute des prises de position de l'ensemble des personnels, des usagers et des élus – je ne parle pas du pouvoir médical, qui continue d'avoir une place importante.

Mme Roselyne Bachelot. – Je tiens à rectifier tout de suite une erreur factuelle majeure : la T2A n'a pas été créée par la loi HPST, mais par la loi n° 2003-1109 du 18 décembre 2003. Vous pouvez vous y référer. Je souhaite tordre le cou à ce canard. Dans une assemblée parlementaire, citer la bonne loi est un minimum ! La loi HPST n'est pas une loi financière, c'est une loi d'organisation. J'accepte toutes les critiques, mais il faut être exact dans ses affirmations.

Monsieur Henno, vous m'avez demandé s'il fallait décentraliser la gestion des masques ou s'il fallait qu'elle reste sous la coupe de l'État. Si l'on considère que la gestion d'un type de produit ne doit se faire qu'en temps de crise, la gestion doit être centralisée. En revanche, et c'est ma théorie, si l'on adopte une autre vision de la santé publique, dans laquelle l'ensemble des acteurs, tout au long de leur exercice médical, doivent être en position de s'équiper pour faire face en tout moment à une situation de crise, alors il faut évidemment décentraliser cette gestion – on ne peut pas imaginer que chacun vienne se fournir dans les établissements de l'État. Un tel schéma a l'immense avantage de débloquer un marché qui peut être extrêmement fragilisé par une gestion trop centralisée. Il faut, par exemple, que chaque cabinet médical détienne des masques, des surblouses, *etc.*, quitte à ce qu'une dotation financière complémentaire de l'assurance maladie contribue au financement. La décentralisation est utile à condition que ses acteurs soient eux-mêmes mobilisés. Si, dans l'administration de l'hôpital, les stocks utiles ne sont pas gérés, on est en difficulté. Si, dans une administration publique, la question des masques est subalterne, on va se retrouver avec des stocks périmés. Si je peux tirer une leçon de mon expérience, il faut à l'évidence responsabiliser et décentraliser, à condition de changer les comportements : si l'on ne porte le masque ou la surblouse qu'une fois tous les dix ans, cela ne peut pas marcher.

En réponse à votre deuxième question, oui, j'ai eu une interaction très forte avec mes homologues européens. Pour ne rien vous celer, la France a exercé la présidence de l'Union européenne au deuxième semestre de 2008, et j'ai donc organisé, à cette occasion, un exercice informel de gestion d'une épidémie de type respiratoire. J'ai mis mes collègues en position de réagir et nous avons échangé sur nos expériences de préparation. Ensuite, tout au long de la crise, j'ai tenté de faire passer l'idée de commandes groupées de vaccins à l'échelon européen. J'ai rencontré une écoute intéressante de la part des Allemands et des Belges. Il est difficile d'avoir une action groupée, parce que les organisations territoriales sont très différentes. Par exemple, l'organisation provinciale est extrêmement forte en Espagne : quand vous discutez avec le ministre espagnol, il vous écoute avec intérêt, puis vous explique qu'il n'est pas compétent pour passer la commande. D'autres partenaires, comme la ministre polonaise, ont tenu des propos obscurantistes sur les vaccins, en niant leur efficacité. De

nombreux obstacles rendent donc difficiles les commandes groupées, mais j'ai eu d'innombrables contacts téléphoniques avec mes homologues européens tout au long de la crise.

Y avait-il un bruit médiatique lors de cette crise ? Oh, que oui ! Les polémiques ont été innombrables. Comme nous avons eu la chance d'avoir assez vite un vaccin, les anti-vaccins sont montés au front. La polémique d'une violence inouïe contre la vaccination a été particulièrement alimentée par Mme Rivasi, qui est aujourd'hui députée européenne. Le bruit médiatique a donc été très intense.

Monsieur Karoutchi, vous posez une question de fond sur le discours unique en cas de crise. Pour gérer une crise dans une situation de tension, le concept de l'émetteur unique est tout à fait primordial. J'entends parfois parler de couacs au sein du Gouvernement – je l'ai vécu souvent dans mes huit ans de carrière journalistique. Chacun a sa façon de s'exprimer et le discours unique est quasiment impossible en démocratie. Tant mieux si le ministre de la santé de Taïwan était le seul à parler, mais cela va être difficile en France ! Quoi qu'il en soit, en période de crise, l'émetteur unique est la meilleure façon de communiquer et de rassurer.

Madame Cohen, concernant l'Eprus, vous m'avez demandé si le passage de son financement de l'assurance maladie à l'État remettait en cause son budget. Tout dépend de la volonté politique exprimée. En soi, ce n'est pas un problème. Toutefois, dans un État très endetté comme le nôtre, qui doit toujours trancher entre des priorités immédiates et des priorités à long terme, on comprend bien qu'un tel changement représente une fragilité, parce que vous trouverez toujours des personnes pour lesquelles il vaut mieux panser les plaies du moment que songer à panser des plaies futures. Vous posez une vraie question philosophique et je ne dispose pas, aujourd'hui, des outils pour trancher complètement sur ce sujet.

Sur la loi HPST, j'ai déjà répondu. En ce qui concerne les directeurs d'ARS, il faut qu'ils soient puissants. Les organisations des ARS permettent aussi le dialogue approfondi avec les collectivités territoriales. En tout cas, il faut qu'il y ait un chef au moment de la crise. Quand on mène une guerre, il faut un général, mais cela n'empêche pas la discussion ni la démocratie sanitaire.

M. René-Paul Savary, président. – Il faut qu'il y ait des barreaux, mais il faut aussi des rameurs pour pouvoir avancer...

Mme Laurence Cohen. – Madame la ministre, s'agissant de la loi HPST, vous avez peut-être raison sur le plan juridique, mais sur le plan politique, je maintiens que ce texte a généralisé la T2A. Nous avons sur ce point un désaccord politique.

Mme Roselyne Bachelot. – Je suis obligée de vous contredire de nouveau. La loi HPST n'a pas élargi la T2A. Une loi de 2003 prévoyait déjà un cadencier de la T2A, lequel n'a rien à voir avec la loi HPST. Je m'inscris en faux contre vos propos.

J'ai voulu, en tant que ministre de la santé, organiser le pilotage le plus fin possible de la T2A. C'est ainsi que, dans la onzième variante de celle-ci, j'ai introduit deux modulations, l'une sur la gravité et la difficulté des actes, l'autre sur la précarité des personnes accueillies. La tarification à l'activité, au fond, c'est un peu comme la démocratie, le pire des systèmes à l'exception de tous les autres... Il est vrai qu'en cherchant à améliorer le système,

on le rend parfois encore plus complexe, plus obscur. Ce n'est pas facile, je le reconnais volontiers.

Quoi qu'il en soit, la loi HPST n'est pas une loi de financement, et je vous renvoie à sa lecture. Je ne vois pas à quel article vous vous référez.

Mme Victoire Jasmin. – Madame la ministre, vous avez évoqué la résilience des populations face aux différentes crises et aux différents risques. Mais que pensez-vous de la cacophonie engendrée par une succession de messages discordants ? Comment rassurer la population dans ces conditions ?

Concernant les vaccins, vous avez rappelé les problèmes de conditionnement et de déconditionnement que vous avez rencontrés lorsque vous étiez ministre. Était-il pertinent, notamment pour des questions de traçabilité, de déconditionner des vaccins pour les répartir dans les cabinets médicaux ?

Mme Angèle Prévaille. – Je vous interrogerai sur le sujet récurrent des décès dans les Ehpad, car nous devons tâcher de trouver des pistes d'amélioration. Lors de son audition, le professeur Antoine Flahault nous a dit que l'Allemagne avait accordé une priorité absolue à sa population âgée, ce qui pouvait notamment expliquer les meilleurs résultats de ce pays. Il est sans doute difficile de comparer ce qui s'est passé en France et en Allemagne, mais, après l'épisode de la canicule et les 15 000 morts de la covid enregistrés chez les personnes âgées, le plus souvent dans un isolement complet, comment pourrions-nous mettre en œuvre cette priorité absolue ? Comment faire pour que les choses changent ?

M. Jean-François Rapin. – Je veux apporter un complément à la réponse que vous avez faite à Olivier Henno sur les équipements des professionnels de santé. J'ai déposé une proposition de loi permettant aux professionnels de santé de proximité d'être équipés, avec également un renouvellement de leur matériel tous les cinq ans. En tant que médecin généraliste, je reçois des messages réguliers de la direction générale de la santé, estampillés « urgent » ; l'un d'entre eux, daté du 1^{er} août dernier, m'annonçait que, à partir du 5 octobre, la logistique nationale ne suivrait plus et que ce serait aux professionnels de s'équiper.

On peut considérer que c'est normal, mais cela ne répond pas à une situation de crise. Mon idée serait donc que ce matériel à la disposition des professionnels de santé soit utilisé en cas de diffusion d'un message d'alerte par le ministère. Cette proposition est le fruit de mon expérience dans cette crise. En effet, quand nous avons compris qu'il fallait s'équiper, il n'y avait plus d'équipements disponibles. De nombreux professionnels ont donc rouvert la petite boîte « Bachelot-Bertrand » qui nous avait été fournie à l'époque. Certes, elle était périmée, mais elle nous a bien servi au départ.

M. Jean Sol. – Je voudrais solliciter votre avis sur cette notion de discours unique, importante à mes yeux. Le partage d'un message et d'un cap uniques, compréhensibles et intelligibles pour tous les Français, empreints bien entendu de pédagogie, serait de nature à rassurer.

Mme Roselyne Bachelot. – Vous posez, chère Victoire Jasmin, une question importante sur la résilience et les messages discordants. Je crois y avoir déjà répondu. Comment, dans notre société, peut-on brider la parole publique ? Comment peut-on l'empêcher d'exprimer des peurs, des craintes ? Comment empêcher que le débat public ne

soit occupé par des personnes ignorantes ou mal intentionnées ? Je ne pourrai malheureusement pas vous répondre aujourd'hui.

Une chose me paraît importante, toutefois : l'exigence d'un haut niveau d'éthique des responsables publics. C'est une condition absolument nécessaire, même si elle n'est pas suffisante, pour retrouver la confiance de nos concitoyens. Toutes les règles qui vont dans le sens d'un haut niveau d'éthique et de morale dans la politique sont les bienvenues, et nous ne serons jamais assez exigeants dans ce domaine.

La question du déconditionnement des vaccins s'est en effet posée très vite. Nous avons reçu une commande d'un million de vaccins en boîtes de 500... Comment équiper dès lors les 100 000 cabinets médicaux ? Les règles de l'industrie pharmaceutique – température à respecter, équipement des personnels, lotage – s'imposent bien entendu au déconditionnement. Il est impossible de déconditionner rapidement dans une arrière-cuisine !

Nous nous sommes tout de suite rendu compte que le déconditionnement n'était pas possible, et c'est aussi un élément fort qui a conduit à privilégier les centres de vaccination. Les flacons multidoses doivent en effet impérativement être utilisés dans la journée après ouverture. La perte moyenne est de 10 % environ. Si les flacons avaient été répartis dans l'ensemble des cabinets médicaux, nous aurions pu envisager des pertes de 20 % à 30 %. Évidemment, dès que j'ai pu avoir des dispositifs unidoses, j'ai tout de suite indiqué aux médecins généralistes qu'ils pouvaient être mis dans la boucle, mais l'affaire était déjà presque réglée.

Les décès dans les Ehpad soulèvent une question philosophique sur la place des personnes âgées dans notre société. La France est le pays d'Europe qui compte le plus grand nombre de personnes âgées dans les Ehpad, un chiffre que l'on ignore parfois. J'ai voulu que la campagne de vaccination soit réservée en priorité aux personnes âgées, et je ne doute pas que le même critère sera retenu s'il faut également fixer des priorités pour la covid, nos anciens étant ceux qui paient le tribut le plus terrible à cette maladie.

Je ne peux pas vous répondre sur ce qui s'est passé précisément en Allemagne. Il sera certainement utile de regarder très finement les différentes organisations. Des auteurs parlent de facteurs génétiques qui pourraient expliquer certains écarts, mais je n'ai pas les outils conceptuels et scientifiques pour vous répondre, et je ne veux pas tenir de propos de comptoir.

Monsieur Rapin, je sais qu'il faut changer nos méthodes et nous équiper, mais pas seulement en prévision des crises. Les cabinets médicaux comprennent déjà certains équipements, mais il faudra prévoir plus de masques, de blouses et, de manière générale, de matériel permettant d'assurer la protection des malades et des professionnels de santé.

Enfin, monsieur Sol, je crois avoir déjà répondu sur le message unique. J'espère avoir été la plus complète possible.

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

M. René-Paul Savary, président. – Mes chers collègues, nous poursuivons nos travaux avec une audition des anciens directeurs généraux de la santé.

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

Nous entendons cet après-midi le Professeur Didier Houssin, directeur général de la santé de 2005 à 2011, le Docteur Jean-Yves Grall, directeur général de la santé de 2011 à 2013 et le Professeur Benoît Vallet, directeur général de la santé de 2013 à 2018.

Nous aurons l'occasion de revenir sur les évolutions intervenues au cours de ces différentes périodes et espérons être éclairés par le regard porté par les personnes auditionnées sur la gestion de la crise actuelle.

Je demanderai à nos intervenants de présenter brièvement leur principal message, afin de laisser le maximum de temps aux échanges. Je demanderai à chacun, intervenants, rapporteurs et commissaires, d'être concis dans les questions et les réponses.

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 des peines prévues aux articles L. 3131-15 à L. 3131-17 du code pénal.

Conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, MM. Didier Houssin, Jean-Yves Grall et Benoît Vallet prêtent serment.

Pr Didier Houssin, directeur général de la santé de 2005 à 2011. – J'ai un lourd passé en termes de politiques publiques face au risque pandémique.

Comme vous l'avez dit, j'ai été directeur général de la santé de 2005 à 2011, mais aussi délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire durant la même période, fonction qui consistait justement à préparer une pandémie grippale. Depuis 2011, je suis conseiller de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière de sécurité sanitaire face au risque pandémique.

Dans le cadre de l'épidémie de la covid-19, mon rôle a été beaucoup plus circonscrit et s'est limité à trois points notables : tout d'abord, le 19 janvier 2020, le directeur général de l'OMS m'a demandé de présider le comité d'urgence covid-19 ; ensuite, depuis mi-mars, j'assume le secrétariat de la cellule covid-19 de l'Académie nationale de médecine ; enfin, du 9 avril au 5 juin, j'ai rejoint l'équipe de Jean Castex, ancien collègue du ministère de la santé, qui m'a proposé de le conseiller en vue de préparer la stratégie nationale de déconfinement.

Les grandes pandémies de peste, de choléra, de variole, de sida ou de grippe ont scandé l'histoire de l'humanité. À cette liste s'est ajoutée cette année un nouveau virus, le coronavirus. Ces grandes pandémies ont quelques caractéristiques communes : dimension

internationale, nombre important de décès prématurés, défi des soins préventifs et curatifs, désorganisation des activités humaines, impact économique et social parfois très lourd.

Plus de sept mois après qu'une urgence de santé publique de portée internationale a été déclarée par l'OMS, l'actuelle pandémie ne déroge pas à ces aspects communs : tous les pays sont touchés – 30 millions de cas recensés –, près de 1 million de décès prématurés, ni vaccin ni traitement efficace à ce jour en dehors de la dexaméthasone pour certaines formes sévères de la maladie, un effondrement économique que je ne détaillerai pas.

S'agissant des politiques publiques face aux grandes pandémies, il faut distinguer la réponse et la préparation de la réponse. Lorsque l'OMS a déclaré l'urgence le 30 janvier dernier, les pouvoirs publics de notre pays ont bien été forcés de réagir en concevant, en adoptant et en mettant en œuvre des politiques publiques de réponse au risque pandémique.

Je n'évoquerai pas la réponse mise en œuvre, et ce pour trois raisons. Premièrement, le comité d'urgence de l'OMS a pour fonction essentielle de répondre à la question du directeur général : « S'agit-il d'une urgence de santé publique de portée internationale ? » et de formuler des recommandations pour l'OMS et ses 195 États membres. En effet, chaque État reste souverain et mène la politique qu'il entend.

Deuxièmement, le rôle d'expertise de l'Académie nationale de médecine éclaire bien sûr les pouvoirs publics, mais, en France, la politique publique s'appuie avant tout, sur un plan scientifique, sur l'organisme d'expertise en évaluation du risque Santé publique France et sur l'organisme d'expertise en gestion du risque qu'est le Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

Troisièmement, mon rôle de conseiller du gouvernement français s'est limité à travailler pour la mission de Jean Castex.

Je me concentrerai sur l'autre aspect de la politique publique en matière de réponse aux grandes pandémies, celui de la préparation.

Entre 2005 et 2009, je me suis trouvé en responsabilité dans un pays qui, sur l'initiative du Président de la République et du gouvernement d'alors, avait décidé de se préparer à une grande pandémie, en l'occurrence celui du virus grippal H5N1. Il est important de rappeler ce qui a été fait alors pour se préparer, parce que toute la question est là.

En tant que directeur général de la santé, j'ai travaillé à la préparation du secteur de santé : création d'un centre opérationnel de régulation des réponses aux urgences sanitaires au ministère de la santé, création de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus), création d'une réserve sanitaire, constitution d'un stock de masques – 1,7 milliard début 2009 – et de médicaments antiviraux, anticipation de la création de vaccins, suivi de la mise en œuvre des plans blancs, créés à l'été 2004, pour gérer les afflux de patients à l'hôpital.

Dans le même temps – et c'est peut-être le point le plus important –, en tant que délégué interministériel placé auprès du Premier ministre, j'ai été chargé de coordonner la préparation à cette pandémie grippale avec une petite équipe, un peu à l'image de la mission Castex, toutes proportions gardées : contribution à l'évolution de la planification portée par le Secrétariat général de la défense nationale (SGDN), et à son évaluation par l'Assemblée nationale et au niveau européen, contribution à l'organisation et au suivi de multiples

exercices locaux et régionaux thématiques, contribution à l'organisation d'un exercice national annuel dédié à la pandémie permettant de faire évoluer le plan de pandémie grippale entre 2006 et 2009, notamment sous l'angle de la gestion de crise, de l'articulation avec l'expertise scientifique et de la communication de crise, contribution à l'organisation de l'exercice européen Eurogrippe en novembre 2008 lors de la présidence française de l'Union européenne, préparation des plans de continuité d'activité (PCA) en situation de pandémie dans les secteurs public et privé au travers de la mobilisation de différents ministères et des contacts répétés avec les représentants de ces secteurs et, enfin, participation à la création, en 2005 et 2006, d'une industrie de production de masques FFP2 en France. En 2017, j'ai évoqué cette activité de préparation à la pandémie dans un ouvrage dont je vous remets un exemplaire.

Si j'évoque cette politique publique de préparation à une pandémie grippale, c'est qu'elle a ensuite été critiquée puis abandonnée, et que le constat d'impréparation fait en février 2020 est une conséquence de cet enchaînement malheureux. En avril 2009, une pandémie grippale est bien survenue, mais elle ne fut pas exactement celle que l'on attendait : ce fut le virus H1N1 et non H5N1, ce qui a nécessité d'adapter la stratégie vaccinale, face à un virus d'une gravité un peu moins forte que celle que l'on redoutait.

Le résultat de cette pandémie H1N1 est que la préparation au risque pandémique a été critiquée comme ayant été trop dispendieuse. Après 2011, l'ambition d'une préparation interministérielle d'ensemble au risque pandémique a en fait été plus ou moins abandonnée dans notre pays, selon moi pour des raisons à la fois politiques et financières.

Des raisons politiques d'abord, car le gouvernement qui l'avait mise en place entre 2005 et 2011 a été remplacé en 2012 par un autre gouvernement, dont certains membres avaient justement critiqué cette stratégie. Je rappelle que, lors des travaux de la commission d'enquête sénatoriale en 2010 – M. Milon doit s'en souvenir, il en était le rapporteur –, le sénateur Autain, par ailleurs médecin, a ni plus ni moins accusé la ministre Bachelot et moi-même d'avoir été roulés, sinon corrompus par l'industrie des vaccins, soupçonnée d'avoir inventé la pandémie H1N1.

Des raisons financières ensuite, puisque nous en avons trop fait entre 2005 et 2009 : il fallait cesser d'investir dans la préparation. De mon point de vue, la planification interministérielle a été stoppée et l'Éprus a été inclus, pour ne pas dire dissous dans Santé publique France. L'exemple le plus frappant concerne toutefois le stock de masques, qui s'est évaporé au fil des années au point invraisemblable que la France s'est trouvée en situation de pénurie.

Pour conclure, j'espère que l'impact sanitaire, social et économique de la pandémie due à la covid-19 laissera des traces telles que l'on prendra enfin au sérieux, dans la longue durée, la préparation au risque pandémique. Il faut en effet se concentrer sans faiblir sur les risques avérés, douloureusement éprouvés en France depuis des siècles, et qui sont les plus lourds : la guerre et les épidémies.

Sachons trier entre ce qui est prioritaire et ce qui l'est moins. Ne laissons pas des événements intercurrents, même s'ils sont importants et réclament une réponse adaptée, nous détourner des grandes priorités qu'est la préparation aux risques de la guerre et de la pandémie. Pour le risque de guerre, nous avons une armée. Il devrait en être de même pour le risque pandémique.

Je conclurai par quelques suggestions destinées au législateur : il faut une obligation de préparation au risque pandémique, une planification interministérielle régulièrement mise à jour, déclinée, testée et évaluée, une coordination interministérielle pour la mise en œuvre de cette préparation, des contre-mesures sous la responsabilité de l'État, avec un contrôle parlementaire et une gestion exercée par un Éprus redevenu visible, des stocks de produits et une réserve, un effort européen pour qu'une Europe de la sécurité sanitaire, dont le volet de préparation au risque pandémique serait le pivot, soit créée ou se renforce, une stratégie de recherche et de développement sous le contrôle de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (Opecst), et une réelle anticipation de la mise en œuvre des essais cliniques. J'aurais bien terminé mon propos sur les problèmes de la recherche en France, mais je ne veux pas dépasser mon temps de parole.

Dr Jean-Yves Grall, directeur général de la santé de 2011 à 2013. – J'ai été directeur général de la santé à la suite de Didier Houssin de mai 2011 au 30 septembre 2013. Je venais de l'Agence régionale de santé (ARS) de Lorraine puis j'ai travaillé ensuite à l'Agence régionale de santé de Nord-Pas-de-Calais. Je suis directeur général de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes depuis le 1^{er} novembre 2016.

Mon passage comme directeur général de la santé me permettra d'évoquer deux grands thèmes : tout d'abord, les suites de l'épidémie H1N1, qui m'ont conduit à réaliser un travail sur la doctrine d'utilisation des masques, notamment le rapport du Haut Conseil de la santé publique en novembre 2011, et un travail sur la répartition des stocks stratégiques, tout cela en tenant compte du contexte budgétaire, comme l'a indiqué Didier Houssin, notamment pour l'Éprus.

Le deuxième axe de mon travail a porté sur la sécurité sanitaire : organisation de la réponse de l'État avec, en particulier, une instruction ministérielle du 2 novembre 2011 pour prendre acte de la création des ARS, et une circulaire interministérielle d'août 2013 relative aux modalités de répartition des stocks stratégiques dans le pays entre un stock central et des stocks situés dans les zones de défense avec, entre les deux, le plan de pandémie grippale de novembre 2011 mis en œuvre à l'époque sous l'égide du Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN).

Depuis mon départ de la direction générale de la santé, je suis donc directeur général d'une ARS. Je répondrai aussi à vos questions en cette qualité pour évoquer la gestion de la crise liée à la covid-19, qui a débuté en Auvergne-Rhône-Alpes le 7 février 2020. À compter de cette date, nous avons bien sûr mis en place un ensemble des dispositions pour la stopper. Aujourd'hui, nous connaissons quelques problèmes en termes d'hospitalisation en réanimation et en hospitalisation générale, qui vont en s'accroissant.

M. René-Paul Savary, président. – Pourriez-vous préciser la nature de l'instruction ministérielle du 2 novembre 2011 ?

Dr Jean-Yves Grall. – Il s'agit d'une instruction ministérielle de Xavier Bertrand sur l'adaptation de l'organisation territoriale de la santé à la suite de la création des ARS en 2010, en précisant le rôle des uns et des autres, notamment la place des zones de défense et l'inscription des ARS dans le paysage en lieu et place des services de l'État de l'époque.

Pr Benoît Vallet, directeur général de la santé de 2013 à 2018. – Je suis médecin de formation, puisque j'ai été anesthésiste-réanimateur, puis directeur général de la santé (DGS) du 3 octobre 2013 au 8 janvier 2018. Ces fonctions m'ont permis de travailler

avec deux ministres de la santé, Marisol Touraine jusqu'au mois de mai 2017, puis Agnès Buzyn jusqu'en janvier 2018.

J'ai vécu la crise de la covid-19 sous deux angles : tout d'abord, j'ai été missionné par Martin Hirsch, le directeur général de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), pour mener une mission dans le Grand Est les 18 et 19 mars dernier, au moment où la vague épidémique commençait à déferler sur notre pays. Cette mission a contribué à la préparation du système hospitalier parisien et, par extension, le système hospitalier francilien. Ensuite, comme mon collègue Didier Houssin, j'ai rejoint la mission Castex sur le déconfinement du 9 avril au 2 juin pour traiter des questions de doctrine sanitaire. Nous avons eu de nombreux échanges dans ce cadre, et ainsi contribué à l'organisation de l'expertise de l'époque et à la préparation des politiques publiques des différents ministères engagés dans la crise.

En tant que DGS, j'ai vécu de nombreuses crises sanitaires : les crises liées à des maladies infectieuses émergentes, comme le chikungunya, la fièvre hémorragique Ebola en 2014, le virus Zika en 2016, à de nombreux événements saisonniers hivernaux, à des vagues de chaleur, à des actes de terrorisme massifs, notamment en janvier 2015, le 13 novembre 2015 et le 14 juillet 2016 et, enfin, aux cyclones Irma et Maria. J'ai également vécu des crises sanitaires de moins grande envergure comme la crise Lactalis.

Ces épisodes ont toujours occasionné des améliorations du système de prévention et de préparation aux crises, comme Didier Houssin l'a indiqué. À la suite des deux circulaires mentionnées par Jean-Yves Grall sur l'organisation des stocks tactiques et stratégiques et l'organisation de leur distribution, nous avons mis en place le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles, dit « Orsan », qui a été lancé dès 2014 sous une forme préliminaire nous permettant de répondre à la crise due à Ebola, et dont l'existence a ensuite été confirmée dans la loi.

D'autres avancées consécutives à ces situations sanitaires, notamment législatives, sont à citer, comme la nouvelle Agence nationale de santé publique et l'intégration en son sein de l'Éprus. S'agissant de l'Éprus justement, une part de mon travail a consisté à élaborer la plateforme de Vitry-le-François et, donc, à organiser le stock stratégique national, et à répartir ce stock sur le territoire grâce à des plateformes zonales dont on parle beaucoup moins. J'ai aussi contribué à organiser le comité d'animation du système d'agences, dont son volet en matière de sécurité sanitaire, et à réformer les vigilances sanitaires, qui avaient été lancées par mon prédécesseur, Jean-Yves Grall.

On le perçoit dans les divers éléments que je viens d'évoquer : la continuité de nos trois contributions à l'État est assez évidente. Les politiques publiques en matière de sécurité sanitaire mettent souvent beaucoup de temps à se concrétiser. On essaie effectivement, à la lueur des crises, d'améliorer les dispositifs de manière tout à fait progressive. Nul doute que de ce que nous aurons vécu avec la crise de la covid-19 émergeront des améliorations, en particulier en matière de santé publique.

M. René-Paul Savary, président. – Petite précision, je connais bien la plateforme centrale de l'Éprus à Vitry-le-François – c'est mon département –, mais combien d'antennes locales existe-t-il en France ?

Pr Benoît Vallet. – En plus de la plateforme centrale à Vitry, il existe sept plateformes zonales, ainsi que quatre plateformes outre-mer, soit douze plateformes au total.

On les mentionne rarement, mais elles ont un rôle très important dans le circuit de distribution.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Merci à nos trois intervenants. Je remercie plus particulièrement le professeur Houssin pour la clarté et la sincérité de ses propos.

Professeur Vallet, pourriez-vous préciser le niveau du stock de masques à votre arrivée et à votre départ de la DGS ? Pourriez-vous nous expliquer les raisons pour lesquelles le stock a évolué de cette manière ?

Le professeur Houssin a parlé assez longuement de l'importance de la préparation à la réponse. Vous, professeur Vallet, vous venez d'expliquer que vous avez vécu plusieurs crises qui ont, d'après vous, toutes nourri la préparation des crises suivantes. Vous avez également relaté que vous vous étiez penché sur la question de la gestion des stocks, *via* le système Orsan. Comment expliquez-vous que l'on ait été aussi peu préparé à la crise actuelle ? Malgré des alertes assez précoces, pourquoi a-t-on mis autant de temps à réagir ? Malgré toutes les expériences cumulées, pourquoi avons-nous abordé cette épidémie aussi peu préparés ?

Dernière question, pourquoi n'a-t-on pas été capable, selon vous, de s'inspirer des expériences étrangères pour mieux réagir ? Je pense à la fabrication dans certains pays de masques en tissu, par exemple. Pourquoi n'a-t-on pas été capable de davantage de réactions de bon sens ?

Pr Benoît Vallet. – Madame la rapporteure, au 31 décembre 2013, peu après ma nomination comme DGS, le stock de masques chirurgicaux adultes s'élevait à 616 millions. Au 31 décembre 2017, peu avant la cessation de mes fonctions, le stock atteignait 714 millions de masques. Durant cette période, on observe donc une hausse de près de 100 millions de masques chirurgicaux, dont le bon de commande avait d'ailleurs été signé par mon prédécesseur Jean-Yves Grall, et dont nous avons assuré à la fois le financement et l'approvisionnement sur trois années successives.

À mon arrivée à la direction générale de la santé, le stock de masques pédiatriques était de 113 millions. Personnellement, j'ai passé une commande de 40 millions de masques de ce type, parce que ces derniers peuvent périmer et qu'il fallait compenser la disparition de ceux qu'il fallait détruire.

Le stock de masques qui a le plus diminué est celui des masques FFP2 : pendant cette période, il est passé de 380 millions de masques à zéro.

S'agissant des masques chirurgicaux adultes, le stock était de 796 millions en 2009 contre 714 millions fin 2017. On constate donc une quasi-stabilité du stock national. Notre stratégie a consisté à maintenir ce stock à un niveau important, en nous fondant sur les éléments de langage fournis, à la fois par Xavier Bertrand et Didier Houssin, dans des présentations relatives au plan de pandémie grippale, et sur une expertise beaucoup plus récente que j'ai moi-même commandée, qui a été publiée officiellement en 2019, mais remise au directeur général de la santé un an plus tôt, dont l'objet était de présenter un état des lieux des contre-mesures efficaces en période pandémique. À cette occasion, les experts présents autour du professeur Jean-Paul Stahl ont réaffirmé qu'il fallait continuer à viser un objectif de 1 milliard de masques, chiffre qui a gardé une valeur très forte.

Parmi les 714 millions de masques chirurgicaux adultes, on comptabilisait 616 millions de masques sans date de péremption. Fin 2016, nous avons demandé une expertise sur la qualité de ces masques qui, pour certains, dataient de 2006 – et non de 2000, comme je l’ai entendu –, c’est-à-dire déjà dix ans. Aujourd’hui, il n’est peut-être pas nécessaire d’attendre dix ans de plus : il faut garder à l’esprit que ces masques, même s’ils n’avaient pas de date de péremption, datent pour les plus anciens de 2006. Je précise qu’ils étaient répartis sur différentes plateformes dispersées au niveau national, ce qui a demandé de notre part un effort de restructuration et de recentrage.

Ces masques étaient dits « sans date de péremption » car, à l’époque, les industriels n’indiquaient aucune date, considérant que ces matériels de protection ne se dégradaient pas, à la différence extrêmement significative des masques FFP2, qui comportent un module électrostatique chargé de dévier les aérosols, capable de capter des particules beaucoup plus fines que celles que les masques chirurgicaux classiques sont capables de filtrer – leur capacité de filtrage est de 0,3 à 3 microns. On considérait donc ces masques FFP2 comme des équipements se dégradant très rapidement.

Surtout, à la suite de l’épisode de la grippe H1N1, lors de laquelle plus de 100 millions de ces masques avaient été distribués, mais dont plus de 48 millions avaient été restitués – ce qui démontrait que beaucoup d’entre eux n’avaient pas été utilisés –, on a découvert que les professionnels de santé en étaient mécontents pour des raisons de confort, de chaleur et d’humidité. Il y avait donc mésusage.

C’est la raison pour laquelle le professeur Houssin a saisi le Haut Conseil de la santé publique en 2009. L’avis rendu en 2011 a indiqué de façon très claire qu’il serait utile de changer la manière de considérer l’usage du masque FFP2 et du masque chirurgical en cas de pathologie respiratoire hautement contagieuse – et dans ce type de situation seulement, j’y insiste –, et ce en fonction du type d’acte que les professionnels de santé peuvent effectuer.

Un autre avis du Haut Conseil de la santé publique rendu en mars 2020 reprend exactement les mêmes éléments. Il précise que les masques FFP2, qu’il est plus difficile de porter longtemps, doivent être uniquement utilisés pour des actes invasifs des voies aériennes supérieures ou de la sphère ORL, ce qui conduit à écarter énormément de praticiens et à les réserver, pour faire simple, aux anesthésistes-réanimateurs, qui font de l’intubation et de la ventilation, aux ORL, aux dentistes et aux gastro-entérologues. En réalité, la consommation de masques FFP2 est très faible en temps de paix : la centrale d’achat UniHA l’évalue à 2 à 4 millions de masques par an, ce qui est peu. Si l’on ramène ce chiffre aux 3 000 établissements de santé français – c’est une approximation, je le reconnais bien volontiers –, cela revient à une consommation moyenne de quelques centaines à quelques milliers de masques par an et par établissement.

L’avis du Haut Conseil de la santé publique a causé la redéfinition de l’utilisation des stocks stratégiques et du nombre de masques nécessaires par catégorie pour tenir compte de la dégradation rapide des masques FFP2 et, par ailleurs, des indications retenues pour les masques chirurgicaux anti-projections.

Je viens d’évoquer la définition des règles d’usage pour les professionnels de santé, mais je précise que le stock stratégique national est principalement destiné à la population générale. Les professionnels de santé doivent à la fois pouvoir compter sur des établissements pour les approvisionner en masques, mais aussi s’en constituer un stock selon leurs propres moyens. En juin 2013, mon prédécesseur Jean-Yves Graal a envoyé un message

aux ARS et aux responsables de l'évolution des doctrines sanitaires, pour que les établissements soient incités à constituer leurs propres équipements. Au sein de chaque ministère, des réunions de travail ont évidemment eu lieu pour décliner ces propositions.

Pour nous, l'évolution du stock de masques est le fruit d'un héritage et d'une philosophie évolutive. Elle tient aussi compte de considérations financières, comme l'a suggéré Didier Houssin, mais celles-ci ne constituent pas le principal facteur explicatif de l'organisation et de la constitution des stocks stratégiques.

L'évolution des stocks de masques en France ne me semble pas poser de difficulté particulière. À tout le moins, on ne m'a jamais fait part de débats autour de la diminution du stock de masques FFP2 parce que, dans les faits, les établissements constituent leurs propres stocks.

M. René-Paul Savary, président. – Existe-t-il un suivi ?

Pr Benoît Vallet. – Je l'ai dit, il est très difficile d'avoir une image précise du nombre de masques FFP2 réellement consommé par les établissements. C'est pourquoi nous avons mis en place un système d'information destiné à détailler ces stocks tactiques. Il faut savoir que ceux-ci sont très diffus géographiquement, puisqu'ils concernent notamment les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les 100 sièges de SAMU, qui déploient les postes sanitaires mobiles (PSM).

M. René-Paul Savary, président. – Attendez, je ne comprends pas : vous parlez des masques FFP2 ou des stocks tactiques diffus ?

Pr Benoît Vallet. – Je cherche simplement à bien vous faire comprendre ce qu'est l'organisation territoriale des stocks en France.

Je parle des postes sanitaires mobiles et de ce qu'ils représentent dans les stocks tactiques : sur le territoire national, il en existe une centaine dits « de niveau 1 » près des SAMU, conçus pour soigner jusqu'à 25 victimes en cas de circonstances sanitaires exceptionnelles pour une durée de vingt-quatre heures, et trente autres au niveau des CHU, qui peuvent traiter jusqu'à 500 victimes pendant vingt-quatre heures.

Si j'insiste sur ce point, c'est parce que les malles des PSM sont extrêmement sophistiquées et contiennent de nombreux produits utiles aussi bien en cas d'attentat qu'en cas d'accident nucléaire, radiologique, bactériologique ou chimique : la diversité de ces produits suppose un suivi très précis. En 2014, on a donc institué à ma demande le système d'information et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SIGeSSE), qui est aujourd'hui totalement opérationnel, et dont le degré de précision descend jusqu'aux établissements sièges de SAMU.

Pour répondre très précisément à votre question, monsieur le président, il a été demandé aux établissements de renseigner, sans que cela soit obligatoire, la nature et la quantité des autres types de matériels dont ils disposent. Ce fut le cas, par exemple, des équipements de protection individuelle pour Ebola. Le nombre de masques FFP2 peut donc tout à fait être renseigné dans le système d'information, même s'il n'est pas pour autant obligatoire pour un établissement de le faire, car il s'agit d'une information avant tout destinée à son propre usage.

Le SIGeSSE sert avant tout à aider les établissements à déterminer précisément dans quelle situation ils se trouvent par rapport à leurs postes statiques. Il sert aussi aux agences régionales de santé, qui peuvent effectuer une requête et connaître l'état des équipements de chacun des établissements de la région. Des requêtes peuvent aussi être lancées au niveau national pour connaître l'état précis des stocks tactiques.

Je ne peux donc pas vous parler de l'évolution détaillée du stock de masques FFP2 en France parce que je ne dispose pas de cette information et que je ne travaille plus à la direction générale de la santé, mais je peux vous dire, pour l'avoir constaté moi-même, notamment au CHU de Lille où j'ai longtemps travaillé, que certains établissements réalisaient des requêtes très détaillées, qui permettaient de voir que des centaines de masques FFP2 étaient disponibles en cas de situation sanitaire exceptionnelle. En outre, l'audition récente de directeurs d'établissement à l'Assemblée nationale n'a pas révélé de difficultés particulières en ce qui concerne le stock de masques FFP2.

M. René-Paul Savary, président. – Je vous rappelle que Sylvie Vermeillet vous a interrogé sur le stock stratégique de 716 millions de masques destinés à la population.

Cela étant, nous l'avons bien compris, en ce qui concerne les professionnels de santé, votre stratégie a consisté à demander à ces derniers de constituer eux-mêmes un stock de masques chirurgicaux. Qui a assuré l'évaluation et le suivi de cette stratégie ? Qui a vérifié s'ils disposaient bel et bien de ces masques ?

Pr Benoît Vallet. – Chaque établissement a la responsabilité de gérer le volume d'activité qu'il assure pour certains types d'actes et, donc, ses stocks. Exemple intéressant, les plans blancs sont de la responsabilité des établissements, mais ils ne sont pas nécessairement renseignés. Ils peuvent l'être au niveau de l'ARS, mais pas au niveau national. Tout cela relève de la responsabilité propre des établissements et des acteurs de terrain.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Vous nous dites que le suivi des stocks n'était pas obligatoire. Mais cela signifie-t-il que, à aucun moment, vos services n'ont perçu le risque que feraient courir des établissements qui ne s'équiperait pas eux-mêmes ? Parce que ce risque, on l'a payé très cher ! Durant toutes ces années, alors qu'on ne trouvait plus de masques nulle part, il n'y a donc jamais eu de remontées et d'alertes ?

Pr Benoît Vallet. – Pardonnez-moi, mais vous ne pouvez pas dire qu'il n'y avait plus de stocks nulle part. Je le répète, lorsque j'ai quitté la direction générale de la santé, il y avait 714 millions de masques, dont 70 % se trouvaient au niveau de la plateforme centrale de Vitry-le-François.

M. René-Paul Savary, président. – Cette fois-ci, vous parlez des stocks destinés à la population !

Pr Benoît Vallet. – Ces stocks sont principalement pour la population, mais peuvent être utilisés pour aider les établissements s'ils connaissent une pénurie.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Professeur, je ne vous mets pas en cause. Simplement, à un moment donné, on a transféré aux employeurs la responsabilité de s'équiper en masques sans pour autant prévoir de contrôle : pour moi, cela constituait un danger. C'est sur ce point que je vous interroge et non sur le stock stratégique de masques chirurgicaux.

Pr Benoît Vallet. – La seule réponse que je peux apporter est celle qui a été observée pendant la crise, à savoir que les établissements avaient bien constitué des stocks de masques. Ceux-ci ont peut-être beaucoup diminué et été insuffisamment complétés par un stock national de masques, qui aurait pu servir de support à ces établissements.

Le contrôle existe. Je le répète : le suivi établissement par établissement se fait au travers d'un système d'information extrêmement sophistiqué. Avant que notre pays ne soit touché par l'épidémie de la covid-19, je ne sais toutefois pas si ce système a pu servir pour connaître le niveau des stocks dans les établissements.

M. René-Paul Savary, président. – Vous parlez des stocks probablement constitués par les établissements, mais, en ce qui concerne les professionnels de santé, je suis plus dubitatif. J'ai exercé comme médecin pendant plus de trente ans : on ne m'a jamais demandé si j'avais les moyens nécessaires pour me protéger en cas de crise. On peut penser que le stock était suffisant pour les affaires courantes, mais il était sûrement insuffisant en cas de crise. Quelle expérience tirer de cette pandémie ? Il faut peut-être revoir la stratégie et considérer qu'il faut des masques en permanence. En tout cas, il faut essayer de se tenir prêts et mieux alerter les professionnels si besoin.

Pr Benoît Vallet. – Je suis bien d'accord, mais ce dont je vous parle, ce n'est pas du stock courant, mais du stock de réserve conçu pour les situations sanitaires exceptionnelles.

M. René-Paul Savary, président. – Manifestement, le système n'a pas fonctionné.

Pr Benoît Vallet. – Dans les établissements de santé, les personnels ont bel et bien utilisé les masques disponibles dans les stocks – même s'il s'agissait parfois de masques anciens –, du moins à écouter les directeurs d'établissement, notamment ceux qui ont été auditionnés à l'Assemblée nationale.

Vous parliez tout à l'heure de bon sens : fin 2017, nous disposions d'un stock stratégique national de 714 millions de masques chirurgicaux adultes, dont plus de 600 millions étaient sans date de péremption ; en mars 2020, lorsqu'on a identifié qu'un certain nombre de masques n'avaient pas été détruits, la direction générale de l'armement et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ont procédé à une réévaluation de l'usage de ces masques en les rendant compatibles avec une utilisation « grand public ». J'ajoute que ces masques chirurgicaux qui, je le rappelle ici, ne sont pas stériles, et dont la charge microbienne doit être inférieure à 30 unités formant une colonie (UFC), respectaient parfaitement les normes, notamment la norme européenne de 2014, d'après l'évaluation de l'ANSM elle-même.

Selon moi, compte tenu de la quantité de masques dont on disposait, les stocks pouvaient profiter à l'ensemble de la population générale, ce qui est très important, mais ils auraient pu également bénéficier aux professionnels de santé, notamment en ambulatoire.

Cela étant, je veux bien entendre que certains établissements se sont peut-être retrouvés dans une situation difficile. Après tout, la destruction des masques décidée au niveau national n'a pas concerné que la plateforme centrale et a aussi affecté les plateformes zonales. Quand on se retrouve avec un tel déficit au départ, des difficultés peuvent forcément survenir ici ou là quand la crise devient très intense et que l'on généralise le port du masque.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Professeur Houssin, vous avez exposé les raisons qui, selon vous, pourraient expliquer l'« évaporation » du stock de masques, en évoquant les critiques concernant la gestion de la crise de 2010, les doutes sur l'utilité du masque et le coût budgétaire des commandes. Il faut également rappeler le rôle des épisodes sanitaires dans la diminution des stocks. Quel est votre avis sur le débat qui vient d'avoir lieu à propos de l'avis du HCSP rendu en 2011, et sur celui de 2013, qui réaffirmait l'obligation pour les employeurs de protéger la santé de leurs salariés ?

Le Gouvernement a activé le plan de pandémie grippale de 2011. Selon vous, certaines mesures de ce plan étaient-elles obsolètes et inadaptées à la crise actuelle ?

À la lumière de votre expérience de délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire, un poste équivalent aurait-il pu être utile pour faire face à ce que nous vivons depuis le début de l'année ?

Vous avez écrit en mai 2020 que, compte tenu du grave affaiblissement actuel des mécanismes multilatéraux, faire face à ce danger devait être tout en haut de l'agenda européen. Pourriez-vous préciser votre propos, alors que l'on a effectivement observé une grave discordance en Europe et l'absence de vision commune européenne depuis le début de la crise italienne ?

Monsieur Grall, au mois de mai dernier, vous aviez suggéré devant la commission des affaires sociales du Sénat que le dispositif s'appuie sur les établissements sièges d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) pour que ceux-ci jouent le rôle de pilote de la sécurité sanitaire, à la fois pour les établissements du GHT, mais également pour l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) situés sur le territoire. C'est d'ailleurs un peu ce que l'on a observé dans les faits. Cela étant, les fédérations hospitalières, en particulier la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), estiment que ce n'est pas le rôle des GHT d'assurer la redistribution des équipements de protection. Quel est votre avis sur le sujet ?

En 2013, vous avez dirigé un exercice de préparation à une pandémie. Pouvez-vous nous expliquer en quoi cela consistait ?

Durant la crise, on a déclenché les plans blancs et on a élargi les plans aux établissements de santé au niveau national, car on pensait que la vague allait déferler partout : cette décision n'a pas été sans conséquence, notamment sur le renoncement aux soins et les retards de diagnostic et de prise en charge. Il est facile de refaire l'histoire *a posteriori*, mais comment faire pour mieux préparer les équipes hospitalières à une telle crise, de sorte à ne pas exclure les patients qui ne sont pas malades de la covid-19 ?

S'agissant des ARS, tous les acteurs de terrain auditionnés nous ont dit qu'elles n'étaient pas « outillées » sur le plan logistique, et qu'elles avaient rencontré des difficultés. Ce constat n'est pas uniforme sur le territoire : dans certains secteurs, tout s'est bien passé ; dans d'autres, les relations entre les ARS et les préfets se sont révélées difficiles. Quelles sont, selon vous, les évolutions possibles dans ce domaine ?

Professeur Vallet, avez-vous vous aussi organisé un exercice de préparation à une pandémie ou à une autre crise sanitaire ?

Dernière question, nous avons entendu hier l'actuel directeur général de la santé, le professeur Salomon : il nous a fallu un certain temps pour comprendre sur quoi se fondait la ministre, lorsqu'elle a déclaré le 24 janvier dernier que le virus n'atteindrait pas notre pays, et pour savoir qui fournissait les meilleurs messages d'alerte au ministre. En outre, Agnès Buzyn a déclaré qu'elle n'avait pas été informée de l'existence d'un problème au niveau du stock de masques. Selon vous, quelle est la meilleure articulation possible entre la DGS et le cabinet d'un ministre ? Quelles informations stratégiques doivent-elles remonter au ministre et qui doit en assumer la responsabilité ? Est-ce la DGS qui analyse et évalue ce qui est important ou non ?

Pr Didier Houssin. – Concernant l'avis du HCSP, je pense qu'il ne faut pas négliger le fait qu'une instance scientifique peut elle-même être sous l'influence du contexte général et, en particulier, du contexte critique de la pandémie de 2009. Cela étant, et je diverge peut-être en cela de mon collègue Benoît Vallet, il me semble que la lecture qui a été faite de cet avis est un peu restrictive, car il ouvre en réalité à beaucoup plus d'utilisations des masques FFP2 que ce qu'on en a dit, en tout cas des usages plus proches des souhaits des professionnels de santé.

Par ailleurs, il ne faut pas négliger le facteur psychologique : face à un virus émergent dont vous connaissez mal la dangerosité, on peut peut-être estimer dans un premier temps que le masque n'est pas agréable à porter, mais on va quand même préférer se protéger au maximum. C'est l'esprit dans lequel Xavier Bertrand et moi-même avons préparé la réponse à la pandémie grippale : le but était de ne pas se retrouver en situation de pénurie, y compris en répondant à des attentes qui auraient dépassé des avis purement scientifiques.

Vous m'interrogez sur le « plan pandémie grippale » de 2011. Pour moi, le plan de lutte contre la pandémie grippale, qui a véritablement fait l'objet du plus d'attention, est celui de 2009. Le plan de 2011 a été élaboré dans la période qui a suivi les critiques formulées à l'égard de la préparation : c'est une version plus agréable du point de vue de la présentation, mais qui me semble beaucoup moins approfondie d'un point de vue opérationnel. De plus, la version de 2011 n'a pas véritablement été testée lors d'exercices. Il y a eu des exercices en 2005, en 2006 et en 2008, probablement en 2009, mais pas après. Or un plan se doit d'être testé, évalué et doit évoluer dans le temps.

Le plan de 2011 mériterait donc d'être sérieusement reconsidéré. Un point m'a particulièrement surpris, par exemple : on s'est retrouvé au début de l'épidémie avec trois centres de crise. Il a fallu attendre la mission Castex pour aboutir à la création d'un centre de crise unique. Je tiendrai les mêmes propos pour ce qui concerne l'articulation entre la décision et l'expertise scientifique.

Concernant la fonction de délégué interministériel, il m'est difficile de prêcher pour ma paroisse, mais il me semble que la fonction que j'ai occupée était extrêmement utile. Même si les choses s'arrangent avec le temps, la situation est cependant complexe d'un point de vue managérial, car le délégué interministériel est à la fois sous l'autorité du ministre de la santé en tant que DGS et rattaché au Premier ministre en tant que délégué interministériel. En tout cas, cette fonction me semble avoir été extrêmement précieuse pour engager tout un travail de préparation. La toute petite équipe qui officiait comportait seulement sept membres.

Concernant l'agenda européen, j'avoue avoir été très déçu : malgré une directive transfrontière publiée par la Commission européenne en 2013, on a constaté une très faible coordination au niveau européen au cours de la pandémie. Je ne sais pas quel a été le rôle du

comité de sécurité sanitaire européen, mais je n'en ai pas entendu parler. Vu de l'extérieur, c'est l'une des principales faiblesses que j'ai observée.

Je terminerai mon intervention en abordant la question des relations entre le DGS et le ministre. Voici un souvenir personnel : le 24 avril 2009, lorsqu'on a appris qu'il y avait une urgence de santé publique de portée internationale, la première réaction du DGS a été de prévenir son ministre, de déclencher le branle-bas de combat, de demander la réunion du centre de crise auprès du Premier ministre et, évidemment, de dresser le bilan des armes à disposition. Je ne pense pas que le ministre de la santé puisse être dans l'ignorance des moyens dont le pays dispose lorsqu'une crise de cette nature se déclenche.

Dr Jean-Yves Grall. – L'avis du Haut Conseil de la santé publique, sollicité par Didier Houssin en avril 2010, a effectivement conduit à une utilisation ciblée des masques FFP2 compte tenu notamment, comme l'a rappelé Benoît Vallet, des difficultés remontées par les professionnels de santé et de la consommation, finalement plus faible que prévu, de masques durant l'épisode de la grippe H1N1 – je crois que les stocks nationaux ont été amputés de 40 ou 50 millions de masques FFP2 seulement à l'époque. S'est alors posée la question, dans la perspective du renouvellement de ce stock, de savoir si l'on devait le renouveler en l'état ou si, compte tenu de l'expérience précédente, on amodiait la doctrine concernant son utilisation. C'est la question qui a été posée au HCSP.

Il y avait environ 600 millions de masques FFP2 en 2009...

Pr Benoît Vallet. – Le stock était de 397 millions de masques FFP2 à cette date.

Dr Jean-Yves Grall. – Oui, mais il me semble que ce stock est remonté à 700 millions à un moment donné. Bref, les chiffres étaient de cet ordre. L'utilisation qui était faite de ces masques à cette époque était très large : on les utilisait dans toutes les administrations, et tous les personnels dits « de guichet » en avaient. On s'est aperçu qu'ils étaient très inconfortables à porter : on s'est donc posé la question des modalités d'usage. Cette réflexion a indiscutablement entraîné une diminution du besoin en masques FFP2, puisque l'avis du HCSP a exclu la possibilité pour les personnels de guichet d'y recourir.

Le plan de pandémie grippale a été mis en place sous l'égide du SGDSN en novembre 2011. L'essentiel du changement concernait le nombre de stades de l'épidémie pouvant déclencher des actions. Ce plan a été évalué en novembre 2013, c'est-à-dire après mon départ de la DGS, mais c'est moi qui l'ai conçu. Depuis, il n'y en a en effet pas eu d'évaluation à ma connaissance. Benoît Vallet vous donnera les résultats de cet exercice, car je n'étais plus en fonction à ce moment-là.

S'agissant des groupements hospitaliers de territoire, j'ai proposé que l'on prolonge des dispositifs qui avaient bien fonctionné. Pendant la crise, à compter du 19 ou du 20 mars, on a commencé à voir les flux de patients arriver au niveau des établissements sièges de GHT que nous avons identifiés comme étant les meilleurs pour prendre en charge les malades, notamment ceux des Ehpad. Les GHT étant sous clé de répartition des ARS, on a alors réparti les dotations entre les Ehpad et les établissements de santé du GHT pour colmater un certain nombre de brèches. Cela a bien fonctionné. C'est pourquoi je pense qu'il faudrait réfléchir à un pilotage de tous les établissements par le GHT : cela créerait une organisation un peu centralisée, une sorte de relais en vue de couvrir le territoire de façon homogène et de colmater les brèches ici et là.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Vous incluez les établissements médico-sociaux ?

Dr Jean-Yves Grall. – Oui.

M. René-Paul Savary, président. – Ce n'est pas la priorité des GHT.

Dr Jean-Yves Grall. – D'après les textes, le médico-social peut parfaitement relever de la sphère d'action des GHT.

M. René-Paul Savary, président. – Je ne partage pas votre point de vue. Sur le terrain, vous dites que le dispositif a bien fonctionné. De notre côté, nous avons tous eu connaissance de difficultés de distribution, avec des GHT qui donnaient la priorité aux établissements publics, peut-être à raison, mais pas aux établissements privés et médico-sociaux.

Dr Jean-Yves Grall. – Monsieur le président, je crois que le dispositif a fonctionné de façon hétérogène sur le territoire. D'après l'expérience que j'en ai en Auvergne-Rhône-Alpes, les établissements sièges de GHT ont pleinement rempli leur rôle en termes de répartition : ils sont souvent venus au secours d'établissements médico-sociaux en difficulté et ont aussi travaillé avec les établissements privés.

M. René-Paul Savary, président. – Nombreux sont les GHT qui couvrent plusieurs départements et n'agissent pas comme les GHT de périmètre départemental. De plus, les GHT qui ont un CHU, sont différents de ceux qui n'en ont pas. Tout cela mériterait que l'on s'attarde sur les détails.

Dr Jean-Yves Grall. – D'après mon expérience, ils ont représenté une bouffée d'air frais au moment où nous connaissions des difficultés d'approvisionnement. Les GHT ont constitué un moyen de reprendre la main, ce que tout le monde a d'ailleurs reconnu.

Les plans blancs ont été déclenchés dans tous les établissements de santé. Malheureusement, aujourd'hui, au vu de l'évolution de l'épidémie, certains établissements sont en train de déclencher des plans blancs de territoire, de façon à pouvoir étaler la prise en charge des malades, notamment en réanimation. En Auvergne-Rhône-Alpes, nous nous étions organisés par territoire, sous l'égide de l'ARS, et avons donné mandat, en accord avec toutes les fédérations, à certains établissements pour organiser la prise en charge des patients. Pour diverses raisons, et devant la brutalité de la vague et du flux des patients, cette organisation a provoqué une déprogrammation générale des soins. Dans ma région, nous avons dû nous adapter rapidement : cette organisation concertée et coordonnée a permis de passer le cap et sera reproduite pour faire face à l'avenir.

En Auvergne-Rhône-Alpes, nous avons surtout un problème de produits anesthésiques, ce qui nous a contraints à n'utiliser ces produits que dans le cadre de soins de réanimation. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé la déprogrammation générale que j'évoquais, y compris en ambulatoire. Cette décision a parfois paru peu compréhensible, mais elle s'expliquait par cette tension que nous connaissions au niveau des produits anesthésiques, sans parler de la tension sur les anesthésistes...

Face à la dynamique actuelle, nous n'avons plus qu'une légère tension pour les gants. Des approvisionnements organisés par Santé publique France sont en cours et nous allons sûrement devoir envisager, avec les fédérations et les professionnels de santé,

l'éventualité de déprogrammations ciblées et partagées. Cependant, elles ne concerneront pas l'ensemble du système, et ce pour deux raisons : d'une part, la question ne se pose pas pour l'ambulatoire de mon point de vue ; d'autre part, il faudra être attentif à ne pas pénaliser la prise en charge de certains patients aux pathologies sévères, notamment en cancérologie. C'est ce que nous nous étions efforcés de faire pendant toute la période précédente : sanctuariser et sacréaliser un certain nombre d'interventions absolument indispensables.

L'ARS – et là encore, je ne parle que de ce que je connais bien – n'a pas une fonction de logisticien. Logisticien, c'est un métier, on l'a redécouvert un peu tard.

Les relations ont été excellentes avec les préfetures. Pour ce qui me concerne, j'étais tous les matins, entre 8 h 30 et 9 heures, en réunion avec le préfet de région, et cela s'est fait dans tous les départements. L'information passait. En Auvergne-Rhône-Alpes, la coopération entre l'État et l'ARS a été parfaite. Dans une dynamique interministérielle, c'est bien entendu le préfet qui a la main sur l'ensemble du dispositif ; nous y avons concouru auprès de lui sans aucun problème.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Cela n'a pas été le cas partout.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Je reviens sur les plans blancs. On me dit que nous sommes prêts, que si déprogrammation il y a, elle sera plus ciblée. On me dit aussi que, dans certains établissements, faute de personnel, tous les lits ne sont pas rouverts.

Dr Jean-Yves Grall. – Nous avons effectivement un problème de mobilisation des professionnels dans le sanitaire et le médico-social. Les étudiants, qui aidaient beaucoup, ont fait leur rentrée... C'est un sujet d'inquiétude, que nous surveillons.

Pr Benoît Vallet. – Quelques éléments sur la pratique d'exercices. L'exercice « pandémie » de novembre 2013, qui s'est tenu alors que je venais d'être nommé DGS, a été riche d'enseignements pour moi. Il consistait essentiellement en un passage de témoin entre le ministère de la santé et le centre de crise national, à Beauvau. Le ministère de la santé passait la main, donc la responsabilité de la gestion de crise – ce que nous n'avons pas observé de manière évidente lors du déconfinement.

J'ai aussi vécu un exercice visant à préparer les établissements en cas d'attentats. À la suite des attentats, nous avons amélioré les stocks tactiques et la prise en charge des victimes, notamment pédiatriques, sur le terrain. L'exercice en réel mené à Bordeaux avec Mme Touraine et M. Cazeneuve a souligné le risque de débordement des établissements ; nous avons donc imaginé à l'époque, sur la proposition du Professeur Carli, les TGV d'évacuation de victimes, qui se sont matérialisés lors de la crise Covid.

Les retours d'expérience permettent de trouver des solutions. L'exercice mené au cours de la préparation de l'Euro 2016, toujours dans l'hypothèse d'un attentat, a été utile au CHU de Nice quand il a dû hélas ! accueillir les victimes, notamment pédiatriques, du 14 juillet 2016. Ces exercices sont indispensables, ils renseignent sur les conséquences de l'amélioration des prises en charge et préparent le dispositif de santé.

L'exercice « plan blanc » est très important ; ce fut mon premier exercice en tant que président de la commission médicale d'établissement. Ces exercices sont à encourager, même si la traçabilité n'est pas toujours aisée.

À quel moment le ministre est-il informé ? Le DGS informe son ministre très fréquemment, plusieurs fois par semaine. Les alertes sanitaires ne sont pas toujours portées à la connaissance du grand public, et n'atteignent pas forcément la dangerosité imaginée – heureusement ! Le premier interlocuteur du DGS est le directeur de cabinet du ministre, qui est chargé d'articuler la relation avec le ministre. Pour ma part, j'étais très régulièrement dans le bureau de Mme Touraine pour du *reporting* sur différents sujets.

Un mot enfin sur l'Europe. J'ai vécu la coordination européenne lors de la crise d'Ebola ; nos ressortissants de retour d'Afrique étaient distribués par le *Health Security Committee* entre les pays européens qui avaient les moyens d'accueil et l'équipement adapté. Le mécanisme de coordination européenne s'était révélé compliqué à mettre en place, il le reste aujourd'hui. Il y a un gros effort à faire au niveau de l'agence européenne de surveillance épidémiologique et du mécanisme de contrôle d'organisations européennes comme le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

Comment transfère-t-on le savoir accumulé lors d'une crise sur la crise suivante ? Nous avons observé, lors des attentats de Nice, que la présence sur place d'un collaborateur du centre de crise apportait des enseignements plus intéressants que le simple *reporting*. Nous avons donc jugé indispensable de disposer d'une confrérie de centres de crise nationaux, avec un point focal sur chaque ARS qui reproduise l'organisation de surveillance et d'alerte. Il est important que le niveau national et les régions sachent travailler ensemble et se comprennent ; cela suppose de se déplacer. Nous avons ainsi apporté une mission d'appui à chaque ARS en 2018 et 2019, puis aux outre-mer, pour partager l'expertise.

Le règlement sanitaire international propose une montée en puissance de l'alerte, avec la possibilité d'envoyer des missions sur place – ce n'est sans doute pas facile à organiser dans le contexte international – pour avoir l'appréciation la plus précise possible.

Dr Jean-Yves Grall. – Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, la baisse de la contribution de l'assurance maladie à l'Éprus – soit une perte de 3 ou 5 millions sur un budget de 50 millions d'euros – a considérablement freiné la constitution de stocks.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Je reviens sur la question des masques. Nous voulons comprendre pourquoi la population n'a pas pu accéder à des masques en temps et en heure, nonobstant les débats sur leur utilité. Quelle a été la situation des soignants ? Pourquoi la fabrication de masques grand public, destinés à la population générale, n'a-t-elle pas été lancée plus rapidement ? Le stock de masques chirurgicaux est resté à peu près stable pendant vos fonctions ; l'effondrement vient après, je mets donc le sujet de côté.

Les soignants utilisent massivement des masques chirurgicaux à usage unique et, dans certaines activités de soins, des masques FFP2. J'ai le sentiment que la doctrine a été complexifiée avec la question du rôle de l'employeur, de l'établissement de santé, dans la constitution du stock. Il n'est certes pas aberrant d'attendre de chaque hôpital qu'il ait un stock suffisant pour répondre à sa mission de soin. Reste à savoir si les instructions sont appliquées...

L'autre source de complexité tient à la notion d'agent « hautement pathogène ». Que cela recouvre-t-il ? Le virus Ebola est sans aucun doute « hautement pathogène », mais *quid* du SARS-CoV-2 ? La mortalité est certes bien plus basse, mais une épidémie, c'est l'interaction entre un microbe et une société – et collectivement, l'effet est hautement

pathogène. L'instruction de 2013 charge les pouvoirs publics de constituer des stocks de FFP2 si l'agent est hautement pathogène. Mais le flou dans l'interprétation et l'application des règles a conduit à une politique différente. Reste que si l'on avait eu 600 ou 700 millions de masques chirurgicaux au printemps, la situation aurait été tout autre.

Enfin, si le nombre de tests a progressé, il n'y a toujours pas de stratégie claire sur le dépistage. Dans l'organisation actuelle, qui doit proposer une stratégie de dépistage ? Qui doit en décider ? Deux anciennes ministres de la santé nous ont dit que c'était au ministre de la santé de piloter la gestion de la crise, même s'il y a bien sûr une dimension interministérielle. Comment la coordination doit-elle s'effectuer ? Comment articuler cette position avec les autres impératifs de gestion d'une telle crise ?

Pr Didier Houssin. – Pour moi, la stratégie de dépistage doit résulter d'une expertise scientifique qui repose sur l'analyse de la situation épidémiologique et des dispositifs disponibles. Il me semble que, en France, Santé publique France est l'organisme le mieux armé pour proposer une stratégie de dépistage ; il a accès aux données épidémiologiques et a l'habitude de faire des enquêtes de population.

Mais en France, nous sommes plus forts pour l'évaluation du risque que pour la gestion du risque. L'organisme qui me semble le mieux armé, du fait de sa composition, de sa pluridisciplinarité, de son expérience, c'est le Haut Conseil de santé publique. Le ministère de la santé doit pouvoir s'appuyer – c'est du moins ce que j'avais vécu – sur Santé publique France et sur le HCSP.

Il n'est guère étonnant qu'un ministre de la santé juge que c'est à lui de gérer une crise sanitaire. Malgré tout, l'expérience de la canicule comme celle de la pandémie montrent qu'il n'est pas forcément le mieux armé. En France, l'appareil interministériel est construit autour du ministère de l'intérieur, et le préfet est un agent interministériel. Or une épidémie déborde très vite le champ sanitaire pour impacter celui du travail, des transports, de l'école, etc. Dès lors, il me semble que, passé un certain stade, le ministre de l'intérieur ou le Premier ministre est mieux armé pour assurer la gestion de crise. Le délégué interministériel se met au service du centre interministériel de crise, aux côtés du gestionnaire de crise, pour apporter son expérience en matière de préparation, mais pas pour gérer la crise.

Dr Jean-Yves Grall. – Je souscris totalement à ce que Didier Houssin a répondu sur la première question : c'est le ministre qui établit la stratégie, sur la base d'avis et de conseils qui peuvent transiter par la DGS. Je partage aussi l'idée de Didier Houssin au sujet du rôle du HCSP et de Santé publique France. Enfin, je suis également d'accord pour considérer que, à partir d'un certain point, l'interministériel doit prendre le relais et le préfet – qui est *de facto* sur le territoire – doit jouer son rôle d'assembleur.

Pr Benoît Vallet. – Le SGDSN parle de maladie infectieuse hautement contagieuse à transmission respiratoire ; le HCSP d'un agent infectieux hautement pathogène. Mais les deux rappellent que le masque chirurgical, masque anti-projections, protège efficacement contre un germe d'origine respiratoire hautement pathogène. Lorsque certains gestes techniques provoquent une aérosolisation – avec l'émission non plus de gouttelettes, mais de particules très fines, voire de vapeur –, il faut utiliser des masques dotés du module électrostatique qui fige cette vaporisation. Le HCSP ne fait donc pas le *distinguo* en fonction de la caractéristique du germe – nous sommes bien dans des pathologies respiratoires hautement pathogènes avec dissémination par les voies aériennes supérieures –, mais il considère que, à l'occasion de ces gestes responsables d'aérosolisation – gestes ORL, gestes

d'intubation, gestes d'aspiration, etc. –, le masque FFP2 est plus efficace. Il est toutefois moins confortable et conduit à plus de mésusages, car il est moins bien toléré, moins longtemps. L'anesthésiste-réanimateur ne fait pas tout le temps des intubations ou des aspirations, mais à l'occasion de ces actes-là, d'une durée brève, il doit utiliser un tel masque. C'est pourquoi l'utilisation de ces masques particuliers amène un affaiblissement considérable de leur volume. C'est un changement radical dans l'estimation de ce que doit être le stock stratégique national qui s'adresse certes à la population générale, mais qui peut aussi venir en soutien des professionnels de santé en dehors de ces cas-là.

Mon action prend fin en janvier 2018. Je ne peux donc pas répondre à la question sur la stratégie actuelle des tests. Mais je suis complètement en phase avec Didier Houssin et Jean-Yves Grall sur la question du portage de la stratégie : Santé publique France est compétente sur les aspects épidémiologiques et le Haut Conseil doit dire comment faire ; les ARS doivent ensuite s'occuper de l'isolement. Aujourd'hui, la réussite du dépistage fait appel à l'isolement avec le couple directeur de l'ARS-préfet, car la réponse n'est alors plus strictement sanitaire.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Si je comprends bien, vous êtes tous d'accord pour dire que le Haut Conseil et Santé publique France proposent la stratégie et que le ministre décide.

Pr Benoît Vallet. – Oui.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Professeur Vallet, vous nous avez dit que, à l'occasion des attentats de Nice, vous aviez mis en place une cellule décentralisée en appui de l'ARS locale. Savez-vous si l'ARS du Grand Est a pu bénéficier d'un tel appui en début de crise ?

Pr Benoît Vallet. – Oui, mais cet appui a pris la forme d'un renfort non pas en provenance du centre de crise national, mais d'inspecteurs des affaires sociales qui étaient en relation avec le ministère pour aider à la conduite de cette crise. Plusieurs ARS ont aussi bénéficié de cet appui. J'avais reproduit ce que nous avons fait à Nice lors d'Irma et de Maria : j'étais allé moi-même sur place, accompagné d'un autre agent du ministère, de deux inspecteurs du génie civil et d'un épidémiologiste de Santé publique France afin de procéder sur place à l'identification éventuelle de cas de pathologies infectieuses émergentes – fièvres, diarrhées, etc.

Mme Laurence Cohen. – La question des masques – et plus généralement de tous les équipements de protection – est extrêmement importante pour nous. Monsieur Vallet, les membres de cette commission d'enquête sont de sensibilités et de territoires différents ; d'après les retours que nous avons eus en provenance des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux, il y a eu pénurie de masques. C'est notre vécu de parlementaires, et il faut aussi l'entendre. C'était peut-être parfait en théorie sur le papier et dans vos réunions, mais, nécessairement, il y a eu un problème, sinon les masques auraient été en nombre adéquat et il n'y aurait pas eu de personnel de santé infecté ! Le secteur médico-social a été terriblement oublié. Les groupements hospitaliers de territoire n'ont pas tous agi de la même manière, car ils ont dû gérer des stocks de masques insuffisants. Ce n'était pas une volonté malfaisante. Vous devez entendre que quelque chose s'est mal passé !

Hier, le professeur Flahaut a attiré notre attention sur le fait que les pays d'Asie semblaient avoir été mieux préparés, car ils s'attendaient à l'émergence d'une épidémie. Ils ont tiré l'expérience du SRAS et de la grippe aviaire et étaient préparés. Qu'en pensez-vous ?

Santé publique France a été créée en 2016, par la fusion d'établissements publics existants. À la faveur de cette fusion, le Gouvernement a opéré des réductions de dépenses, notamment de personnels. En 2016, on comptait 604 équivalents temps plein (ETP) dans les trois établissements publics, alors qu'ils ne sont plus que 561 ETP en 2020. Les effectifs ont donc été réduits, alors que les missions sont extrêmement importantes. Cette baisse des moyens ainsi que les suppressions de postes n'ont-elles pas contribué à affaiblir Santé publique France ?

Pourquoi les crédits prévus dans le budget de l'État pour le programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » ne prévoyaient-ils pas – ou pas suffisamment – le renouvellement des stocks stratégiques ?

Mme Victoire Jasmin. – Je tiens à remercier l'Éprus, car cet établissement a été très réactif à chaque crise en Guadeloupe.

Je suis responsable d'un laboratoire. Nous faisons usage permanent de masques et de gants, utiles pour nos pratiques. La plupart des laboratoires ont travaillé, même en confinement, parfois 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Ils n'utilisent pas tous les mêmes masques, selon leur activité. Dans l'évaluation des besoins, il faudrait tenir compte des utilisateurs et partir du terrain. C'est une suggestion pour que l'on prenne en considération les besoins réels de chaque catégorie d'utilisateur.

Avez-vous des préconisations concernant les psycho-traumas ? Il faut en effet les prendre en compte, tant pour les professionnels que pour les populations.

Pr Benoît Vallet. – Madame Cohen, je ne conteste pas que des établissements sanitaires ou médico-sociaux aient pu connaître des déficits en masques. J'ai seulement dit que l'absence de stock national – au niveau de Vitry-le-François comme dans les répartitions zonales – avait pesé très lourdement quand les premiers stocks des établissements sont arrivés à épuisement. Le relais n'a donc pas pu se faire. Je ne conteste absolument pas ce que vous avez vécu ni les informations qui vous ont été remontées : il est évident que la pénurie était là. Je l'ai constaté dans le Grand Est lorsque je m'y suis rendu.

M. René-Paul Savary, président. – C'était donc bien plus qu'une tension, c'était la pénurie !

Pr Benoît Vallet. – C'était une tension permanente, liée au niveau très faible du stock initial.

M. René-Paul Savary, président. – Oui, et ça s'est transformé en pénurie.

Pr Benoît Vallet. – Je suis d'accord avec Mme la sénatrice pour dire que les besoins en masques très spécifiques comme le FFP2 doivent remonter du terrain. C'est la difficulté de ces masques-là : leur doctrine d'emploi étant devenue très spécifique, les volumes de besoins vont également le devenir. C'est pourquoi nous l'avons laissé en renseignement optionnel pour que les établissements puissent choisir de constituer ou non des stocks. Une information renforcée sur le besoin strict et impérieux de faire des stocks de ces

masques aurait peut-être été nécessaire, mais nous avons choisi de le laisser à la main des établissements, au regard des besoins qui sont les leurs.

Au cours des deux premières années de Santé publique France, ses moyens et son périmètre sont demeurés constants. Il n'y a donc pas eu d'effort supplémentaire demandé en matière d'emploi. Mais l'agence a été dotée d'une trajectoire qui correspond à une rigueur sur l'efficacité des budgets de ses opérateurs. Certains d'entre eux ont pu utiliser des fonds de roulement qui étaient très conséquents. C'est le cas de l'Éprus qui a utilisé un fonds de roulement qui lui venait d'une période où il était beaucoup financé. Ensuite, un effort de rationalisation a été entrepris, car plusieurs départements identiques ont été mis en commun, que ce soit les ressources humaines, la comptabilité et le budget, les systèmes d'information, etc.

À partir du déconfinement, avec Didier Houssin, nous avons fait beaucoup de *benchmark*, en analysant les retours d'expérience de Corée du Sud, de Taiwan, de Singapour et de Hong Kong, qui ont mis en œuvre des stratégies assez différentes de la nôtre, avec des résultats extrêmement intéressants. Certains n'ont pas décrété de confinement généralisé, ne fermant que les écoles, mais ils avaient une culture du masque extrêmement différente de la nôtre et ont mis en place une stratégie d'implémentation industrielle des tests extrêmement vigoureuse.

M. René-Paul Savary, président. – Et une réactivité !

Dr Jean-Yves Grall. – Au-delà des masques, les surblouses ont également été un vrai problème dans les établissements de santé. Pendant trois semaines, voire un mois, jusqu'au 19-20 mars, la situation a été extrêmement compliquée. Ce n'est qu'ensuite que nous avons retrouvé une certaine maîtrise sur les arrivées dans les groupements hospitaliers de territoire. Il y a alors eu une montée en puissance qui a amélioré les choses sur le terrain.

Nous devons clarifier la doctrine sur ce qui revient à l'employeur et ce qui relève des stocks d'État et comment ces derniers sont mobilisés.

Nous devons aussi revisiter la circulaire d'août 2013 sur la répartition des stocks nationaux et leurs modalités de distribution sur le territoire. Comme nous ne sommes pas régulièrement confrontés à une crise, notre réactivité sur ces dispositifs s'est affaïssée. Il faut remettre de la clarté.

M. René-Paul Savary, président. – Il y a certes eu de la tension jusqu'au 20 mars, mais n'oubliez pas que la crise dans le Grand Est a commencé bien avant ! Puis ce fut l'Île-de-France. Ce décalage fait que l'on peut avoir un ressenti différent.

Pr Didier Houssin. – Je partage le point de vue de Benoît Vallet sur l'Asie. Dans cette zone, des événements – le SRAS en 2003, la grippe aviaire dans tout le Sud-Est asiatique et le MERS-CoV qui a menacé la Corée en 2012 – ont sensibilisé beaucoup plus que chez nous.

La clé de répartition du financement des agences est de deux tiers pour l'assurance maladie et d'un tiers pour l'État. Cette situation est ambiguë et peut être source de problèmes, en particulier pour l'Éprus, Santé publique France ou l'agence du médicament. Il faut sécuriser le financement de ces structures.

Le coronavirus a eu un impact important en termes de santé mentale, même si cet impact est encore difficile à mesurer aujourd'hui. Nous aurons probablement de mauvaises surprises. Le confinement, la peur, le chômage ont des conséquences psychiques.

Pr Benoît Vallet. – Nous avons toujours associé une prise en charge psychologique aux prises en charge de victimes. Ce fut le cas à Paris, lors des attentats de 2015. Nous avons mis en place une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) lors d'Irma et de Maria, également accessible aux soignants. Car nous savons qu'une prise en charge immédiate diminue les conséquences à long terme. Cela fait partie de la logique d'accompagnement de ces événements exceptionnels.

M. René-Paul Savary, président. – Je vous remercie.

Audition de M. Gérard Darmanin, ministre de l'intérieur

M. René-Paul Savary, président. – Nous poursuivons nos travaux avec l'audition de M. Gérard Darmanin, ministre de l'intérieur. Je vous prie d'excuser l'absence de notre président Alain Milon, retenu dans son département.

Nous souhaiterions vous interroger sur le pilotage interministériel de la crise sanitaire.

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, M. Gérard Darmanin prête serment.

M. Gérard Darmanin, ministre de l'intérieur. – C'est évidemment respectueux du pouvoir parlementaire et très obéissant aux pouvoirs de votre commission d'enquête...

M. René-Paul Savary, président. – Je vous prie de m'excuser, monsieur le ministre, nous avons la rigueur de porter le masque en permanence...

M. Gérard Darmanin, ministre. – D'accord. (*M. le ministre remet son masque.*)

M. René-Paul Savary, président. – Je vous en remercie.

M. Gérard Darmanin, ministre. – C'est conscient de votre pouvoir d'audition que je me répons à votre convocation. Mais vous avez devant vous un ministre de l'intérieur qui n'est en fonctions que depuis le 6 juillet et qui ne peut répondre que des actes qu'il a commis, même s'il peut être éclairé par ses directions et par l'histoire du ministère de l'intérieur en matière de gestion de crise sur le travail accompli.

Vous le savez, la crise que nous connaissons est à la fois exceptionnelle et inédite par son ampleur. Elle n'a épargné aucun territoire. Sa durée est exceptionnellement longue. C'est une crise sanitaire au cours de laquelle le ministère de l'intérieur a beaucoup innové. Ce ministère est un ministère de gestion de crise, notamment par l'intermédiaire du corps préfectoral. Il a dû appliquer un certain nombre de dispositions décidées par le Parlement,

singulièrement lorsque les policiers et les gendarmes ont dû verbaliser. Ce ministère est également intervenu, grâce aux agents de la sécurité civile, pour contribuer à dispenser les bons soins au moment de la propagation de l'épidémie.

Quelques chiffres témoignent de l'ampleur de cette crise : plus de 29 millions de cas dans le monde et 404 888 cas confirmés en France. Au 14 septembre, le nombre de décès était de 31 045. C'est donc une crise globale que le Gouvernement, et singulièrement le ministère de l'intérieur, ont dû affronter.

Dans mes fonctions précédentes, je n'ai pas eu à gérer la crise autrement qu'économiquement, avec Bruno Le Maire, dans le soutien à l'activité économique. Mais bien entendu, le ministère de l'intérieur a contribué, sous l'autorité du Premier ministre, au travail interministériel. Je tiens à souligner que, depuis son émergence, la gestion de cette crise a été véritablement interministérielle. L'organisation du ministère de l'intérieur a été pleinement mobilisée dans cette optique. Cette dimension interministérielle s'est incarnée, dès le lendemain du confinement, dans le centre interministériel de crise (CIC) que les Français ont vu à la télévision, qui vise à apporter une réponse nationale unifiée et qui a coordonné l'ensemble de l'action des ministères. Qu'il s'agisse de la santé, des transports, de l'économie, de l'agriculture, de l'outre-mer, et bien évidemment de la sécurité, ces ministères se sont réunis quotidiennement, à l'occasion de réunions thématiques interministérielles, notamment au début de la crise. Parallèlement, la cellule situations du CIC accueille les officiers de liaison des ministères, afin d'établir des points de situation quotidiens, de préparer et d'éclairer les décisions des autorités politiques.

L'objectif premier de cette gestion interministérielle a été clair : la mobilisation totale de tous les services de l'État, au niveau central comme au niveau déconcentré, sans interruption depuis janvier, soit plus de neuf mois d'action continue. C'est une durée sans équivalent dans l'histoire de la gestion de crise du ministère de l'intérieur. Mais l'État s'est montré résilient et a su répondre aux défis nombreux et originaux qui ont été les siens. Le CIC, dont la création a coïncidé avec le déconfinement dans le prolongement des travaux menés par le délégué interministériel à la stratégie du déconfinement, a permis de gérer la crise dans sa durée et il continue à le faire dans une difficulté accrue tant la crise est longue et les éléments d'information différents de semaine en semaine.

Au sein de cette organisation interministérielle, le ministère de l'intérieur a bien évidemment joué un rôle pivot dans la gestion de crise, conformément à la tradition qui veut que ce soit lui qui gère et coordonne les crises que nous avons pu connaître. Il est en effet responsable de l'anticipation et du suivi des crises : il est chargé de la conduite opérationnelle des crises sur le territoire de la République en application de l'article L. 1142-2 code de la défense. Il doit également, au titre de la préparation de la gestion de crise, s'assurer de la transposition et de l'application au niveau déconcentré, notamment par l'intermédiaire du corps préfectoral, des plans gouvernementaux.

Dans le cadre de cette crise, le ministère de l'intérieur a mobilisé trois niveaux. D'abord le niveau central : il a, par exemple, organisé, au début de la crise, le retour sur le territoire national des Français de Wuhan, en liaison avec le ministère des affaires étrangères et celui de la santé ; il a aussi armé à titre principal avec ses personnels – la majorité des postes du CIC, tout en veillant au maintien en condition opérationnelle de cet organe. Au niveau opérationnel, les forces de l'ordre ont la charge du contrôle du respect des règles sanitaires – notamment le port du masque –, avec plus de 45 000 verbalisations depuis début mai, mais elles doivent également assurer la sécurité de nos concitoyens dans un contexte de

grande tension : les sapeurs-pompiers par exemple, au travers de l'activité des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et des moyens nationaux de la direction générale de la sécurité civile ont été pleinement mobilisés : parmi plus de 123 000 interventions liées au covid, on compte 326 prises en charge par les hélicoptères de la sécurité civile pour l'évacuation sanitaire de plus de 182 personnes. Sans oublier l'action des associations agréées de sécurité civile. Enfin, au niveau territorial, les préfets et les sous-préfets ont été au rendez-vous, en lien avec les acteurs économiques, mais aussi les conseils départementaux et les maires. La gestion de cette crise a reposé, et repose encore, sur le couple préfet-maire ; les maires constituant en effet, depuis le début, des partenaires essentiels et incontournables, dont le travail a été renforcé par celui des présidents de conseils départementaux et régionaux.

Cette crise sans précédent doit nous conduire à nous interroger – c'est la réflexion que j'ai souhaité engager devant le corps préfectoral dès mon arrivée au ministère de l'intérieur – sur les perspectives d'évolution des gestions de crise dans notre pays. Même si le retour d'expérience n'est pas encore tout à fait total – puisque le ministère de l'intérieur, comme tout le Gouvernement, est encore mobilisé sur la gestion de la crise du coronavirus –, nous devons nous interroger ensemble sur les leçons de cette crise inédite.

Sans me livrer à cet exercice aujourd'hui – parce qu'il est bien trop tôt pour le faire et que je n'ai pas assez de remontées –, je voudrais vous faire partager quelques pistes de réflexion.

D'abord, cette crise met en exergue la multiplication des crises dans notre société. Leur ampleur, leur caractère polymorphe et leurs conséquences sur notre organisation doivent nous permettre d'anticiper les prochaines crises, qu'elles soient sanitaires ou autres. Il me semble que c'est bien à Beauvau que peut être le centre de réflexion pour les mois et les années à venir. Nous devons aussi réfléchir aux moyens de renforcer notre organisation et de l'adapter à des crises globales et durables. C'est un axe stratégique majeur de la feuille de route du ministère de l'intérieur que j'ai proposée au Premier ministre.

Plusieurs pistes peuvent être évoquées.

La gestion territorialisée de la crise me semble être le seul modèle pertinent pour adapter la réponse de l'État aux réalités du terrain et singulièrement à l'échelon départemental. À cet égard, les prérogatives du couple préfet de département–élu local pourraient être davantage consolidées en s'inspirant des retours d'expérience de la crise du coronavirus. Il s'agit également d'affermir le rôle central de la cellule interministérielle qui est placée à Beauvau en renforçant nos outils d'anticipation et de planification, en intégrant davantage les dimensions technologiques et en confortant le ministère de l'intérieur comme le ministère de la gestion de crise. Enfin, il s'agit de consolider l'offre de service du ministère pour l'ensemble de l'État pour le compte du Premier ministre, qu'il s'agisse de l'aide aux victimes, de leur information, de la logistique de crise, de la fourniture d'équipements de protection à la population. Le ministère de l'intérieur doit renforcer ses instruments, notamment à destination des autres ministères. C'est ce qu'il a fait, à l'exception de l'éducation nationale et de la santé : il a été le ministère qui a fourni notamment les masques et un certain nombre d'éléments dont l'État avait besoin au début de la crise sanitaire.

Veillez par avance m'excuser si je frustre un peu votre commission en ne répondant pas forcément à toutes les questions, notamment sur le déroulement de la crise avant mon arrivée. Mais je suis certain que je vais pouvoir apporter, avec les directeurs qui

m'accompagnent, ces réponses et nous sommes bien évidemment à votre disposition pour toute information complémentaire.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Je vous remercie pour votre exposé liminaire. Nous avons bien conscience que vous n'occupez pas les mêmes fonctions au début de la crise. Mais vous êtes ministre de l'intérieur aujourd'hui et nous nous intéressons au regard que le ministère de l'intérieur porte sur l'organisation de la réponse à la crise.

Nous constatons actuellement des difficultés dans la mise en œuvre de la stratégie « tester-tracer-isoler », qui suscite beaucoup d'interrogations. Conformément aux dispositions du code de la santé publique, ce sont les préfets qui sont chargés de la distribution et du recueil des fiches de traçabilité. Comment organisent-ils cette responsabilité ?

La crise a reposé sur le couple maire-préfet et s'est enrichie de cette collaboration. Mais, s'agissant d'une crise de santé publique, *quid* du lien avec les institutions sanitaires ? Il me semble évident qu'il faut dépasser ce couple territorialisé, qui doit travailler avec les autres acteurs. Nous avons pu observer des modes de fonctionnement très différents selon les territoires – souvent pour des facteurs humains. Comment pensez-vous l'institutionnalisation de ce lien entre les élus locaux, le préfet – il a des prérogatives de pilotage au titre du code de la santé publique –, les acteurs sanitaires et les autorités de santé ?

M. Gérard Darmanin, ministre. – Vous avez bien raison : les préfets sont ceux qui coordonnent, mais le préfet n'est pas que l'homme ou la femme du ministère de l'intérieur : il est, par définition, celui qui agit au nom du Gouvernement et donc pour chacun des ministres. Le ministère de la santé a bien évidemment un rôle particulier avec la gestion des ARS qui sont, comme vous le savez, des agences régionales, alors que le préfet de département est à l'échelon départemental. C'est donc avec le ministre de la santé que j'ai publié avant-hier une circulaire – je pourrai vous la faire parvenir – pour organiser la gestion des tests, car plus d'un million de tests sont gérés par le corps préfectoral. La généralisation des tests telle que souhaitée par le Gouvernement pose évidemment un certain nombre de questions d'organisation. Ce sujet sera vu par le ministre de la santé avec les représentants préfectoraux dans chacun des départements.

Le rapport maire-préfet a été extrêmement efficace pour l'échange d'informations au début de la crise, pendant le confinement puis le déconfinement, notamment s'agissant des services publics gérés par les maires, indépendamment du rapport politique qui existe entre un maire et le préfet. Le préfet de département – et c'est son travail premier – noue des relations particulières tant avec l'association départementale des maires qu'avec les maires eux-mêmes – et c'était une bonne chose de le faire au niveau politique, comme au niveau organisationnel.

La relation préfet-ARS est naturelle dans bien des cas, mais l'ARS est, par définition, régionale et le préfet en charge de la gestion de crise est départemental. Les préfets de région ont été informés, mais c'est en leur qualité de préfet du département le plus important qu'ils ont été consultés. Il n'y a pas de compétences reconnues ni affirmées des préfets de région dans la gestion de crise : les préfets concernés étaient soit les préfets de zone, soit les préfets de département. Cette difficulté d'organisation ne tient pas au ministère, à des combats administratifs ou technocratiques ou à des luttes de pouvoir, mais au fait qu'il existe des échelons départementaux qui ont peu de contacts avec l'ARS. Il faut donc sans doute réfléchir à une meilleure articulation : les compétences ne sont pas contradictoires – il s'agit bien pour le préfet de gérer la crise, avec des administrations qui relèvent de l'ARS et qui doivent éclairer les décisions du corps préfectoral –, mais il y a une différence d'échelon

qui a pu, ici ou là, poser des difficultés. Nous l'avons tout de suite vu sur nos territoires – je suis élu local moi-même ; j'étais maire pendant cette crise.

Je tiens également à souligner le rôle prédominant de l'assurance maladie pour la traçabilité des cas contacts et le lien du ministre de la santé avec le préfet.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Antérieurement à la circulaire que vous avez signée avant-hier, y avait-il un texte organisant le recueil des fiches de traçabilité et la mise en œuvre de ce processus ?

M. Gérald Darmanin, ministre. – D'après le secrétaire général du ministère, les préfets disposaient d'un texte prévoyant l'hébergement des cas contacts, mais non la traçabilité telle que vous l'évoquez, qui relevait de l'assurance maladie.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Votre nouvelle circulaire est-elle claire sur ce point ?

M. Gérald Darmanin, ministre. – Absolument.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Je veux revenir sur les rapports entre ARS et préfets. Vous n'êtes en fonctions que depuis le 6 juillet ; toutefois, êtes-vous au courant de dysfonctionnements antérieurs sur certains territoires ? Avez-vous déjà pris des dispositions pour clarifier ce fonctionnement ?

Le Premier ministre a déclaré que des plans de reconfinement territoriaux et globaux étaient prêts. Comment seraient-ils déclinés localement ?

M. Gérald Darmanin, ministre. – Sur le deuxième point, les préfets ont la responsabilité, dans le cadre défini par la législation et les décrets applicables, de mettre en place les plans territorialisés souhaités par le Premier ministre ; c'est ce qu'ils ont fait dans les Bouches-du-Rhône, ou encore la Gironde, très récemment. Le ministère de l'intérieur accepte très largement les adaptations territoriales proposées par les préfets, dès lors qu'elles respectent le cadre légal et réglementaire. Nous menons des échanges réguliers autour du préfet Denis Robin, qui est chargé de répondre aux questions des préfets au sein de la cellule interministérielle ; ceux-ci prennent la responsabilité de leurs actes réglementaires.

Quant au premier point, je ne suis en poste que depuis le 6 juillet. Je n'ai pas eu à connaître de dysfonctionnements antérieurs dans mon département. S'il y a eu des difficultés de compréhension, elles découlent de cette territorialisation, mais les textes sont clairs : c'est bien le préfet qui est chargé de la veille et de la gestion de crise ; il est aidé par l'ARS. Je suis certain que votre commission saura soulever les dysfonctionnements qui auraient pu avoir lieu.

M. René-Paul Savary, président. – Que le préfet décide des mesures adaptées à son territoire et à sa population est une évolution récente. Il y a quelques mois, les directives étaient nationalisées, ce qui pouvait poser certains problèmes. Une vraie adaptation de terrain est désormais visible.

M. Gérald Darmanin, ministre. – Quand le confinement était généralisé, les préfets n'avaient que peu de marges de manœuvre, par définition. Dans cette deuxième phase, nous avons choisi, plutôt que de reconfiner, d'adapter localement les mesures pour freiner la propagation du virus. Il apparaît dès lors normal que le préfet de département puisse prendre

des décisions déconcentrées dans un cadre légal et réglementaire défini nationalement. Cela nous a d'ailleurs été reproché lors des dernières questions d'actualité au Gouvernement à l'Assemblée nationale, mais le Premier ministre y a répondu.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Le retour d'expérience relatif à la réorganisation du système et à l'architecture de la gestion de crise n'a pas encore été complètement fait ; je n'insisterai donc pas sur ce point.

Quel rôle ont les préfets de zone par rapport aux préfets de région et de département ? Dans certains cas, des conflits ont pu se produire avec les ARS : comment les résoudre ?

Nous nous sommes déplacés à l'aéroport de Roissy pour observer l'arrivée des passagers venant de pays dits « écarlates ». Nous avons vu qu'ils étaient soumis à un circuit bien identifié pour se faire tester. Je n'ai à exprimer que deux bémols. Le premier concerne les fiches de traçabilité. En règle générale, une fois remplies par les passagers, elles sont recueillies par les compagnies aériennes et entreposées dans les aéroports ; après quoi, l'ARS peut les récupérer en cas de besoin. Pourquoi ne pas avoir utilisé les données des dossiers passagers, dites « PNR » ? Cela aurait peut-être été plus simple. Mon deuxième bémol concerne le caractère différé des résultats de ces tests : entre-temps, les arrivants sont libres de leurs mouvements.

Au début de la crise, on déplorait un manque de protection global des soignants, mais aussi des forces de l'ordre. Sont-elles mieux dotées aujourd'hui en équipements de protection pour les missions qui leur sont confiées ?

Enfin, je m'interroge sur le relatif échec de l'application *StopCovid*.

M. Gérald Darmanin, ministre. – Ce dernier point ne dépend pas de moi.

Concernant l'équipement des forces de l'ordre, mon prédécesseur pourra vous répondre quant au début de la crise. Aujourd'hui, il y a assez de masques pour les forces de l'ordre qui interviennent sur l'ensemble du territoire. À ce propos, pendant le confinement, 21 200 000 personnes ont été contrôlées ; 1,3 million de personnes ont été verbalisées. Depuis le déconfinement et jusqu'au 15 septembre, on relève 44 929 verbalisations. À ma connaissance, le ministère de l'intérieur n'a pas manqué de masques pour les forces de l'ordre : 1,1 million de masques était disponible ; dès le début de la crise, il y en avait dans chaque voiture, même s'ils n'étaient pas portés de façon généralisée. Depuis la mi-avril, 10 millions de masques sont arrivés ; il y en a désormais assez pour répondre aux besoins des forces de l'ordre.

Concernant les données PNR, le dispositif législatif ne prévoit pas qu'elles soient utilisées à des fins autres que sécuritaires. Toutes modifications visant à permettre leur utilisation à des fins sanitaires devraient être autorisées par le Parlement et pourraient même relever du droit direct de l'Union européenne.

Concernant l'articulation des rôles des différents préfets, il y a peut-être des habitudes administratives de discussions entre les préfets de région et les ARS, mais ce sont bien les préfets de département qui sont responsables de la gestion de crise. Les préfets de zone sont en revanche essentiels pour la coordination des moyens : la distribution de masques ou le partage d'informations, par exemple. Les préfets de département sont donc les

interlocuteurs directs des ARS : j'ai eu l'occasion de répondre sur les difficultés territoriales que cela a pu engendrer ; j'estime en tout cas qu'elles n'ont pas été majeures.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Les fonctionnaires du ministère de l'intérieur sont-ils régulièrement testés ? Depuis quand le sont-ils ?

M. Gérald Darmanin, ministre. – J'en ai discuté avec les organisations syndicales, les deux secrétaires généraux successifs du ministère et les directeurs généraux de la police nationale et de la gendarmerie nationale. Si un fonctionnaire est testé positif au coronavirus, la médecine du travail de la fonction publique joue son rôle ; nous nous conformons évidemment aux prescriptions des médecins et des ARS. On peut tester jusqu'à l'ensemble d'une brigade ; il nous arrive même parfois de la fermer si nous considérons nécessaire de mettre ces agents en quatorzaine ou en « septaine », comme on dit désormais.

M. Roger Karoutchi. – Le chef de l'État nous a dit en mars dernier que nous étions en guerre. Or, quand on fait la guerre, on a un cabinet de guerre et un chef d'état-major : le brillant maréchal Foch ou le moins brillant général Gamelin. L'identification de tels chefs permet de donner confiance aux populations, de leur donner le sentiment que les choses sont gérées de manière coordonnée ; le crédit de la parole publique est ainsi restauré.

Pendant la crise, on a subi des errements sur les masques et les tests. Après une période d'accalmie, on constate depuis quelques semaines une reprise inquiétante du nombre de cas. Or la parole publique est loin d'être uniforme : elle est assurée, une fois par le ministre de la santé, une autre par le Premier ministre, une autre encore par le directeur général de la santé. Tout cela est un peu désordonné.

Le Gouvernement a décidé d'accentuer le rôle du couple préfet-maire, ce qui est bienvenu : les maires ont joué un rôle primordial au printemps pour compenser les faiblesses de l'État. Toutefois, cela contribue à multiplier les mesures différenciées. Des décisions sont prises par les préfets à Marseille ou à Bordeaux sur certaines activités publiques, quand le préfet d'Île-de-France n'en prend pas, alors que le virus y circule tout autant. On a le sentiment qu'il y a deux poids, deux mesures : cela nuit à la confiance et crée un malaise.

Ne pensez-vous pas qu'il faudrait trouver une solution différente, surtout si la crise devait s'accroître, pour que la parole de l'État soit plus unifiée ? Cela n'incombe pas forcément au ministre de la santé, mais il faut qu'il y ait unité de la parole publique, au-delà des modulations locales par les préfets : cela manque cruellement.

M. Olivier Henno. – Vos responsabilités antérieures et vos fonctions municipales vous ont rendu familier des problématiques douanières et frontalières. La coordination entre pays européens est un sujet qui m'est cher. De nombreuses familles du Nord hébergent leurs membres âgés ou fragiles dans des établissements de Belgique ; elles ont souffert de la fermeture des frontières, mais aussi d'un défaut d'information, de visibilité et de réciprocité. Voyez-vous des pistes d'amélioration dans les échanges avec les pays qui nous entourent ?

Mme Angèle Prévaille. – Concernant les verbalisations, quelle évolution constate-t-on ? Qui verbalise et qui est verbalisé, dans quelles circonstances ? Que se passe-t-il en la matière dans les pays limitrophes ?

M. Gérald Darmanin, ministre. – M. Karoutchi semble souhaiter que l'État soit plus jacobin, ce qui peut surprendre au vu des positions prises par la majorité sénatoriale ces

dernières années ; ce n'est toutefois pas si étonnant au vu de sa culture politique, que je partage d'ailleurs largement !

Plus sérieusement, le virus ne circule pas de manière uniforme sur le territoire national : les Français ne comprendraient donc pas que des mesures uniformes soient prises. Par ailleurs, ce n'est pas le préfet d'Île-de-France qui peut prendre de telles décisions, mais bien les préfets de département et le préfet de police de Paris. Or celui-ci a bien pris des dispositions inédites sur d'autres points du territoire national : ainsi du port du masque obligatoire dans l'ensemble de l'espace public parisien, sans les dérogations accordées par d'autres préfets. La polyphonie n'est pas une cacophonie ! Les représentants de l'État s'adaptent à leurs territoires, ce qui me semble correspondre aux demandes de la Haute Assemblée.

M. Karoutchi me semble donc un peu trop dur dans son réquisitoire.

M. Roger Karoutchi. – Ce n'en est pas un...

M. Gérard Darmanin, ministre. – Cette crise dure depuis neuf mois ; elle est sans équivalent dans l'histoire contemporaine, sauf guerre mondiale. M. Karoutchi a cité Foch et Gamelin, que je n'ai pas connus.

M. Roger Karoutchi. – Moi non plus !

M. Gérard Darmanin, ministre. – Il est vrai que l'État n'a pas eu à connaître une telle gestion de crise, sur une aussi longue durée, en dehors des guerres mondiales. En outre, cette crise sanitaire est proprement inédite dans ses proportions : elle est plus mondiale encore que ne le furent les deux grandes guerres du XX^e siècle ! Enfin, nous connaissons encore trop mal le virus contre lequel nous luttons. Il est donc délicat de juger ce qui s'est passé au cours des derniers mois, notamment, l'action de l'État et de ses responsables.

M. Henno a raison de souligner les difficultés que nous avons rencontrées à nos frontières avec la Belgique et nos autres voisins, notamment autour des personnes vulnérables, mais aussi des rapprochements amoureux. Pour la suite, il faudra continuer de faire ce qu'on a su faire dans la deuxième partie de la crise : se parler dans un cadre européen, coordonner les fermetures et les réouvertures de frontières. J'ai pris contact avec mes homologues lors de mon arrivée au ministère : nous avons convenu que, si jamais nous devons imaginer de nouvelles restrictions de passage, elles devraient se faire de manière coordonnée, sous l'égide de l'Union européenne, et en gardant à l'esprit les intérêts des populations frontalières, notamment dans les zones, comme le Nord, où les déplacements transfrontaliers sont extrêmement habituels.

Concernant les verbalisations, j'en ai donné le nombre total. L'outil utilisé par tous les gendarmes et policiers est le procès-verbal électronique. Nous ne disposons pas encore de statistiques sociologiques sur ces verbalisations, mais nous pouvons fournir à la représentation nationale des profils par département et par force. Je peux en outre transmettre vos demandes supplémentaires d'éléments statistiques au préfet Laurent Fiscus, directeur de l'Agence nationale de traitement automatisé des infractions (Antai).

M. René-Paul Savary, président. – J'ai cru comprendre que des mesures de quarantaine avaient été adoptées par la Belgique pour toutes personnes provenant des départements du Nord et du Pas-de-Calais. Avez-vous des précisions sur cette mesure

unilatérale ? Par ailleurs, rappelons que nous ne sommes pas là pour réécrire l'histoire, mais pour l'analyser et en tirer les conséquences !

M. Gérald Darmanin, ministre. – La Belgique comme l'Allemagne ont considéré qu'il y avait des lieux où le virus circulait de manière plus active et en ont tiré des conclusions pour leur territoire national. Ce virus ne connaît pas de frontières. Il est compliqué de comprendre ce qui se passe à l'échelon départemental. Le virus ne circule pas de la même manière dans la métropole lilloise et ailleurs dans le Nord, mais les mesures sont prises à l'échelle départementale. Les mesures adoptées par nos amis belges n'empêchent toutefois pas les échanges avec la Belgique.

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. – Votre prédécesseur au ministère de l'intérieur a indiqué devant l'Assemblée nationale, le 9 avril dernier, souhaiter que le covid-19 soit inscrit au tableau des maladies professionnelles et que le lien entre l'affection et leur service soit automatiquement présumé pour les agents publics dès lors qu'il est établi qu'ils ont assuré une mission au contact du public durant l'état d'urgence sanitaire. Rappelons que les forces de l'ordre ont été mobilisées de manière très intense pendant le confinement. Pourtant, dans le décret paru le 14 septembre dernier, ne sont concernés par un tel dispositif que les soignants, à l'exception de tous les autres agents publics. Avez-vous l'intention de prendre la mesure annoncée en avril et toujours très attendue par les forces de l'ordre ?

Je souhaiterais par ailleurs revenir sur l'arrêté pris par le préfet du Pas-de-Calais pour interdire la distribution de repas aux migrants dans le centre-ville de Calais par toute association, hormis celle qui est agréée, de manière à éviter des rassemblements jugés inopportuns. Cet arrêté a été pris quelques heures après votre rencontre avec la maire de Calais, qui avait pris il y a quelques années un arrêté analogue, lequel avait été annulé par le tribunal administratif de Lille, notant une « atteinte manifestement illicite aux droits des personnes concernées » et un risque de « traitements inhumains et dégradants » par l'insatisfaction de besoins alimentaires fondamentaux. L'association agréée reconnaît elle-même ne pouvoir fournir des repas à toutes les personnes qui en ont besoin. Comment conciliez-vous votre rôle de défenseur du respect de l'ordre public et celui de garant des droits humains, tels qu'ils ont été rappelés par le tribunal administratif ?

Mme Victoire Jasmin. – Il a été décidé que, pour se rendre dans certains territoires ultramarins, un test de moins de 72 heures serait requis. Or les laboratoires sont sous tension et les délais de rendu des résultats sont quelquefois très importants. On constate que certains laboratoires exigent 100 euros pour délivrer les résultats dans les délais impartis.

M. Martin Lévrier. – Une petite musique court dans la presse sur l'autorité de l'État : tout ne serait jamais vraiment clair. Les Parisiens ont globalement respecté l'obligation de porter un masque, mais un petit problème subsiste : des jeunes se réunissent la nuit, par exemple sur l'esplanade des Invalides : ils sont très gentils, mais très peu masqués. Il faudrait que les forces de l'ordre mènent des opérations bienveillantes, mais fermes, pour leur rappeler que leurs comportements peuvent mettre les autres en danger.

M. René-Paul Savary, président. – Je souhaiterais en savoir plus – cela peut faire l'objet d'une réponse écrite – sur les réquisitions de masques qui avaient été ordonnées par les préfets et avaient causé certains problèmes. Combien y a-t-il eu de telles opérations et quelles en ont été les conséquences ?

M. Gérald Darmanin, ministre. – Madame de la Gontrie, lorsque M. Castaner, alors ministre de l'intérieur, s'est adressé au ministère que je dirigeais au sujet du classement de la covid-19 comme maladie professionnelle pour les agents du ministère de l'intérieur et, plus largement, les agents publics, c'est Olivier Dussopt, alors secrétaire d'État, qui avait instruit cette question. Les forces de l'ordre ne doivent pas être défavorisées par rapport à d'autres agents publics, y compris ceux qui relèvent du ministère de la santé, pour lesquels des spécificités ont été reconnues par le décret que vous avez rappelé. Nous avons commencé à travailler sur un mécanisme permettant de répondre à cette interrogation, que j'ai renouvelée à mon arrivée au ministère de l'intérieur : Mme de Montchalin termine en ce moment son élaboration ; les dispositions déjà prises seront complétées incessamment.

Concernant Calais, je tiens à rappeler que, lorsque Mme la maire de Calais a utilisé son pouvoir réglementaire pour empêcher la distribution de repas en centre-ville, le tribunal administratif a cassé cet arrêté au seul prétexte...

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. – Motif !

M. Gérald Darmanin, ministre. – ... que cette interdiction ne relevait pas du pouvoir du maire ; elle en a déduit que cela relevait de l'autorité de l'État et de son représentant. J'ai compris qu'une association contestait le nouvel arrêté devant le même tribunal administratif ; nous verrons ce qu'il en dira, mais le précédent arrêté avait été annulé principalement pour cette question d'autorité réglementaire. Par ailleurs, l'arrêté préfectoral est circonscrit dans le temps et l'espace, comme le prévoit le droit administratif, afin qu'il n'y ait pas d'excès de pouvoir. Cet arrêté nous paraît pondéré et mesuré ; il répond, non pas à une question politique, mais bien à un souci de santé publique dans cette période particulière : à ma connaissance, 1 500 migrants sont à Calais et dans ses environs ; 60 % d'entre eux viennent d'ailleurs de Belgique afin de pouvoir plus facilement traverser la Manche. La diminution du nombre de camions du fait de la pandémie, l'approche du Brexit et le fait que la mer soit calme pendant l'été ont encore renforcé les difficultés d'ordre public. La distribution de repas dans les rues de la ville apparaît en outre dangereuse pour la circulation du virus.

Vous évoquez les droits humains, auxquels je suis évidemment sensible, comme humaniste et comme républicain, mais la lutte contre les passeurs et l'exploitation de ces êtres humains me semble constituer en la matière le premier de nos devoirs. L'État mandate la distribution quotidienne de 2 000 repas ; en outre, l'hébergement des migrants est systématique lorsque nous intervenons pour les mettre à l'abri. Les policiers et les gendarmes mènent des interventions presque chaque jour pour les aider à ne pas se noyer dans la Manche ; la semaine dernière, des gendarmes se sont même jetés à l'eau pour en sauver ! Enfin, il ne faut pas oublier les droits humains de la population calaisienne, qui vit des situations délicates, en particulier ces derniers temps du fait du déconfinement et des difficultés que nous rencontrons avec nos amis britanniques. Tout cela justifie cet arrêté préfectoral circonscrit dans le temps et l'espace. Les distributions de repas se poursuivent, mais au plus proche des migrants plutôt que dans les rues du centre-ville, dans des conditions conformes à ce que l'État a toujours assumé, quel que soit le gouvernement : on a toujours essayé d'allier fermeté et humanité, comme le disait M. Cazeneuve quand il était Premier ministre.

Quant à l'outre-mer, madame Jasmin, je comprends les difficultés que vous évoquez. On peut se scandaliser de l'exploitation cupide de nos compatriotes ultramarins. J'ai eu à intervenir, en tant qu'élu, dans des situations similaires. L'État consacre des moyens

importants au remboursement des tests. Une question demeure quant aux délais, parfois incompatibles avec les exigences du transport aérien. On a essayé au maximum d'améliorer les choses : votre commission a pu constater à Roissy le professionnalisme de nos agents. Il appartient sans doute aux ministères des transports et de la santé d'évoquer les rapports avec les laboratoires et le rétablissement de la continuité territoriale.

M. Lévrier nous invite à la bienveillance active ; il n'a pas tort. J'ai donné aux agents de mon ministère des consignes en la matière, pour encourager de telles discussions, non seulement sur l'esplanade des Invalides, qui est au moins ouverte à tout vent, mais dans tous les endroits où des regroupements et des soirées interdites sont observés. Les forces de l'ordre sont intervenues lors de retransmissions d'événements sportifs ayant donné lieu à des comportements qui ont pu faire scandale. Cela dit, une explication bienveillante ne suffit pas toujours à assurer l'obéissance des gens envers les forces de l'ordre : il faut parfois verbaliser ! Le travail d'explication doit en tout cas être poursuivi, pour que chacun soit responsable de ses actes. Je réitérerai des consignes en ce sens au préfet de police de Paris, ville où le port du masque doit absolument rester obligatoire partout. Cette règle est en tout cas plus simple que les découpages géographiques antérieurs : c'est pourquoi j'ai accepté la proposition qu'avait faite en ce sens le préfet de police, qu'avait d'ailleurs approuvée Mme la maire de Paris.

Concernant les réquisitions, je vous invite à vous adresser à mon prédécesseur ; mon ministère pourra également vous adresser une réponse écrite. À ce propos, je voudrais rappeler à quel point, en tant que ministre chargé des douanes, j'ai dû au printemps soutenir cette administration, qui a fait un travail formidable dans une période difficile. Les douaniers ont été soumis à une très forte pression politique de la part de certains élus locaux alors qu'ils accomplissaient leur nécessaire travail de vérification des cargaisons de masques importés. On exigeait souvent d'eux qu'ils autorisent leur distribution immédiatement, alors même que ce travail, qui ne prenait que quelques heures, était tout à fait nécessaire : certains de ces masques étaient des faux qui n'auraient pu protéger les soignants ou la population ! Nos agents ont accompli leur tâche sous les quolibets et les mises en cause, sans céder aux pressions exprimées jusque dans les médias.

M. René-Paul Savary, président. – L'aéroport de Vatry, dans mon département, a ainsi accueilli nombre de masques dans de bonnes conditions. N'hésitez pas à continuer de l'utiliser !

M. Roger Karoutchi. – Au Sénat, des protestations ont été faites contre certaines réquisitions, mais jamais contre les contrôles effectués par les douaniers, qui sont tout à fait normaux !

Mme Éliane Assassi. – Il s'agit d'une épidémie inédite et mondiale ; nous en sommes tous conscients. Il me semble donc utile de nous préoccuper de la façon dont elle a été gérée et l'est encore, puisque la crise perdure et semble même s'aggraver. C'est pourquoi la polyphonie actuelle paraît dangereuse : elle provoque des interrogations dans l'opinion publique, voire de l'angoisse et des comportements dangereux.

Vous n'avez pas répondu à la question de Mme Deroche sur l'application *StopCovid*. Quoi que j'en pense, force est de constater qu'elle ne marche pas. Les raisons en sont peut-être multiples. Est-elle toujours d'actualité ? Des bruits circulent quant à un accès privilégié aux tests pour les utilisateurs de cette application. Qu'en est-il ?

M. Gérald Darmanin, ministre. – Comme je l’ai dit à Mme Deroche, je ne suis nullement chargé de cette application dans mes fonctions actuelles et je ne l’étais pas plus dans mes fonctions antérieures ; je ne saurais donc répondre à ces questions, que je vous suggère d’adresser aux responsables administratifs et politiques de cette application, qui me semble nécessaire dans la lutte contre la circulation du virus.

Mme Éliane Assassi. – Vous êtes ministre de l’intérieur. Certes, vous n’êtes pas chargé de cette question, mais M. Cédric O a affirmé que *StopCovid* pourrait faciliter le travail des forces de l’ordre ; vous êtes concernés au moins à ce titre.

M. Gérald Darmanin, ministre. – J’avoue être ministre de l’intérieur, mais je ne vois pas de lien particulier entre l’application *StopCovid* et le travail des forces de l’ordre, en particulier lors des contrôles. En tout cas, je n’ai pas eu à connaître de près ou de loin de cette application, hormis en tant que citoyen.

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. – La décision du tribunal administratif de Lille qui suspendait l’arrêté de Mme la maire de Calais n’a pas été prise sur les motifs décrits par M. le ministre : c’est bien un motif de fond qui la justifiait.

M. Gérald Darmanin, ministre. – Je me ferai un plaisir de passer une soirée, une nuit, ou une journée à Calais avec Mme la sénatrice à la rencontre des habitants.

M. René-Paul Savary, président. – Nous vous remercions, monsieur le ministre.

La réunion est close à 17 h 15.

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

Mardi 22 septembre 2020

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

La réunion est ouverte à 9 h 10.

Audition de M. Xavier Bertrand, ancien ministre des solidarités et de la santé

M. René-Paul Savary, président. – Nous poursuivons nos travaux avec l’audition de M. Xavier Bertrand, ancien ministre, des solidarités et de la santé de juin 2005 à mars 2007, puis du travail, de l’emploi et de la santé de novembre 2010 à mai 2012.

M. Bertrand est accompagné de Mme Mélanie Blond et de M. Mathieu Gressier, ancien chef de cabinet et conseiller sécurité sanitaire du ministre de la santé.

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

Monsieur Bertrand, vous avez été chargé de la santé à deux reprises. Vous avez été confronté, la première fois, à l’épidémie de grippe aviaire H5N1 qui a donné lieu à l’élaboration d’une doctrine d’emploi et de stockage des masques dans notre pays. Cette doctrine d’emploi très large devait être servie par l’Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus), créé par une loi du 5 mars 2007.

Sur cette question de la doctrine d'emploi des masques, votre deuxième expérience ministérielle est marquée par l'avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) de 2011, qui opère un premier retour d'expérience et préconise de réserver l'emploi des masques FFP2 aux seuls soignants et non plus aux professionnels dits, dans la crise sanitaire que nous connaissons actuellement, « de deuxième ligne ».

Nous avons eu l'occasion d'évoquer ces périodes avec les professeurs Didier Houssin, alors directeur général de la santé et délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire, puis Jean-Yves Grall, ancien directeur général de la santé.

Vous avez été entendu longuement, pendant près de trois heures, par la commission d'enquête de l'Assemblée nationale le 2 juillet dernier. Vous y avez développé une vision très régalienne des questions de santé et de la responsabilité de l'État en cas de crise sanitaire. Vous avez plaidé pour un certain volontarisme politique, rappelant que vous aviez, en particulier en matière d'arbitrages budgétaires, reçu le soutien sans faille du Président de la République pour constituer des stocks de masques.

J'aurais, pour ma part, quatre remarques et interrogations en écho à vos déclarations.

Même si nous sommes toujours dans la crise, nous nous interrogeons sur ce que doit être la préparation du pays « par temps calme ». En l'absence de pandémie, où en présence d'épisodes moins aigus que prévu, n'y a-t-il pas une forme de fatalité à désarmer, notamment dans un pays dont les finances publiques sont très dégradées ? Ne faut-il pas, dès lors, imaginer un système où le stockage des équipements de protection serait davantage décentralisé ?

L'action très volontariste de la gestion de H5N1, qui s'est notamment traduite par l'envoi aux professionnels libéraux de kits de protection, n'a-t-elle pas envoyé à tous le message suivant : « quoi qu'il arrive, l'État est là » ? Nous avons constaté que d'autres anciens ministres avaient une vision différente sur ce point, qu'il s'agisse de Roselyne Bachelot ou de Marisol Touraine.

Vous avez déclaré : « Logisticien, c'est un sacré métier. » Nous ne pouvons que vous rejoindre, et nous avons constaté que, même lorsqu'il y avait des masques, l'État et ses agences ont été incapables de les acheminer sur le terrain. Pensez-vous que l'Éprus, qui n'a jamais eu à le faire en grandeur réelle, aurait su faire ?

Enfin, vous avez évoqué le changement de doctrine du Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN) en 2013, que d'aucuns rendent responsable de la pénurie de masques. Il semble que cette doctrine du SGDSN maintient la responsabilité de l'État « en présence d'une maladie infectieuse hautement contagieuse à transmission respiratoire ». Est-ce un changement de doctrine ou un recul des priorités en l'absence de menace immédiate ?

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.

Monsieur Bertrand, je vous invite à prêter serment de dire toute la vérité, rien que la vérité, à lever la main droite et à dire : « Je le jure. »

Conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, M. Xavier Bertrand prête serment.

M. Xavier Bertrand, ancien ministre des solidarités et de la santé. – Monsieur le président, je vous prie d'excuser mon retard dû aux conditions de circulation. Je vous propose de répondre directement aux questions des rapporteurs et des commissaires, sans faire de propos liminaire.

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. – M. le président vous a déjà posé des questions !

M. Xavier Bertrand. – J'y répondrai à la fin de l'audition.

M. René-Paul Savary, président. – J'y veillerai.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Lorsque vous étiez chargé de la santé, vous avez eu à gérer des épisodes d'épidémie. Sur quels organismes vous êtes-vous appuyé pour prendre vos décisions ? Je vous interroge sur ce point parce que si un conseil scientifique a été mis en place, la ministre de la santé a aussi très tôt déclaré qu'il y avait peu de risque que le virus arrive en France. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons connaître les organismes qui auraient pu lui fournir les éléments lui permettant de faire une telle affirmation. Lorsque vous étiez ministre, quels liens – normalement étroits – aviez-vous avec la Direction générale de la santé (DGS) ?

Ma deuxième question s'adresse au président de région. Les auditions ont montré un manque de retour d'expérience de l'État sur ce qui s'est passé pendant la crise. L'épidémie n'est pas passée, elle est encore en activité. Quel retour d'expérience avez-vous pu faire au niveau de votre région ? Quelle en a été la traduction en termes d'action régionale ? Nous avons vu la place importante jouée par les collectivités locales au cours de cette crise, aux côtés des agences régionales de santé (ARS) et des préfets. Votre expérience de président d'une grande région, qui a connu des foyers importants, est intéressante pour les préconisations que nous pourrions faire.

M. Xavier Bertrand. – Nous nous appuyions principalement sur la Direction générale de la santé et son directeur. J'ai eu la chance de travailler avec un directeur remarquable, Didier Houssin. J'ai toujours veillé dans mes différentes fonctions ministérielles à ce que mon cabinet ne fasse pas écran entre les directions et moi-même. Sur différentes questions clés, particulièrement en gestion de crise, il faut une interpénétration entre le cabinet et la DGS. À l'époque, les cabinets ministériels n'avaient pas la même taille qu'aujourd'hui. Philippe Douste-Blazy et moi-même avons eu jusqu'à 7 conseillers dans le domaine de la sécurité sanitaire. Avoir réduit à ce point les effectifs des cabinets a été non pas une erreur, mais une faute. Les conseillers doivent avoir le temps d'entretenir un dialogue non seulement avec la DGS, mais avec d'autres organismes. Nous avons surtout travaillé avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et le HCSP.

Ensuite, on a deux possibilités : soit on décide de créer une nouvelle instance, mais cela fragilise celles qui existent en remettant en cause leur légitimité, alors qu'elles n'ont pas été créées sur un coup de tête ; soit on met en place un dispositif informel pour avoir une vision à 360 degrés. J'ai affronté différentes crises sanitaires, même si elles n'étaient pas de l'ampleur de celle que nous connaissons : le chikungunya, qui a touché les habitants de La Réunion, la dengue en Guyane et aux Antilles. Mais j'ai eu surtout à préparer le pays – telle

était la responsabilité qui m'avait été confiée par Dominique de Villepin et Jacques Chirac – à une épidémie de grippe H5N1, qui touchait l'Asie. Roselyne Bachelot a joué un rôle remarquable au moment du virus H1N1 mais, là, ce n'était pas la même chose : le taux de létalité était tel qu'il fallait prendre des mesures draconiennes.

Quand j'ai été nommé ministre en juin 2005, nous avions un plan qui avait fort belle allure sur le papier. Les professeurs Jean-Philippe Derenne et François Bricaire ont donné une interview au *Journal du dimanche* dans laquelle ils déclaraient que notre plan ne tiendrait pas la route en cas d'épidémie. On m'a déconseillé de les rencontrer, sous prétexte qu'il s'agissait de « râteaux », pour le dire poliment. Lors de notre entretien, Jean-Philippe Derenne a commencé par me poser une série de questions auxquelles je n'avais pas les réponses, alors même que j'avais travaillé le dossier. Je me suis rendu compte que ce plan n'était pas hauteur des professionnels de santé et des patients. C'était un excellent plan sur le papier, mais nous devons étoffer son ossature, le rendre concret et efficace. Il fallait traiter la question des déplacements par exemple. Comment les professionnels de santé – à l'époque, il n'y avait pas Zoom, Skype, etc. – pouvaient-ils à distance garder des relations avec leur famille sans rentrer chez eux ? *Quid* des risques de contagion, de la prise en charge des patients avec un système qui risquait d'être très vite submergé ? Ils m'ont ouvert les yeux sur ces questions.

Un ministre ne part pas d'une page blanche – je pense notamment au rapport de Didier Raoult sur d'autres risques que les seuls risques épidémiques. Nous avons complètement revu l'architecture et le contenu du plan. De la sorte, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a pu dire, à un moment donné, que la France était l'un des pays les mieux préparés. Mais personne n'aurait pu traverser l'épidémie sans qu'il y ait de victimes, de fortes tensions et des difficultés. À partir du moment où il y a des disparitions, des malades, des soignants submergés de travail, cela ne peut pas bien se passer. Il faut être dans l'anticipation et la protection.

Je n'ai pas voulu créer d'entité, mais un groupe placé à mes côtés, auquel participaient Didier Houssin et mon cabinet, était chargé d'imaginer ce qui ne semblait pas forcément très rationnel. Même en faisant cela, vous n'avez pas la réponse à 100 % des problèmes. Voilà comment nous avons voulu fonctionner.

Quels que soient les comités, la responsabilité politique ne se partage pas et ne se délègue pas. Vous disposez des avis des scientifiques qui ne savent pas tout, mais, au final, c'est le politique qui décide et qui doit assumer ses responsabilités. Notre système politico-administratif français a été marqué par certains drames et scandales, qui ont donné l'impression que le politique s'exonérait de sa responsabilité. La responsabilité est une et indivisible.

Ensuite, sur la question du retour d'expérience, vous touchez du doigt l'un des véritables problèmes politico-administratifs français. Nous n'avons pas la culture de l'évaluation, de la correction de trajectoire. Même s'il est plus facile d'en parler que de la mettre en œuvre, l'anticipation, c'est la clé. J'aimerais savoir quel a été le retour d'expérience après la première vague – je ne sais pas si des informations nous seront communiquées sur ce sujet –, et si à partir de là de nouveaux protocoles ont été établis pour l'ensemble de professionnels de santé, qu'il s'agisse d'établissements – hôpitaux publics comme cliniques – ou des professionnels en cabinet.

Le retour d'expérience sera particulièrement utile en cette rentrée. Certaines circonstances peuvent sembler inquiétantes. Je pense à la reprogrammation des interventions qui ont été différées : les personnes qui en ont besoin ne doivent pas subir une perte de chance. Je pense aussi à l'arrivée de la grippe saisonnière : en automne et en hiver, nos établissements et professionnels de santé sont déjà normalement surchargés par les patients touchés par cette infection.

Je plaide pour que nous anticipions le plus possible la coordination entre médecine de ville et établissements, mais aussi le dispositif de vaccination contre la grippe, en termes non seulement de commandes de vaccins, mais aussi de mise en œuvre de la politique vaccinale. Il faut qu'un maximum de personnes se fassent vacciner, parce qu'avoir la grippe ou la covid, ce n'est pas du tout la même chose pour des raisons de contagiosité.

Je sais que les vaccins posent question, mais il faut clairement que le Gouvernement et l'assurance maladie engage tout de suite une campagne de vaccination positive, en expliquant pourquoi la vaccination vaut la peine cette année encore plus que les autres. Si ce n'est pas le cas, les médecins libéraux vont être encore plus surchargés que d'habitude. Dans le système hospitalier, au moment des pics de grippe saisonnière, beaucoup de lits de réanimation sont occupés par ces malades. On connaît aussi les ravages en termes de décès liés à la grippe saisonnière.

J'en viens à la région. Il faut savoir que les présidents de région ne sont pas les seuls à s'être engagés aux côtés de l'État : les présidents de département et de nombreux maires ont fait la même chose. Nous n'avons pas agi à la place de l'État : nous voulions simplement aider et protéger les habitants de nos territoires respectifs. Mais nous n'avons pas de compétences en matière de santé : je souhaiterais que nous en ayons davantage. En revanche, la veille sanitaire et la sécurité sanitaire, c'est l'affaire de l'État. Sinon, il existerait de vraies différences de prise en charge. Regardez ce qui s'est passé en Italie : dans certaines provinces, le gouverneur n'a pas voulu engager une politique de prévention pour ne pas pointer du doigt telle ou telle catégorie de sa population. C'est la raison pour laquelle il faut l'autorité de l'État, pour garantir les mêmes chances à chacun et prendre les mesures qui s'imposent.

Nous avons fait un retour d'expérience sur la façon dont nos services se sont adaptés, notamment par le télétravail. Le télétravail, c'est bien, mais il a fallu aussi assurer la livraison des ordinateurs à ceux qui restaient confinés chez eux. Comment gérer ceux qui ont des affections de longue durée, qui sont fragiles ? J'ai moi-même fait un grand nombre de Facebook *live* avec l'ensemble des agents pour les informer de ce que nous savions et de ce que nous ne savions pas.

Sur la question de la mise à disposition des masques, j'ai lancé l'opération « Un masque pour chacun » : dans la région, j'ai souhaité que nous puissions mettre à disposition une première dotation de masques réutilisables ou jetables pour l'ensemble de la population. Nous n'aurons l'occasion de parler de ce virus au passé que quand nous aurons le vaccin contre la covid.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Vous avez déclaré début juillet à l'Assemblée nationale : « Tout un système s'est fait bouffer la tête par une logique court-termiste et budgétaire. » Avec votre expérience de ministre de la santé, j'aimerais que vous reveniez sur la question de la gestion des stocks et de la logique budgétaire. N'avez-vous pas

le sentiment que nous payons aujourd'hui beaucoup plus cher les économies faites les années précédentes ?

Vous avez évoqué la nécessité d'une autorité de l'État qui soit transversale. En tant que président de région, que pensez-vous du pilotage par les ARS et les préfetures ?

Vous avez parlé de la nécessaire articulation entre la médecine de ville et l'hôpital qui n'a pas existé pendant la gestion de cette crise. J'aimerais aussi recueillir votre avis sur ce point.

M. Xavier Bertrand. – Sur l'articulation entre les ARS et les préfetures, le moins que l'on puisse dire, c'est qu'elle perfectible ! En réalité, cela n'a pas marché. Lorsque j'étais ministre de la santé, mes interlocuteurs étaient les agences régionales de l'hospitalisation. J'étais membre du gouvernement qui a mis en œuvre la réforme des ARS, et en étais donc à ce titre solidaire.

Cette réforme a posé un problème : elle a dépossédé le préfet de prérogatives en la matière. Selon moi, il devrait y avoir un représentant de l'État. J'irai même plus loin : l'éducation nationale ne devrait pas être gérée dans les régions, les départements et les académies sans rendre compte au préfet. Pour moi, le représentant de l'État dans un territoire, c'est le préfet.

M. René-Paul Savary, président. – Le préfet de département ?

M. Xavier Bertrand. – Le préfet de région et les préfets de département, mais au niveau d'une académie, d'un rectorat, le correspondant est le préfet de région, avec son équipe, les préfets de département. La base de tout, c'est le préfet.

La préfectorale est une institution qui tient dans ce pays : elle a non seulement le sens de l'État, mais aussi l'approche de terrain. On n'a pas beaucoup d'opérateurs de l'État comme cela : il faut non pas les affaiblir en leur enlevant des prérogatives, mais les renforcer.

Cela correspond davantage à ma vision. Je suis bien évidemment un fervent partisan de la décentralisation, mais la déconcentration a également du sens.

Le retrait de la compétence sanitaire du préfet a débouché sur une double commande. J'ai la chance d'avoir un écosystème assez particulier dans ma région, avec un directeur général d'ARS qui a aussi une expérience des rouages de l'État en tant qu'ancien directeur de cabinet du ministre, et un préfet de région exceptionnel. Nous avons eu un véritable dialogue entre nous, peut-être aussi parce que je suis un ancien ministre de la santé, même s'il n'y a qu'un ministre de la santé en exercice : Olivier Véran. Dans ma région, je suis resté dans ma logique de président de région. Notre dialogue nous a permis d'éviter une guerre de tranchées entre le public et le privé. Nous avons assisté à de réelles coopérations : à Saint-Quentin, pour l'accès aux urgences, la clinique était, avant même l'arrivée des patients covid, dans la cour de l'hôpital pour permettre un travail commun. Nous avons travaillé avec SOS médecins et les médecins libéraux tant qu'ils ont pu pratiquer.

Notre région a été la première touchée, avec le premier *cluster*. Je ne vous cache pas que je craignais le pire et que nous avons vraiment essayé d'anticiper au maximum. Même si ce n'était pas mon rôle, je suis venu, parfois à l'improviste, dans des cellules de crise de certains hôpitaux pour ensuite passer des messages. J'estimais que c'était mon rôle, sans prendre la place de qui que ce soit. Très vite, nous avons organisé dans la région une réunion

bihebdomadaire, le lundi et le jeudi : une conférence stratégique zonale, avec le préfet de région, les cinq préfets de département, l'ARS, les présidents de département, le président de région, les présidents des associations des maires et bien évidemment les représentants de l'État, pour expliquer la situation afin que nous puissions faire remonter un certain nombre de points et y apporter des solutions. Nous sommes ensuite passés à un rythme hebdomadaire, et avons relancé les réunions depuis déjà quelques semaines.

Sans ce cadre de dialogue efficace, à qui s'adresser ? Vous savez comment les choses se passent : s'il y a deux pilotes, il n'y a pas de pilote. Je plaide pour que la sécurité sanitaire soit de nouveau placée sous l'autorité de l'État. Dans les conclusions de la commission d'enquête, il y aura certainement un pan sur le retour d'expérience et les évolutions à proposer s'agissant du rôle des ARS. Je travaille sur cette question, et des directeurs généraux d'ARS ont d'ailleurs des idées en la matière. Le système actuel, dans une crise comme celle-ci, ne fonctionne pas comme il le devrait.

S'agissant de l'autorité transversale, même si les États-Unis ne constituent pas pour moi un modèle pour de nombreuses raisons, il faut reconnaître que la FEMA – *Federal Emergency Management Agency* – est un modèle intéressant en termes de sécurité des personnes. Pour faire le plan, je m'étais rendu aux États-Unis et en Asie pour voir ce qui fonctionnait bien. La FEMA est un organisme transversal qui permet, à la fois, de prendre des décisions et d'assurer la partie logistique. C'est un Éprus « plus », alors qu'en France on a un Éprus « moins ». Même avec le soutien bienveillant du président Chirac, il était compliqué de mettre en place une telle structure ; nous avons donc créé l'Éprus. Il faut se pencher sur la FEMA, car cette agence est d'une opérationnalité remarquable. C'est ce type de structure qu'il aurait fallu faire, en donnant à l'Éprus une vision plus transversale.

J'espère que nous allons tirer des enseignements de tout ce qui s'est passé en termes de sécurité des personnes, notamment de sécurité civile et sanitaire. Il ne s'agit pas de se dire qu'on attend tout de l'État, mais on n'a pas donné aux Français les clés pour être dans la prévention sur les questions sanitaires et épidémiques ; on pourrait également parler des accidents de la vie courante, qui conduisent l'équivalent d'une ville un peu plus importante que ma ville de Saint-Quentin à disparaître chaque année, soit 60 000 décès. La prévention permettrait la responsabilisation, et d'éviter de tels drames dont on ne parle quasiment jamais.

Sur la logique de court-termisme, cela fait des années que nous sommes confrontés à des équations budgétaires particulièrement douloureuses. En 2004, je suis entré au gouvernement pour mener la réforme de l'assurance maladie. Il faut évoquer la toute-puissance de Bercy. Les fonctionnaires de Bercy disent qu'ils sont là pour « tenir la baraque », année après année, exercice budgétaire après exercice budgétaire, dans une vision court-termiste. Les dépenses supplémentaires qui présentent un caractère exceptionnel bousculent les fameux équilibres financiers. Il faut alors avoir soit des circonstances exceptionnelles – « quoi qu'il en coûte » –, soit un défi à relever – préparer le pays au risque pandémique –, soit le soutien du Président de la République lui-même, voire du Premier ministre.

J'ai bénéficié de cet écosystème : nous devons préparer le pays face à un risque aviaire qui était, sur le papier, terrifiant en termes de taux de létalité ; et le Président de la République estimait que les questions de santé ne devaient pas être traitées comme les autres – le rapport de Jacques Chirac à l'humain n'est plus à démontrer. Lors des passes d'armes avec le budget, j'ai toujours gagné grâce non pas à mon talent, mais à Jacques Chirac. Nicolas Sarkozy a suivi la même logique parce qu'il a compris les risques avec la grippe H1N1 et

qu'il est dans l'anticipation. Mais si tout le monde ne se met pas en ligne, c'est Bercy qui l'emporte sur Ségur – le ministère de la santé n'a pas le même poids politique que le ministère des finances. Des conseillers budgétaires de Bercy sont présents dans chaque ministère, mais il n'y a pas des conseillers du ministère de la santé à Bercy ! C'est cette logique court-termiste qui l'a emporté. Chassez le naturel, il revient au galop. J'ai eu la chance de pouvoir mettre en place ce plan, et Roselyne Bachelot a disposé des moyens nécessaires pour faire face à H1N1. Les débats des commissions parlementaires à l'Assemblée nationale et au Sénat ont été mémorables : on lui a reproché d'avoir trop dépensé, d'en avoir trop fait... Cela a marqué les esprits : ne fallait-il pas réduire la voilure ?

On a donc une logique budgétaire, parce que l'argent n'est pas si facile que cela à trouver, une logique court-termiste, parce que les exercices se succèdent. Je plaide pour une loi pluriannuelle sur la sécurité sanitaire. La loi votée, c'est bien ; mais il faut aussi la faire respecter. J'avais fait inscrire une disposition aux termes de laquelle, chaque année, le ministre de la santé ou son représentant doit veiller à l'inscription dans le budget des crédits nécessaires au renouvellement des stocks de masques. C'est la loi, mais comment les choses se sont passées ensuite ? Se pose la question du contrôle qui, sur ces sujets, est indispensable. L'important, c'est d'éviter que de telles choses se reproduisent.

J'évoquerai la place du ministère de la santé : si la santé est ô combien importante pour nos concitoyens, elle n'a pas toujours bien placée dans la hiérarchie gouvernementale ou les priorités politiques. Quand nous avons préparé le plan et mis en place l'Éprus, en ayant carte blanche de Dominique de Villepin et de Jacques Chirac, cela a fait tousser. Nous avons travaillé de façon partenariale avec ce qui était à l'époque le Secrétariat général de la défense nationale (SGDN), mais certains étaient contents à notre départ que celui-ci reprenne sa place et joue un rôle transversal. En cas de crise sanitaire, la santé gère jusqu'à un certain point, puis c'est l'intérieur qui prend la main. Nous étions allés certainement au-delà du rôle traditionnel de la santé, au-delà des disponibilités budgétaires qui lui sont dévolues. Il fallait revenir à une certaine norme.

La maison Ségur n'a pas vu d'un œil très bienveillant que l'Éprus ait son indépendance. Réintégrer l'Éprus s'est inscrit dans la même logique. Il ne s'agit pas seulement de question budgétaire et de court-termisme : il y a aussi le problème de la logique systémique, qui est très éloignée de l'efficience.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Mes questions porteront sur votre ancienne fonction de ministre.

Vous avez évoqué la gouvernance en santé publique et sa confrontation à l'équation budgétaire. On est quand même marqué par le sous-investissement, très ancien, de notre pays sur la question. Il a fallu attendre 2016 pour que commence à émerger une agence nationale de santé publique, et le processus n'est pas achevé. Il est fondamental qu'un pays ait une culture de santé publique, pour être capable de répondre rapidement à une épidémie par exemple. Pouvez-vous développer votre revendication d'apporter une réponse régaliennne en matière de santé publique ?

Cette crise a montré que l'efficacité était bien souvent dans la réponse territoriale, mais que l'égalité due à nos concitoyens devant toute situation et tout risque se joue au niveau de l'État. Notre réponse à l'épidémie n'a pas permis de conjuguer de façon satisfaisante efficacité et égalité républicaine. Quelles sont vos réflexions à ce sujet ?

Le conseil de défense est présenté comme le lieu où se pilote l'épidémie. Une ancienne ministre de la santé nous a dit crûment qu'il s'agissait surtout d'une instance permettant au chef de l'État d'assister aux réunions. Comment évaluez-vous ce mode de pilotage et son articulation avec une politique de santé publique ?

On brandit sans arrêt la question budgétaire, mais une fois qu'on a dit cela on en revient à l'équilibre des comptes publics, à l'endettement de la France... Quand les textes arrivent au Parlement, les voix ne manquent pas pour dire qu'il faut faire des économies. Lorsque vous étiez ministre, des décisions de sécurité sanitaire ont-elles été remises en cause par le ministère du budget ?

M. Xavier Bertrand. – Non.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – L'argument budgétaire n'est donc pas si problématique... Il y a probablement autre chose : je pense à la place qu'occupe la santé dans notre gouvernance et dans les préoccupations de notre administration, notre personnel politique, etc.

Si vous aviez été ministre en octobre 2018, estimez-vous que votre directeur général de la santé aurait dû vous informer de ce qui était quasiment un changement de doctrine, en tout cas une décision lourde de conséquences, sur les masques ? Ou était-ce une décision de son ressort ?

M. Xavier Bertrand. – Il aurait dû en informer la ministre, d'autant qu'il était l'auteur d'une note, quelques années auparavant, particulièrement alarmiste.

Je n'ai pas renoncé à des opérations pour des raisons budgétaires, mais j'ai bénéficié d'un alignement des planètes quasi exceptionnel : la préparation d'une épidémie H5N1, un Président de la République qui a totalement conscience de ce qu'il faut faire et qui me demande de faire au mieux et un Premier ministre, Dominique de Villepin, convaincu de l'importance des questions de santé. J'aurai d'ailleurs tout son soutien quand je réussirai à mettre en place l'interdiction de fumer dans les lieux publics. On a reproché aux gouvernements successifs d'en faire trop, mais pas d'en faire trop peu parce qu'il n'y avait pas de moyens. On n'a jamais manqué de masques, de matériels, de doses vaccinales...

Il existait deux médicaments pour la grippe aviaire. Je me suis rendu en Suisse pour rencontrer le PDG de Roche afin d'obtenir des livraisons de tamiflu. Comme tout ne pouvait pas nous être livré sous forme de gélules, j'ai obtenu que nous soyons livrés en vrac - c'est la pharmacie des armées qui a fait un remarquable travail de transformation. L'autre médicament était le relenza, produit par Glaxo. Il a fallu aussi sortir de l'orthodoxie et notre système en est capable : il faut rechercher l'efficacité.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – À quelles conditions notre système en est-il capable ?

M. Xavier Bertrand. – C'est une question de volontarisme. Il ne faut pas traverser dans les clous. Si l'on prend l'exemple des masques, on a pu les commander rapidement parce que nous avons été capables de bousculer l'ordre des choses. Mais en France on en est capable seulement quand on est au cœur de la crise ! Il faut aussi le faire pour éviter la crise, c'est le rôle de l'anticipation.

Sur le conseil de défense, il est en train de remplacer le conseil des ministres ! On a le sentiment que le conseil des ministres n'est plus là et que le conseil de défense décide de tout. Il faut respecter les institutions.

Sur la question de la gouvernance et du rôle de l'État, jusqu'où le ministère de la santé est-il compétent ? À partir de quand faut-il passer le relais au ministère de l'intérieur, qui est mieux « staffé » ? Se posent également des questions liées à l'ordre public, à la préfectorale... Le monde de la santé est là pour organiser les soins, mais à un moment donné on entre dans une logique sociétale, et il est normal que le ministre de l'intérieur pilote le tout.

L'Éprus et la question de la réserve sanitaire doivent relever de la gouvernance de l'État, avec une déclinaison territoriale qui devrait être organisée par les préfets. Mais pour ne pas se réfugier derrière l'État qui s'occuperait de tout, il faut une articulation avec les autres acteurs, notamment médicaux mais aussi territoriaux.

Si je n'ai renoncé à rien, je peux vous dire que Bercy était clairement opposé à la création de l'Éprus. En effet, cette création nous permettait d'éviter la question des plafonds d'emplois.

M. René-Paul Savary, président. – Quel est votre avis sur l'inclusion de l'Éprus dans Santé publique France ?

M. Xavier Bertrand. – C'est une erreur. On pense faire des économies d'échelle en noyant les structures dans de très grandes organisations. Sur les questions des fonctions support, il est possible de s'organiser différemment, mais il ne faut pas nier la spécificité de tel ou tel acteur.

Au moment du mediator, j'avais eu la tentation de créer une agence qui aurait tout regroupé. Certains m'en ont dissuadé en montrant que l'on risquait de perdre un certain nombre de spécificités.

M. Jean-François Rapin. – Vous avez évoqué la vaccination saisonnière de la grippe. Pensez-vous que l'on devrait reprendre le schéma d'une vaccination collective adopté en 2009 pour la grippe H1N1 dans la cadre d'une éventuelle pandémie ? Il serait important de réaliser une telle vaccination à la fois pour des raisons sanitaires, mais aussi pour faire en quelque sorte une répétition d'une future grande vaccination contre le covid.

M. Xavier Bertrand. – Dans votre esprit, cette vaccination serait-elle obligatoire ?

M. Jean-François Rapin. – Oui.

M. Jean-François Husson. – Nous sommes engagés dans une politique préventive contre le virus : nous portons des masques, nous limitons les rassemblements, nous appliquons les gestes barrières, même s'il y a eu des attermoissements.

En tant qu'ancien ministre de la santé, quelles failles avez-vous pu constater dans la politique de prévention ? Quels manques identifiez-vous aujourd'hui ? Quelles seraient les évolutions possibles pour demain ?

Vous avez beaucoup insisté sur la place des territoires dans la mise en œuvre de la politique sanitaire. Vous avez affirmé la prééminence de l'État en ce qui concerne la sécurité

sanitaire. Mais sur la politique sanitaire, vous estimez que nous pourrions avoir une politique beaucoup mieux articulée avec les territoires pour être efficiente. Quelles sont les collectivités qui sont pour vous au cœur du dispositif ?

M. Olivier Henno. – On a le sentiment que l'État a baissé la garde sur la pandémie. Est-ce pour des raisons accidentelles, conjoncturelles, budgétaires, structurelles ? N'a-t-on pas sous-estimé le risque de pandémie ?

Aviez-vous des échanges lorsque vous étiez ministre avec vos homologues européens ? Une politique européenne de la santé fait-elle sens ? Quel pourrait être son périmètre ?

M. Olivier Paccaud. – Vous avez insisté sur la mission régaliennne protectrice de l'État et sur le rôle des collectivités. Dans les Hauts-de-France, la région, les départements et les communes ont eu un rôle essentiel. Je vais prendre un exemple qu'on ne cite jamais : c'est l'aide qui a été apportée aux personnes âgées isolées pour les approvisionner. Ce sont d'ailleurs souvent des élus qui se sont mis au travail.

Vous avez également insisté sur le retour d'expérience et sur l'évaluation. Effectivement, il faut tirer des leçons ! Nous avons entendu les ambassadeurs de Corée du Sud et de Taïwan, deux États qui ont su tirer des leçons des diverses pandémies qu'ils ont eu à affronter en mettant en place des plans très précis. En Corée, il y a eu 350 morts ; à Taïwan, moins de 10 morts.

Quel rôle peuvent jouer les collectivités dans un plan de lutte contre une pandémie ? On ne peut pas faire sans elles. Certes, il y a le préfet, mais les collectivités, parce qu'elles sont au plus proche, ont un rôle à jouer.

Mme Victoire Jasmin. – Vous avez parlé de l'Éprus et des actions que vous avez menées contre la dengue et le chikungunya, lesquels ont touché particulièrement les outre-mer. Les collectivités doivent être en première ligne pour ce type de crise, puisqu'elles s'occupent de la prévention. Pour les maladies que je viens de citer, il faut éliminer les moustiques et les gîtes larvaires. Comment appréciez-vous, au regard de l'expérience qui a été la vôtre, la réponse apportée aujourd'hui à la pandémie dans les différents territoires d'outre-mer ? Avez-vous des conseils à nous donner, puisque l'épidémie est toujours là ?

Mme Michelle Meunier. – Vous avez parlé de logique sanitaire systémique, mais avouez qu'il y a quand même des absents dans ce système : les médecins de ville ont été très peu sollicités et le sont maintenant tardivement. Quand vous étiez ministre de la santé, vous aviez fait en sorte que les médecins libéraux soient au centre des préoccupations sanitaires. Que s'est-il passé entre 2006 et 2020 ?

Mme Angèle Préville. – Les personnes âgées ont payé un lourd tribut durant cette pandémie. Vous avez insisté sur la fonction régaliennne et protectrice de l'État. Estimez-vous que nous les avons suffisamment protégées ? À cette même question, un professeur que nous avons auditionné la semaine dernière me répondait, lorsque je faisais la comparaison avec l'Allemagne, qui a eu avec quatre fois moins de décès de personnes âgées, qu'il existait dans ce pays une priorité absolue. Avez-vous des solutions qui nous permettraient d'améliorer la protection de ces personnes ?

M. Jean Sol. – Je suis tout à fait d'accord avec vous : nous n'avons pas de culture de l'évaluation en France. Cela ne pourrait-il pas changer si nous sortions de cette culture de contraintes, avec la certification et les normes qui tombent sur les épaules de nos professionnels de santé ?

M. Xavier Bertrand. – Monsieur Rapin, je ne pense pas qu'il faille rendre la vaccination obligatoire. Il y a de plus en plus de réticences sur la question des vaccins. Je continue à croire en une pédagogie non infantilisante, démontrant l'intérêt de la vaccination, pour qu'il n'y ait pas de confusion entre la grippe saisonnière et la covid. Le Gouvernement a dû y penser. Il faudrait diffuser très rapidement des spots pédagogiques. La campagne vaccinale doit commencer mi-octobre. Quand arrivent les vaccins ? Comment la campagne de vaccination va-t-elle être organisée ?

J'ai dit ce que je pensais de la façon dont l'affaire des masques avait été « gérée ». Mais on n'a pas le droit de se loucher sur le vaccin covid ! L'épidémie ne sera terminée que lorsqu'il y aura un traitement, et le traitement c'est le vaccin. Je ne suis pas non plus favorable à rendre obligatoire le vaccin covid. Il faut inciter, expliquer. On nous dit qu'un vaccin sera disponible en 2021. Comme nous sommes un grand pays, nous devons être servis en premier, d'autant que nous avons des laboratoires pharmaceutiques sur notre territoire. Mais il faut préparer la logistique de la vaccination. Dans les ministères, des équipes devraient déjà être dans la prospective et l'anticipation sur la question du vaccin.

M. René-Paul Savary, président. – M. Rapin évoquait aussi l'idée de « s'entraîner » en organisant une vaccination collective contre la grippe.

M. Xavier Bertrand. – Pour organiser une vaccination collective, il faut avoir suffisamment de doses. Je ne sais pas combien de doses ont été commandées, auprès de qui et à quel moment elles seront disponibles...

M. Jean-François Rapin. – La grande différence entre la maxi-vaccination de 2009 et la vaccination grippale aujourd'hui, c'est qu'on a aujourd'hui de l'unidose en seringue pour la vaccination grippale, alors que les doses étaient en flacons pour H1N1. Peut-on aujourd'hui reproduire la même chose ?

M. Xavier Bertrand. – Monsieur Husson, on a beaucoup entendu l'État parler de l'articulation maire-préfet. C'est une évidence, puisque la commune est la cellule de base de la démocratie, mais d'autres niveaux de collectivités peuvent aussi apporter leur concours.

Si l'on parle de la continuité de l'État, il faut prendre en compte non seulement la dimension sanitaire, mais aussi les dimensions économique et sociale. Les élus ont apporté un concours remarquable. Le rôle des maires a été salué, mais il ne faut pas oublier toutes celles et ceux qui se sont bénévolement engagés pour distribuer des repas, faire des courses... En France, c'est toujours le système D. Les liens humains, c'est ce qui fait la différence entre notre pays et les autres. À tous ceux qui disent qu'il y a trop de communes en France, on peut rétorquer qu'heureusement que les élus, bénévoles de la République, étaient là ! Il faut aussi évoquer les associations, les voisins, les parents... Quand les élus allaient dépanner leurs administrés, ils avaient aussi peur de ramener ce satané virus chez eux.

L'articulation peut se faire au travers des compétences existantes, mais les collectivités doivent être considérées comme des partenaires. On a parfois le sentiment que l'accès à l'information est compliqué. Si le département ne sait pas ce qui se passe dans les

établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), il ne peut pas apporter l'aide nécessaire.

Les collectivités locales sont-elles vraiment considérées comme des partenaires à part entière, et pas comme des empêcheurs de tourner en rond ? Dans les plans stratégiques que nous devons mettre en place dans les mois et les années à venir, il faut davantage intégrer les différents niveaux de collectivités locales. Si l'on veut établir des règles sanitaires dans les collèges, il est préférable d'en discuter avec les départements, plutôt que de les laisser découvrir au dernier moment la notice qui a été établie. Sur la date de réouverture des classes, le dialogue a parfois été musclé, car je voulais qu'on puisse organiser.

Que ce soit par temps calme ou par tempête, les Français veulent être protégés. C'est la mission première de l'État. S'est posée la question des masques et des équipements. Encore aujourd'hui, dans un centre hospitalier du Pas-de-Calais, une notice a été envoyée pour indiquer qu'il fallait faire attention à la consommation de gants. J'ai fait remonter le problème hier au préfet et à l'ARS, mais cela fait déjà quelques semaines que j'avais signalé ces questions.

Nous devons nous doter de stocks stratégiques suffisants. Personne ne veut revenir au système D qui a conduit à utiliser des sacs poubelle ! On doit penser à tous les éléments, et pas seulement aux masques : surblouses, blouses, gants, visières...

C'est la culture de la confiance qui est, selon moi, la clé.

Monsieur Henno, oui, l'État a baissé la garde, mais la France n'est pas la seule. Si Taïwan et la Corée du Sud s'en sont bien sortis, l'Allemagne qu'on nous donne beaucoup en exemple a connu des difficultés. Son système industriel lui a permis de s'adapter très vite. Nous avons mobilisé l'industrie pour les respirateurs, mais pourquoi ne l'avons-nous pas fait pour la confection de masques ? Heureusement qu'on a eu le système D avec des couturières improvisées ou professionnelles. Dans ma région, on a lancé une filière avec les masques Résilience. Toyota et Valeo en ont produit également. Il nous manque une culture de la prévention et du risque. L'anticipation n'est pas toujours dans l'ADN des décideurs politiques, et plus largement publics. On s'est souvent moqué de mon ancien métier d'assureur. C'est pourtant un très beau métier, et l'assureur doit aussi prévoir et garantir le pire.

Sur la question de la politique européenne en matière de coopération et de recherche, il ne faut pas se marcher sur les pieds pour le vaccin. Si l'on parle de l'accès aux frontières, on reste dans la dimension régaliennne. J'ai rencontré mes homologues européens, mais pas seulement – chinois, américain. En politique, vous pouvez reprendre les bonnes idées des autres, il n'y a pas de droits d'auteur à payer !

M. Paccaud a raison : la santé fait partie des missions régaliennes. On dit toujours que le régalien, c'est la sécurité, la justice, la défense, le respect de la laïcité, mais l'éducation et la santé font aussi partie des priorités régaliennes.

L'articulation avec les collectivités est indispensable. Elle se fait dans certains secteurs et il faut l'étendre. En cas de risque nucléaire, ce sont les collectivités qui sont chargées de la distribution des pastilles d'iode.

Madame Jasmin, je me souviens m'être rendu dans les Alpes-Maritimes après l'épisode du chikungunya pour expliquer que la situation que La Réunion avait connue pouvait aussi survenir en métropole. Les acteurs doivent être les collectivités locales. Il faut clairement dire qui fait quoi : définition par l'État, articulation avec les collectivités. En matière d'anticipation, c'est la question du vaccin covid qui est maintenant le sujet important.

Madame Meunier, on m'a beaucoup reproché pendant mes différentes fonctions de m'appuyer sur les médecins généralistes. Mais ce sont les médecins de famille en qui on a confiance. Notre système de santé est tourné vers les défis et les besoins de l'hôpital public. Mais comment faire sans les médecins ? Personne ne souhaite qu'il y ait une deuxième vague de la même ampleur, mais il faudra alors davantage s'appuyer sur les établissements privés et sur les médecins qui ne demandaient que cela.

Madame Préville, les anciens ont été insuffisamment protégés, mais ce n'est pas tout à fait nouveau : souvenez-vous de la canicule de 2003. J'ai eu à gérer l'épisode de canicule en 2006, et nous avons pu mesurer les progrès qui avaient été faits. La situation s'explique aussi par le regard que porte la société sur les anciens. Depuis combien de temps parle-t-on d'une réforme de la dépendance ? La solidité et l'honneur d'une société tiennent à l'attention qu'elle porte à l'aube et au crépuscule de la vie. Il faut que ces questions soient des priorités de l'État. Se pose aussi la question des moyens, notamment humains.

Monsieur Sol, les commissions parlementaires doivent s'assurer du suivi. La fonction de contrôle – pas de censeur ou de critique – légitime totalement le rôle d'une commission comme la vôtre.

On a essayé à un moment donné – je ne suis dupe de rien – de me faire porter le chapeau du changement de doctrine et de stratégie. J'ai de nombreux défauts, mais je ne suis pas naïf. La commission d'enquête à l'Assemblée nationale m'a permis de rétablir la vérité. Je ne voudrais exonérer personne de ses responsabilités, mais quand j'ai quitté mes fonctions ce n'est ni le ministère de la santé ni la ministre qui a voulu changer la doctrine. Je répondrai avant le 7 octobre prochain aux questions écrites que vous m'avez posées. Entre le fait que la culture du risque et de l'anticipation n'a pas toujours été la marque de fabrique de notre pays et les logiques budgétaire et systémique, on comprend pourquoi on en est arrivé là.

Il faut que des professeurs, comme MM. Derenne, Bricaire, Raoult – quand il a fait son rapport –, et des acteurs publics et politiques prennent ce dossier à bras-le-corps. Sinon on n'est pas préparé et l'État n'assure pas sa mission première, qui est de protéger les citoyens. En 2013, le SGDSN prend la décision de changer de doctrine et la fait avaliser. Ce n'est pas un ministre qui prend cette décision : aucun n'accepterait d'endosser la responsabilité de faire des économies en protégeant moins nos concitoyens. On peut penser ce qu'on veut des politiques, mais ils cherchent plutôt à bien faire qu'à mal faire.

Se pose la question des consignes claires. Nous devons rompre avec cette tradition où c'est l'État qui agit en matière de sécurité civile et de sécurité sanitaire. Il ne faut pas en arriver au chacun pour soi, mais regarder comment l'État se prépare, anticipe et protège et quelle part peut être demandée à chacun – collectivités locales comme individus. Des pays savent le faire, le Japon notamment pour un certain nombre de risques comme les tremblements de terre. Nous devons l'envisager sous toutes ses formes, par rapport à la panoplie des risques qui peuvent exister. Les masques que nous portons aujourd'hui, ce ne sont pas des masques FFP2. Le changement de doctrine dont il est question avait pour objet non pas de diminuer le nombre de masques, mais de déterminer ce qui était le plus adapté aux

uns et aux autres. On a fait une confusion terrible entre les masques FFP2 et les masques chirurgicaux. On m'avait dit qu'on en avait trop fait parce qu'à l'époque nous avions prévu également des masques pour les caissières, les routiers, les forces de sécurité... Au final, il y avait non pas 600 millions de masques, mais 1,4 milliard !

Nous avons voulu nous doter de capacités de production pour nous mettre à l'abri de la dépendance vis-à-vis des Chinois. Le ministre de la santé chinois m'avait dit que son pays en produisait beaucoup pour nous, mais que si l'épidémie les touchait, nous passerions après eux, qu'il ne fallait pas lui reprocher puisque nous ferions exactement la même chose. Il avait raison ! On a la mémoire courte : la grande distribution a démarché les producteurs locaux et nationaux pour être fournie. Puis, dès que la première vague a été derrière nous, on a repris l'habitude d'acheter moins cher, en Asie. Y a-t-il ou non une préférence nationale ? La grande distribution n'est pas tenue par les règles des marchés publics : elle peut acheter un peu plus cher. Des fabricants se sont engagés et se retrouvent avec des stocks.

C'est de la responsabilité de l'État de définir les stocks dont nous aurons besoin, épidémie ou pas. Les pics de pollution que nous pourrions connaître dans certaines grandes métropoles nous conduiront à changer notre rapport au masque : on en aura à la maison, dans la voiture... Nous aurons ce réflexe. J'ai voulu lancer l'opération « Un masque pour chacun » dans la région pour que chacun ait une première dotation. Avec des masques qui coûtent 30 à 50 centimes l'unité, le coût pose problème à certaines familles nombreuses. Même les masques en tissu ne sont pas éternels. La logique de protection de l'État n'empêche pas la responsabilisation des citoyens. Il faut changer de culture.

M. René-Paul Savary, président. – La stratégie d'envoi de kits de protection pendant la grippe H5N1 n'a-t-elle pas été contreproductive par rapport à votre volonté affichée de responsabiliser nos concitoyens ? Peut-on en tirer comme conclusion qu'il faut territorialiser les stocks plutôt que d'avoir des stocks nationalisés ?

M. Xavier Bertrand. – Cette fameuse doctrine concernait les stocks stratégiques et les stocks tactiques. C'était une bonne idée pour avoir une disponibilité plus rapide, mais à l'époque les masques n'étaient pas concernés. Ceux-ci restaient du ressort du national parce que c'était stratégique. Le vrai changement, c'est quand il a été décidé en 2013 que chaque employeur devait assurer la fourniture de masques. Mais qui est l'employeur des médecins libéraux ? À l'époque, en tant que ministre de la santé, j'ai eu l'idée de fournir un premier kit d'urgence aux professionnels.

En 2013, le SGDSN prévoit que dorénavant les employeurs paieront. Qui a effectué le contrôle ?

L'Académie de médecine a supposé qu'une circulaire interministérielle avait indiqué aux professionnels de santé libéraux et aux responsables d'établissements de santé qu'il leur incombait de se doter de masques FFP2 pour la protection des professionnels susceptibles d'être exposés.

M. René-Paul Savary, président. – Cela confirme des informations que nous avons déjà obtenues.

M. Xavier Bertrand. – Prendre des décisions, c'est bien ; s'assurer de leur exécution, c'est bien aussi.

M. René-Paul Savary, président. – Merci d’avoir participé à cette audition.

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 10 h 30.

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

La réunion est ouverte à 10 h 35.

Table ronde sur les aspects numériques

M. René-Paul Savary, président. – Pour cette audition consacrée aux outils numériques dans la gestion de cette crise, je vous prie d’excuser l’absence du président Milon, retenu dans son département. Nous allons entendre M. Bruno Sportisse, président directeur général de l’Institut national de recherche en sciences et technologies du numérique (Inria), ainsi que trois représentants de la Caisse nationale d’assurance maladie (Cnam), Mme Annelore Coury, directrice déléguée à la gestion à l’organisation des soins, Mme Carole Blanc, directrice du réseau administratif et de la contractualisation, et Mme Annika Dinis, directrice opérationnelle du numérique et de l’innovation santé. Nous chercherons à comprendre au cours de cette audition comment les outils numériques ont été conçus et comment ils sont désormais mobilisés.

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, M. Bruno Sportisse, Mme Annelore Coury, Mme Carole Blanc et Mme Annika Dinis prêtent serment.

M. Bruno Sportisse, président-directeur général de l’Institut national de recherche en sciences et technologies du numérique (Inria). – Dès le 20 mars, de nombreuses équipes de l’Inria se sont engagées auprès d’établissements hospitaliers, que ce soit de manière spontanée ou bien à la demande de la direction, afin d’exploiter davantage les outils numériques pour gérer la crise. Nous avons alors mis en place une mission Inria Covid-19 pour soutenir ces projets d’ingénierie numérique de court terme. Plus de trente-cinq projets ont été engagés dans ce cadre, sur la base d’un autofinancement de l’institut, et je tiens à saluer l’engagement exceptionnel de tous les chercheurs, ingénieurs et fonctions d’appui qui ont répondu présents.

À la fin du mois de mars, nous nous sommes impliqués aux côtés de l’Allemagne dans un consortium européen de recherche et développement, en vue d’étudier les possibilités d’une application mobile d’exposition aux risques.

Le 8 avril, le Premier ministre a précisé la mission confiée à l’Inria, sous la supervision du secrétariat d’État au numérique, afin de mettre en place un consortium public-privé pour développer une telle application, d’abord sous la forme d’un prototype, en amont de toute décision politique de déploiement éventuel.

Au sein du consortium, avec nos partenaires allemands, nous avons recommandé une certaine classe de systèmes pour développer des applications dites centralisées, afin de pouvoir répondre à trois exigences : le respect de la vie privée et des données de santé, la cybersécurité, et, enfin, la maîtrise pleine et entière du système par l'autorité de santé, qu'il s'agisse des paramètres de l'application, de son développement ou bien de son impact. De notre point de vue, la solution développée par Apple et Google ne répondait pas à ces trois exigences, ce qui ne nous a pas empêchés de mener plusieurs cycles de discussions avec les propriétaires des systèmes d'exploitation concernés.

Le 18 avril, nous avons dévoilé la première version du protocole de transmission des données Robert – *ROBust and privacy presERving proximity Tracing* – développé conjointement par une équipe française de l'Inria et une équipe allemande de la Fraunhofer- Gesellschaft, pour répondre aux trois exigences fixées.

Le 26 avril, nous avons rendu public un consortium public-privé construit en moins de deux semaines pour développer le prototype d'un système fondé sur ce protocole. Aux côtés de l'Inria et d'autres acteurs publics comme l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Santé publique France ou l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (Anssi), cinq entreprises privées – Capgemini, Dassault Systèmes, Lunabee Studio, Orange et Withings – se sont engagées, *via* un cadre contractuel simplifié, pour développer *pro bono publico* un prototype. Le développement de ce système n'a donné lieu à aucun financement spécifique, ni pour les acteurs publics ni pour les acteurs privés. Plus de 150 personnes se sont mobilisées pour le développement de cette application, sans compter le concours des forces armées et de la RATP pour des campagnes de tests. Le coût total de ce développement est estimé à 2,5 millions d'euros.

Le 9 mai, nous avons dévoilé le protocole Désiré, évolution du protocole Robert, destiné à proposer pour l'interopérabilité au niveau européen une solution alternative au standard de fait développé par Apple et Google. Une preuve de concept de ce protocole a été développée, que nous avons présentée à nos partenaires européens au début du mois de juillet, dans le cadre du réseau *eHealth-Network*, groupe d'experts sur le numérique et la santé placé sous l'égide de l'Union européenne. Toujours dans l'idée de développer une solution européenne souveraine, nous avons lancé à la mi-mai une action de standardisation, portée notamment par l'action d'Orange au sein de l'Institut de standardisation des télécommunications européen.

En parallèle d'un cycle de développement extrêmement court – moins de 6 semaines – nous avons mené plusieurs phases de tests, dont certains sur le terrain, avec trois jours de campagne sur le site de l'Inria, à la fin du mois de mai, pour lesquels nous avons bénéficié du concours des forces armées. Nous avons également mené une soirée de campagne dans des rames de la RATP.

Le 2 juin, après décision politique, la première version de *StopCovid* a été déployée de manière opérationnelle. Y parvenir en moins de six semaines est un exploit inédit dans le monde numérique et je tiens à rendre hommage à l'engagement exceptionnel de toutes les personnes impliquées dans le projet. Mon seul regret est de ne pas avoir réussi à instaurer un dialogue serein, qui aurait permis à la société de sortir de la naïveté et des fantasmes sur le numérique. Notre responsabilité d'institut de recherche sera à l'avenir de porter des actions majeures en ce sens.

Un accord-cadre passé le 2 juin avec la Direction générale de la santé (DGS) a prévu que l'Inria pourrait agir comme assistant à maîtrise d'œuvre dans la mise en exploitation de l'application *StopCovid*.

À ma connaissance, la France est le seul pays européen à avoir mené de bout en bout un projet de R&D de ce type, et il est essentiel qu'elle puisse continuer à la faire. C'est un gage d'autonomie stratégique dans la gestion de pandémies futures. Les retours d'expérience permettent d'améliorer le système qui reste pleinement sous contrôle de notre société démocratique, comme l'ont montré les interventions de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Il est également maîtrisé par notre autorité de santé. Rappelons combien le secteur des données de santé est sensible à l'heure où plusieurs grands acteurs technologiques se lancent dans une activité d'assurance santé.

Mme Annelore Coury, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (Cnam). – Pendant la crise, le Gouvernement a confié à l'Assurance maladie la responsabilité de participer au traçage de la population, ce qui l'a conduite à développer l'outil Contact Covid.

Pour le dépistage, c'est-à-dire le recueil de l'ensemble des résultats de tests, la DGS a développé le système d'information SI-DEP avec l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) comme sous-traitant. Rempli par les laboratoires, il permet de colliger l'ensemble des données nécessaires pour identifier les gens qui ont des tests positifs.

Pour notre activité de traçage, Contact Covid vise à identifier les personnes qui sont positives, mais surtout leurs contacts en période où elles sont potentiellement contagieuses. Nous devons appeler ces contacts et les informer afin qu'ils se fassent dépister et qu'ils s'isolent puisqu'ils sont susceptibles d'avoir été contaminés. Il n'a pas été possible d'interconnecter ces deux outils, de sorte que l'Assurance maladie doit vérifier chaque jour que les gens déclarés positifs dans SI-DEP figurent bien dans Contact Covid. Si ce n'est pas le cas, nous rappelons les personnes dans un délai de vingt-quatre heures pour enclencher le *tracing*.

L'Assurance maladie n'est pas la seule à utiliser l'outil Contact Covid. Les médecins participent de l'opération de traçage et y ont aussi recours pour déclarer qu'un patient est potentiellement porteur de la Covid. Nous pouvons ensuite recenser les cas contacts et les rappeler pour les informer sur la nécessité du dépistage.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Monsieur Sportisse, combien d'utilisateurs de *StopCovid* a-t-on recensés et combien de notifications sur le risque de contamination ont été envoyées ?

Dans le cadre de son audition, Mme Hidalgo, maire de Paris, a déploré que toutes les informations relatives aux *clusters* recueillies dans les systèmes d'information n'aient pas été transmises aux élus locaux. Envisage-t-on de faire évoluer le système pour y remédier ?

Vous souhaitez que les Français sortent de « la naïveté et du fantasme » concernant le numérique. Il existe pourtant suffisamment de dangers pour expliquer les réticences et les craintes fondées des Français sur l'utilisation des applications. Le système est, selon vous, sous maîtrise. Comment garantissez-vous la sécurité des données ?

Enfin, il semblerait pour l'instant que *StopCovid* soit un échec, car l'application n'est pas assez utilisée. À l'heure d'un rebond de l'épidémie, on n'en entend plus du tout parler. Vous êtes convaincu de son bien-fondé. Pourquoi le Gouvernement ne communique-t-il plus sur ce système ?

M. Bruno Sportisse. – À cette heure, plus de 2,5 millions d'applications ont été téléchargées pour un peu plus de 1 million de désinstallations et un peu plus de 300 000 réinstallations, soit au total 1,8 million d'applications installées.

Il nous est impossible de connaître le nombre d'utilisateurs effectifs de l'application *StopCovid*, car le système est tenu par une exigence de respect total de la vie privée. Un utilisateur peut télécharger l'application sans jamais l'activer, et nous ne le saurons pas.

Pour ce qui est de la gestion sanitaire, le système *StopCovid* donne lieu à une déclaration de positivité de la part d'une personne qui a été testée positive. Si elle décide de partager son historique de contacts avec d'autres smartphones, les personnes possédant ces appareils sont identifiées comme potentiellement à risque et sont remontées sur un serveur central sécurisé. À ce jour, 5 100 QR codes présents sur les résultats d'analyses médicales ont été scannés par des utilisateurs pour un calcul d'exposition au risque par le serveur central, calcul qui se fait de manière anonyme. Quelque 307 décisions de notifications ont été prises, dont 268 ont été effectuées. Le différentiel s'explique par le fait que certaines personnes ont désinstallé l'application, rendant impossible la notification.

L'application *StopCovid* a été conçue de manière qu'il n'y ait absolument aucune géolocalisation, car il s'agit de se montrer extrêmement strict sur le respect de la vie privée. Nous n'avons donc aucune donnée à partager avec les élus locaux.

Quant à l'expression de « naïveté et de fantasmes » sur le numérique, elle exprimait surtout un regret de ma part. Sur un sujet aussi compliqué, il faudrait prendre le temps d'expliquer les risques et les avantages des solutions techniques mises en place, pour apaiser les craintes légitimes de nos concitoyens. Je regrette que le débat n'ait pas trouvé de cadre serein pour se développer. Et je comprends tout à fait les craintes qui s'expriment.

Le fait que l'application ne produise aucune donnée de géolocalisation est un élément de réassurance. S'y ajoute que *StopCovid* a été très scrutée par la CNIL, l'autorité administrative indépendante chargée du respect de la protection de la vie privée et des données numériques. Elle a émis plusieurs avis selon lesquels le système n'entraîne pas de contradiction avec le cadre démocratique dans lequel nous évoluons.

Quant à la cybersécurité, l'Anssi s'est impliquée dès le début dans le projet et a mis en place avec nous un programme de 60 points à respecter. Nous avons même organisé une ouverture du système à une communauté de hackers blancs, c'est-à-dire des pirates informatiques qui acceptent de travailler du bon côté pour déceler les failles d'un système. La société *YesWeHack* a opéré en toute transparence avec le concours de l'Anssi et aucune faille importante n'a été détectée.

Je n'ai pas à commenter la politique de communication globale du Gouvernement dans le cadre de la stratégie générale de gestion de la crise sanitaire. Cependant, l'application *StopCovid* sera d'autant plus efficace qu'elle sera largement utilisée. En théorie, le nombre de notifications, c'est-à-dire le nombre de contacts détectés par l'application, croît comme le

carré du nombre des utilisateurs. Nous avons 2 millions d'applications téléchargées ; il y en a 20 millions en Allemagne. Il suffirait que nous multiplions par 5 le nombre d'utilisateurs, pour multiplier par 25 le nombre de contacts traités pour calculer une exposition au risque, et partant, probablement de notifications. Le sujet est clef, dans une stratégie globale de santé.

Mme Annelore Coury. – Sur la transmission aux collectivités territoriales des informations concernant les *clusters*, les textes nous interdisent de passer ce type d'informations.

Mme Carole Blanc, directrice du réseau administratif et de la contractualisation à la Cnam. – Les médecins et les établissements de santé interviennent au premier niveau du *tracing*. L'Assurance maladie prend le relais. Les agences régionales de santé (ARS) interviennent au troisième niveau. Dimanche soir, Contact Covid avait enregistré 224 000 personnes positives et 826 000 personnes contacts. L'ensemble de ces données a été transmis à l'ARS, de façon qu'elle puisse remplir sa mission de détection des *clusters* et de veille sanitaire et épidémiologique. L'agrégation des données permet aux autorités sanitaires de détecter les chaînes de contamination qui s'apparentent à un *cluster* et de prendre les mesures d'ordre public nécessaires. Mais nous ne sommes autorisés à communiquer ces informations qu'à l'ARS.

M. René-Paul Savary, président. – Si ces informations étaient communiquées aux collectivités locales, les décisions seraient-elles prises plus rapidement ?

Mme Carole Blanc. – Quoi qu'il en soit, ces informations sont extrêmement sensibles.

Mme Annelore Coury. – Il s'agit de données de santé. La loi les encadre très fortement. Lors du traçage, les médecins et l'Assurance maladie doivent repérer les personnes qui ont besoin d'un accompagnement social, en fonction de certains critères de vulnérabilité – femme enceinte, surpoids, logement insalubre... Les textes sont clairs : même cette information, nous ne pouvons pas la communiquer aux cellules territoriales d'appui à l'isolement. Nous ne pouvons que donner à la personne concernée le numéro de téléphone de la cellule et lui recommander de l'appeler.

M. René-Paul Savary, président. – Mais vous vérifiez le suivi ?

Mme Annelore Coury. – Ce n'est pas le rôle de l'Assurance maladie.

Mme Carole Blanc. – L'ARS a mis en place un dispositif de suivi de l'isolement qui prévoit des rappels réguliers de la personne.

M. René-Paul Savary, président. – Mais si la personne ne suit pas vos conseils, elle reste isolée ?

Mme Annelore Coury. – Elle est relancée par l'ARS.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – La stratégie tester-tracer-isoler est en relatif échec. Beaucoup se concentrent sur la première étape, et il est désormais bien établi que les délais d'accès aux tests et de retour des résultats dépassent souvent la période de contagiosité, ce qui met en échec toute la suite de la stratégie.

Les difficultés sont également importantes en matière de traçage. Une information a été publiée il y a quelques jours, établissant que, parmi les personnes qui ont été trouvées positives dans la deuxième semaine de septembre, quatre sur cinq n'avaient pas été identifiées comme cas contacts. Les chaînes de transmission échappent donc largement à la stratégie du *tracing*. À quelle proportion de personnes dépistées positives estimez-vous celles pour lesquelles un *tracing* a réellement été effectué ? Êtes-vous actuellement en capacité de répondre à la hausse de la circulation du virus en procédant au *tracing* pour l'ensemble des personnes positives ? Le Premier ministre a annoncé 2 000 recrutements. Quelle est la situation ?

On n'entend plus du tout parler de lieux qui seraient proposés à des personnes positives pour s'isoler si leurs conditions de logement ne le leur permettent pas. Peut-être se réveillera-t-on dans deux mois ?

Quand on a un téléphone portable sous le système iOS et qu'on le met à jour pour migrer vers iOS 13.7, un message vous indique qu'il est possible d'activer le système de notifications d'exposition à la covid-19 sans avoir à télécharger d'application. La disponibilité du système dépend de la prise en charge par l'autorité de santé publique. Est-ce que les autorités sanitaires ne seraient pas en train de se faire troller par Apple ?

M. René-Paul Savary, président. – Combien de jours après le test contactez-vous les personnes contacts d'une personne qui a été testée positive ?

Mme Carole Blanc. – Si nous formulons autrement les chiffres avancés par le rapporteur, 20 % des cas contacts deviennent des personnes infectées par la covid, ce qui veut dire qu'il existe des chaînes de transmission que nous ne savons pas retracer. Nous ne sommes pas en capacité de tracer 100 % des personnes contacts nominativement, de façon à pouvoir les rappeler derrière.

En outre, la levée de la prescription médicale a généré une accélération du recours aux tests, avec pour effet que certaines personnes arrivent à un statut de personnes infectées comme patients zéro (P0) avant même de passer par le stade de cas contact. Ces deux effets cumulés font effectivement que 20 % des patients zéro sont d'anciens cas contacts.

Lorsque cette mission a été confiée à l'Assurance maladie, au mois de mai, nous avons formé 3 000 personnes, puis 6 000. Nous avons un peu revu notre organisation au mois de juin, période où l'épidémie était dans une période basse. Nous avons réactivé notre organisation départementale dès la mi-juillet et elle ne cesse de monter en puissance de sorte que 10 000 personnes collaborent désormais au dispositif de *tracing* au sein des caisses primaires d'assurance maladie.

Ces personnes ont bénéficié du renfort de personnel en contrat à durée déterminée (CDD). Sur les plateformes, le personnel travaille sept jours sur sept, avec une autorisation réglementaire pour le travail du dimanche, qui se fait néanmoins sur la base du volontariat. Pour assurer la soutenabilité du dispositif dans la durée, nous faisons appel à du personnel en CDD pour compléter nos effectifs.

Nous pouvons désormais gérer près de 40 000 appels par jour, et nous nous préparons à augmenter la cadence, puisque chacun a bien compris que l'épidémie n'était pas encore à son pic.

Le délai moyen entre le moment où l'on a identifié une personne infectée par la covid et celui où l'on rappelle les cas contacts est de 1,7 jour pour un appel abouti, car il faut entre trois et quatre rappels pour réussir à joindre les personnes.

M. Bruno Sportisse. – Je suis d'accord avec vous, monsieur le rapporteur, en ce qui concerne le système d'exploitation iOS développé par Apple. Un système d'exploitation est cette couche logicielle qui permet de rendre intelligent un smartphone. Quand on a développé *StopCovid*, on a fait le choix de ne pas faire reposer l'application sur cette fonctionnalité que fournit le système d'exploitation d'Apple, parce que l'on voulait répondre à une exigence de maîtrise du dispositif par l'autorité de santé.

La science a progressé sur le sujet, donnant lieu à des publications, mais aussi à un développement en *Open source*, c'est-à-dire avec des codes logiciels tous disponibles, ce qui n'est pas forcément le cas dans tous les systèmes d'exploitation. Nous avons parlé tout à l'heure des niveaux de sécurité, du respect de la vie privée, du contrôle par les autorités administratives indépendantes. J'ai également répondu à vos questions concernant les données métriques que l'on ne peut pas forcément transmettre. En revanche, nous sommes capables de vous donner le nombre de déclarations de positivité qui ont transité par notre application et le nombre de notifications. Un système fondé sur la brique logicielle développée par Apple et Google ne permettrait pas aux hautes autorités de santé de connaître ces éléments.

Il reste beaucoup à faire pour améliorer le dispositif. Il faudrait notamment savoir, tout en respectant les contraintes de vie privée, combien de personnes viennent se faire tester avec une notification *StopCovid*, et combien sont effectivement déclarées positives. Cette boucle de rétroaction serait extrêmement intéressante.

Au-delà de la gestion de la crise sanitaire, il apparaît clairement que les systèmes d'exploitation sont des infrastructures immatérielles, sans doute plus difficiles à appréhender que les autres, routes ou système bancaire, mais qui façonnent notre économie et notre société. Il faudrait un débat sur leur régulation, et cette crise sanitaire pourrait l'éclairer.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Merci pour votre réponse, même si elle renvoie bien évidemment à celle des autorités politiques.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Hier, le rapport global de la CNIL sur le fichier Contact Covid faisait état d'anomalies importantes, comme l'envoi de données de santé effectué par des caisses primaires d'assurance maladie à l'autorité régionale de santé, *via* des messageries non sécurisées, ou encore l'envoi par un établissement de santé de données de santé relatives au covid, inscrites sur un fichier distinct, à l'instruction, même de la CNAM. Comment corriger ces anomalies ?

Avez-vous connaissance d'applications similaires à *StopCovid*, qu'auraient développées d'autres pays d'Europe confrontés à la même problématique de tester, tracer et isoler ?

Une pétition figure sur le site du Sénat, qui interroge le fait que le *Health data hub* ait été confié à Microsoft plutôt qu'à un hébergeur européen. Nous avons organisé une audition sur ce sujet avec René-Paul Savary. Est-il certain que pour le système actuel, le choix s'est porté sur un hébergeur européen ?

Mme Carole Blanc. – Lorsque nous repérons une personne infectée qui aurait eu des contacts particulièrement à risque, par exemple au sein d’un établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou d’une crèche, ou bien qui aurait participé à un rassemblement, avec un nombre de contacts très important, cette personne est enregistrée dans la base et signalée à l’ARS. Ce signalement qui se fait par messagerie simple ne comporte aucune donnée nominative ni aucune donnée de santé, puisque nous utilisons un numéro de fiche pour alerter l’ARS. Les messages sont donc du type : « Merci de bien vouloir analyser la fiche numéro X22-34 pour évaluation des risques de *cluster* », sans données nominatives ni médicales.

Quant aux établissements médico-sociaux, ils disposent désormais d’un accès direct à Contact Covid pour enregistrer les personnes infectées, ce qui n’était pas le cas au démarrage du processus, car le système n’était pas opérationnel. Nous avons alors demandé aux établissements de remplir un fichier Excel et de nous l’adresser par messagerie sécurisée de santé. Une fois les données récupérées, nous nous substituons à l’établissement pour la saisie dans Contact Covid. Aujourd’hui encore, certains établissements, notamment les plus petits, ne sont pas forcément équipés pour utiliser l’application en accès direct. Ils continuent donc d’utiliser ce biais pour nous faire des signalements, mais toujours *via* la messagerie sécurisée de santé.

M. Bruno Sportisse. – La plupart des pays européens se sont dotés d’applications de traçage. Nous avons travaillé avec des équipes européennes dès le début du projet, l’application *StopCovid* étant initialement une initiative franco-allemande. Une décision politique a ensuite ouvert d’autres voies à l’Allemagne. Certains pays européens ont fait le choix d’utiliser la boîte à outils proposée par Apple et Google.

Il n’y a pas de compatibilité simple entre les deux systèmes, car la nature des informations qui circulent dans chacun d’eux diffère totalement. Dans le système d’Apple et Google, le statut de positivité d’une personne peut se retrouver sous une forme indirecte dans le smartphone des autres utilisateurs, ce qui enfreint les principes de respect de la vie privée et de cybersécurité, comme l’ont montré récemment plusieurs articles scientifiques. Dans le système français, l’information sur la positivité d’une personne reste dans son smartphone et il y a un partage des contacts à risque de manière pseudonymisée avec un serveur central.

M. René-Paul Savary, président. – Et qu’ont fait nos amis allemands ?

M. Bruno Sportisse. – Ils ont choisi de s’appuyer sur le système développé par Apple et Google.

M. René-Paul Savary, président. – Ils n’ont pas souhaité construire un système à l’allemande comme nous avons construit un système à la française.

M. Bruno Sportisse. – La décision politique a choisi une autre voie. Il ne m’appartient pas de la commenter.

Quant à votre question sur le *Health data hub*, elle renvoie à la réversibilité des solutions d’hébergement choisies, sujet sur lequel l’Inria a souvent pris position, notamment comme membre fondateur de ce *hub*.

En ce qui concerne l'hébergeur de *StopCovid*, le choix s'est porté sur *Outscale* de Dassault Systèmes, qui est la seule solution d'hébergement certifiée *SecNumCloud* par l'Anssi, c'est-à-dire au plus haut niveau de sécurité.

M. René-Paul Savary, président. – Il s'agit bien d'un hébergeur entièrement français ?

M. Bruno Sportisse. – Oui.

M. René-Paul Savary, président. – Avez-vous identifié les blocages qui freinent l'utilisation de *StopCovid* ?

M. Bruno Sportisse. – Plusieurs enquêtes sont en cours. Tout développeur d'applications sait qu'il faut communiquer dans la durée pour faire adopter une application. On constate une très grande élasticité du taux de téléchargement de *StopCovid* selon que des personnes éminentes en font la promotion ou pas. Lorsqu'il y a deux ou trois semaines, le Premier ministre et le ministre de la santé et des solidarités ont refait la promotion de *StopCovid* en conférence de presse, le taux de téléchargement de l'application s'est multiplié par quatre ou cinq, déclinant à nouveau le lendemain. Vous savez comme utilisateurs combien le monde du numérique doit marteler ses messages pour faire adopter un objet nouveau, d'autant plus lorsqu'il suscite des craintes légitimes qui mériteraient un débat serein.

Des *bugs* techniques continuent à remonter et les systèmes doivent être améliorés, ce qui peut aussi expliquer les réserves de certains.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Vous avez indiqué que 20 millions d'applications avaient été téléchargées en Allemagne. Faut-il expliquer ce taux plus élevé par une différence de communication ?

M. Bruno Sportisse. – Je ne suis pas du tout légitime pour répondre à cette question. Cependant, il est certain que la politique de communication n'a pas forcément été la même d'un pays à l'autre. Mais la question de la relation du citoyen à son État doit aussi jouer un très grand rôle, même si encore une fois je ne suis pas légitime pour livrer ce genre d'analyse.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'Allemagne a développé une politique de tests très rapides, qui a prouvé son efficacité en termes de mortalité, inspirant ainsi confiance aux citoyens. Cela n'a pas été le cas chez nous, où les revirements sur les tests et l'application ont créé beaucoup d'angoisse et d'interrogations. La comparaison doit être globale et porter sur le lien de confiance des citoyens à la parole publique plutôt que de se restreindre aux seuls tests ou à tel autre aspect.

M. René-Paul Savary, président. – Les Allemands utilisent le système d'Apple et Google, ce qui signifie qu'ils n'ont pas besoin de télécharger l'application, mais qu'ils en disposent directement ?

M. Bruno Sportisse. – Dans un premier temps, Apple et Google ont proposé une boîte à outils, ce qu'on appelle dans le jargon informatique une interface de programmation applicative (API), pour les développeurs d'applications. À ma connaissance, les pays européens ayant utilisé cette boîte à outils ont développé des applications qui, avec tout le respect que je dois aux autres équipes techniques, comportaient de fait beaucoup moins d'éléments.

Dans un deuxième temps, Apple et Google ont fait descendre ces fonctionnalités dans le système d'exploitation. Cela permet de tracer indépendamment de l'existence d'une application de santé, ce qui pose des questions.

À ma connaissance, les Allemands continuent d'utiliser une boîte à outils.

M. René-Paul Savary, président. – Ils doivent donc télécharger une application ?

M. Bruno Sportisse. – Effectivement, et cette application repose sur le système d'Apple et Google.

Mme Angèle Prévile. – Monsieur Sportisse, vous avez évoqué des garanties relatives au respect de la vie privée. D'après ce que je sais, en matière de cybersécurité, il n'y a jamais de garantie à 100 %. La moitié des données de santé des Norvégiens ont par exemple été piratées. Dans quelle mesure le respect de la vie privée est-il garanti ?

J'ai cru comprendre que le système utilisé en Allemagne et celui proposé par Apple et Google ne reposaient pas sur les mêmes modalités de stockage des données. Je ne suis pas technicienne, mais il me semble que, même si elles n'apparaissent pas, les données de géolocalisation sont quelque part. Ma question est sans doute naïve, mais est-ce qu'un hacker ne pourrait pas remonter jusqu'à ces données ?

Mes autres questions s'adressent à Mmes Coury, Blanc et Dinis. Les personnes que vous contactez pour les prévenir qu'elles sont des cas contacts et qu'elles doivent se faire tester sont-elles prioritaires ? Leur fournissez-vous un rendez-vous ou sont-elles laissées à elles-mêmes ?

Vous avez évoqué les problèmes sociaux liés à l'isolement, mais il peut aussi être impossible de s'isoler, notamment du fait de l'exiguïté des appartements dans les métropoles. Des moyens sont-ils mis en œuvre pour remédier à ce problème ?

Mme Laurence Cohen. – M. Cédric O expliquait hier que l'échec de ce système était dû à un problème de pédagogie, que les Françaises et les Français n'auraient pas bien compris... À chaque fois que le Gouvernement est défaillant, c'est toujours une histoire de pédagogie. C'est à croire que nos concitoyennes et nos concitoyens auraient un pouvoir de compréhension limité !

Je ne partage pas cette analyse, car j'estime que c'est un tout, et que les difficultés liées à la mise en place des tests, l'attente trop longue pour l'obtention des résultats et les inégalités territoriales extrêmement fortes participent de la perte de confiance des Françaises et des Français. Les craintes liées à la protection des données et à la remise en cause éventuelle des libertés expliquent aussi leur défiance.

On m'a interrogée hier sur le plateau de *Public Sénat* sur l'éventuelle faiblesse du système *made in France* pour lequel nous avons opté par rapport à d'autres systèmes « clés en main » qu'ont choisis d'autres pays européens. Personnellement, je ne crois pas que ce soit la cause de l'échec du système. Quelle est votre appréciation ? Jugez-vous le système défaillant ?

Mme Victoire Jasmin. – L'implication des laboratoires de biologie vétérinaire pose problème, car contrairement aux laboratoires de biologie médicale, ils ne disposent pas

de logiciels sécurisés. Les responsables de laboratoire que nous avons auditionnés récemment nous ont rapporté qu'à défaut de logiciels compatibles, le transfert de données s'effectuait parfois *via* des tableurs Excel. Comment appréhendez-vous ce problème ? Existe-t-il une nomenclature particulière pour ce type d'examen, qui intervient parfois à plusieurs reprises et avec des niveaux de prise en charge différents en fonction des profils – personnes présentant des symptômes, qui disposent d'une prescription ou non, ou qui doivent voyager dans les 72 heures ? J'observe d'ailleurs que cette contrainte des 72 heures n'est pas toujours respectée, car les voyageurs n'obtiennent pas toujours leurs résultats dans le délai imparti ; ils doivent alors refaire un test. Quelles sont vos actions en la matière ?

Le bilan de *StopCovid* est quasiment nul. Les prévisions réalisées étaient-elles suffisamment claires ? La coordination entre les différents systèmes et les personnes contacts est-elle suffisante ?

Mme Jocelyne Guidez. – La Corée et Taïwan ont très rapidement mis en œuvre le *tracing* avec des résultats étonnants, notamment du point de vue du nombre de morts.

Vous avez évoqué le fait que des utilisateurs avaient désinstallé l'application après l'avoir téléchargée. J'aimerais savoir pourquoi.

Mme Carole Blanc. – Lors de nos entretiens téléphoniques, nous indiquons aux personnes qui ont eu un contact à risque si elles doivent se mettre en isolement et pour quelle durée. Nous leur indiquons également si elles doivent faire un test, et le cas échéant, à quelle date elles doivent le faire pour qu'il soit efficace.

L'accès aux tests étant actuellement plus compliqué en termes de délais, nous indiquons à la personne contact qu'elle doit s'y prendre tôt pour faire sa demande de test et nous lui demandons si elle a besoin d'accompagnement. Nous sommes en capacité de lui fournir la liste des laboratoires qui pratiquent l'examen et de lui proposer la mise en place d'un prélèvement à domicile dans le cas où celui-ci serait plus approprié, du fait notamment de difficultés de mobilité ou d'une perte d'autonomie.

À l'issue de l'entretien, la personne est enregistrée dans notre base « Contact Covid » et nous lui délivrons un courrier. Ces éléments permettent au laboratoire d'identifier « au guichet » les personnes contacts et de les tester en priorité.

Un certain nombre de questions nous permettent de détecter des difficultés de mise en isolement. Ce ne sont pas nécessairement des difficultés liées à une situation de précarité, mais tout simplement des difficultés de logement. Lorsque nous détectons de telles difficultés, nous proposons à la personne de prendre contact avec la cellule territoriale d'appui à l'isolement qui peut mettre en place un hébergement externe, soit pour la personne covid, soit pour l'un de ses proches vulnérables.

Nous avons près de 40 000 personnes au téléphone chaque jour. Très peu refusent de répondre à nos questions ou d'être enregistrées en base, et très peu se montrent manifestement non coopératives. Nous estimons cette proportion autour de 3 %.

Mme Annelore Coury. – Le niveau de prise en charge des tests est le même, quel que soit le laboratoire. Le Gouvernement a fait le choix de lever l'obligation de prescription, car le nombre de tests réalisés plafonnait. Il y a eu depuis lors énormément de recours

spontanés au test, ce qui a conduit le Gouvernement à engager une stratégie de priorisation. Il faudra en mesurer l'impact.

La levée de l'obligation de prescription a eu des conséquences sur le *tracing*, car les médecins n'étaient pas forcément prévenus que leurs patients étaient positifs et ne pouvaient donc leur donner les consignes sur le recours au masque ou la mise en isolement ; ils ne pouvaient pas non plus engager le *tracing*. Nous menons actuellement une campagne pour redire aux assurés qui sont allés se faire dépister spontanément et qui sont positifs qu'ils doivent aller voir leur médecin. Nous pensons que cela permettra une meilleure appropriation et un meilleur respect des consignes, des gestes barrières et de l'isolement. Cela permettra aussi que les médecins puissent compléter ou engager le recensement des cas contacts.

Certains laboratoires vétérinaires n'ont peut-être pas pu se raccorder aussi rapidement que les autres à l'outil Sidep, mais, dans l'ensemble, cet outil est largement rempli par les laboratoires – c'est d'ailleurs une condition de la prise en charge du test.

M. René-Paul Savary, président. – Les transmissions ne peuvent-elles se faire de manière cryptée ?

Mme Annelore Coury. – Certains laboratoires vétérinaires ont peut-être utilisé la messagerie sécurisée de santé.

M. René-Paul Savary, président. – C'est à vérifier.

N'y a-t-il pas eu une confusion entre une stratégie de tests diagnostiques et une stratégie de tests de dépistage ? Ce n'est pas du tout la même approche. Qu'en pensez-vous ?

Mme Annelore Coury. – Il y a eu une évolution. Au départ, nous dépistions les patients symptomatiques et le *tracing* reposait sur les médecins.

Dans un deuxième temps, on a effectivement cherché à encourager la politique de tests. Je rappelle qu'avant la levée de la prescription posée par le Gouvernement, toute une série de campagnes a été menée à l'instigation des ARS pour renforcer le dépistage dans certains territoires où nous pressentions que le virus circulait plus vite qu'ailleurs, ou dans lesquels il y avait des clusters. Nous avons donc travaillé en étroite collaboration avec les ARS, notamment en mettant à leur disposition nos capacités de mailing et d'identification des personnes sur les territoires afin de leur envoyer des courriers et de les inciter à aller se faire dépister.

Puis le Gouvernement a considéré que ces politiques ne permettaient pas d'atteindre un niveau de tests suffisant, et il a donc levé l'obligation de prescription, avant de s'engager aujourd'hui dans une politique de priorisation.

M. René-Paul Savary, président. – Les délais actuels, que le changement de stratégie permettra peut-être de résorber, doivent tout de même pénaliser votre travail. Les remontées dont nous disposons montrent qu'il y a des trous dans la raquette. Si les personnes n'ont pas de rendez-vous pour se faire tester ou si elles attendent les résultats trop longtemps, vos efforts perdent toute efficacité. Avez-vous des préconisations ?

Mme Annelore Coury. – Il faut prioriser. Les politiques de priorisation et de diversification des types de tests engagées par le Gouvernement vont faciliter et fluidifier les

choses. Notre objectif commun est de permettre un accès au test et aux résultats le plus rapide possible, car cela conditionne le succès du *tracing* et permet l'isolement.

Je veux également insister sur le fait que, d'un point de vue financier, l'assurance maladie a été au rendez-vous pour accompagner les laboratoires et leur donner les moyens de recruter afin de gérer le volume de tests.

M. René-Paul Savary, président. – Le développement des tests salivaires contribuera peut-être à alléger leur charge.

Mme Annelore Coury. – En effet, les prélèvements sont plus faciles, et les équipements de protections nécessaires moins importants. De plus, les médecins pourront également faire les prélèvements. Les délais devraient donc être plus rapides.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Il me semble que compte tenu du nombre de personnes positives asymptomatiques, le dépistage a du sens même s'il provoque un engorgement.

Dans d'autres pays européens, le coût des tests est parfois beaucoup plus bas, notamment en Espagne où il est presque deux fois moindre. Le coût total de la politique de tests pour l'assurance maladie sera très différent d'un pays à l'autre.

M. René-Paul Savary, président. – Il est de 250 millions d'euros par mois pour l'assurance maladie.

Mme Annelore Coury. – En France, le test coûte 73 euros tout compris. En Allemagne, il coûte 54 euros. Il nous paraît important, sur un sujet de cette nature, que les laboratoires aient vraiment les moyens de s'organiser et de recruter pour être au rendez-vous.

Mme Laurence Cohen. – Je n'ai pas eu de réponse à la question que je vous ai posée, monsieur Sportisse.

Par ailleurs, mesdames, quelle est la position de l'Assurance maladie par rapport aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) ?

M. René-Paul Savary, président. – Laurence Cohen pointe à raison les irrégularités territoriales. Les disparités sont très fortes : dans mon territoire, qui est rural, il n'y a pas d'attente du tout, alors que, dans la grande ville de Reims toute proche, l'attente devient un peu lourde. Disposez-vous d'une cartographie de ces trous dans la raquette ? Avez-vous fait un retour d'expérience pour remédier à ces inégalités territoriales ?

Mme Carole Blanc. – Aujourd'hui, le pilotage de l'accès aux tests est fait par l'ARS, qui cartographie les besoins au sein de chaque territoire et essaie d'apporter des moyens complémentaires quand c'est nécessaire. Nous savons bien que le taux d'incidence est beaucoup plus fort en ville que dans des zones moins peuplées. Même s'il y a plus de laboratoires en ville, ils sont donc beaucoup plus fortement sollicités.

La stratégie de veille de l'ARS comprend également la supervision de la chaîne d'approvisionnement. Elle s'assure notamment que les laboratoires ne manquent pas des produits nécessaires à la réalisation du test, et, le cas échéant, qu'ils disposent des appuis en ressources humaines.

M. René-Paul Savary, président. – Nous poserons donc la question des disparités territoriales à l'ARS.

Le coût de la politique de tests va être très lourd pour l'assurance maladie. Certains pays ne remboursent pas systématiquement tous les tests. Êtes-vous associés à la stratégie de prise en charge ?

Mme Annelore Coury. – Nous participons à la réflexion, mais c'est le ministère qui définit la politique de tests. Nous avons, par exemple, obtenu que les tests ne soient pas remboursés quand le laboratoire n'a pas rempli l'ensemble des informations dans Sidep.

Les TROD qui sont actuellement autorisés sont délivrés par les pharmaciens et permettent de savoir si l'on a été contaminé ou pas. Ils ne sont pas pris en charge, et nous ne disposons pas des chiffres, mais j'ai l'impression qu'ils sont délivrés en nombre assez limité.

M. René-Paul Savary, président. – Les tests antigéniques seront plus rapides, mais ils nécessiteront toujours un prélèvement nasopharyngé, et donc, de la main-d'œuvre.

Mme Annelore Coury. – La stratégie relative à ces tests est en cours de définition par le ministère.

M. Bruno Sportisse. – J'ai synthétisé l'ensemble des questions autour de trois volets : la cybersécurité et le respect de la vie privée, la pédagogie et les désinstallations.

Concernant le premier volet, vous avez entièrement raison, madame la sénatrice, il faut toujours avoir une très grande humilité dans le monde numérique, car on ne peut jamais avoir la certitude qu'un système technique ne présente aucune possibilité d'atteinte à certaines fonctionnalités. C'est pour cela que les sujets de cybersécurité et de respect de la vie privée doivent donner lieu à un travail permanent avec un plan de vérification des failles détectées.

Je répète toutefois qu'il n'y a pas de données de géolocalisation dans le cadre de *StopCovid*.

Mme Angèle Préville. – Ces données circulent bien dans le *cloud*...

M. Bruno Sportisse. – Elles circulent, mais toute la question est celle de la nature des données ; or la France a fait le choix d'avoir des données qui ne sont pas médicales.

En matière de respect de la vie privée, le contrôle démocratique et le rôle des autorités administratives indépendantes sont clés. Lors de son premier contrôle de *StopCovid*, la CNIL a relevé deux éléments : l'utilisation d'une brique logicielle de Google pour éviter ce qu'on appelle « un recaptcha », et ainsi, les attaques par des robots de notre système d'une part, et d'autre part le non-déploiement d'un filtre de minimisation de remontée des données. La CNIL nous a mis en demeure en juillet sur ces deux sujets. Ils faisaient partie de notre feuille de route, mais nous avons été confrontés à une urgence et nous avons dû faire un arbitrage. Nous avons remédié à ces deux difficultés, et la mise en demeure est close depuis le 3 septembre. Cela montre bien l'importance des organes de contrôle en matière de cybersécurité et de respect de la vie privée.

J'en viens à la pédagogie. Face à des craintes légitimes de dérive, il faut être capable d'expliquer les éléments de réassurance que l'on a. À ma connaissance, c'est la première fois que l'on discute d'un logiciel au Parlement, et cela nous a beaucoup appris, car

pour moi, la pédagogie va dans les deux sens. Ceux qui ont une connaissance technique et les décideurs politiques ont dû trouver un terrain de discussion ; c'est un élément de retour d'expérience pour les uns comme pour les autres.

Par ailleurs, il y a un petit paradoxe à dénoncer sur les réseaux sociaux des atteintes possibles à la vie privée – c'est une manifestation de la maturité numérique globale collective que nous avons.

Une question m'a été posée sur le *made in France*. La France a fait l'investissement dans un programme de R&D de bout en bout. C'est un élément de fierté, et cela a des implications en termes de retour d'expérience et de maîtrise. Le *made in France* ne doit pas nous renvoyer au plan Calcul ou au Minitel !

Le troisième volet concerne la désinstallation. Du fait de la conception extrêmement respectueuse de la vie privée de l'application, on ne sait absolument pas le pourquoi d'une désinstallation. Nous ne disposons pas de remontées d'informations précises sur les terminaux ni sur les versions des terminaux. Ce point, qui est directement lié à la conception initiale de l'application, est susceptible d'évoluer.

Si on ne sait pas pourquoi les gens désinstallent, on a toutefois des hypothèses. On constate par exemple une élasticité positive à la promotion de *StopCovid*. *A contrario*, nous avons constaté mi-juin des désinstallations massives pendant quelques jours après la publication d'un article de presse relatant une faille majeure en termes de respect de la vie privée.

Un autre élément, plus structurel, est le caractère « taiseux » de l'application. Elle ne dit pas grand-chose, et au fond, vous ne savez pas si elle fonctionne quand elle est dans votre poche. Or le plus souvent, une application est faite pour demander votre attention et votre interaction. Nous avons fait ce choix dès le début de la conception de *StopCovid*, mais nous envisageons de revenir dessus afin de permettre que l'utilisateur soit plus en contrôle de ce que fait son application.

Il y a un système d'exploitation Android sous lequel lorsque *StopCovid* est en veille, un petit bandeau indique que l'application est là pour vous protéger. C'est une donnée de ce système d'exploitation qu'on ne peut pas changer, mais qui, pour certaines personnes, peut être anxiogène – c'est du moins notre hypothèse.

Par ailleurs, il peut y avoir, sur un parc extrêmement hétérogène, des cycles d'installation et de désinstallation, par exemple parce que la version est mal supportée.

Nous avons donc quantité de petites actions à mener pour essayer de remédier à ces différents problèmes.

M. René-Paul Savary, président. – J'ai aussi entendu que l'application usait les batteries.

M. Bruno Sportisse. – Les études dont nous disposons et que nous continuons de mener ne montrent pas un impact majeur dans ce sens, mais, compte tenu de l'hétérogénéité du parc, c'est toutefois possible.

Il y a encore de la pédagogie à faire, mais je pense que, si l'on explique bien ces questions de protection collective, les Français sont capables de les comprendre.

M. René-Paul Savary, président. – Je vous remercie.

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

La réunion est close à 12 h 10.

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

La réunion est ouverte à 15 heures.

Audition de Mme Florence Parly, ministre des armées

M. René-Paul Savary, président. – Nous poursuivons nos travaux avec l'audition de Florence Parly, ministre des armées.

Madame la ministre, vous êtes accompagnée du médecin général des armées, Mme Maryline Gygax Généro, directrice centrale du service de santé des armées (SSA), de M. Benjamin Gallezot, directeur-adjoint du cabinet civil et militaire, de M. Erik Czerniak, médecin en chef et de Mme Sandra-Élise Reviriego, conseillère parlementaire.

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

Nous avons souhaité vous entendre sur l'action de votre ministère pendant la crise sanitaire, dont l'hôpital de campagne de Mulhouse a été emblématique, mais aussi sur la façon dont il a fait face à l'épidémie avec des moyens spécifiques, notamment ceux du SSA, et avec une culture propre de la gestion de crise.

Je vais vous donner très brièvement la parole, à titre liminaire, afin de laisser le maximum de temps aux échanges.

Je demanderai à chacun, intervenantes et commissaires, de s'exprimer avec concision.

Mesdames, messieurs, 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, Mmes Florence Parly et Maryline Gygax Généro prêtent serment.

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

Mme Florence Parly, ministre des armées. – Merci de me donner l'opportunité de contribuer à vos travaux. Je tenterai d'expliquer quel a été le rôle du ministère des armées dans la gestion de cette crise inédite.

En tant que ministre des armées, j'ai la responsabilité d'assurer le fonctionnement du ministère, qui est au service de la Nation tout entière, ce qui suppose deux choses : je dois, premièrement, garantir la protection et la sécurité des militaires ainsi que des agents en service au sein de l'institution ; je dois, deuxièmement, assurer la continuité de l'ensemble des opérations et des missions du ministère. Jour et nuit, sept jours sur sept, tout au long de l'année, quelles que soient les circonstances, les armées remplissent des missions essentielles à la sécurité des Français : lutte contre le terrorisme, en opérations extérieures ou sur le territoire national, dissuasion nucléaire, protection de notre espace aérien, surveillance maritime. L'accomplissement de ces missions ne saurait connaître aucune suspension. Cela suppose donc que la relève des forces et leur préparation opérationnelle, ainsi que le maintien en condition opérationnelle des matériels, des transports et des approvisionnements, soient garantis.

Face à cette crise, une mission supplémentaire a été confiée au ministère des armées, consistant à participer, au service de la santé de tous les Français, à la lutte contre l'épidémie. Cette mission nouvelle a été assumée tout en poursuivant l'ensemble des missions du ministère, en dépit d'une situation sanitaire extraordinairement difficile qui a interrompu une partie importante des activités de notre pays. Je voudrais devant vous rendre hommage aux personnels civils et militaires du ministère, dont l'engagement a été exceptionnel.

Cette capacité à protéger les Français passe avant tout par la protection et la santé de nos forces ; et je n'ai jamais eu à choisir entre ces deux objectifs. En application des mesures du ministère des solidarités et de la santé, des plans de continuité d'activité ont été déclinés dans chaque armée, dans chaque direction, dans chaque service, avec un seul et même objectif : assurer l'ensemble des missions avec un effectif taillé au plus juste pour exposer le moins possible nos personnels et disposer d'une réserve de personnel au cas où l'épidémie aurait touché nos forces. Le ministère des armées a participé activement à la lutte contre la propagation du virus, grâce à son service de santé notamment.

Le rôle premier du SSA est de maintenir la capacité opérationnelle de nos armées, de nos directions et de nos services. Cela signifie prendre en charge les blessés des théâtres d'opérations extérieures, mais aussi veiller au jour le jour à la santé de nos forces, détecter les éventuels cas et assurer leur prise en charge médicale ; cela signifie également que les médecins du service de santé ont en permanence conseillé le commandement sur les mesures qu'il convenait de prendre et sur la manière de conduire les activités.

Le SSA concourt en outre au bon fonctionnement du système de santé publique. Avec 2 500 médecins, il représente moins de 1 % du système de santé publique de notre pays ; il compte huit hôpitaux répartis sur le territoire français, dont je rappelle qu'ils ne sont pas réservés aux militaires, mais ouverts à tous. Ces hôpitaux ont très vite accueilli des patients sur la base de la régulation réalisée par les agences régionales de santé (ARS). Au total, 3 725 patients atteints de la covid-19 y ont été hospitalisés, dont 564 en réanimation. D'ailleurs, comme dans tous les hôpitaux du système de santé publique, le nombre de lits de réanimation au sein des hôpitaux d'instruction des armées a été multiplié par trois pendant la période.

Enfin, sans se détourner de sa mission première, l'ensemble du personnel soignant du SSA s'est engagé. Ceux qui occupaient des postes non essentiels dans les administrations et directions centrales ont repris des gardes dans les services hospitaliers et médicaux. La crise sanitaire a ainsi mis en lumière la réactivité et la capacité d'adaptation du ministère des

armées, notre organisation étant fondée sur un principe très simple : quand la situation l'exige, quand on sait faire et quand on peut faire, alors on fait.

Tel est le sens de l'opération Résilience décidée par le Président de la République le 25 mars 2020, qui s'est articulée autour de trois piliers : le soutien médical et sanitaire, le soutien logistique, la protection des personnes et des entrepôts contenant du matériel de soins.

Les opérations d'évacuation sanitaire qui ont été menées par les armées ont joué un rôle très important pour soulager les régions les plus touchées, le Grand Est, la région parisienne, la Corse. C'est ainsi que l'armée de l'air et le SSA se sont mobilisés pour organiser des évacuations médicales par avion et par hélicoptère, en transformant par exemple un Airbus A330 MRTT, qui est initialement un avion ravitailleur, en une véritable unité de réanimation. Je voudrais aussi évoquer la prouesse technique réalisée par l'armée de terre et par l'armée de l'air, qui sont très rapidement parvenues à adapter des modules de réanimation sur les hélicoptères NH90 et sur les A400M Atlas, avions de transport lourd, afin de renforcer nos capacités d'évacuation sanitaire. Un mot également sur l'engagement du porte-hélicoptères Tonnerre, qui a permis de soulager les hôpitaux corses et d'évacuer des patients vers le sud de la France.

Autre opération inédite : le déploiement de l'élément militaire de réanimation (EMR) de Mulhouse, dont je souhaite insister sur le caractère très exceptionnel. Le qualificatif « d'hôpital de campagne » ne lui sied d'ailleurs guère ; il ne s'agissait pas du tout de lits sous une tente, mais d'une véritable unité de réanimation dotée de trente lits et de personnels formés pour accueillir les patients les plus lourdement atteints. Ce dispositif n'existait pas dans nos armées ; il a été créé de toutes pièces et déployé en seulement – j'y insiste – huit jours !

Nous avons également projeté des médecins à Mayotte et en Guyane. J'ai pu entendre dire, ici ou là, que ces opérations relevaient d'une démarche de « com ». Ces remarques m'ont profondément choquée : je peux vous dire que ces opérations étaient nécessaires pour sauver des vies. Les malades et les personnels du système de santé publique qui ont reçu le renfort de nos armées nous ont d'ailleurs exprimé leur très grande reconnaissance.

Quelques chiffres en guise de bilan provisoire de l'opération Résilience : 430 missions menées partout en France, 190 patients transférés par voie aérienne ou maritime en France ainsi qu'en Allemagne, en Suisse, au Luxembourg et en Autriche, grâce à la solidarité de nos voisins européens, qui nous ont ouvert les portes de leurs hôpitaux. Nous avons en outre, par exemple, affrété 750 tonnes de fret alimentaire et sanitaire à Mayotte, cédé 5 millions de masques chirurgicaux prélevés sur le stock du service de santé des armées pour alimenter les hôpitaux civils, fourni vingt respirateurs au ministère de la santé.

Un mot sur le dispositif que nous avons mis en place pour dialoguer avec les autorités locales, préfets et ARS. Je précise tout d'abord que les moyens que nous avons mis en œuvre l'ont été en fonction des besoins qui ont été exprimés par le ministère de la santé. Les décisions, en la matière, ont été prises dans le cadre du conseil de défense et de sécurité nationale, présidé par le Président de la République, ou au sein des cellules de crise interministérielles.

Nous avons par ailleurs confié au centre de planification et de conduite des opérations, placé sous l'autorité du chef d'état-major des armées – c'est ce centre qui conduit

par exemple les opérations au Sahel ou les actions menées sur le territoire national dans le cadre de l'opération Sentinelle –, le soin de coordonner l'action des responsables des chaînes opérationnelles concernées. Nous avons utilisé les relais en région que sont les officiers généraux des zones de défense et de sécurité (OGZDS), commandants militaires régionaux qui, en métropole et en outre-mer, ont fait l'interface avec les préfets de zone de défense et de sécurité, les ARS et les collectivités locales. C'est donc la même logique de subsidiarité qui s'applique pour toutes les autres opérations et qui a été mise en œuvre dans la gestion de cette crise.

Tout cela nous a beaucoup appris sur les forces de notre ministère, mais nous a permis aussi de soulever un certain nombre de points d'attention et de mieux identifier les moyens du SSA qu'il conviendra de conforter à l'avenir. Je fixerai d'ailleurs, le 3 octobre prochain, une nouvelle feuille de route au SSA, qui s'appuiera notamment sur ce retour d'expérience.

Au-delà des armées, c'est l'ensemble de notre ministère qui s'est mobilisé dans la gestion de cette crise – vous avez certainement en tête le rôle joué par la Direction générale de l'armement pour tester les masques et les textiles destinés au grand public.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Au mois de mars, l'épidémie a flambé dans la région Grand Est ; les capacités de réanimation se sont trouvées largement dépassées, ce qui a entraîné notamment des transferts de patients. Dans ce contexte, le SSA a déployé trente lits de réanimation à Mulhouse, dans un hôpital dit « de campagne » – au sens où il s'agissait d'une campagne militaire et non, bien sûr, d'un hôpital rural.

Pourquoi trente lits ? Ce chiffre correspondait-il aux capacités maximales de déploiement du service de santé des armées, vu la brièveté des délais ? Les besoins, eux, étaient nettement supérieurs, puisque les autorités ont dû procéder à des transferts vers d'autres régions.

Mme Florence Parly, ministre. – Je ne saurais trop insister sur le fait que l'ensemble des moyens du service de santé des armées sont dimensionnés pour faire face aux besoins des armées, quantitativement et qualitativement. Il va de soi que le SSA dispose d'équipements en grand nombre pour traiter des patients qui sont atteints de blessures par balle et de pathologies de guerre. En revanche, ses modules n'étaient pas forcément orientés vers le traitement de maladies nécessitant de nombreux outils de réanimation et de respiration. On nous a demandé de faire notre maximum, et nous avons répondu en fonction des moyens qui étaient à notre disposition, en mobilisant la totalité de ces moyens.

Mme la médecin général Maryline Gyax Généro. – Lorsque nous sommes sollicités pour intervenir, nous évaluons ce que nous pouvons faire, en tenant compte des délais de mise en œuvre. Trente lits de réanimation, c'est très significatif ! Je rappelle en effet que les services de réanimation sont en général dimensionnés autour de vingt lits dans les hôpitaux régionaux. Ce chiffre est donc le fruit d'un compromis entre ce que nous pouvons faire dans un délai extrêmement court, la capacité d'accueil du parking de l'hôpital de Mulhouse – le service de réanimation que nous créions devait obligatoirement venir en appui du centre hospitalier – et nos capacités à armer le service sur le plan des ressources humaines, en y affectant des réanimateurs prélevés au sein des hôpitaux d'instruction des armées, eux-mêmes engagés dans la prise en charge d'un nombre considérable de patients.

Pour l'EMR de Mulhouse, nous avons mobilisé au total, avec les relèves, 235 personnels du SSA. Je précise d'ailleurs que les lits étaient très exactement au nombre de 27 ; pour des raisons d'ergonomie, trois lits n'ont pu être armés.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Merci pour vos réponses. Je salue la participation du SSA ; je m'inquiète seulement que, dans une puissance militaire comme la nôtre, on ne puisse déployer que trente lits supplémentaires lorsque les armées sont sollicitées. Peut-être est-ce le signe qu'on accorde insuffisamment de moyens au SSA...

Il y a un hôpital militaire dans la région Grand Est, à Metz. Vous nous avez dit que le SSA avait triplé ses capacités en lits d'hospitalisation ; comment l'offre de réanimation a-t-elle évolué à l'hôpital de Metz ?

Mme Maryline Gygax Généro. – L'hôpital militaire de Metz est engagé, dans le cadre du modèle SSA 2020, dans un partenariat étroit avec le centre hospitalier régional (CHR) de Metz-Thionville ; il ne dispose donc plus de service de réanimation. Nos réanimateurs et nos chirurgiens ont été intégrés il y a quelques années au sein du CHR de Metz-Thionville.

M. René-Paul Savary, président. – Quel a été le taux d'occupation de ces 27 lits ?

Mme Maryline Gygax Généro. – Ce taux a été de 100 % au plus fort de la crise. Nous n'avons ensuite diminué les capacités qu'en fonction de l'évaluation de la possibilité de le faire sans compromettre la prise en charge des patients.

Mme Florence Parly, ministre. – La collaboration entre le centre hospitalier de Mulhouse et l'EMR a été parfaite ; comme l'a dit Mme la médecin général, nous avons bien sûr veillé à ce que la réduction progressive des capacités de cet EMR fasse l'objet d'une concertation avec l'ensemble des autorités locales, élus et autorités de santé.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Je poserai trois questions.

À partir du moment où les premiers cas chinois ont été annoncés, comment le SSA a-t-il travaillé ? Avez-vous pu anticiper la pandémie, à l'aide de données d'experts par exemple ?

Avez-vous dû réduire de façon importante les interventions prévues dans vos services afin de réserver des lits aux patients atteints du virus, comme cela s'est passé dans les autres hôpitaux avec la mise en œuvre du plan blanc ? Où en est-on actuellement ?

Quid, enfin, des projets de recherche soumis par l'Institut de recherche biomédicale des armées (IRBA) ?

Mme Florence Parly, ministre. – Lorsque les premiers cas se sont manifestés, la communauté des experts du domaine médical s'est immédiatement mobilisée. Nous avons, au sein du ministère des armées, des capacités d'expertise – je pense à l'IRBA, que vous venez de mentionner, ou à l'hôpital Bégin, l'un des huit hôpitaux d'instruction des armées, qui est le centre de référence pour le traitement d'Ebola.

Concernant l'activité des hôpitaux d'instruction des armées, comme partout, il a fallu déprogrammer un certain nombre d'interventions qui étaient prévues, afin de pouvoir tripler notre capacité d'accueil en réanimation.

Pour ce qui concerne les projets de recherche, je laisserai une personne compétente vous répondre !

Mme Maryline Gygax Généro. – Le service de santé des armées dispose d'une capacité de veille sanitaire et scientifique extrêmement active *via* le Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées (Cespa), situé à Marseille – c'est absolument nécessaire si l'on veut soutenir des armées qui sont en permanence projetées dans le monde entier.

Nous travaillons par ailleurs de façon quotidienne en lien avec la communauté des chercheurs civils. Le travail d'anticipation du SSA repose essentiellement sur sa capacité à traduire les signaux faibles, notamment scientifiques, que nous décelons pour évaluer les besoins des armées – nous le faisons en permanence ; c'est absolument nécessaire.

Concernant les lits réservés pour les patients atteints de la covid-19, nos hôpitaux ont évidemment participé au plan blanc lorsqu'il a été déclenché. Ils ont donc déprogrammé des interventions, tout en conservant néanmoins une capacité chirurgicale au profit des blessés militaires susceptibles d'être rapatriés sur le territoire national – c'est là notre mission première, et nous avons toujours gardé la capacité d'y répondre. Nous avons compensé ces déprogrammations par la mise en œuvre de téléconsultations destinées au suivi des patients atteints de maladies chroniques. Ces capacités de téléconsultation ont été multipliées par dix, voire par quinze.

Pour ce qui est des projets de recherche, cette crise a donné lieu à une véritable effervescence, dans tous les secteurs hospitaliers mais aussi au niveau de la médecine des forces. Nous avons déposé trente-six projets de recherche clinique, pour lesquels nous avons reçu vingt-neuf avis favorables. Le SSA a par ailleurs concouru à 28 projets de recherche civils, dont 7 essais thérapeutiques et 21 projets de suivi longitudinal de cohortes de patients. Nous sommes enfin particulièrement fiers d'avoir vu huit projets du SSA acceptés par l'Agence de l'innovation de défense.

Je ne ferai que citer le dernier projet de recherche du SSA : il consiste en une comparaison entre les prélèvements salivaires et les prélèvements naso-pharyngés pour analyse par RT-PCR (*Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction*) ; il vient d'être salué par la Haute Autorité de santé (HAS).

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Il serait intéressant que vous puissiez nous communiquer une chronologie précise, depuis le début de la crise, des expertises que vous avez évoquées, s'agissant en particulier de cette période charnière qui va de janvier à début mars.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Quel était le niveau de votre stock de masques avant le début de la crise ? Comment s'est opéré votre réapprovisionnement ? Jugez-vous que le stock dont vous disposez aujourd'hui est satisfaisant ? Je poserai la même question pour votre capacité de dépistage, virologique et sérologique.

Par ailleurs, comment s'est organisée l'évacuation de patients vers divers pays européens ?

Mme Florence Parly, ministre. – Le SSA constitue de façon régulière, pour ses propres besoins, des stocks de masques. Lorsque nous sommes entrés en crise, au 1^{er} février, le SSA détenait un peu plus de 18 millions de masques chirurgicaux et 2 millions de masques FFP2. Ce stock avait été dimensionné pour couvrir les besoins des forces et du service de santé des armées.

Une fois entrés dans la crise, nous avons renouvelé ce stock. Nous avons donc commandé plus de 31 millions de masques en plus de ceux que nous détenions déjà ; nous en avons distribué plus de 34 millions pour le soutien des forces et nous en avons donné 5 millions au ministère des solidarités et de la santé.

Puis, lorsque nous avons avancé dans la crise, il est apparu que l'utilisation du masque avait vocation à s'étendre, et nous avons eu recours au service du commissariat des armées afin que celui-ci prenne en charge les commandes de masques grand public. Nous avons ainsi acheté, début avril, 1,5 million de masques grand public, indépendamment du service de santé des armées qui, lui, a conservé la responsabilité de la gestion et de la consommation en propre de ses masques.

Aujourd'hui, le SSA dispose de six mois de stock, sur la base d'une consommation de pleine activité covid. Ces six mois représentent 6 millions de masques chirurgicaux et 6,7 millions de masques FFP2.

Dans le même temps, le service du commissariat des armées est monté en puissance pour assurer la constitution de deux stocks bien distincts : le stock stratégique, d'une part, qui correspond à dix semaines d'autonomie, destiné à couvrir les besoins de l'ensemble du ministère ; un stock « outil », d'autre part, qui représente entre dix et vingt semaines de consommation en partant de l'hypothèse que chaque personne utilise deux masques par jour. Au total, le stock du service du commissariat des armées oscille entre 50 et 75 millions de masques, à distinguer de celui du service de santé des armées, qui gère ses propres besoins.

Mme Maryline Gygax Généro. – Concernant les tests, le service de santé des armées est monté en puissance progressivement. Actuellement, nous sommes capables de réaliser 2 000 tests PCR par jour sur le territoire national, auquel il convient d'ajouter 1 000 tests par jour pour l'ensemble des théâtres d'opérations extérieures (OPEX). Le SSA a réalisé 44 000 tests PCR depuis le début de la crise, dont une moitié visait à tester les troupes opérationnelles et l'autre moitié à diagnostiquer, soit dans le cadre du *tracing* soit dans celui de la prise en charge individuelle des patients militaires et civils du ministère.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Cette capacité de dépistage est-elle satisfaisante ?

Mme Maryline Gygax Généro. – Cette capacité nous permet de couvrir les besoins des armées ; nous gardons une réserve de montée en puissance jusqu'au maximum de 2 000 tests par jour.

M. René-Paul Savary, président. – Quels sont les délais de réponse ?

Mme Maryline Gygax Généro. – Nous nous efforçons de donner les résultats en 24 heures ; pour les unités opérationnelles, cela peut être plus rapide.

M. René-Paul Savary, président. – Nous parlons bien de tests PCR ?

Mme Maryline Gygax Généro. – Absolument.

Mme Florence Parly, ministre. – J'en viens aux évacuations. Elles ont été orientées vers la Suisse, l'Allemagne, le Luxembourg et l'Autriche. Les besoins ont été identifiés par les ARS ; pour ce qui me concerne, j'ai eu de nombreux contacts avec mon homologue allemande, avec laquelle la communication a été extrêmement fluide. Le ministère des armées a été sollicité pour assurer le transport. S'agissant de pays limitrophes, et sachant que la source de ces évacuations était essentiellement le Grand Est, les appareils que nous utilisions ne pouvaient être des avions à long rayon d'action tels que les A330 : il fallait avoir recours à des hélicoptères. Il a donc fallu, en l'espace de quelques heures, certifier un dispositif permettant d'installer des kits de réanimation à bord d'hélicoptères qui n'étaient pas prévus pour accueillir des appareils très gourmands en consommation électrique.

Ce sont ces petites prouesses silencieuses qui ont aussi permis la réussite des opérations d'évacuation. Et nous avons rendu hommage tous ensemble, le 14 juillet, aux nations qui nous ont porté secours pendant cette période si difficile.

M. René-Paul Savary, président. – Quelles conclusions avez-vous tirées de la propagation virale qui s'est produite au sein du navire Charles de Gaulle ?

Mme Florence Parly, ministre. – Je ne reviendrai pas sur le détail des différents rapports que nous avons souhaité rendre publics sur cette question. Toute la difficulté est d'apprécier ce qui a été fait en se replaçant dans le contexte de l'époque où les décisions ont été prises. Ce navire a quitté Toulon au mois de janvier, à un moment où le virus n'était pas présent, en tout cas pas identifié, dans la zone où nous vivons ; lorsque le porte-avions a fait escale à Brest, au mois de mars, la face du monde avait changé.

Un navire d'ancienne génération comme le Charles de Gaulle, conçu dans les années 1980, certes vaste mais très dense pour ses quelque 2 000 personnels d'équipage, n'est pas fait pour contenir aisément le risque épidémique. Nous l'avons d'ailleurs fort bien vu : pendant cette période, d'autres navires de la marine nationale sillonnaient les mers ; sur les navires de nouvelle génération, qui bénéficient de chambrées limitées à quatre ou six personnes, contre quarante personnes dans certains dortoirs du Charles de Gaulle, la donne a été radicalement différente.

J'en tire la conclusion que l'équipage a fait du mieux qu'il a pu compte tenu des connaissances qui étaient les siennes et les nôtres à l'époque, et que l'infrastructure de nos navires est, en matière de propagation, un facteur non négligeable. Pendant l'été, le porte-avions Charles de Gaulle a fait l'objet d'un arrêt technique ; nous en avons profité pour modifier le plus possible son organisation et ses équipements, jusqu'à la distance qui sépare les patères auxquelles les opérateurs accrochent leurs tenues de travail. Nous avons notamment réorganisé la partie avant du navire, dans laquelle ont été confinés les marins contaminés pendant le retour vers Toulon, afin de pouvoir, à l'avenir, distinguer les cas positifs et les cas contacts. Tous ces éléments ont un rôle à jouer, au-delà de l'application des règles sanitaires.

Mme Maryline Gygax Généro. – Les marins du porte-avions constituent une cohorte qu'il est intéressant de suivre dans le temps. Le premier enseignement que nous avons tiré de cette expérience est la proportion non négligeable de patients totalement asymptomatiques : plus de la moitié des marins contaminés n'avaient aucun symptôme. Nous réalisons par ailleurs des études sérologiques longitudinales, qui sont en cours.

M. René-Paul Savary, président. – Des traitements spécifiques ont-ils été administrés aux marins à l'époque ?

Mme Maryline Gygax Généro. – Seuls deux marins ont été pris en charge en réanimation. Les autres n'ont bénéficié d'aucun traitement spécifique.

M. Damien Regnard. – Si le pays avait été confiné plus longtemps, notre stock de matériel sanitaire aurait-il été suffisant pour maintenir toutes nos opérations militaires, qu'il s'agisse des opérations domestiques, Sentinelle en particulier, ou des OPEX ? Le SSA a-t-il aujourd'hui des stocks de masques et des moyens de dépistage suffisants ?

Pouvez-vous nous présenter, sans entrer dans des détails qui pourraient être sensibles, les mesures préventives qui sont prises pour nos forces projetées à l'extérieur ou sur les bâtiments de la marine nationale ? *Quid*, au retour, des séjours en sas de confinement ?

M. Olivier Paccaud. – Je suis élu de l'Oise. Et vous savez que, dans l'Oise, on trouve la base aérienne de Creil, qui a été au centre de doutes, de questions et de polémiques.

Nous avons eu le plaisir de recevoir le colonel Bruno Cunat, ancien commandant de la base de Creil, le 9 septembre dernier. Cette base fut le premier grand *cluster* français, avec celui des Contamines. Entre le 26 février et le 3 mars 2020, seize cas positifs y ont été identifiés ; un patient, notamment, a passé cinq semaines dans le coma.

La base aérienne de Creil aurait-elle pu être la source de contaminations ultérieures ailleurs dans le département – je pense notamment au *cluster* de Crépy-en-Valois ? Je rappelle que ce sont des militaires basés à Creil qui ont effectué le rapatriement des 180 Français de Wuhan le 31 janvier dernier.

Madame la ministre, vous avez affirmé le 4 mars dernier, sur le plateau des *Quatre vérités*, émission diffusée sur France 2, que les 18 militaires qui composaient l'équipage de L'Estérel avaient été testés et confinés – la séquence est aisée à retrouver : vous l'avez dit dès les premières minutes de l'interview. Or le colonel Cunat, devant cette assemblée, a affirmé l'inverse, comme l'ont fait diverses personnes, militaires ou civils travaillant sur la base aérienne de Creil, que j'ai pu interroger.

Maintenez-vous que ces personnels ont été testés et confinés ? N'y a-t-il pas eu négligence dans la façon dont ces militaires ont été traités à leur retour de Wuhan ? Les Français qui ont été rapatriés ont été confinés de façon très stricte, à Carry-le-Rouet ; les militaires, d'après certaines sources militaires, étaient chez eux, mais en permission : on ne contrôlait pas leurs allées et venues, ni celles de leurs familles. Or certains de leurs conjoints travaillaient sur la base aérienne de Creil. Certains membres de l'équipage de L'Estérel logeaient même sur la base – le colonel Cunat nous l'a confirmé –, s'y déplaçaient, assistaient aux messes, et ont pu tout à fait transmettre le virus.

Une dernière petite question qui s'adresse au SSA : l'enquête précise menée par l'ARS sur le *cluster* de Crépy-en-Valois pour retrouver le patient zéro a été vaine ; mais l'ARS, dans la synthèse préliminaire de son rapport, évoque Creil et l'impossibilité d'enquêter sur la base. Serait-il possible d'avoir accès aux données concernant les militaires qui sont partis rapatrier les Français de Wuhan ?

Dernier point : huit matelots basés à Brest sont passés pendant deux jours, les 5 et 6 février, par la base aérienne de Creil, et se sont rendus à Crépy-en-Valois où a éclot le

second *cluster*. De nombreux habitants de l'Oise sont persuadés que c'est par l'intermédiaire de ces militaires que le virus est arrivé à Crépy-en-Valois, où l'on a déploré les deux premiers morts français de la covid-19. Si vous pouviez nous convaincre de la fausseté de cette hypothèse, vous feriez œuvre utile...

M. Jean-François Husson. – En tant qu'élu du Grand Est, je voudrais saluer l'action des armées dans une crise tout à fait inédite où le front est, en premier lieu l'Alsace, a été durement touché. Je veux vous exprimer la gratitude des habitants de l'est de la France pour vos sacrifices, et vous remercier pour votre parfaite contribution là où il s'est agi de remédier aux difficultés de coordination qui se sont fait jour entre les différentes autorités civiles, agences régionales de santé et préfetures. En matière d'acheminement d'équipements de protection individuels, les préfets de zone de défense et de sécurité se sont avérés d'une précision redoutable, pour ne pas dire diabolique, dans le bon sens du terme !

Quelles sont aujourd'hui les capacités maximales de déploiement de personnels et de moyens matériels dont dispose le SSA à l'échelle nationale, dans l'hypothèse où surviendrait un nouvel épisode épidémique, sachant que celui-ci pourrait être de portée inédite, le pays étant susceptible d'être touché dans différentes régions en même temps ?

Vos services sont-ils armés pour faire face en même temps aux OPEX, à Sentinelle et à la covid-19 ?

Mme Florence Parly, ministre. – En entrée de crise, le stock de masques était suffisant pour couvrir les besoins du SSA et des forces. Nous nous sommes mis en situation de renouveler ce stock et de l'étendre afin d'équiper en masques la totalité de nos personnels. Nous avons mobilisé pour cela nos services d'achat et nos capacités et il n'y a pas eu sur la question des masques de difficultés autres que celles que chacun pouvait connaître à l'époque. Si la crise avait duré deux ou trois fois plus longtemps, avec les inerties liées au fait qu'il fallait s'approvisionner très loin, nous aurions dû puiser encore davantage dans nos réserves. Nous avons d'autres capacités qu'il valait mieux ne pas avoir à mobiliser, comme nos masques de protection NRBC, qu'il n'a pas été nécessaire d'utiliser – s'il avait fallu y recourir, nous l'aurions fait naturellement.

Concernant les faits qui se sont déroulés dans l'Oise, j'ai juré, monsieur le président, de dire la vérité. Je me dois de préciser que j'ai dit quelque chose d'inexact le 4 mars sur France 2. J'ai dit en effet que les équipages de retour de Wuhan à bord de L'Estérel avaient été testés. C'était un raccourci. Ce qui s'est passé, c'est que les équipages ont été soumis à un protocole sanitaire extrêmement strict, que je vais rappeler, mais qui ne comprenait pas à l'époque de test PCR.

Le 31 janvier, le premier vol en provenance de Wuhan atterrissait à Istres avec 193 Français à bord, lesquels ont été placés en quatorzaine à Carry-le-Rouet. Quant au personnel de bord, lequel était basé à Creil, il a été soumis à un protocole de surveillance biquotidienne durant quatorze jours par les médecins du SSA. Au terme de ce délai, il n'avait pas développé de symptôme. Il n'a donc pas subi de test PCR mais il y a bien eu une surveillance médicale extrêmement rapprochée. J'espère que la rectification de cette imprécision permettra de crever définitivement cet abcès.

M. René-Paul Savary, président. – Pourquoi n'ont-ils pas subi de test PCR ? Y avait-il une raison scientifique ?

Mme Maryline Gygax Généro. – Le dogme à ce moment-là n'était pas de tester tout le monde mais de tester les patients symptomatiques, d'où le soin apporté à déceler très vite tous les symptômes.

Mme Florence Parly, ministre. – S'ils avaient développé des symptômes, ils auraient bénéficié d'un test. Mais la doctrine édictée par le ministère des solidarités et de la santé était bien celle que vient de rappeler Mme la médecin général. N'étant quant à moi pas médecin, je vous prie de bien vouloir excuser le caractère un peu raccourci de ma formule. Nous avons aujourd'hui en tête que le test signifie quelque chose de bien particulier. Ces personnels ne sont pas du tout restés sans surveillance particulière, bien au contraire.

Sur le rôle qu'auraient pu jouer les militaires basés à Creil dans le développement d'un *cluster* dans l'Oise, je citerai le rapport épidémiologique qui vous a été transmis : « Les données de notre enquête permettent de déconstruire plusieurs des rumeurs ayant circulé dans la presse. Ainsi, le 31 janvier 2020, un vol armé par la base aérienne de Creil a rapatrié de Wuhan des ressortissants français placés ensuite en quatorzaine à Carry-le-Rouet. Les personnels de la base aérienne présents sur le vol ont été suspectés, en effet, d'avoir pu introduire le virus. Cette hypothèse est très peu probable, pour les raisons suivantes. D'une part, les personnels partis de France pour cette mission ne sont pas descendus de l'appareil à Wuhan et n'y sont restés que le temps de faire embarquer les ressortissants français. Ces personnels, durant le vol, portaient des équipements individuels – gants, masques, lunettes, surblouses – et maintenaient des distances de sécurité avec les passagers. Aucun incident n'a nécessité de contact direct ou d'intervention auprès d'un des passagers. Avant le vol, la présence de fièvre ou de symptômes a été vérifiée auprès des rapatriés. Après le vol, les rapatriés ont été testés vis-à-vis du SARS-CoV-2 et tous étaient négatifs. Aucun n'a présenté de symptômes au cours de la quatorzaine. Les personnels de la base ont fait l'objet d'un suivi biquotidien de santé avec prise de température durant les quatorze jours suivant leur retour et aucun n'a présenté de symptômes.

Dans l'Oise, il persiste une incertitude suite aux investigations. Mais, dans toutes les hypothèses, des cas sont survenus au lycée avant de survenir dans la base, même en tenant compte de l'incertitude sur la date du premier cas, le 14 janvier 2020, soit avant le vol de retour de Wuhan, ou bien le 1^{er} février 2020, soit le lendemain du vol, chez une personne sans contact direct avec la base aérienne, ce qui n'est pas en faveur d'une transmission à partir des personnes de retour de Wuhan. »

Il est exact que des marins du bâtiment La Somme sont intervenus au lycée de Crépy-en-Valois les 4, 5 et 6 février, dans le cadre d'un partenariat entre le ministère des armées et cet établissement. La Somme, bâtiment de la marine nationale basé à Brest, était à quai depuis le début du mois de décembre, époque à laquelle cette ville n'était pas une zone de prévalence du virus. Aucun marin n'a eu de symptôme. Quant au rapport épidémiologique précité, il date le début des contaminations à la mi-janvier. Il n'est donc pas possible de faire un lien entre la visite de ces marins et le déclenchement de l'épidémie dans l'Oise.

Je sais que des idées imprègnent fortement les esprits, mais non, définitivement non, la base aérienne de Creil n'est pas à l'origine du déclenchement d'un *cluster* dans l'Oise. Je comprends la curiosité des habitants de l'Oise, compte tenu de l'importance de la diffusion du virus dans les premières semaines de l'épidémie dans notre pays, et leur souhait de savoir qui était le patient zéro. Quoi qu'il en soit, le patient zéro ne se trouvait probablement pas à la base aérienne de Creil.

Le rapport en date du 15 avril qui vous a été communiqué a été rédigé conjointement par Santé publique France et le SSA, et il n'y a pas d'autre document particulier sur ce sujet.

Pour ce qui concerne les capacités de déploiement de nos personnels en cas de deuxième vague couvrant la totalité du territoire national, le SSA représente une partie certes efficace mais très réduite – moins de 1 %, soit 14 700 personnels dont 2 500 médecins – du système de santé publique français. C'est à la fois beaucoup et très peu à l'échelle de notre pays.

En cas de deuxième vague, le SSA sera au rendez-vous. Il continue d'ailleurs d'agir dans plusieurs territoires. En fin de semaine dernière, une petite équipe est ainsi partie en Guadeloupe pour évaluer les besoins au regard du système sanitaire guadeloupéen et de la diffusion de l'épidémie sur ce territoire. Nous enverrons à bref délai des personnels pour soulager le centre hospitalier de Guadeloupe. Nous traiterons du mieux possible les demandes du ministère des solidarités et de la santé à proportion de nos moyens, tout en assurant notre mission qui est de répondre aux besoins sanitaires de nos forces et de nos ressortissants.

Plus globalement, l'opération Résilience a mobilisé au mois d'avril environ 5 000 militaires, pour l'essentiel issus de l'armée de terre. Cette opération s'adapte au fur et à mesure des besoins.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Vous avez dit que le premier cas de contamination était apparu le 15 janvier. En quel lieu ?

Mme Florence Parly, ministre. – Les enquêtes épidémiologiques situent l'apparition de ce premier cas entre le 14 janvier et le 1^{er} février, en France.

M. Olivier Paccaud. – À la page 16 du rapport épidémiologique, il est écrit : « Les informations sur lesquelles est fondé ce rapport ne sont pas complètes à ce jour et doivent être considérées comme préliminaires, tout comme ses conclusions. » Ce document, qui ne mentionne pas ces marins, fait lui-même état de ses lacunes, les six épidémiologistes n'ayant eu le temps que d'effectuer un travail en aval, jamais en amont. Ils n'ont donc pas su que des militaires ayant transité par la base aérienne de Creil étaient allés à Crépy-en-Valois. On peut dès lors suspecter beaucoup de choses...

Je ne veux en aucun cas stigmatiser l'armée, mais il est choquant de balayer d'un revers de main le souhait des habitants de l'Oise. Ils veulent la vérité. Le mot « curiosité » que vous avez employé me choque, et vous ne m'avez pas du tout convaincu, madame la ministre.

M. Damien Regnard. – Qu'en a-t-il été du déploiement de nos forces sur bâtiments de surface ? Y a-t-il eu des tests systématiques ?

Mme Florence Parly, ministre. – Au fur et à mesure de l'évolution des recommandations ou des instructions sanitaires, nous avons adapté notre dispositif, ce qui était nécessaire dans la perspective de la grande relève de nos militaires projetés à l'extérieur à la fin du printemps, puis du mouvement de va-et-vient, durant l'été, entre les forces françaises de souveraineté déployées dans les différents territoires, bien au-delà des opérations Barkhane et Chammal.

Comme je m'y étais engagée devant la commission des affaires étrangères et de la défense de la Haute Assemblée, nous avons progressivement durci les règles afin que nos

forces ne soient pas un vecteur de contamination à l'extérieur et qu'à l'inverse elles ne ramènent pas le virus sur le territoire national. Qu'il s'agisse des projections à l'extérieur ou des retours sur le territoire national, nous avons mis en place un dispositif de tests systématiques accompagné d'un maintien à domicile durant sept jours, qui fonctionne très bien et nous a permis d'avoir une bonne maîtrise de la circulation virale dans les zones où nos forces sont projetées. Il n'y a ainsi eu aucune difficulté dans le cadre de Barkhane, alors même qu'au printemps le virus circulait au Sahel.

Si le terme « curiosité » a pu être pris dans un mauvais sens, je vous prie immédiatement de m'en excuser, mais je n'y voyais aucune forme de mépris.

Le ministère des armées, qui a scrupuleusement appliqué toutes les directives du ministère des solidarités et de la santé, n'est pas un État dans l'État, et nos directives ont évolué au même rythme.

Mme Maryline Gygax Généro. – L'enquête épidémiologique dans l'Oise avait deux objectifs : en aval, rechercher toutes les personnes contaminées ; en amont, rechercher la chaîne de contamination et le patient zéro. Nous sommes passés le 29 janvier au stade 2 de l'épidémie et il s'agissait de freiner la propagation. Cette accélération a freiné la finalisation de l'enquête et l'exploitation de ses résultats, raison pour laquelle il est indiqué dans le document qu'il reste encore des éléments à éclaircir.

M. René-Paul Savary, président. – Pour rassurer les habitants de ce territoire, il serait bon de poursuivre cette étude intermédiaire dans l'attente d'un rapport final.

Mme Florence Parly, ministre. – De telles enquêtes, auxquelles nous collaborons, sont lancées sur l'initiative du ministère de la santé.

M. René-Paul Savary, président. – Nous interrogerons à cet égard M. Olivier Véran jeudi prochain.

Mme Victoire Jasmin. – Lors de la première vague, le porte-hélicoptères Le Dixmude était prépositionné dans la zone Antilles-Guyane. A-t-on des éléments pour évaluer les actions menées ?

En Guadeloupe, la situation s'aggrave et les personnels du CHU sont épuisés. Le préfet nous a dit qu'il attendait des personnels militaires. Est-il prévu de mettre en place un EMR, autrement dit un hôpital de campagne, comme ce fut le cas à Mulhouse, ce qui serait un ajout utile aux rotations régulières des professionnels de la réserve sanitaire ? La directrice de l'ARS a annoncé qu'il était envisagé de procéder à des évacuations sanitaires vers la métropole ; cela pourrait être évité si le territoire pouvait bénéficier des moyens nécessaires pour répondre aux difficultés du moment.

Mme Laurence Cohen. – L'apport du SSA a été important, notamment à Mulhouse avec la construction de l'hôpital de campagne. Plus globalement, la coopération civilo-militaire a permis la constitution de la filière d'aval de la réanimation, ce qu'ont salué les acteurs de terrain de l'est de la France. Mais vous avez insisté sur le fait, madame la ministre, que le SSA était d'abord dévolu aux armées et que seuls 30 lits avaient pu être déployés. Les capacités militaires étant limitées, faut-il investir pour développer les hôpitaux de campagne afin de réagir aux futures crises sanitaires ? Si cette piste ne peut être envisagée,

alors l'hôpital public doit disposer des capacités d'accueil et d'intervention indispensables pour y faire face.

Les deux tiers de l'équipage du porte-avions Charles de Gaulle, soit plus de 1 000 marins, ont été contaminés par la covid-19. Quand les résultats des deux enquêtes menées simultanément, l'une sanitaire, l'autre de commandement, seront-ils rendus publics ? Quels ont été les éventuels ratés dans la chaîne de commandement ?

Mme Angèle Prévile. – Quel pourrait être l'apport logistique de l'armée dans le cadre des futures pandémies ?

Mme Jocelyne Guidez. – Des anciens des forces spéciales – troupes d'élite, services spéciaux, groupe d'intervention de la gendarmerie nationale (GIGN) – ont repris du service lors de la crise de la covid-19 et ont apporté un important renfort sanitaire *via* l'association Groupe Assistance Commando (GAC). En avez-vous eu connaissance ? Les médecins militaires pourraient-ils faire bénéficier les médecins civils de leurs compétences dans ce type de situation d'urgence ? Faut-il mettre en place des exercices spécifiques sur les bases militaires en vue de mieux réagir lors d'une nouvelle pandémie ?

M. René-Paul Savary, président. – La DGA aurait commandé des stocks d'hydroxychloroquine en début d'année. Qu'en est-il exactement ?

Mme Florence Parly, ministre. – Le porte-hélicoptères Le Dixmude a eu pour vocation principale, d'une part, d'acheminer en zone Caraïbes des hélicoptères de la sécurité civile et des forces armées afin, d'une part, de faciliter les évacuations de Guyane vers les Antilles ainsi que l'accès facile à certaines îles pour rapatriement régional, et, d'autre part, d'apporter du matériel et de procéder à des opérations logistiques. Nous vous fournirons à cet égard des informations écrites.

En Guadeloupe, une petite équipe s'est rendue sur place en fin de semaine dernière pour évaluer les besoins, lesquels ont été identifiés en lien avec le centre hospitalier : il s'agit de besoins en personnels soignants. Des lits sont libres, mais on ne peut y accueillir de malades, faute de médecins. Il faut donc renforcer l'effectif de l'hôpital à hauteur d'une bonne trentaine de professionnels. Je proposerai demain matin, lors du conseil de défense, la projection de personnels prélevés sur le SSA et j'en discuterai à cette occasion avec le ministre des solidarités et de la santé.

La proposition de l'ARS de procéder à des évacuations sanitaires vers la métropole ne me paraît donc pas répondre à la situation à ce stade, puisque nous serons rapidement en mesure d'armer 8 lits de réanimation pour accueillir des patients atteints de la covid.

On m'interroge sur l'installation d'hôpitaux de campagne dans la perspective d'une autre vague épidémique. Je tiens à dire à cet égard que le ministère des armées n'a pas traité seul la crise que nous avons traversée ; ce n'est absolument pas le cas ! La SNCF a ainsi apporté un concours considérable pour amplifier les évacuations sanitaires. Il faut tirer les enseignements de la complémentarité mise en place entre notre ministère et l'ensemble des services publics de la Nation.

On a pu observer la plasticité et la réactivité du système hospitalier dans son ensemble, qui a su multiplier par trois la capacité initiale de lits de réanimation. Je ne suis pas

convaincue que le ministère des armées pourra dans le futur changer d'échelle de réponse, mais il sera au rendez-vous en cas de besoin. Nous devons apprendre collectivement de cette première vague et prendre appui sur les points forts de notre système de santé.

M. René-Paul Savary, président. – Serait-il possible ou non d'installer deux ou trois EMR ?

Mme Florence Parly, ministre. – La difficulté principale est de trouver non pas des tentes, des lits ou des respirateurs mais des personnels formés. Pour armer un hôpital de 30 lits de réanimation, il a fallu mobiliser 235 personnes. Où trouver les compétences requises dans un environnement très contraint ? Je ne parle pas simplement des médecins ou des soignants militaires, mais des soignants en général. Le facteur limitant est celui des ressources humaines qualifiées.

Madame Guidez, Mme la médecin général vous répondra sur le GAC et sur les échanges entre médecine militaire et médecine civile.

Pour ce qui concerne la contamination sur le porte-avions Charles de Gaulle, nous avons mis en ligne le 8 mai 2020 l'enquête épidémiologique et la conclusion de l'enquête de commandement.

Mme Maryline Gyax Généro. – Je ne connais pas l'association GAC citée par Mme Guidez.

Pour apporter une aide aux médecins civils en ambiance épidémique, nous travaillons au quotidien avec la direction générale de la santé sur les plans scientifique et organisationnel pour préparer les crises et tirer les leçons de toute crise. Par exemple, lors des attentats de 2015 à Paris, les équipes civiles et militaires ainsi que celles du ministère de l'intérieur ont collaboré et publié un document conjoint sur la prise en charge des blessés victimes d'actes de guerre. Sur le plan médical, des exercices interministériels seront utiles.

Mme Angèle Prévile. – Vous n'avez pas répondu à ma question sur le rôle de l'armée en termes de logistique et de surveillance...

Mme Florence Parly, ministre. – Les armées ont l'habitude de faire face à toutes sortes de crises, y compris des catastrophes naturelles comme l'ouragan Irma il y a deux ans, et de mobiliser dans un temps très contraint des moyens adaptés pour répondre à une situation donnée. Ainsi, nous avons mis en place un pont aérien dans les heures qui ont suivi l'explosion du port de Beyrouth puis projeté un porte-hélicoptères amphibie pour seconder les forces armées libanaises lors des travaux herculéens de déblaiement.

L'expérience a montré que les moyens des armées leur permettaient de répondre à un grand nombre de cas. L'actuelle pandémie représente cependant une situation très singulière et nous avons beaucoup appris de cette nouvelle forme de crise. La raison d'être de nos armées est de porter secours à nos concitoyens, quelle que soit l'origine de leurs difficultés.

Pour ce qui concerne la commande d'hydroxychloroquine par la pharmacie centrale des armées, celle-ci a été passée le 25 mars, jour de la publication par le ministère de la santé d'un décret autorisant l'utilisation de ce produit en milieu hospitalier pour les patients atteints par la covid. Dans ce contexte, la pharmacie centrale a procédé à un achat. Il n'y a rien de plus à en dire.

M. René-Paul Savary, président. – Nous vous remercions d’avoir apporté ces précisions et répondu à l’ensemble des intervenants.

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 16 h 45.

Mercredi 23 septembre 2020

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

La réunion est ouverte à 9 h 30.

Table-ronde sur la communication de crise : Mme Sibeth Ndiaye, ancienne porte-parole du gouvernement, et M. Yves Sciama, président de l’Association des journalistes scientifiques de la presse d’information (AJSPI)

M. René-Paul Savary, président. – Nous consacrons cette audition à la communication, élément déterminant en période de crise. Je vous prie d’excuser le président Milon, retenu dans son département.

Nous allons entendre Mme Sibeth Ndiaye, ancienne porte-parole du gouvernement, ainsi que M. Yves Sciama, président de l’Association des journalistes scientifiques de la presse d’information (AJSPI). Le bureau avait souhaité convier à cette audition la Direction de l’information de Santé publique France afin de mieux comprendre comment se déroulait le continuum entre l’épidémiologie, l’analyse scientifique et la production des messages à destination du grand public. Il s’est avéré que personne n’était véritablement chargé de ces questions au sein de Santé publique France, au démarrage de la crise notamment. L’agence nous a cependant indiqué que l’ensemble des messages était discuté avec le Service d’information du Gouvernement (SIG). Vous aurez l’occasion, madame la ministre, de nous préciser la situation.

Nous ne sommes pas ici pour faire un florilège de déclarations qui, dans le contexte actuel, pourraient apparaître incongrues. Nous sommes ici pour comprendre le processus de production de ces déclarations, en fonction de l’évolution de la maladie. Madame Ndiaye, nous attendons de vous non pas que vous mesuriez l’impact ou l’adéquation de la situation, tâche qui reviendra à M. Sciama, mais plutôt que vous nous éclairiez sur la stratégie du gouvernement d’alors.

S’agissant d’un virus inconnu, la connaissance n’a pu être qu’évolutive et le discours officiel a dû s’adapter. Nous avons parfois eu le sentiment que le gouvernement envoyait des signaux contradictoires ou flottants, mais aussi qu’il s’adaptait aux capacités disponibles, notamment en ce qui concerne les équipements de protection. Madame la ministre, il faudra répondre à ces questions.

La communication gouvernementale intervenait dans un climat général de grand désordre du fait notamment des désaccords publics entre les scientifiques et du foisonnement des expressions des uns et des autres sur les plateaux de télévision.

Conformément à la procédure des commissions d'enquête, je vous rappelle que tout témoignage mensonger est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 75 000 euros et d'une peine de prison pouvant aller jusqu'à cinq ans.

Conformément à la procédure applicable aux commissions d'enquête, Mme Sibeth NDiaye et M. Yves Sciama prêtent serment.

Mme Sibeth Ndiaye, ancienne porte-parole du gouvernement. – Je vous remercie de l'opportunité que vous me donnez de venir éclairer la représentation nationale sur la communication mise en œuvre par le gouvernement à l'occasion de la terrible crise sanitaire que nous avons vécue et que, malheureusement, force est de le constater, nous continuons à vivre.

Ayant quitté le gouvernement le 3 juillet dernier, je ne serai évidemment en capacité de m'exprimer que sur la période où j'ai été en fonctions quant à l'organisation de la communication institutionnelle et politique du gouvernement.

Cette crise a été inédite tant par sa violence que par son ampleur et sa durée. Elle marquera durablement notre pays. En tant que citoyenne profondément attachée au service public et au fonctionnement de l'État, j'espère qu'elle permettra d'améliorer nos capacités de gestion de situations de crise complexes.

Quel est le rôle exact du porte-parole du gouvernement, fonction que j'ai occupée pendant ces premiers mois de crise ? Conformément à un décret d'attribution qui a peu évolué depuis la création du poste à la fin des années 1960, le porte-parole du gouvernement est chargé de deux missions principales. Il doit, chaque semaine, rendre compte des travaux du conseil des ministres, et plus généralement exercer une mission d'information sur les activités du gouvernement. Dans ce cadre, nous participons en tant que de besoin aux réunions d'arbitrage interministérielles, et nous recevons de la part de nos collègues ministres toutes les informations susceptibles de contribuer à l'exercice de notre mission d'information. C'est ainsi que nous portons la voix du gouvernement sur l'ensemble de ses domaines d'action et des sujets d'actualité, en appui de nos collègues ministres.

À l'occasion de la crise du coronavirus, j'ai participé à la quasi-totalité des conseils de défense à vocation sanitaire et à de nombreuses réunions animées par le Premier ministre ou le Président de la République, avec les élus locaux, les parlementaires, les organisations syndicales et patronales ainsi que les fédérations professionnelles. Grâce à ces réunions et aux informations fournies par mes collègues ministres chargés de la gestion opérationnelle de la crise, j'ai pu contribuer à expliciter l'action et la stratégie du gouvernement, ses adaptations au fur et à mesure de l'évolution des connaissances sur le virus, dans le but d'éclairer le mieux possible nos concitoyens.

J'ai pu disposer du Service d'information du Gouvernement, dont je salue le professionnalisme, la réactivité et la disponibilité. J'ai bénéficié de moyens techniques et logistiques, par exemple pour l'enregistrement de vidéos à caractère pédagogique à destination des réseaux sociaux. J'ai également pu disposer de l'analyse de l'état de l'opinion, ce qui nous a permis d'adapter notre stratégie de communication. Les analyses relatives aux réseaux sociaux ont été particulièrement utiles en ce qui concerne les *fake news* : nous aurons certainement l'occasion d'y revenir au cours de nos échanges.

Compte tenu de mon expérience professionnelle antérieure comme conseillère en communication, j'ai eu l'occasion de donner des avis et des conseils au cabinet du Premier ministre sur la stratégie de communication institutionnelle préconisée par le SIG.

Depuis la fin des années 1960, le rôle du porte-parole du gouvernement a peu évolué. En revanche, le contexte dans lequel s'exercent ses missions a radicalement changé. L'environnement médiatique s'est considérablement enrichi, en particulier avec la création des chaînes d'information continue. Dans le même temps, l'exigence de transparence et d'horizontalité de nos concitoyens à l'égard de la prise de décision publique s'est largement accrue. L'émergence des réseaux sociaux comme Twitter ou Facebook a aussi largement bouleversé la donne. Désormais, chacun peut être vecteur d'information sans avoir à répondre aux impératifs déontologiques de la profession de journaliste. Chacun peut donner son avis et tous les avis se valent. Chacun donne à chaque instant son opinion, et chacun entend disposer d'une information instantanée et d'un commentaire de cette information qui soit immédiat.

À titre personnel, je retiens de cette période l'extraordinaire mobilisation de nos compatriotes, des services publics qui ont tenu debout dans des conditions difficiles. Je retiens aussi la capacité d'adaptation que notre pays a su mettre en œuvre face à une crise protéiforme.

M. Yves Sciama, président de l'Association des journalistes scientifiques de la presse d'information (AJSPI). – Nous ne sommes pas des scientifiques qui feraient du journalisme, de temps en temps, mais des journalistes professionnels qui couvrent la science. Notre association compte près de 300 membres qui travaillent aussi bien pour des médias spécifiquement scientifiques que pour des quotidiens, des radios ou des télévisions. Cette crise sanitaire a été un séisme pour notre profession, car nous faisons tous le constat d'un fiasco en matière d'information et de communication.

Que ce soit dans le courrier de nos lecteurs, sur les réseaux sociaux ou dans notre vie quotidienne, la défiance se généralise, notamment à l'égard des médias, de la science et de ses institutions, pour ne rien dire du politique. Nous voyons se propager, y compris dans des milieux sociaux éduqués, un flux ininterrompu de fausses informations, dont beaucoup sont même rocambolesques. Nous voyons apparaître de prétendus experts et notamment des médecins qui défendent avec aplomb des points de vue à mille lieues de ce que dit la science, et qui trouvent facilement des auditoires importants. Et enfin, nous percevons un grand désarroi parmi nos concitoyens les plus raisonnables devant l'état chaotique et souvent violent de l'information qu'ils reçoivent sur la pandémie.

Ce désastre nous interpelle d'autant plus qu'il y a une réelle soif de connaissances, d'informations et de science dans le public. Cette pandémie, en faisant surgir un ennemi commun, microbien de surcroît, aurait pu permettre à notre pays de faire bloc et de se convaincre de la valeur d'au moins une partie de ses élites ; c'est l'inverse qui s'est produit.

Comme toute crise de communication sanitaire, celle que nous vivons résulte des actions de trois parties – le monde médical, le monde politique et les médias –, qui ont toutes leur part de responsabilité. Du point de vue médical, le principal problème a été l'irruption du professeur Raoult qui, dès le début de la pandémie, a promu agressivement, sur la base de ses seules convictions, un traitement initialement non prouvé. Il a continué à le faire alors même que les preuves de son inefficacité avaient été fournies.

Ce problème aurait sans doute pu se limiter à l'apparition d'un pseudo-traitement miracle si les autorités scientifiques et médicales étaient intervenues fermement dès le début pour arrêter cette fuite en avant. Mais l'institution médicale, en particulier l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'ordre des médecins, l'Académie nationale de médecine et la Haute Autorité de santé (HAS) sont restées silencieuses, ouvrant ainsi la boîte de Pandore. Un nombre croissant de médecins, souvent issus des sommets de l'institution, se sont sentis autorisés à prendre la parole et à donner des avis sur la base de leur seule conviction. Cette attitude s'est ensuite propagée au point qu'il est devenu admissible dans la profession médicale de dénigrer les responsables de santé publique et les mesures qu'ils préconisent, ce qui a rendu inaudibles de nombreux excellents médecins qui s'exprimaient sur la base des études existantes. Cette situation perdure.

Le dysfonctionnement de l'institution médicale a été aggravé par l'attitude du monde politique. La désastreuse affaire du mensonge sur les masques a durablement discrédité la parole gouvernementale. Alors même que les recommandations du ministère de la santé étaient devenues conformes à l'état du savoir, l'ensemble de l'échiquier politique a continué de soutenir le professeur Raoult, jusqu'au Président de la République qui est allé lui rendre visite.

Ces soutiens ont crédibilisé le dénigrement de l'institution médicale et renforcé l'idée que toutes les opinions sont légitimes en santé publique et que tout le monde est compétent pour en parler. Les réseaux sociaux n'ont fait qu'aggraver la tendance et les médias ont aussi eu leur part de responsabilité.

Un journaliste de moins de trente ans, sans expérience des questions médicales, débordé et multitâche, travaillant de surcroît sur un média formaté par la recherche de l'audience à tout prix ne peut que faire les frais d'une telle confusion, échouant à identifier les bons messages et les bons interlocuteurs.

Dans l'ensemble, les journalistes scientifiques de ce pays ont remarquablement couvert la maladie. Relisez les pages « Sciences » du *Monde* et du *Figaro*, les magazines scientifiques, écoutez les émissions telles que *La méthode scientifique*, vous y trouverez très peu d'erreurs, même au moment où les incertitudes étaient les plus grandes.

En revanche, les médias qui ne disposaient pas de journalistes spécialisés, et particulièrement les télévisions d'information continue, n'ont pas su résister à la tentation de faire de l'audience à tout prix, et ils continuent de véhiculer des messages scientifiques erronés, voire absurdes, entretenant ainsi la défiance à l'égard de l'institution médicale. C'est une faute éthique.

Je note également que certains médias disposant de services scientifiques compétents ont néanmoins massivement promu dans leurs pages « Opinions » des points de vue scientifiques infondés.

L'actuel projet de loi de programmation de la recherche prévoit la mise en place d'une maison de la science et des médias, dont l'objectif serait d'améliorer le traitement médiatique de la science, en fournissant aux médias des contenus scientifiques tout préparés, sur le modèle du *Science Media Center* britannique. Une telle institution risque d'être perçue comme une tentative de promouvoir une science officielle, ce qui aggraverait encore la défiance à l'égard des médias, mais aussi de la production scientifique. La crise actuelle appelle un réarmement scientifique des médias, qui doivent enfin investir ce champ essentiel

qu'est la science. Pour cela, il faut recruter des journalistes spécialisés et leur donner davantage de poids face aux services politique et économique. On améliorerait ainsi l'information sur les grands enjeux de notre époque – le climat, l'énergie, l'agriculture –, des sujets qui ont tous une forte composante scientifique.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Madame Ndiaye, le 11 mars 2020, lors d'une interview menée par Guillaume Durand, vous déclariez à propos de la fermeture des frontières : « Regardez l'Italie, premier pays à avoir fermé ses frontières en interdisant les vols en direction et en provenance de la Chine : le résultat, c'est que l'épidémie y est plus avancée qu'en France. On voit bien qu'un virus fait fi des frontières. » Êtes-vous certaine qu'il était opportun de critiquer ainsi la décision de l'Italie ?

Monsieur Sciama, vous avez dit que les autorités scientifiques étaient restées silencieuses. Croyez-vous que si l'une ou l'autre s'était exprimée plus fermement, cela aurait suffi à juguler les positions de certains scientifiques ou médias ?

Mme Sibeth Ndiaye. – Il me semble que vous faites plutôt référence à une interview avec Guillaume Daret sur France 2.

(Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure, le conteste.)

Il m'est arrivé à deux reprises d'avoir à répondre publiquement à des questions comparant la situation française à celle d'autres pays européens, et à commenter les décisions prises. Le premier sujet concernait la fermeture des frontières qu'un certain nombre de responsables politiques réclamait en France, considérant que c'était un bon moyen de nous isoler et d'empêcher l'introduction du virus sur le sol national. L'autre sujet concernait la prise de température dans les aéroports, autre moyen de bloquer le virus. C'est dans le cadre d'un questionnement sur la stratégie française que j'ai été conduite à commenter ce qui se passait à l'étranger.

La fermeture des frontières faisait débat, à l'époque, la France n'ayant pas initialement choisi cette voie. Il faut se rappeler à quel état de la connaissance scientifique sur le virus nous en étions au tout début de la crise. Les premiers cas ont été rapportés à la fin de l'année 2019. Il a fallu attendre quasiment la fin du mois de janvier 2020 – la troisième semaine – pour avoir l'assurance d'une transmission inter-humaine, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) l'attestant précisément le 20 janvier. Et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), organisme européen d'alerte sur les crises sanitaires, n'a pas tout de suite pointé le risque d'une introduction du virus sur le sol européen. D'où la décision de ne pas fermer les frontières en France. Mon propos ne faisait que dire que les pays qui avaient fait un autre choix n'étaient pas parvenus à empêcher l'introduction du virus sur leur sol.

L'une des difficultés à laquelle nous nous heurtions était dans la facilité à se déplacer à travers le monde : des gens pouvaient partir de Wuhan, faire escale à Singapour, se retrouver en Grande-Bretagne et arriver ensuite en France, dans un temps relativement court. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé aux Contamines-Montjoie, premier *cluster* en France provoqué par un Britannique qui revenait d'un congrès à Singapour.

Mon intention n'était en aucun cas de minorer l'action et le combat difficile que menaient nos amis italiens, mais d'établir le fait que la stratégie italienne n'avait pas empêché l'introduction du virus sur son sol.

M. Yves Sciama. – Je ne suis pas assez naïf pour croire qu'on peut arrêter la désinformation en période épidémique en tancant les personnes qui la véhiculent. Cependant, si les autorités médicales s'étaient exprimées plus fermement à mesure que les connaissances avançaient, cela aurait ralenti la tendance.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Quelles autorités auraient dû s'exprimer selon vous ?

M. Yves Sciama. – J'ai cité l'ANSM, l'ordre des médecins et la HAS.

M. René-Paul Savary, président. – Nul ne détient la vérité dans le domaine scientifique, d'autant qu'il s'agit d'un virus que l'on ne connaît pas.

M. Yves Sciama. – Les connaissances se sont éclaircies sur les effets des traitements qui ont été proposés.

(M. René-Paul Savary, président, tempère.)

Les autorités médicales auraient dû prendre des positions plus fermes sur la base des études existantes. Elles auraient dû se concerter pour parler d'une seule voix. Le public aurait ainsi disposé d'un point de vue scientifique visible et identifiable plutôt que de se retrouver face à des points de vue dont on finissait par considérer qu'ils étaient tous également recevables, alors que ce n'était pas le cas.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Comme l'a dit le président, l'intérêt de cette audition n'est pas de revenir sur les déclarations qui se sont révélées fausses. Des bêtises ont été dites qui étaient liées à l'état de la connaissance ; d'autres en revanche relèvent d'une logique de communication politique sur laquelle il faut s'interroger.

Monsieur Sciama, la communication n'est que le reflet du non-dit, dans l'action que l'on mène. Vous avez souligné un point essentiel : le virus aurait dû nous permettre de faire bloc, et c'est l'inverse qui s'est produit. Une épidémie fonctionne comme une interaction entre un microbe et une société, et l'enjeu est dans la façon dont la société va se regrouper et se protéger collectivement. Le succès ou l'échec de la lutte contre l'épidémie dépendra des mécanismes que la société choisira de mettre en œuvre.

À cet égard, je ne peux que m'interroger sur la communication des autorités gouvernementales au début de l'épidémie. J'ai été très marqué par la journée du 29 février. Le conseil des ministres était alors convoqué pour parler de la lutte contre l'épidémie, mobiliser notre pays, et encourager la société à faire bloc. Au lieu de cela, à la surprise générale, le Premier ministre décide d'engager la responsabilité du gouvernement sur le sujet le plus clivant du moment : la réforme des retraites. Cette conjonction était extrêmement malheureuse, car, plutôt que de se mettre en marche et nous rassembler pour lutter contre le virus, le gouvernement a choisi d'envoyer un message de fracture politique. Comment construire un édifice qui tienne debout sur des fondations aussi mal creusées ? N'y a-t-il pas eu là une erreur incompréhensible pour l'opinion publique qui a rendu impossible la création d'un lien de confiance entre les autorités et nos concitoyens ?

Madame la ministre, il y a selon vous une demande de « transparence et d'horizontalité ». Mais on ne gère pas une guerre dans la transparence et l'horizontalité. Comment comprendre que nos principaux responsables politiques soient entrés dans cette

épidémie avec des messages aussi discordants ? Était-ce délibéré ? Y avait-il un défaut de préparation, ou de culture en santé publique ?

Mme Sibeth Ndiaye. – L'épidémie commence – avant même qu'on ne parle d'épidémie – lorsque la Chine signale des cas de pneumopathie atypique, le 31 décembre 2019. On s'interroge alors : de quoi il s'agit exactement ? Dès le 10 janvier, le ministère de la santé envoie des messages d'alerte aux agences régionales de santé (ARS) sur l'existence de cette pneumopathie. On ne sait pas à l'époque s'il y a transmission interhumaine. Dix jours plus tard, alors que l'OMS a confirmé la veille la transmission humaine, la ministre de la santé donne une première conférence de presse pour évoquer ce nouveau virus qui vient de Wuhan. Elle en fait donc ainsi un sujet de discussion politique. L'exécutif n'a donc fait preuve d'aucune légèreté, mais a lancé l'alerte avant même que l'OMS ne parle d'urgence de santé publique internationale ou même de pandémie. Quelques jours après cette conférence de presse, nous avons constaté un premier cas en France, qui était un cas importé.

Le 26 janvier, une réunion interministérielle s'est tenue sur l'initiative du Premier ministre où étaient présents la ministre des armées, le ministre de l'intérieur, la ministre de la santé, et le porte-parole du gouvernement, ainsi que le directeur de cabinet du ministre des affaires étrangères. Le sujet central concernait le rapatriement éventuel de nos compatriotes qui se faisait alors sur la base du volontariat. Aucune donnée ne nous permettait alors d'envisager la nature de la crise qui se profilait.

Un mois plus tard, les interviews que je donnais étaient encore majoritairement consacrées au sujet de la réforme des retraites. La première question sur la crise m'a été posée dans une interview du 28 janvier, sous l'angle du rapatriement. Le sujet est ensuite monté en puissance dans les médias au cours du mois de janvier. L'actualité principale restait la réforme des retraites.

Lors du conseil des ministres que vous mentionnez, nous avons passé la majorité du temps à informer l'ensemble des membres du gouvernement sur la situation de ce début d'épidémie, sur les dispositions qui devaient être prises, et nous avons consacré un peu de temps, effectivement, mais moins important, à l'article 49-3. Il faut tenir compte de cette perception de la situation en contexte.

Je ne crois pas du tout qu'il ne puisse pas y avoir de transparence et d'horizontalité en temps de guerre. La maturation de la démocratie fait que désormais les citoyens n'ont plus le petit doigt sur la couture du pantalon pour obéir à des injonctions politiques. Il faut de la pédagogie et de la compréhension, et c'est grâce à la transparence que l'on crée l'adhésion. Cette transparence s'impose à nous quand bien même nous ne l'aurions pas, dans la mesure où des experts médicaux vont sur les plateaux de télévision, et où énormément de personnes prennent la parole sur les réseaux sociaux, chacun étant au fond son propre média. Nous ne pouvons pas l'ignorer et l'exécutif a le devoir de répondre à cette exigence de transparence. Pour autant, le conseil de défense sanitaire est couvert par le secret-défense. Même si tout n'est pas rendu public, le maximum doit l'être.

Nous sommes rentrés dans l'épidémie de manière concentrée, en sachant que nous marchions dans des sables mouvants. Quand nous interrogeons les sachants, ils hésitent, ils ne savent pas complètement, car nous n'avions jamais été confrontés au virus.

Enfin, je crois que nous avons souffert, au cours de cette crise, d'un défaut d'acculturation scientifique de la population française. Quand nous expliquions qu'il fallait

des semaines pour expérimenter la validité d'un traitement, les gens ne comprenaient pas, s'étonnant que ce ne soit pas oui ou non, blanc ou noir : « Comment, vous, qui êtes censés être l'élite politique et médicale, vous êtes incapable de nous dire si c'est maintenant ! Et vous nous expliquez que les hypothèses doivent être testées, qu'il faut que plusieurs bras expérimentaux sur les médicaments convergent pour donner la même réponse, et que c'est seulement à partir de là que vous pourrez donner une réponse définitive ! ».

Les difficultés que nous avons eues à expliquer cela tiennent sans doute au rapport que notre société a au temps : on veut d'un claquement de doigts toutes les réponses à toutes les questions qu'on se pose. Si un décideur politique argue qu'il faut prendre du temps et réfléchir, on l'accuse d'atermoiement. Rappelez-vous au moment du déconfinement ceux qui voulaient ouvrir tout de suite les parcs et jardins, alors qu'il restait des incertitudes sur les risques.

En aucun cas, le gouvernement n'a manqué de célérité, de concentration ou d'attention au moment d'entrer dans cette pandémie.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – On est en guerre, il faut de la transparence et de l'horizontalité : même le meilleur communicant aurait du mal à résoudre cette équation. Ces notions sont difficilement compatibles, d'autant que le conseil de défense siège en secret. L'opinion publique n'y comprend plus rien. D'un point de vue politique, cette oscillation de choix et de valeurs témoigne d'une impréparation collective.

Par ailleurs, l'ouverture ou la fermeture des parcs et jardins publics relève-t-elle bien du chef de l'État ? Tout le travail que nous menons depuis des mois démontre que, si la stratégie nationale est fondamentale, c'est au niveau des territoires qu'elle s'applique intelligemment.

M. Yves Sciama. – Nous avons tous ressenti la difficulté qu'il pouvait y avoir à agir et à s'exprimer en contexte d'incertitude. Comme journalistes, nous devions écrire des articles. Savoir que si les informations que nous y donnions étaient démenties, on pouvait nous le reprocher, rendait l'exercice difficile, mais pas impossible.

Peut-être sommes-nous habitués à une culture de la communication un peu autoritaire, qui ne laisse pas place à l'incertitude, en particulier du côté des autorités et des sachants ? Mais les gens peuvent comprendre l'incertitude. Ils peuvent comprendre la nécessité d'attendre les résultats de telle ou telle étude pour pouvoir trancher. Ils peuvent aussi comprendre que, dans l'intervalle, on doit quand même prendre des décisions. La communication gouvernementale a parfois été verticale, voire punitive, alors que le public aurait été parfaitement à même de comprendre les difficultés de la situation. L'institution médicale est également tombée dans ce travers d'une expression autoritaire. Le résultat est regrettable.

Mme Sibeth Ndiaye. – Je ne crois pas que notre communication ait été autoritaire. Pour preuve, je ponctuais chacune de mes interventions par les termes « à ce stade », « compte tenu de nos informations » et « jusqu'à nouvel ordre ». Force est de constater que nos concitoyens n'ont pas entendu. Certaines de mes déclarations valaient un jour, mais pas forcément l'autre ; mais on ne s'est pas souvenu de mes précautions de langage. La difficulté est presque cognitive. Quand tout le monde a peur, chacun a besoin d'assurance, s'accrochant au moindre bout de phrase en ce sens. Et si cette phrase est relayée sur Twitter, la complexité du contexte où elle s'inscrit est complètement gommée.

L'articulation entre le local et le national est particulièrement difficile dès lors qu'il s'agit d'élaborer une stratégie nationale en intégrant les préconisations des sachants. Pour éviter les rassemblements à l'extérieur, comme on nous l'avait recommandé à un certain moment, il fallait fermer les parcs et les jardins. La question se pose inévitablement de savoir ce qui se décidait au niveau régional et au niveau local. Mais une décision nationale n'empêche pas des adaptations en fonction des territoires, par exemple en ouvrant les grandes plages de Bretagne dont les conditions de fréquentation n'ont bien sûr rien à voir avec celles du square Montholon, à Paris.

M. René-Paul Savary, président. – J'ai été surpris par vos propos : vous parlez de transparence, de pédagogie et de compréhension. Mais vous n'avez pas employé ce mot qui serait pourtant simple et compris par tout le monde : « dire la vérité ». Vous préférez parler de « défaut d'acculturation scientifique » de la population. N'est-ce pas là la marque de la défiance des autorités par rapport à la population ?

Monsieur Sciama, vous avez parlé de verticalité et de communication punitive. Pouvez-vous nous donner quelques exemples précis ?

Mme Sibeth Ndiaye. – En temps de crise, il est effectivement primordial de dire la vérité sur ce que l'on sait et ce que l'on ne sait pas. C'est ce à quoi l'exécutif s'est collectivement attaché.

M. René-Paul Savary, président. – En êtes-vous sûre, notamment par rapport aux masques ?

Mme Sibeth Ndiaye. – Absolument. Nous avons dit ce que nous savions sur les masques. Nous avons établi une doctrine d'emploi, que nous avons rendue transparente. La priorité était donnée au personnel soignant dans les hôpitaux. Le ministre de la santé que vous auditionnez demain aura l'occasion d'y revenir. À aucun moment on ne m'a demandé de mentir au sujet des masques, et je ne l'ai fait à aucun moment. Le 30 mars, l'OMS estimait que l'utilité du port du masque en population générale n'était pas prouvée. L'Académie de médecine n'a préconisé le masque en population générale qu'à compter du 3 avril, et je puis vous assurer qu'elle ne communiquait pas en fonction des *desiderata* du gouvernement.

M. René-Paul Savary, président. – Et comment expliquer le manque de confiance des Français ?

Mme Sibeth Ndiaye. – La défiance des Français envers le politique ne date pas de cette crise et mine nos démocraties occidentales depuis longtemps. D'où l'émergence de mouvements populistes qui portent au pouvoir des dirigeants très autoritaires. Nous avons effectivement pâti pendant cette crise d'un manque de confiance envers les autorités au sens large, qu'elles soient politiques, médicales, voire médiatiques.

L'utilisation du terme d'« acculturation » n'a rien de méprisant pour nos concitoyens. Il s'agissait simplement de décrire certaines réactions auxquelles j'ai pu me heurter sur les plateaux de télévision ou bien au cours de mes déplacements. On me lançait : « Pourquoi vous ne savez pas tout de suite ? À quoi vous servez si vous ne savez pas tout de suite ? » Expliquer que des bras d'expérimentation étaient en cours dans le laboratoire du professeur Raoult, mais qu'il fallait les confronter avec d'autres expérimentations qui laissaient entrevoir des résultats différents à des stades précoces, avancés, ou préventifs de la maladie, n'avait rien d'évident, car, en l'absence de résultats, je ne pouvais rien dire. On nous

accusait de nous opposer au professeur Raoult au prétexte qu'il était marseillais, ou bien encore d'attiser la guerre du peuple contre les élites. Il fallait gérer un maelström où se mêlaient lenteur du cheminement scientifique et considérations politiques. La situation était inextricable.

M. Yves Sciama. – Le terme « punitif » était sans doute excessif. Je faisais référence aux interventions du ministre de l'intérieur, qui rappelait les sanctions en cas de non-obéissance aux règles sanitaires. Les sanctions sont normales, mais d'autres voies sont possibles, comme le montre l'exemple allemand. Là-bas, le professeur Drosten, éminent virologue, s'adressait très souvent à la population, en faisant preuve de beaucoup de pédagogie. Je trouve qu'on en a manqué en France, et qu'il aurait fallu plus d'espace pour expliquer et répondre aux questions de nos concitoyens, sans rien cacher des incertitudes de la situation. Nous avons essayé de le faire dans les médias, mais les autorités auraient aussi dû le faire.

Mme Sibeth Ndiaye. – Le directeur général de la santé, Jérôme Salomon, a donné des conférences de presse quotidiennes quasiment sans limitation du nombre de questions qui pouvaient lui être posées. Le Premier ministre et le ministre de la santé ont eux-mêmes donné des conférences de presse dont les niveaux d'audience reflètent l'appétence de nos concitoyens pour la pédagogie. Le Service d'information du Gouvernement a constitué un *hub* sur la page internet *gouvernement.fr*, avec des centaines de questions-réponses sur le coronavirus.

Concernant notre communication, avant de considérer qu'elle ait pu apparaître comme verticale et punitive, il faut rappeler l'incertitude dans laquelle nous nous trouvions au tout début de la crise, tant sur la gravité de la maladie que sur ses modalités de propagation. Et cela a duré jusqu'à la veille des élections municipales, sans prise de conscience collective de la gravité de la situation : on avait alors du mal à imposer le respect des gestes barrières. Le SIG a diffusé des clips expliquant comment on se lave les mains, comment on se tient à distance, etc. Mais il fallait pour ainsi dire « saisir intellectuellement » les individus et déclencher une prise de conscience pour que notre communication soit efficace. D'où les nombreuses références, dans toutes mes interventions, à la responsabilité collective et à la responsabilité individuelle pour freiner la propagation du virus.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Vous avez donc tout bien fait.

Mme Sibeth Ndiaye. – Aucune entreprise humaine n'est parfaite, et il n'est pas question de nous donner un 20 sur 20 : nous ne sommes pas à l'école. Évidemment que certains aspects ont été moins bien réussis que d'autres – je l'ai reconnu.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Au fil de ces auditions, nous n'avons entendu aucune autocritique de la part des membres du gouvernement, ni de vous-même, madame la ministre, d'où la défiance. Certes, les connaissances sur le virus ont évolué, tout comme la situation. Mais jamais le gouvernement ne dit qu'à tel ou tel moment il a pu se tromper.

La semaine dernière, le professeur Delfraissy nous a dit entre les lignes que le conseil scientifique avait donné des avis compatibles avec la situation dans laquelle ils s'inscrivaient, notamment sur les tests ou sur les masques. La déclaration était implicite, mais nous avons tous compris la même chose.

La différence de résultats est très nette entre la France et l'Allemagne sur les tests. La semaine dernière, le professeur Flahault a rappelé que son collègue Raoult avait préconisé les tests dès le mois de janvier, mais qu'on ne l'avait pas écouté, car trop clivant. Le professeur Drosten disait pourtant exactement la même chose en Allemagne, mais de façon plus consensuelle. Il recommandait de tester dès le départ, et il avait raison.

Comment croire que les journalistes aient pu être unanimes dans leur vision de l'information concernant le virus, alors qu'ils ont des formations scientifiques différentes, et alors même que les médecins reconnaissent eux-mêmes s'être trompés à un moment ou à un autre, faute d'avoir suffisamment écouté les virologues et les épidémiologistes ?

Quelles ont été vos sources d'information ? La revue scientifique *The Lancet* a publié une étude bidon à la suite de laquelle le ministre de la santé a interdit un traitement. Comment travaillez-vous vos informations ? Des articles ont été publiés qui indiquaient que l'hydroxychloroquine ne fonctionnait pas, mais, dans le même temps, l'Agence européenne donnait l'autorisation de mise sur le marché du remdésivir, alors qu'il est encore à l'essai dans certains bras d'expérimentation clinique et qu'on a peu de preuves qu'il fonctionnera. Comment les journalistes scientifiques peuvent-ils rendre des verdicts aussi clairs sur les traitements, alors que les médecins sont dans l'incertitude ? Et comment pouvez-vous nous dire que vous avez tout bien fait pendant cette crise et que ce sont les autres qui ont eu tort ?

Quant à vous, madame la ministre, comment expliquez-vous que la communication parfois chaotique du gouvernement soit venue se superposer à celle du conseil scientifique, censé éclairer le politique, mais dont l'on ne suivait que certains des avis et pas d'autres ? N'avez-vous pas ainsi entretenu une confusion totale ? Est-ce que ce n'était pas une erreur que de confier au conseil scientifique une place si importante dans la sphère publique ?

M. Yves Sciama. – Ni moi ni ma profession ne prétendons à l'infailibilité. Courant avril, j'avais écrit dans un article sur l'hydroxychloroquine que si l'on ne pouvait pas être sûr que le traitement ne marchait pas, on pouvait au moins être sûr que c'était au mieux un petit médicament, à l'effet modeste. Il est apparu depuis qu'il n'avait pas d'effet du tout.

Avant d'écrire nos articles, nous interviewons le plus grand nombre de spécialistes possible, en tout cas au moins trois. Cela nous permet de prendre le pouls et d'écrire des textes suffisamment nuancés pour ouvrir des pistes. De manière générale, je ne crois pas que nous ayons écrit des informations scandaleusement fausses, qui aient été démenties par la suite, de ces informations outrageantes comme il y en a eu beaucoup sur les chaînes d'information télévisées, notamment sur les masques et l'hydroxychloroquine. Nous avons surtout essayé de refléter le savoir tel qu'il était au moment où nous écrivions, sans plus de prétention que cela.

Nous nous sommes pour la plupart alignés sur les recommandations de l'OMS en ce qui concerne les tests : il faut « tester, tester, tester », recommandait-elle. Nous savons désormais qu'il faut prioriser la procédure, mais dans le fond, au début de l'épidémie, mieux valait tester que d'aller dans le brouillard.

M. René-Paul Savary, président. – J'ai été médecin généraliste pendant trente ans, et je sais comme tel qu'il n'y a pas de petit médicament : un médicament qui redonne confiance est un grand médicament.

Mme Sibeth Ndiaye. – J’ai fait 90 apparitions médiatiques en six mois au plus fort de la crise. Je n’aurai jamais la prétention de dire que sur ces 90 apparitions je n’ai jamais fait d’erreur. Oui, j’ai eu des phrases maladroitement, alambiquées, avec des exemples mal choisis, par exemple celle qui a lancé une polémique sur les enseignants. J’ai immédiatement reconnu mon erreur, comme doit faire tout responsable politique dans ces circonstances.

Ma mission comme porte-parole du gouvernement était de diffuser les décisions qu’avaient prises mes collègues ministres, dont j’étais parfaitement solidaire. Pour autant, je n’ai jamais eu la prétention d’être omnisciente. Les stratégies mises en œuvre par le gouvernement m’ont été expliquées. Elles m’ont paru valables d’un point de vue intellectuel. Je les ai relayées en parfaite solidarité politique avec mes collègues.

Quant aux avis du conseil scientifique, je ne sais pas comment ils ont été construits, car je ne fais partie de cette instance. Les membres de ce conseil disposaient des outils d’information sur la situation sanitaire du pays pour se forger une opinion. Mais je n’en sais pas plus sur le processus d’élaboration de la décision.

Nous avons subi une très forte pression de la part de nombreux responsables politiques au tout début de la crise, pour que les avis du conseil scientifique soient rendus publics. C’était légitime, car nous avons toujours assumé d’appuyer nos décisions sur un rationnel scientifique et sanitaire. Pour autant, la décision finale revient au politique, car *in fine* nous sommes responsables devant la représentation nationale. Nous l’avons toujours assumé, y compris au moment du déconfinement où nous avons tenté de construire un équilibre entre les enjeux sanitaires, éducatifs, économiques et sociaux. C’est leur conjonction qui a déterminé la date du déconfinement. On peut toujours se demander si cette décision était bonne ou pas. Mais faire de la politique et gouverner, c’est choisir, et c’est parfois choisir la moins mauvaise des solutions.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Quel est votre avis de journaliste scientifique sur le fait que le conseil scientifique intervenait en même temps que le politique ? Êtes-vous d’accord avec cette notion de transparence voulue ? De qui venaient les pressions que vous avez reçues sur la publicité des avis du conseil ? De l’opinion publique, ou bien de responsables politiques ?

Mme Sibeth Ndiaye. – J’ai le souvenir qu’il s’agissait de responsables politiques, en particulier dans l’opposition. À titre personnel, je suis favorable à la publicité des avis du conseil scientifique.

M. René-Paul Savary, président. – Vous n’avez pas le nom des responsables politiques qui ont souhaité cette publicité ?

Mme Sibeth Ndiaye. – Ma mémoire n’est pas forcément exacte, mais je crois me rappeler avoir eu à répondre à des interpellations de membres de l’opposition réclamant cette publicité.

M. Yves Sciama. – Pour ce qui nous concerne, nous ne considérons pas que la transparence augmente la confusion. Nous avons donc été favorables dès le début de la crise à des délibérations publiques. Cela fait partie d’un processus démocratique normal.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Puisque l’on en est à parler de transparence et que vous avez rappelé les recommandations de l’OMS sur le port du masque

en population générale, pourquoi Agnès Buzyn a-t-elle décidé de commander des masques le 30 janvier ?

Mme Sibeth Ndiaye. – Par précaution, il valait mieux augmenter le stock de masques par rapport à ce qu’il était à cette époque-là. Une première commande de masques FFP2 a été réalisée le 30 janvier, puis des commandes de masse, notamment après la première semaine d’accélération de la crise dans le Grand Est. Je crois que la consommation de masques était alors vingt fois plus importante à ce dont on aurait eu besoin en cas de virus aéroporté.

Il y avait alors une pénurie mondiale de masques.

M. René-Paul Savary, président. – D’où les controverses suscitant l’incompréhension de la population. Comment soutenir, d’un côté, que le port du masque ne sert à rien, et en commander en masse de l’autre côté ?

Mme Sibeth Ndiaye. – La doctrine d’emploi visait à ce que le personnel soignant puisse à tout instant bénéficier de masques et d’équipements de protection. Quant à l’OMS, elle affirmait à ce moment-là que l’utilité du port du masque en population générale n’était pas prouvée. On ne peut pas tantôt tenir compte de ses recommandations, tantôt en faire fi.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L’OMS disait aussi qu’il fallait « tester, tester, tester ».

Mme Sibeth Ndiaye. – Cela figure dans une déclaration du directeur de l’OMS, en date du 16 mars. Et le 21 mars, Olivier Véran, ministre de la santé, indiquait qu’il souhaitait faire monter en puissance nos capacités de test.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L’OMS disait aussi qu’il fallait tester.

Mme Sibeth Ndiaye. – Le directeur de l’OMS a fait une déclaration en ce sens le 16 mars, et le 21 mars, de mémoire, Olivier Véran indiquait que nous allions augmenter notre capacité de test.

M. Damien Regnard. – Je vous remercie de vos propos liminaires. Vous venez de prêter serment devant notre commission d’enquête de dire toute la vérité. Ma question est très simple : le gouvernement a-t-il menti aux Français, notamment concernant la question du port du masque et celle de la gestion des stocks ? Sur une note plus légère, je note qu’aujourd’hui le port du masque n’a plus aucun secret pour vous, et je m’en réjouis. (*Sourires.*)

Mme Laurence Cohen. – Vous avez indiqué qu’à un certain moment le sujet de la pandémie commençait à monter dans l’actualité. Mais est-ce le rôle du gouvernement, et donc le vôtre, en tant que porte-parole, de suivre les événements ? Votre rôle n’est-il pas d’anticiper ? Vous semblez au contraire aller dans le sens de l’eau.

Vous soulignez la difficulté de résumer une pensée en quelques *tweets*. Il n’est pas question de cela, mais du rôle d’un gouvernement et de son porte-parole. Votre tâche est lourde, car vous avez aussi à gérer les couacs de vos collègues.

On peut toutefois comprendre la défiance de l’opinion publique. Mme Buzyn affirme le 18 mars dans *Le Monde* qu’elle avait prévenu le gouvernement dès janvier d’un

risque de contagion. Tous vos propos à partir de cette date sont obligatoirement remis en cause à la lumière des manques, des imprécisions, voire des mensonges qui ont suivi.

Nous vous interrogeons, non pas pour souligner ce que le gouvernement a mal fait, mais pour comprendre ce qu'il faudrait faire dès aujourd'hui pour corriger le tir.

Ma deuxième question porte sur le professeur Raoult. Je n'ai rien en sa faveur ni en sa défaveur, et je ne suis pas scientifique, mais il me semble que, à un moment où l'opinion publique était troublée à juste titre, le feu qui a été porté contre le professeur Raoult a aggravé les choses en accentuant la défiance des Françaises et des Français, mais aussi des parlementaires, sur fond de scandales sanitaires tels que celui du médiateur.

Monsieur Sciama, vous avez évoqué l'idée d'une maison de la science et des médias. Si je partage vos réserves, je pense aussi que le manque de formation de certains journalistes, mais surtout, le manque notoire de financement de la recherche entraîne des difficultés, notamment en matière de communication et d'indépendance. Quel est votre point de vue sur ces questions ?

Mme Victoire Jasmin. – Madame Ndiaye, aviez-vous une zone d'autonomie suffisante qui vous permettait d'effectuer des réajustements dans vos propos, ou faire évoluer les éléments de langage, notamment pour faire suffisamment de pédagogie ? Avez-vous remis en cause votre propre fonctionnement au sein du Gouvernement ?

Monsieur Sciama, vous avez évoqué des incohérences et des carences dans les propos du professeur Raoult. Je ne suis pas son porte-parole, mais il me semble qu'il y avait eu une certaine constance, une certaine cohérence dans ses propos. De nombreux scientifiques sont intervenus dans les médias, mais tout le monde s'est focalisé sur le professeur Raoult, jusqu'au Président de la République qui lui a rendu visite en personne, et c'est aussi ce qui lui a donné une certaine crédibilité. Mais s'il ne représentait pas une certaine menace pour vous, pourquoi avoir autant parlé de lui ?

Par ailleurs, la maison des sciences est sans doute une très bonne idée, mais dans le contenu que vous envisagez de lui donner, une telle structure serait antidémocratique. Si j'ai bien compris, vous proposez que les scientifiques réalisent des interviews préenregistrées, qui seront ensuite éventuellement transmises aux médias. Pensez-vous réellement que ce soit démocratique ? Je ne le crois pas.

M. Olivier Paccaud. – René-Paul Savary a insisté sur le mot « vérité ». Nous sommes réunis pour comprendre ce qui s'est passé, pourquoi nous n'avons pas su faire face et pourquoi nous avons un bilan de 32 000 morts à ce jour, l'objectif étant que cela ne se reproduise pas. Nous espérons donc pouvoir formuler des préconisations utiles.

Dans cette crise, la communication a eu plus qu'un rôle clé, puisque le monde entier a été confiné et a donc « hypercommuniqué ». Nous avons connu un tsunami de communication, avec bien souvent des informations contradictoires, ce qui a produit l'effet totalement inverse de ce qui était recherché. Pour qu'une communication soit efficace en temps de crise, ne faut-il pas qu'elle soit quasi unique ? N'aurait-il mieux pas valu qu'il n'y ait qu'un seul communicant, par exemple le ministre de la santé, qui était *a priori* le plus compétent pour communiquer ? Je le dis sans malice, mais le porte-parolat du gouvernement n'a-t-il pas nui à la communication de crise ?

Mme Sibeth Ndiaye. – Il faut distinguer la communication institutionnelle, proposée par le SIG et validée par le Premier ministre – les messages diffusés à la télévision, à la radio, sur les réseaux sociaux, les spots conçus par le SIG, le *hub* d'information gouvernementale sur le site *gouvernement.fr*, etc. – et la communication politique portée par les membres du gouvernement.

S'agissant de la communication politique, cette crise a la particularité de ne malheureusement pas avoir été qu'une crise sanitaire. Aurait-il été compréhensible que face à la recrudescence de violences intrafamiliales, les ministres chargés de ces sujets n'interviennent pas ? Dans une crise qui conduit à confiner la population, il me paraît légitime que le ministre de l'intérieur, chargé de s'assurer de la bonne mise en œuvre de ce confinement d'un point de vue sécuritaire, s'exprime pour donner des explications sur la stratégie qui est la sienne. De même, nous avons eu énormément de questions sur l'annulation d'événements sportifs ou sur l'entraînement des sportifs de haut niveau. Le fait que la ministre des sports s'exprime de manière ciblée sur ces sujets était attendu.

J'étais conseillère ministérielle sous un autre quinquennat qui a vu se dérouler des attentats de sinistre mémoire. Nous avons opté à l'époque pour une communication resserrée autour des ministres régaliens, car nous faisons face à une crise qui était exclusivement sécuritaire. Dans cette crise que j'ai qualifiée de « protéiforme » dans mon propos introductif, des questions se posaient quasiment sur la totalité des champs de l'action publique.

Il est vrai que l'on observe une forme d'« infodémie », qui est un corollaire de l'évolution de nos démocraties. Il nous faudra sans doute faire en sorte de rationaliser la parole, mais je me vois mal imposer à une chaîne d'information de réduire le temps consacré au traitement de la crise du coronavirus ou d'inviter de bons experts *versus* des experts qui seraient moins bons...

M. René-Paul Savary, président. – Pas d'autocritique, donc ?

Mme Sibeth Ndiaye. – Je maintiens que le ministre de la santé ne pouvait pas assurer seul la communication de crise, car celle-ci avait des impacts qui étaient hors du champ sanitaire.

Au tout début de la crise, nous avons mis en place une *task force* interministérielle pour faire face au covid. Le SIG, qui avait vocation à traiter des sujets liés à la communication, ainsi que mon propre cabinet y étaient associés. Nous avons donc pu ajuster la communication institutionnelle, voire politique en nous appuyant sur les analyses de l'état de l'opinion et sur des outils qui nous permettaient de connaître les principales questions posées sur les réseaux sociaux.

J'ai eu l'occasion de rappeler un certain nombre de dates qui apportent la démonstration que, dès les premiers cas de pneumopathie à la fin de l'année 2019, la machine ministérielle étatique s'est mise en branle. Il est assez rare qu'on mette en place des *task force* interministérielles pour traiter d'un sujet ; or ce fut le cas dès la fin du mois de janvier. Le Premier ministre a organisé une réunion interministérielle le 26 janvier, et le ministère de la santé a reçu les représentants des professionnels de santé le 6 février. La prise en compte opérationnelle de cette crise a été extrêmement précoce, et elle a été adaptée au fur et à mesure de son évolution.

Il convient de distinguer ce sujet du questionnement d'un journaliste sur un plateau de télévision. Il a pu m'arriver de susciter une question en indiquant à un journaliste que tel ou tel sujet était important pour nous, mais le journaliste était parfaitement libre de poser la question ou non.

M. René-Paul Savary, président. – La question de Laurence Cohen portait sur votre rôle d'anticipation, non pas des questions des journalistes, mais dans la gestion de la crise.

Mme Sibeth Ndiaye. – J'ai apporté des éléments de réponse à cette question au travers notamment des différentes réunions que j'ai citées, et qui témoignent d'une prise en compte précoce des éléments liés à cette crise.

Mme Laurence Cohen. – Votre réponse ne me satisfait pas.

M. René-Paul Savary, président. – Laurence Cohen capitule !

Mme Laurence Cohen. – Non, ce sont les limites de l'exercice, même sous serment.

Mme Sibeth Ndiaye. – Le professeur Raoult a été nommé à la tête de l'institut hospitalo-universitaire (IHU) Méditerranée en raison de ses compétences. Nous recherchions un traitement, et il n'était pas question d'écarter une solution, fût-elle portée par quelqu'un d'un peu iconoclaste. Le déplacement du Président de la République auprès du professeur Raoult, comme, du reste, auprès d'autres scientifiques, témoigne de la volonté qui était la nôtre de ne négliger aucune piste, tout en prenant des précautions quant à la qualité du travail scientifique. Nous avons très vite autorisé des essais cliniques à l'IHU de Marseille et dans d'autres hôpitaux sur l'hydroxychloroquine comme sur d'autres molécules.

Vous évoquiez la défiance qui s'est installée sur les sujets sanitaires en raison des scandales passés. Je ne peux que souscrire à vos propos, car ces scandales minent petit à petit la confiance dans l'autorité. Je crois toutefois que nous avons aujourd'hui des institutions solides, et que l'existence de commissions d'enquête telles que celle que vous portez permet une recherche de vérité et de transparence susceptible d'améliorer la manière dont nous gérons ces crises, et peut-être, de lutter contre cette défiance.

Le sénateur Regnard m'interrogeait sur le sujet du mensonge en général. Je souhaite que les choses soient très claires : devant cette commission, je dis la vérité – je l'ai juré. J'assume les décisions politiques prises par le gouvernement auquel j'appartenais.

Sur la question de la transparence, la France a été l'un des pays qui a fait le plus d'efforts pour mesurer et communiquer le nombre de décès à l'hôpital et dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (Ehpad). Nous avons élaboré avec le SIG des tableaux de bord permettant à tout un chacun de suivre de manière transparente l'évolution de toute une série de données, aussi bien sanitaires qu'économiques. J'ai communiqué le nombre de masques chirurgicaux disponibles le 20 mars dans une interview sur BFM TV. Nous n'avons eu de cesse d'apporter au grand public toutes les informations dont nous disposions.

Permettez-moi de rebondir sur votre note d'humour sur le port du masque, car c'est un sujet important. Notre pays n'avait pas forcément la culture du masque au début de cette crise. Cette culture a été acquise après des années de pratique dans d'autres pays. Vous

constatez sans doute comme moi dans la rue ou le métro que le port du masque est parfois un peu bizarre : on l'enlève, on le met dans sa poche, on le remet. Quand on porte des lunettes, cela crée de la buée, j'espère, pour ma part, avoir les bons gestes...

M. René-Paul Savary, président. – Pardonnez-moi, mais vous n'avez pas les bons gestes, parce que le fait de croiser les élastiques comme vous le faites permet aux gouttelettes de s'échapper latéralement.

Mme Sibeth Ndiaye. – Sans cela, je n'y vois rien !

M. René-Paul Savary, président. – Nous avons tous de la buée, rassurez-vous.

Mme Sibeth Ndiaye. – Quoi qu'il en soit, je reconnais que ma formule était maladroite. J'aurais peut-être dû m'exprimer moins simplement.

M. René-Paul Savary, président. – Merci pour cette note d'autocritique !
(*Sourires.*)

M. Damien Regnard. – Vous venez d'admettre que votre formulation était maladroite ; c'est un premier élément d'autocritique, et je vous en remercie, car l'objectif de cette commission d'enquête est de rectifier à l'avenir ces erreurs de communication.

M. René-Paul Savary, président. – Permettez-moi d'insister sur la cacophonie qui a résulté du fait que, d'un côté, on n'avait pas de traitement, et que, de l'autre côté, on comptait tous les jours les morts. C'était un peu anxigène. Si nous nous permettons d'insister, ce n'est pas pour vous ennuyer, mais parce que nous voulons que les travaux de cette commission d'enquête aboutissent à des préconisations.

Mme Sibeth Ndiaye. – Je pense que vous vous souvenez de la polémique qu'il y a eu sur les décès en Ehpad. Si nous n'avions pas communiqué le nombre de morts, on nous aurait accusés de dissimuler la réalité de la crise. Les injonctions sont parfois contradictoires, et, entre deux maux, on choisit le moindre ; en l'occurrence, je crois que le moindre mal était la transparence.

M. Yves Sciama. – Sur la maison de la science et des médias, je crois qu'il y a eu un malentendu, car je voulais plutôt exprimer mon opposition à cette idée.

Je partage vos propos relatifs au financement de la recherche. Je me suis entretenu avec le principal spécialiste structurel des coronavirus en France, Bruno Canard, qui m'a confié qu'il avait demandé à plusieurs reprises des financements pour étudier les coronavirus en prévision d'une possible pandémie.

Depuis le SRAS en 2002, il était couramment admis dans les milieux scientifiques que le risque pandémique le plus grand était celui d'un virus respiratoire, probablement de la famille des coronavirus. Les travaux sur les structures des coronavirus n'ont été financés ni par la France ni par la Commission européenne, à laquelle Bruno Canard avait demandé des crédits. Or une fois que la pandémie était là, on lui a proposé de lui ouvrir toutes les lignes de crédit nécessaires. C'était dix ans trop tard...

La question de la préparation pandémique est fondamentale, car d'autres virus, peut-être plus méchants encore, peuvent apparaître. Ce sujet est régulièrement débattu au sein de la communauté scientifique.

J'entends vos remarques sur le professeur Raoult, mais je pense tout de même qu'il a joué un rôle particulier dans cette crise. Il ne s'est pas contenté de tester un traitement sur lequel il avait une intuition – c'est parfaitement respectable –, mais il a pris des postures d'oracle, disant que le covid était terminé, puis que ce virus avait simplement touché deux ou trois Chinois, ou encore qu'il n'y aurait pas de deuxième vague. Mais son attaque la plus ravageuse, reprise par le professeur Perronne, fut d'accuser tous ses adversaires de conflits d'intérêts avec les laboratoires pharmaceutiques. C'est peut-être le signe qu'il faudrait que notre institution médicale révise son rapport aux laboratoires pharmaceutiques, car cela la rend extrêmement vulnérable à la critique et à ce type d'attaque démagogique.

Notre corps médical a aussi un problème de mandarinat. Ce n'est pas nouveau, mais nous avons payé un peu cher l'intouchabilité des sommets de l'institution médicale, leur conviction d'infaillibilité et leur habitude des arguments d'autorité. Dans le fonctionnement ordinaire de la médecine, ce n'est peut-être pas tragique, mais en l'occurrence, le coût en termes de santé publique a été important.

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. – Je voudrais revenir sur la question de la confiance, qui se posera de nouveau lorsque le vaccin arrivera.

Le 26 janvier, Mme Buzyn, alors ministre, déclare qu'il n'y a pas de pénurie de masques. Le 4 mars, madame Ndiaye, vous indiquez qu'on ne doit pas acheter de masques et que vous avez donné des consignes aux pharmacies. Le 17 mars, Olivier Véran, alors ministre de la santé, affirme que nous avons assez de masques pour les soignants et les malades, alors qu'au même moment, les soignants, notamment les chefs de service qui sont reçus sur les plateaux de télévision, mais aussi les organisations professionnelles de soignants, pointent du doigt ce qu'ils appellent un scandale sanitaire, c'est-à-dire l'absence de matériel, notamment de masques, pour les soignants hospitaliers et de ville. À l'issue du conseil des ministres du 17 mars, vous indiquez que les Français ne pourront pas acheter de masques dans les pharmacies, car ce n'est pas nécessaire si l'on n'est pas malade.

Je voudrais rapprocher l'ensemble de ces propos des propos que l'on vous a prêté lors de votre prise de fonctions au cabinet du Président de la République. Vous auriez alors déclaré que vous assumiez de mentir pour protéger le Président de la République. Ma question est donc très simple : avez-vous menti pour protéger le Président de la République dans cette période ?

Mme Angèle Prévile. – Le confinement à Wuhan et dans trois grandes villes du Hubei est intervenu le 23 janvier. La prise de conscience par le gouvernement de la gravité de la situation n'a-t-elle pas été trop tardive ? Les membres du gouvernement n'ont-ils pas eux aussi été sujets à l'acculturation scientifique que vous évoquiez ? Est-ce que vous n'y avez simplement pas cru ?

La communication a certes été chaotique – je rappelle que le chaos est un désordre d'ordre supérieur. Est-ce qu'elle n'aurait pas dû être plus sobre, plus corsetée et plus bienveillante ?

Vous avez évoqué le rôle du Service d'information du Gouvernement et l'usage des analyses de l'opinion, mais si l'on ne pose pas les bonnes questions, on n'a pas forcément certaines réponses. Pourquoi n'avez-vous pas tenu compte du sentiment de distorsion que ressentaient les Français entre ce qui se passait en Chine et ce qui se faisait en France ? Une

grande partie des Français étaient prêts à porter le masque et à observer des gestes leur permettant de se protéger de la pandémie.

M. Jean Sol. – Madame Ndiaye, ne pensez-vous pas que la stratégie de communication institutionnelle et politique que vous avez mise en place a davantage inquiété que rassuré les Français ? Ne s'est-elle pas télescopée avec un certain nombre d'ordres et de contre-ordres tenus par différents ministres, notamment sur les thèmes des masques, des rassemblements, des écoles, de l'hôpital, de la reprise du travail alors que le slogan « Restez chez vous » était affiché partout, des nationalisations, des risques de pénuries, de l'enterrement des morts ? J'aimerais avoir votre avis sur toutes ces questions ont été de nature à perturber bon nombre de nos concitoyens.

Mme Sibeth Ndiaye. – Durant la campagne présidentielle et législative, le futur président de la République souhaitait faire une partie de tennis un jour de week-end électoral sans y convier de journalistes. Un journaliste s'en est aperçu et m'a vivement interpellée, ce à quoi j'ai répondu que j'assumais parfaitement de mentir quand il s'agissait de protéger un moment de vie privée, qui n'avait rien à voir avec le moment politique dans lequel nous étions. Compte tenu du contexte dans lequel ces propos ont été tenus, vous comprendrez qu'ils n'avaient rien à voir avec une éventuelle velléité de mentir sur les décisions que pourrait prendre le gouvernement. Au cours de la crise du coronavirus, j'ai systématiquement relayé les informations qui étaient à ma disposition ainsi que les décisions qui ont été prises par mes collègues du gouvernement, dont, je le répète, je suis parfaitement solidaire.

Il faut prendre garde aux lectures rétrospectives. Si certaines informations comme la séquence ARN du virus nous ont été communiquées très facilement par la Chine, ce n'est pas le cas de toutes. En tout état de cause, je peux vous dire avec certitude que de manière très précoce, dès lors que nous avons eu une alerte sur cette nouvelle pneumopathie, nous avons anticipé cette crise, à tel point que nous avons procédé à l'évacuation des ressortissants français depuis Wuhan, dispositif relativement rare et souvent réservé aux zones de guerre. Le rapatriement de nos compatriotes a été organisé en quelques jours malgré les difficultés que nous avons rencontrées, notamment pour les conjoints de Français qui n'étaient pas de nationalité française. Il montre que nous avons pleinement conscience de la nécessité d'agir.

Vous avez indiqué que la communication n'était pas suffisamment bienveillante. La communication de crise a connu trois grandes phases. Entre la fin du mois de janvier et jusqu'au confinement, l'objectif de la communication institutionnelle était d'expliquer ce qu'était le coronavirus et de faire en sorte que les Français adaptent leurs comportements – mettre des distances physiques entre eux, se laver les mains. Pour motiver le changement de comportement, notre communication a consisté à dramatiser l'enjeu au fur et à mesure. Il fallait que chacun comprenne qu'une évolution individuelle des comportements était nécessaire au bien-être collectif.

La deuxième phase de la communication gouvernementale institutionnelle a consisté dans le fameux slogan « Restez chez vous ». Pour freiner la propagation de l'épidémie, il fallait que les gens aient le moins d'interactions physiques avec d'autres personnes. C'est là que les choses se corsent, parce qu'il faut en même temps assurer la continuité de la vie économique, et donc, que des gens sortent de chez eux. Le message est très simple, mais il faut expliquer pourquoi il admet des nuances.

La troisième phase de la communication gouvernementale commence au moment du déconfinement. Notre message est alors qu'il faut rester prudent, car, si l'épidémie

commençait à décroître, nous étions extrêmement préoccupés par le fait que le virus circulait toujours et qu'il pouvait circuler de manière de plus en plus active. Il fallait donc préserver l'acquis comportemental.

Par cette communication institutionnelle, nous avons à chaque fois essayé d'expliquer de manière pédagogique dans quelle phase nous étions et pourquoi nous devons adapter nos comportements. Certaines injonctions ont parfois été contradictoires, mais elles devaient l'être, par exemple quand la plupart devaient rester chez eux, mais que certains devaient continuer à travailler.

Concernant les écoles, le consensus scientifique a évolué. Au départ, on a pensé que les enfants étaient en quelque sorte des super-contaminateurs et qu'il fallait fermer les écoles. Puis la connaissance a évolué, et il semblerait aujourd'hui que l'on pense l'inverse. Face à l'inconnu, la décision politique s'adapte, y compris pour des sujets aussi lourds que l'ouverture ou la fermeture des écoles.

M. René-Paul Savary, président. – Monsieur Sciama, quel regard portez-vous sur la campagne de vaccination à venir ?

M. Yves Sciama. – Mon inquiétude principale est de savoir si les vaccins qui seront mis sur le marché seront correctement évalués et si la procédure ne sera pas précipitée par les pressions politiques, notamment des États-Unis, voire par le désir des laboratoires pharmaceutiques d'être les premiers. Viendront ensuite les problèmes d'approvisionnement, mais aussi de consentement vaccinal que nous devons gérer. Il faudra particulièrement soigner la communication. Il faudra également bien choisir les publics cibles, car il ne sera pas possible de vacciner tout le monde.

M. René-Paul Savary, président. – Les médias auront un rôle à jouer.

M. Yves Sciama. – Nous nous y efforcerons.

M. René-Paul Savary, président. – La campagne de vaccination grippale va commencer, et ça n'interpelle personne, mais on déplore chaque année entre 7 000 et 10 000 morts en rapport avec la grippe...

M. Yves Sciama. – La vaccination grippale jouera un rôle très important cette année.

Mme Angèle Prévaille. – Avez-vous tenu compte de l'infantilisation ressentie par la population ?

M. Jean Sol. – Comment expliquer aux Français qu'ils doivent rester chez eux alors qu'on autorise des matchs réunissant plus de 3 000 supporters ?

M. René-Paul Savary, président. – Les Français voient bien qu'il y a une reprise de l'épidémie, et parallèlement, on leur explique qu'on va assouplir les mesures dans les écoles. C'est toute de même d'une complexité extraordinaire !

Mme Sibeth Ndiaye. – Nous avons rencontré ce type de situation à de très nombreuses reprises et sur une infinité de sujets, notamment sur la question des transports en commun. Pour les transports scolaires, les recommandations étaient parfois inapplicables, comme celle de conserver le groupe classe dans les transports scolaires en milieu rural.

Nous avons observé une aspiration très forte à des mesures toujours plus dures et plus coercitives. La France a été l'un des pays où on a mesuré le plus fort taux d'inquiétude sur le coronavirus, la nature de la maladie et sa contagiosité.

De plus, nous devons imposer des changements comportementaux. Le confinement est presque consubstantiellement une forme d'infantilisation. À l'inverse, sur d'autres sujets, nous avons fait le choix de la confiance et de la responsabilité individuelle, par exemple pour l'auto-quarantaine des personnes testées positives. Le sujet de l'infantilisation a été un vrai problème, et nous avons dû construire toute la communication institutionnelle avec ce problème.

Sur la question des rassemblements occasionnés par les matchs, je vous renvoie au ministre de la santé.

Mme Michelle Meunier. – Madame Ndiaye, aviez-vous une relation privilégiée avec Santé publique France, dont nous avons appris qu'elle ne disposait pas de service de communication ?

Monsieur Sciama, quelles sont, selon vous, les informations à faire passer aujourd'hui de manière prioritaire compte tenu de ce que nous savons de cette crise ?

Mme Muriel Jourda. – Madame Ndiaye, vous avez indiqué que votre communication pendant cette crise a reposé sur les deux piliers que sont la pédagogie et la transparence. Il me semble qu'il y a un troisième, la cohérence.

Le gouvernement s'est beaucoup abrité derrière les avis du conseil scientifique pour prendre des décisions. Le professeur Raoult, qui faisait partie du conseil scientifique, l'a quitté fin mars d'une façon assez médiatisée. Or quelques jours après, le Président de la République est venu lui rendre visite, donnant le sentiment qu'il voulait s'approprier un peu de la popularité du professeur Raoult. Pensez-vous qu'il était justifié que le Président de la République fasse ce déplacement lui-même ? N'est-il pas incohérent de s'abriter derrière le conseil scientifique, tout en valorisant l'un de ses anciens membres qui a claqué la porte avec pertes et fracas ? Est-ce un conseil de communication qui a été donné au Président de la République ?

Mme Jocelyne Guidez. – Le mot « transparence » a été énormément évoqué, mais quand il y a trop de contradictions, y compris au sein du monde médical, il ne faut pas s'étonner qu'une méfiance, mais aussi une grande peur, s'installe dans la population. Dans ce cas, ne vaut-il pas mieux respirer profondément et ne rien dire plutôt que de faire de la communication alors qu'on ne sait pas ?

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Lancé par le Service d'information du Gouvernement le 30 avril 2020, le service « Désinfox coronavirus » a finalement été retiré quelques jours plus tard parce que fortement critiqué par les journalistes. Monsieur Sciama, quelle est, à votre avis, la bonne façon de lutter contre les *fake news* dans une crise sanitaire comme celle-ci ? L'outil proposé par le gouvernement était-il pertinent ?

M. Yves Sciama. – Je pense qu'il faut vraiment attirer l'attention de nos concitoyens sur le fait que le virus est toujours là et qu'il est en progression. Il ne s'agit pas de dramatiser, mais de rester mobilisés.

Le service « Désinfox coronavirus » ne m'est pas apparu très opportun. Le gouvernement semblait faire le tri entre les bons et les mauvais articles.

En matière de lutte contre les *fake news*, le rapport de mars 2018 commandé par la Commission européenne au *High level Group on fake news and online disinformation* est une référence. Il n'y a pas de solution simple, et la censure n'en est pas une.

Début avril, une étude avait montré que le volume de transmission des posts des deux ou trois principaux complotistes sur internet représentait quatre fois le volume de transmission des posts des six principaux médias français. Une étude de *Science* a montré que les posts mensongers circulent plus vite, plus loin et touchent plus de gens que les posts véridiques sur les réseaux sociaux, pour la simple raison qu'ils apparaissent comme nouveaux et surprenants.

Le rapport de mars 2018 préconise de donner le statut d'éditeur aux plateformes internet. C'est un combat juridique complexe qui doit se mener à l'échelle européenne et qui pose des problèmes géopolitiques. Nous en prenons très doucement le chemin, et c'est absolument essentiel.

Par ailleurs, il est important que, en face de cette masse de désinformation, des médias nombreux aient le temps de bien travailler, c'est-à-dire qu'ils soient dans une situation économique pas trop désastreuse. Il faut que, dans leur diversité, ils soient en mesure d'offrir un pôle de référence. Cela passe par le soutien à la presse et par une politique d'entrave à sa concentration excessive.

Mme Sibeth Ndiaye. – Dans la gestion de cette crise, mon cabinet s'est appuyé sur le centre de communication de crise du ministère de la santé. Notre idée était de ne pas démultiplier les portes d'entrée dans toutes les agences sanitaires diverses et variées, au risque de produire de la confusion. Nous avons un interlocuteur intégré au centre de crise du ministère de la santé qui validait les messages d'un point de vue scientifique et sanitaire.

Nous travaillions également avec le Service d'information du Gouvernement qui, dans le cadre de la foire aux questions publiée sur le site *gouvernement.fr*, effectuait les vérifications auprès des ministères compétents. Plusieurs niveaux de validation étaient prévus afin de garantir qu'on ne publie rien de mensonger ou de faux.

Certains éléments de notre stratégie de gestion de la crise, et donc, de notre communication pouvaient paraître antinomiques. Les slogans « Restez chez vous » et pour certains « Allez travailler » étaient antinomiques, et pourtant ils étaient tous deux justifiés. La cohérence non seulement à un instant T, mais aussi dans le temps a été un enjeu de cette communication de crise.

Par exemple, on a découvert récemment que la transmission du coronavirus ne faisait pas seulement par les gouttelettes et de manière manuportée, mais également par aérosol. Cela a des implications, notamment sur les gestes barrières. Or les gens pourront se dire à bon droit qu'il y a deux ou trois mois, on leur avait dit autre chose.

De par mon métier de communicante, je suis assez convaincue qu'on arrive rarement à s'approprier la popularité des autres. J'étais ministre, et non plus conseillère du Président de la République lorsqu'il a rendu visite au professeur Raoult, mais c'est ce que j'aurais dit si l'on m'avait interrogée. Je crois que le Président de la République a simplement

souhaité comprendre tous les points de vue, montrer que nous n'étions pas un camp contre un autre et que nous donnions les moyens aux personnalités scientifiques qui proposaient des solutions de les tester.

Dans une situation de très forte pression médiatique, je considère qu'il vaut mieux être présent dans les médias et admettre ce que l'on ne sait pas plutôt que de laisser dire que le gouvernement se cache et refuse de venir parler devant les Français de la gestion de la plus grande crise sanitaire que nous ayons connue de manière contemporaine. La nature ayant horreur du vide, l'espace serait vite rempli par les complotistes et les *fake news*.

Cette crise a été caractérisée par une inflation absolument dantesque des fausses informations, dont un nombre non négligeable était à caractère médical, depuis le conseil de boire de l'eau de javel jusqu'à l'utilisation de racines de gingembre. C'était au point que nous avons identifié un vrai risque de santé publique.

Nous avons mis en place, par exemple sur WhatsApp, des messageries de Chatbot qui permettaient de poser des questions et d'avoir des réponses automatiques sur des sujets clairs. Nous avons mené un gros travail avec les plateformes de réseaux sociaux, dont j'ai réuni les représentants à trois ou quatre reprises avec le ministre chargé de la protection de l'enfance et le ministre chargé du numérique. Nous avons mené un travail en bonne intelligence, car il y a eu une prise de conscience de leur responsabilité particulière. Le SIG a notamment travaillé sur les moyens d'identifier des sources fiables, et les plateformes ont mis en avant des messages de santé publique relatifs au coronavirus.

Enfin, je dois avouer que la page du Gouvernement a été une maladresse. Compte tenu du flot de fausses informations auquel nous étions confrontés, nous avons voulu donner aux Français une information fiable et vérifiée. La page du Gouvernement consacrée au coronavirus était un des *hubs* majeurs de recherche de l'information puisqu'elle recevait plus de 750 000 visiteurs uniques par jour. Nous avons donc essayé de fournir ce qu'on appelle le *debunking* d'une information, c'est-à-dire sa vérification. Le SIG, qui était porteur de ce projet, avait fait très attention à ne pas aller dans la zone grise, c'est-à-dire éviter les sujets sur lesquels il n'y avait pas de vérité admise, par exemple l'hydroxychloroquine. En revanche, nous savions qu'il ne fallait pas ingérer d'eau de javel.

Notre objectif n'était pas du tout de trier les bons et les mauvais journalistes, les bons et les mauvais médias, les bonnes ou les mauvaises informations. Dès lors qu'il s'agissait de sujets factuels, et non d'opinions, nous renvoyions vers des articles de plusieurs *fact checkers* sur une même information.

Force est de reconnaître que cette initiative n'a pas été comprise, et c'est la raison pour laquelle le Service d'information du Gouvernement a fait le choix de retirer cette page. Notre intention n'a pas été comprise, mais je veux redire qu'elle n'était pas malveillante à l'égard des médias.

Le sujet de la fausse information est majeur, car il peut miner les fondements de la démocratie. C'est à mes yeux l'un des sujets sur lesquels il faut travailler pour la gestion des crises à venir.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – C'est en effet dans cette zone grise que l'on peut friser la censure. Déconseiller de boire de l'eau de javel, en revanche, cela s'entend.

Mme Sibeth Ndiaye. – Oui. C’est pourquoi je répète que la page Désinfox du Gouvernement était exclusivement consacrée à passer des messages aussi évidents que celui concernant la nocivité de l’eau de javel...

M. René-Paul Savary, président. – Mais vous ne vous doutiez pas que cette position serait incomprise ?

Mme Sibeth Ndiaye. – En fait, les choses se sont passées ainsi. Le SIG n’a informé de la naissance du site Désinfox du Gouvernement que les journalistes responsables des rubriques de lutte contre les *fake news* des différents organes de presse. Ces derniers pouvaient d’ailleurs y voir un nouvel espace d’affichage de leurs propres articles. Le SIG n’a cependant pas pensé à en avertir les patrons de presse. Certains ont manifesté leur mécontentement. Cette erreur de synchronisation s’est transformée en incompréhension, qui a été montée en épingle.

M. Yves Sciama. – Face aux fausses nouvelles sur internet, il est important de réagir rapidement. Surveiller les réseaux et identifier ce à quoi il faut répondre dans l’instant est à l’évidence une mission utile. Elle est certes peu visible car, une fois l’éclairage apporté, la fausse information continue de se propager, avec cependant une moindre force d’impact. Il est toutefois maladroit de le faire sous l’étiquette du gouvernement. Une telle mission gagnerait à être conduite par un partenaire académique, comme une université ou l’Institut Pasteur, afin de ne pas apparaître comme une entreprise de récupération.

Mme Muriel Jourda. – Vous n’avez pas répondu à ma question, madame la ministre. Était-il cohérent, en termes de communication, que le Président de la République se montre en compagnie du Pr Raoult alors qu’il venait de quitter le conseil scientifique, derrière les avis duquel le gouvernement n’a cessé de s’abriter ?

Mme Sibeth Ndiaye. – Le Président de la République a rencontré d’autres scientifiques, certes moins médiatiques : les équipes de recherche de la Pitié-Salpêtrière, de l’Institut Pasteur...

M. René-Paul Savary, président. – Votre réponse est factuelle ; la question portait sur la cohérence de cette action.

Mme Sibeth Ndiaye. – La stratégie de communication du Président de la République n’entraîne pas dans mes attributions, mais voici ce qui me semble cohérent : que le chef de l’État, tandis que des opinions scientifiques différentes s’expriment, accorde une attention à chacune – quitte à ce que l’éventail des hypothèses ouvertes se referme ultérieurement, ainsi que doivent y conduire les essais cliniques.

M. René-Paul Savary, président. – En somme, vous ne pensez pas que cela a brouillé le message ?

Mme Sibeth Ndiaye. – Non.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – La question de Mme Jourda porte sur le conseil scientifique, cité en permanence comme la référence. Dans la mesure où le Pr Raoult s’en est éloigné, le fait d’aller le voir ne le fragilisait-il pas ?

Mme Sibeth Ndiaye. – Le conseil scientifique est composé d’éminents représentants de leurs disciplines respectives, qui n’en sont toutefois pas les seuls

représentants. Le chef de l'État ne s'est pas rendu dans leurs laboratoires, et il a également contacté le médecin français de Wuhan qui s'est trouvé au cœur de la première vague. Il n'y a donc pas d'incohérence ; tous ces éclairages ont aidé à forger la décision politique.

M. René-Paul Savary, président. – Nous vous remercions.

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 15.

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

La réunion est ouverte à 15 heures.

Audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre des solidarités et de la santé

M. René-Paul Savary, président. – Nous poursuivons nos travaux avec l'audition de Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre des solidarités et de la santé.

Vous êtes, madame la ministre, accompagnée de Raymond Le Moign, qui était votre directeur de cabinet.

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

Madame la ministre, vous avez été membre du gouvernement jusqu'au 15 février 2020, une période ô combien décisive pour la préparation de notre pays à la crise. Le 22 janvier, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) évoque une transmission interhumaine à propos d'un virus qui peut paraître encore lointain. Si l'alerte a été donnée tôt, il semble que nous n'ayons pas mis cette période suffisamment à profit pour mettre le pays en ordre de bataille à un moment où c'était encore possible, et alors que, comme vous le découvrirez apparemment tardivement, les stocks constitués lors d'épidémies précédentes n'étaient plus disponibles.

Rétrospectivement, nous aimerions savoir quel regard vous portez sur cette période : l'organisation en place, la relation entre le ministère et ses agences notamment, était-elle de nature à répondre aux enjeux de la pandémie de façon réactive et efficace ?

Je vous donnerai brièvement la parole pour une dizaine de minutes, à titre liminaire, avant de laisser intervenir les rapporteurs et les membres de la commission d'enquête.

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 Agnès Buzyn prête serment.

Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre des solidarités et de la santé. – Nous sommes en train de vivre une crise sanitaire mondiale d’une ampleur inégalée depuis au moins un siècle, et qui continue à l’heure où siège votre commission. J’ai une pensée toute particulière pour les familles qui ont été touchées et pour celles qui le seront encore. Aucun d’entre nous ne peut se sentir épargné, même s’il est indemne. L’impact économique et social ne peut laisser personne indifférent.

Les soignants ont été en première ligne pour accompagner cette première vague et il faut leur être infiniment reconnaissant d’avoir mené cette bataille aux côtés des malades. Notre système de santé a failli être débordé par la vague, mais grâce à eux il a tenu et tout le monde a pu être pris en charge.

Vouloir comprendre ce qui s’est passé et savoir si nous aurions pu faire mieux est donc plus que légitime, et je comprends que c’est l’objet de votre commission. Elle devra faire avec la complexité. Tous les jours, nous découvrons des informations nouvelles. Ces connaissances qui concernent les modes de transmission du virus – gouttelettes, mains, puis selles, maintenant aérosols – évoluent : sur les personnes les plus contaminantes – les enfants, initialement porteurs très contagieux, ne sembleraient plus être aussi contaminants –, sur la contagiosité des asymptomatiques, des présymptomatiques ou des supercontamineurs, sur la durée d’incubation, évaluée d’abord à quatorze jours, puis plutôt à sept – mais en février, nous avons eu même une alerte sur trois semaines –, sur des formes chroniques et sur le risque de mutations.

Avec ces données, tous les pays passent leur temps à adapter leur stratégie au gré des recommandations des autorités sanitaires et de ce que vit la population dans son quotidien. C’est pénible, mais c’est inévitable. Et il est probable que, dans six mois, les questions que nous nous poserons seront encore différentes.

Tous les jours sur les plateaux télé, vous avez entendu nos experts faire part de leurs certitudes et montrer aussi beaucoup de contradictions. Beaucoup ont d’ailleurs changé d’avis : le virus partira l’été, puis l’hiver, il n’y aura pas de deuxième vague, puis elle arrive...En réalité, la connaissance des choses n’est pas instantanée. Elle nécessite une démarche scientifique rigoureuse teintée de beaucoup d’humilité, qui prend du temps.

Les sujets de polémiques ont évolué, eux aussi, au cours du temps. Il y a eu la fermeture des frontières, puis la prise de température dans les aéroports, l’application StopCovid – obligatoire, pas obligatoire –, le port du masque – un peu, puis partout –, le confinement, les tests sérologiques utiles puis inutiles, et enfin les tests de dépistage. Il est fort à parier que, dans un mois ou deux, nous aurons encore d’autres sujets de débat. Le rôle d’un responsable politique est d’anticiper, de comprendre les enjeux et de prendre les décisions nécessaires pour protéger au mieux la population de son pays, dans un contexte incertain et changeant, en se basant sur les avis des autorités compétentes.

Depuis janvier 2020, chacun d’entre nous est devenu un spécialiste de la filtration des masques FFP2 ou de la durée des anticorps neutralisants. Beaucoup donnent leur avis sur l’éthique des essais cliniques ou deviennent d’ardents défenseurs de l’immunité collective. Bref, cette crise a profondément modifié la compréhension de ces questions pour les Français et leur perception des enjeux scientifiques. Aujourd’hui, tout le monde sait ou croit savoir ce qu’il fallait faire. Si je tiens ces propos, c’est que j’entends dans les commentaires des uns et des autres une contraction du temps qui rend les propos tenus ou les décisions prises à un moment précis parfois incompréhensibles pour le grand public à l’aune de ce que nous savons

neuf mois plus tard. Cette commission d'enquête est pour moi l'occasion de les expliquer et de remettre systématiquement mes décisions, mes propos et mes actes dans le contexte de ce que l'on connaissait à l'époque. C'est indispensable.

Je vous remercie et je suis prête à répondre à toutes vos questions.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Vous l'avez dit, madame la ministre, la situation a évolué : ce qui est vrai un jour ne le sera pas forcément demain. Vous avez été en responsabilité au cours de cette période importante, jusqu'au 15 février. Vous venez de nous dire que vos préconisations et vos prises de position étaient basées sur vos connaissances de l'époque.

Sur quelles données scientifiques vous étiez-vous appuyée pour annoncer le 24 janvier à la population, à la sortie du conseil des ministres, que le risque d'importation du virus était « pratiquement nul » et son risque de propagation « très faible » ? J'ai posé cette question à la Direction générale de la santé (DGS) ainsi qu'à d'autres personnes, mais je n'ai pas obtenu de réponse. S'agissait-il de modélisations de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ? À l'époque, vous disiez que l'épidémie était plutôt circonscrite en Asie.

Vous avez indiqué avoir sollicité un conseil des ministres de la santé européen pour harmoniser les pratiques. On a vu combien cette harmonisation avait fait défaut par la suite. Quelles furent les suites de cette demande faite le 24 janvier, d'après ce que vous avez dit à la commission d'enquête de l'Assemblée nationale ?

Sur la différence des résultats entre l'Allemagne et la France en matière de dépistage, le professeur Antoine Flahault nous a dit la semaine dernière lors de son audition que, très tôt, le professeur Christian Drosten avait fait consensus en Allemagne en préconisant de tester rapidement. Il a ajouté qu'en France seul le professeur Raoult le disait à l'époque, mais que de son côté « clivant » celui-ci n'avait pas fait consensus. Il a lui-même avoué que les épidémiologistes français disaient que cela ne servait à rien de tester puisqu'il n'y avait pas de traitement. Ce sont finalement les virologues, à l'instar du professeur Drosten, qui avaient raison. Quel est votre avis sur ce point ?

Mme Agnès Buzyn. – Vous avez rappelé cette phrase prononcée à la sortie du conseil des ministres au début de chacune des séances de cette commission. Malheureusement, mes propos ont été tronqués. L'enjeu de cette commission étant d'éclairer les Français, je vous dois de vous rapporter la totalité de ma réponse aux journalistes ce jour-là, avec exhaustivité. J'espère ainsi clore très solennellement devant la représentation nationale cette forme de procès en incompétence que je ressens.

J'avais d'ores et déjà pris la décision de rendre compte aux Français de l'état des connaissances jour après jour, depuis le 21 janvier, date à laquelle le directeur général de la santé m'avait informée qu'il y avait une forte suspicion de transmission interhumaine. Pour moi, cette information relevait le niveau de risque par rapport à une maladie virale transmise par des animaux au départ d'un marché aux poissons de Wuhan. Je rappelle que cette information relative à la transmission interhumaine a été confirmée par l'OMS le 22 janvier.

J'ai d'ailleurs lu à l'Assemblée nationale la totalité de mes propos du 21 janvier, lesquels tournaient en boucle de façon tronquée ou sur les réseaux sociaux : j'expliquais que le risque épidémique en France, à cette date, était faible, mais pouvait évoluer, raison pour

laquelle je décide – et je le dis aux Français – de m’exprimer devant eux tous les jours à partir de ladite date. Je rappelle que je ne connais aucun ministre en Europe qui se soit exprimé aussi tôt devant ses concitoyens. Cela prouve mon degré de vigilance.

Vous citez la date du vendredi 24 janvier. Il s’agit d’une conférence de presse, à 14 heures, à la sortie du conseil des ministres, qui porte sur le projet de loi relatif aux retraites. Je viens de présenter ce texte au conseil des ministres avec Laurent Pietraszewski, avant le dépôt au Parlement. Il ne s’agit donc pas d’une conférence de presse dédiée au coronavirus. À l’issue de cette conférence de presse qui porte sur un texte que tout le monde s’accorde à trouver assez lourd, une question m’est posée sur le coronavirus. Ma réponse est la suivante : « En termes de risque pour la France, les analyses de risques d’importation sont modélisées régulièrement par des équipes de recherche. Le risque d’importation de cas depuis Wuhan est modéré. Il est maintenant pratiquement nul puisque la ville, vous le savez, est isolée. Les risques de cas secondaires autour d’un cas importé sont très faibles et les risques de propagation du coronavirus sont très faibles. Cela peut évidemment évoluer dans les prochains jours s’il apparaissait que plus de villes sont concernées en Chine, ou plus de pays. »

Je voudrais à ce propos citer le professeur Gilles Pialoux, qui dit dans son récent livre sur la crise : « Cette phrase a souvent été tronquée, détournée, associée à des attaques insupportables teintées d’antisémitisme et de complotisme contre la ministre, une fois ses fonctions quittées. » Je ne peux pas dire mieux. La diffusion permanente de propos tronqués a grandement contribué aux menaces de mort dont j’ai fait l’objet sur les réseaux sociaux depuis six mois.

À cette date, le 24 janvier, les risques de cas secondaires autour de cas importés sont faibles, car la période du mois de janvier et du début de février est celle d’une phase 1 pré-épidémique. Il s’agit donc pour les différents pays du monde de détecter les cas venant de Chine, d’identifier les cas contacts, de les tester et de les mettre en quarantaine. C’est ce que nous faisons pendant toute cette période.

Vous me demandez de quelle modélisation nous disposons au ministère pour juger du risque. Nous travaillons avec l’OMS, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), les équipes de recherche de l’Inserm, de Santé publique France et de l’institut Pasteur.

Le premier bulletin de situation de l’OMS, qui date du 21 janvier, n’évoque aucun risque épidémique particulier dans l’Union européenne.

Le 22 janvier, le comité d’urgence de l’OMS, présidé par Didier Houssin, se réunit et décide de ne pas déclencher une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI), considérant que les critères ne sont pas réunis pour une menace mondiale. Je décide malgré tout de monter le niveau d’alerte du centre de crise du ministère au niveau 2, c’est-à-dire le niveau renforcé.

Le comité d’urgence de l’OMS se réunit une deuxième fois le 23 janvier et décide de nouveau de ne pas déclarer l’USPPI. Il passe, en revanche, le risque épidémique de « normal » à « modéré », et cela concerne la Chine. On ne parle pas du tout de pandémie à ce stade. Nous décidons toutefois, le 23 janvier, de prévenir les voyageurs aux aéroports, de distribuer des *flyers*, d’ouvrir le centre de crise du ministère de l’Europe et des affaires étrangères (MEAE) pour les Français, de mettre en place une foire aux questions pour le

grand public. Je fais un point presse au Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (Corruss) pour expliquer cela.

Quel est donc mon degré de connaissance le 24 janvier quand on m'interroge ? Je dispose du bulletin de situation de l'OMS du 23 janvier au soir. Il y est fait état de 581 cas en Chine et de 17 morts au total ; 10 cas ont été exportés hors de Chine par des voyageurs qui ont tous séjourné à Wuhan. Tous ces cas sont en Asie, sauf un aux USA. Il n'y a aucun cas en Europe. Je m'explique donc le vendredi matin avec ces données de l'OMS. En plus, je dispose de la modélisation d'une équipe d'épidémiologistes de l'Inserm, dont le professeur Dominique Costagliola vous a parlé, qui m'est remise par la DGS et qui analyse les flux de voyageurs entre la Chine et les différents pays de l'Union européenne. Cette analyse de risques donne des chiffres faibles d'importation pour la France, entre 5 et 13 %. Elle conclut également que les pays les plus à risque d'importation dans l'immédiat sont l'Allemagne et l'Angleterre, premiers pays dans lesquels des cas devraient être identifiés. J'apprendrai quelques jours plus tard par Santé publique France et la DGS que cette étude n'a pas pris en compte les liens très particuliers de la France avec la ville de Wuhan – liens industriels, universitaires – qui font que nous avons de nombreux vols directs entre Paris et Wuhan.

Le risque a donc été réévalué par cette équipe, mais *a posteriori*, et modélisé quelques jours plus tard à 60 %. Malheureusement, je me suis déjà exprimée avec ces données tronquées et erronées. D'ailleurs, les premiers cas en France sont déclarés le 24 janvier.

Je voudrais rappeler, en parallèle, les évaluations de risques de l'ECDC, l'organe officiel de l'Union européenne pour les risques sanitaires. Le 26 janvier, c'est-à-dire 2 jours après les propos que je tiens en conférence de presse, l'ECDC est très rassurant. Il dit que la probabilité d'importer de nouveaux cas dans l'Union européenne était modérée – c'est ce que j'ai dit –, et que la probabilité qu'un cas détecté dans l'UE entraîne des cas secondaires dans l'UE était faible.

Je voudrais vous laisser juger non pas de mes paroles, mais de mes actes. C'est ce que l'on demande, après tout, à un responsable politique. Comme je ne me contente pas des scénarios qui me sont donnés par les autorités, le 25 janvier, c'est-à-dire le lendemain de cette conférence de presse – je vous expliquerai pourquoi j'ai pris cette décision –, je fais des demandes très précises à mon directeur de cabinet, à neuf heures du matin. Il les transmet à la DGS, ce qui entraîne une chaîne de décisions.

Les demandes que je fais montrent que je ne minimise en rien le risque. Voici le contenu du message que j'adresse à mon directeur de cabinet : je lui demande de préparer 3 scénarios de virulence et de mortalité pour une épidémie qui arriverait en France et je veux les obtenir au cours du week-end. Je veux savoir de combien de transports sanitaires, de lits mobilisables, de respirateurs dans les hôpitaux et d'équipements nous disposons. Je veux avoir ces données dans l'après-midi ; nous sommes alors le samedi 25 janvier.

J'observe dans les données chinoises que la mortalité est importante, autour de 3 %. Je trouve que c'est beaucoup pour un virus qui a une cinétique de type grippal, et je demande que soit montée une réunion au ministère avec les professionnels hospitaliers – doyens, présidents de commission médicale d'établissement (CME), directeurs d'hôpitaux. Enfin, je demande que l'on mandate le professeur Yazdan Yazdanpanah, directeur du consortium REACTing, pour me proposer des protocoles d'évaluation des traitements antiviraux dont nous disposons et qui seraient susceptibles d'être efficaces sur le virus. Je veux la totalité de ses réponses dans la journée.

Je voudrais terminer par le contexte national. Parce que l'on me reproche des propos tenus le 24 janvier, je vous rappellerai les propos du professeur Didier Raoult à la même date : « Vous savez, le monde est devenu fou. Il y a 3 Chinois qui meurent et l'OMS s'en mêle et ça fait une alerte mondiale. »

On ne peut pas dire que j'ai minimisé, madame la rapporteure. Je pense avoir pris les précautions nécessaires pour préparer le pays ; j'y reviendrai.

Ensuite, vous me posez des questions sur les dépistages. L'histoire est complexe. Je vous prie de m'excuser si mon propos est technique et long, mais je pense que nous avons le devoir d'être précis.

La Chine identifie le virus le 7 janvier et publie la séquence du génome viral le 10 janvier. Le Centre national de référence des coronavirus à l'institut Pasteur met au point le test de RT-PCR, qui sera opérationnel, me disent-ils, dans la semaine du 20 janvier. Cela nous permet d'identifier les premiers cas français le 24 janvier et d'exclure un certain nombre d'autres.

Le 25 janvier, l'ECDC félicite la France pour ses capacités de détection : « Le fait que ces cas ont été identifiés prouve que la détection et la confirmation de ce nouveau virus marchent en France, et montre un haut degré de préparation pour prévenir et contrôler de possibles infections au coronavirus. » Nous avons donc un satisfecit de l'Europe et sommes probablement un des premiers pays à avoir mis au point le test.

Le 27 janvier, le test est fonctionnel à l'institut Pasteur de Paris et de Lyon, et commence à être déployé dans les hôpitaux à partir de cette date.

L'objectif est le même dans tous les pays. C'est la phase 1 d'une épidémie. Il convient donc d'être en mesure d'identifier très rapidement des malades qui arriveraient de Chine atteints du coronavirus et qui se présenteraient avec des symptômes dans nos hôpitaux. Cette détection précoce des cas est nécessaire pour mitiger, pour empêcher la maladie de se déployer, parce qu'elle permet d'isoler très tôt les malades et de mettre en quarantaine les malades et les cas contacts.

Dans sa déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale du 30 janvier, l'OMS fait les recommandations suivantes, qui s'adressent à tous les pays : « On peut s'attendre dans n'importe quel pays à l'apparition de nouveaux cas exportés de Chine. Par conséquent, tous les pays doivent être prêts à prendre des mesures pour endiguer l'épidémie, notamment par une surveillance active, une détection précoce des cas, l'isolement et la prise en charge des cas, la recherche de cas contacts. » C'est ce que nous faisons à cette période-là.

À ce stade, dans le texte de l'OMS, il s'agit non pas d'un dépistage de cas à large échelle, d'un dépistage en population générale, mais bien de tests visant à faire un diagnostic très tôt chez des cas suspects qui arrivent de Chine, pour les isoler, et de dépistage parmi les cas contacts pour éviter une chaîne de transmission hors de Chine.

Vous me demandez quelle a été mon action personnelle pour les tests.

Je rends visite aux équipes de l'hôpital Bichat, où sont hospitalisés trois patients fin janvier. Je réalise que les tests sont faits dans un laboratoire de type P3, qui est dédié aux virus hautement pathogènes. Ces laboratoires P3 n'existent pas dans tous les hôpitaux et sont

exigus, non adaptés à une activité importante. Je réalise que l'activité risque de beaucoup augmenter dans les semaines à venir et qu'il va falloir équiper des laboratoires en machines de PCR et envisager des cadences élevées. Je demande donc à mon retour au ministère si l'on peut dégrader le niveau d'exigence pour réaliser les tests dans des laboratoires de virologie de routine de type P2 ou P2+. La DGS saisit sur le sujet l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS), qui répondent toutes deux très favorablement ; nous sommes alors le 30 janvier.

Dès le 31 janvier, je demande à la DGS un calendrier de déploiement des tests et je veux qu'il soit mis en œuvre très rapidement.

Le 1^{er} février, j'ai la confirmation par la DGS que la PCR sera présente dans tous les établissements de santé de référence lors de la première semaine de février. Ce seront des tests diagnostiques pour les cas suspects et des tests de dépistage pour les contacts. Pourquoi les établissements de référence ? Parce que ce sont les établissements que nous avons choisis pour accueillir tous les cas suspects ou les cas réels qui nous seront adressés par les centres 15. Rappelez-vous qu'à l'époque on disait à tout voyageur revenant de Chine ou de la région de Wuhan d'appeler le centre 15 en cas de symptômes. Ce sont des établissements qui ont des services de médecine infectieuse, des services d'urgence et de réanimation.

Lorsque je suis ministre, les deux plus grosses opérations de tests concernent, d'une part, les Français rapatriés de Wuhan le 31 janvier et le 2 février pour le deuxième rapatriement – les tests sont faits par l'institut hospitalo-universitaire (IHU) de Marseille –, et, d'autre part, le *cluster* des Contamines-Montjoie où, le 7 février, 200 enfants contacts sont testés au laboratoire de l'institut Pasteur de Lyon.

Je rappelle que je quitte le ministère le 15 février, qu'il y a eu 12 cas diagnostiqués au total en France et que nous sommes toujours en phase 1 de l'épidémie. Mon objectif à ce moment-là est que tous les établissements de santé qui risquent de recevoir des malades *via* les centres 15 soient équipés en tests. C'est exactement ce que prévoit le plan pandémie grippale de 2009 au sujet de l'organisation des laboratoires pour la détection des cas. Cela figure dans ce document à la page 40 pour la phase 1 et page 48 pour la phase 2. Il s'agit toujours de laboratoires hospitaliers ; les laboratoires de ville ne sont jamais cités.

La question des tests de dépistage à réaliser à grande échelle n'a jamais été évoquée avec mes homologues internationaux, que ce soit lors des G7, du Conseil emploi, politique sociale, santé et consommateurs (Epsco) du 13 février, dans mes échanges avec le directeur général de l'OMS ou dans mes échanges directs avec mes homologues européens. Je n'ai jamais eu de note de mes services au sujet d'un déploiement d'un dépistage à grande échelle ou sur les tests en général, en dehors de la notion d'un calendrier de déploiement dans les hôpitaux, début février. Voilà ce que je peux dire sur ce qui s'est passé jusqu'à mon départ, le 15 février.

Les premières recommandations de l'OMS sur la réalisation des tests en laboratoire datent du 12 février 2020, puis des 2 et 21 mars. Elles sont purement techniques : ce sont des recommandations de laboratoire, qui ne donnent pas de stratégie de dépistage. Elles n'indiquent pas non plus qu'il faut tester d'autres personnes que les malades ou leurs contacts.

C'est dans une allocution du 16 mars 2020 que le directeur général de l'OMS invite à tester massivement. En réalité, beaucoup de pays n'ont même pas mis au point le test

de détection. Il dit : « Nous n'avons pas vu d'escalade assez urgente dans le dépistage, l'isolement et la recherche des contacts, qui sont le pilier de la riposte. » Selon lui, « le moyen le plus efficace de briser les chaînes de transmission, c'est le *testing*. Il faut dépister et isoler. » C'est la première prise de parole du directeur général de l'OMS sur le sujet.

À mon départ, le 15 février, je n'ai donc pas connaissance de la moindre recommandation de l'ECDC ou de l'OMS concernant des stratégies de dépistage différentes de celle que nous faisons quand j'étais ministre, c'est-à-dire l'identification des malades et des contacts. Nous avons procédé ainsi en janvier et début février, pour qu'il n'y ait pas de chaîne de transmission. Par ailleurs, je ne vois pas qui on aurait pu dépister à large échelle lors de cette période : il n'y avait pas de circulation du virus en Europe, mais seulement des *clusters* autour de cas importés de Chine. Le virus ne circulant pas, la question du dépistage à large échelle ne s'est pas posée à ce moment-là.

J'ai fait une petite recherche bibliographique, car beaucoup parlent de la stratégie coréenne. Je trouve pour la première fois cette notion de stratégie coréenne dans la presse lors de la première semaine du confinement, après le 17 mars, soit un mois après mon départ. À mon avis, pour le coronavirus, la question d'un dépistage à large échelle commence à émerger au mois de mars lorsque l'on découvre qu'il y a de très nombreux cas asymptomatiques et que les malades testés initialement dans les établissements de santé sont probablement le sommet émergé de l'iceberg. C'est à ce moment que l'on se pose la question d'un dépistage en population générale, qui devient du coup une évidence pour tracer les cas contacts.

J'ai cherché quel article ou quelle recommandation, pour la période qui court jusqu'au 15 février, aurait pu préconiser un dépistage à large échelle chez des sujets asymptomatiques. Je n'en ai trouvé aucune trace. Ce sujet n'existait donc pas encore à l'échelon national ou international ; s'il existait, c'était au sein d'équipes techniques ou d'experts, mais ni dans les recommandations ni dans la presse.

Je ne sais pas quand a commencé le dépistage en Allemagne et je ne peux donc pas en faire état. J'étais en contact très régulier avec Jens Spahn, ministre allemand de la santé, et nous n'en avons jamais parlé.

On s'est demandé comment l'Allemagne avait pu faire autant de tests. J'ai lu en avril dans un article très intéressant qu'au moment de la phase épidémique, au mois de mars, les Allemands avaient pris l'habitude de « *pooler* » les prélèvements des malades par dix. Si le pool était négatif, une seule PCR a été utilisée pour tester dix malades. Cette stratégie semble leur avoir fait économiser 80 % des réactifs en termes de consommation. Je ne sais pas si c'était vrai pour tous les établissements hospitaliers allemands, mais je trouve que c'est intéressant.

Vous l'avez compris, la question du dépistage à large échelle s'est posée bien après mon départ du ministère.

Je suis étonnée que vous citiez M. Raoult,...

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Ce n'est pas moi qui l'ai cité, mais le professeur Flahault.

Mme Agnès Buzyn. – ... disant en mars : « Il faut tester, tester, tester. » Or le 24 février – je rappelle que je suis partie du ministère le 15 février –, il disait : « Il y a plus de

morts par accidents de trottinette en Italie que de morts du coronavirus. Il disait aussi : « À cette date, il n’y a que 500 cas de coronavirus dans le monde. Cela devrait arrêter la panique. » Il ajoutait que l’on était proche de la fin de l’épidémie. Je ne crois donc pas qu’il ait demandé à ce que l’on teste fin février ! Je pourrais aussi reprendre ses propos plus tardifs...

Voilà pourquoi je parle de contraction du temps. La question des dépistages à large échelle s’est posée au mois de mars, mais pas avant.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Ce n’est pas moi qui citais le professeur Raoult, je rapportais les propos du professeur Flahault. Vous nous dites que ces propos étaient ultérieurs ; je l’entends. Néanmoins, il est important pour nous d’avoir votre avis sur ce sujet.

Concernant ma première question, vous dites que je vous accuse d’avoir minimisé. Je voulais simplement savoir sur quelles données vous vous fondiez pour tenir vos propos, et vous y avez répondu. Je ne voudrais pas, parce que je vous pose des questions, être taxée d’« antisémitisme », madame.

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. – Bravo !

M. Bernard Jomier, rapporteur. – On va rester serein... Je comprends l’émotion de Mme la ministre, au vu des accusations dont elle a été l’objet. À la suite de l’audition du professeur Raoult, j’ai fait l’objet non pas d’attaques antisémites, mais d’accusations de corruption et de menaces de mort. Être traité de tous les noms, on sait ce que c’est ! J’y ai eu droit et je compatis, madame.

Je voudrais que l’on revienne au fond des choses. Dans votre introduction, vous rappelez le déroulé de la gestion de l’épidémie et les multiples événements qui ont eu lieu, dont la plupart sont postérieurs à vos fonctions ministérielles. On ne va pas aujourd’hui reprendre toute l’histoire de l’épidémie dans tous ses aspects, sinon le président Savary va rester là jusqu’à demain matin. Je m’en tiendrai pour ma part à deux points.

Le premier point concerne ce qui s’est passé en septembre et octobre 2018. Un courrier a été adressé par le directeur de l’Agence nationale de santé publique au DGS pour lui demander de nouvelles instructions et une doctrine sur la question des masques, le constat ayant été fait que le stock, qui comptait alors 600 millions de masques et avait peu bougé au cours des années précédentes, était en partie en mauvais état. Le DGS a donc pris une décision visant à abaisser le stock, lequel représentait environ 100 millions de masques au début de 2020.

Les dépositions du DGS concordent avec ce que vous avez affirmé lors de votre audition à l’Assemblée nationale : vous n’aviez pas été informée de cet événement, et donc de ce changement de pied. Je ne sais pas si c’est un changement de doctrine, mais c’est très clairement à ce moment-là que notre stock est passé de 600 millions environ à 100 millions de masques, devenant tout à fait insuffisant pour faire face à une épidémie.

J’imagine que vous confirmerez que vous n’aviez pas été informée, mais je voudrais que vous nous donniez une explication. Que signifie, en termes de gouvernance de la santé publique, le fait qu’un DGS puisse prendre seul une décision aussi importante – même si vous avez relativisé la question des masques lors de votre déposition à l’Assemblée

nationale –, et ce sans en informer la ministre, pas plus que les agences sanitaires. Après tout, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), qui avait joué un rôle déterminant dans la doctrine, n'en a pas été plus informé.

On a le sentiment que personne n'a été informé et que le DGS, tout seul dans son coin, a pu prendre une telle décision à l'impact sanitaire assez considérable, comme on l'a vu par la suite. Quel est votre regard sur ce point, et sur ce que cela dit du fonctionnement de notre appareil d'État ?

Deuxième point : le mois de janvier.

J'ai eu l'occasion de le dire, je pense que vous dites la vérité et je vous en donne acte, car vous déposez sous serment. Vous avez été alertée dès fin décembre. Vous avez en fait eu le regard attiré par une information relative à des pneumopathies mortelles en Chine. Vous dites que vous en avez informé le Premier ministre et le chef de l'État, autour du 11 janvier, à peu près au moment où les Chinois transmettaient la carte d'identité du virus à la communauté internationale. Puis vous découvrez la transmission interhumaine, le 22 janvier. Deux jours plus tard, ajoutez-vous, « je comprends que quelque chose de grave est en train de se passer ».

Nous avons un problème, madame la ministre. Nous vous donnons acte de vos propos : au cours du mois de janvier, vous avez pris conscience qu'un événement grave, une épidémie susceptible de se diffuser dans notre population, pouvait survenir. Dans le même temps, la machine d'État semble ne pas se mettre réellement en marche.

Vous avez parlé de la question des tests. Personne ne dit rétrospectivement qu'il fallait tester la population en janvier et février. Ce que l'on dit, c'est qu'il fallait évidemment préparer la fabrication de tests pour être en situation de tester la population. C'est d'ailleurs ce que les Allemands ont fait.

D'après les informations que nous recueillons, nous constatons que l'institut Pasteur a fait son travail. Dans les derniers jours de janvier, le test est prêt. Pourquoi cela n'a-t-il pas embrayé après ? En janvier, vous prenez conscience qu'une épidémie potentiellement grave arrive et qu'il faudra d'ores et déjà des masques pour protéger les soignants. Pour la population générale, on ne sait pas – je vais y revenir –, mais pour les soignants, c'est certain. Il n'y a aucun débat à cet égard ; or le stock est extrêmement bas. On sait que les hôpitaux n'avaient pas non plus de stock suffisant. Le changement de doctrine, c'est bien beau, mais si on ne vérifie pas son application, on est dépourvu !

La première commande, le 30 janvier, est anecdotique : 1 million et quelques de masques, puis un peu plus le 7 février. Il faut attendre... Or, en temps d'épidémie, une semaine est une durée extrêmement longue. C'est un défaut de réactivité total. Les commandes significatives arrivent bien plus tard.

Pour ce qui est de la population générale, on se souvient tous qu'il n'y avait pas de recommandation de port du masque en février et mars. Mais lorsque l'on est, comme vous et les responsables publics, chargé de la santé publique et que l'on connaît l'histoire de ces maladies à transmission respiratoire, on sait que cet outil a été utilisé au cours des épidémies précédentes par les pays asiatiques. Ces épidémies nous avaient certes épargnés, raison pour laquelle, peut-être, nous n'étions pas assez prêts. L'utilité du masque n'était donc ni affirmée ni avérée, mais une question, un doute, se pose. Il est tout de même plus sage de se dire que

l'on aura peut-être besoin de masques pour protéger la population générale, si leur utilité se confirme. Cela n'est pas mis en place. À quoi était occupé l'appareil d'État au mois de février, madame la ministre ?

Ce matin, votre ancienne collègue du Gouvernement Sibeth Ndiaye nous disait que l'actualité était plutôt à la réforme des retraites, et que la question du coronavirus était arrivée progressivement. Y a-t-il une difficulté d'acculturation, pour reprendre l'expression de Mme Ndiaye, des autorités de l'État à la question de la survenue d'une épidémie dans notre pays ? J'aimerais que vous alliez avec sincérité et vérité au fond des choses. Pour nous, cette question ne met pas en cause des personnes nommément, mais un contexte général, un fonctionnement de l'appareil d'État manifestement insatisfaisant, qui n'a pas répondu à ce qui était votre intuition, mais aussi, semble-t-il, votre conviction.

M. René-Paul Savary, président. – Madame la ministre, vous n'avez pas répondu à la question de Catherine Deroche sur l'harmonisation européenne et votre volonté, en janvier, de trouver une solution commune.

Mme Agnès Buzyn. – Les questions sont extrêmement nombreuses et, à vrai dire, je ne sais par où commencer. Je reviendrai ultérieurement sur la question internationale, madame Deroche, puis sur celle des masques. Je dirai d'abord un mot du dépistage, puis je parlerai de l'appareil d'État.

Pourquoi la France n'a-t-elle pas envisagé de dépistage en janvier et février ? Je me suis posé la question en préparant cette audition devant la commission d'enquête et je vous ferai une réponse de médecin, sans avoir de preuve. Cette réponse est hypothétique parce que la question ne s'est posée à aucun moment. Lorsque j'étais ministre, jusqu'au 15 février, on parlait de détecter les cas et l'on était en phase pré-épidémique. Dans les plans pandémie qui sont notre outil habituel de réflexion, comme le plan pandémie grippale, lorsque l'on arrive en phase épidémique, on arrête de tester : les symptômes suffisent. On ne se met jamais en situation de faire un dépistage de la grippe à large échelle. Aucun laboratoire de ville ne fait une PCR grippale lors d'une épidémie de grippe en phase épidémique. Quand les gens sont malades, les médecins le signalent. Le plan pandémie grippale ne prévoit pas de dépistage.

Dans les modèles SRAS et MERS-CoV, qui sont les deux autres coronavirus épidémiques connus, les personnes sont très malades, et ces virus sont très mortels – à 50 %, 80 % et 30 %. Tout le monde est malade : il n'y a pas de cas asymptomatique du SRAS. Pour ces deux épidémies, à ma connaissance, un dépistage à large échelle n'a pas été envisagé. Avec la covid-19, la situation est intermédiaire : il y a un virus très grave, que l'on ne connaît pas, et beaucoup de cas asymptomatiques. Le temps de réaliser tout cela et d'admettre l'idée d'un dépistage à large échelle, on était en mars et la phase 3 avait commencé.

Je ne vois pas à partir de quel signal on aurait pu envisager un dépistage à large échelle en février. Peut-être les experts allemands y ont-ils pensé, mais je n'ai eu aucune note, aucun mail, aucune demande, aucun échange international, aucune recommandation contenant l'idée d'un tel dépistage. C'est ma réponse intuitive de médecin que je vous livre.

Un article d'un journal du soir bien connu a laissé penser que l'appareil d'État ne s'était pas mis en route. C'est l'angle qu'a choisi la journaliste. Je n'ai pas pris la parole ensuite, au vu du flot de menaces et d'insultes que j'ai subies à partir de cette date. C'est l'occasion pour moi de vous dire à quel point l'appareil d'État s'est mis en branle à partir du

10 janvier. Je vais faire la liste ce que nous avons fait parce que je ne peux pas laisser dire que nous n'avons rien préparé. Je vous prie de m'excuser si c'est fastidieux et long, mais vous devez connaître la chronologie de ce que nous avons fait. Les Français ont le droit de savoir quelle a été l'action du Gouvernement au moment du démarrage de cette crise.

Je lis une alerte sur un blog anglo-saxon vers le 25 décembre et je l'envoie immédiatement au DGS. Le 1^{er} janvier, les Chinois et l'OMS signalent.

Le 2 janvier, le DGS met en place une veille du Corross de niveau 1, ce qui veut dire que l'on réceptionne et valide les signalements. Il y a une information systématique de la direction du cabinet sur tout ce qui concerne cet événement, un suivi et une gestion dans les établissements de santé des événements sensibles, la rédaction et la diffusion d'un bulletin, une astreinte le soir et le week-end. Nous sommes alors le 2 janvier.

Le mardi 7 janvier, les Chinois détectent qu'il s'agit d'un coronavirus de type SARS-CoV2. Le DGS ouvre immédiatement un suivi DGS, avec un point quotidien réalisé par le Corross et adressé au cabinet.

Le mercredi 8 janvier, il y a une quarantaine de cas à Wuhan et aucun mort. On inscrit cet événement en réunion de sécurité sanitaire, laquelle se tient de façon hebdomadaire tous les mercredis matin au ministère, en présence d'un membre du cabinet et sous l'égide du DGS, avec toutes les agences.

Le jeudi 9 janvier, je reçois le premier message d'alerte formelle du DGS, qui m'informe que 59 malades ont été identifiés à Wuhan et qu'il s'agit d'un coronavirus dans les poumons. À partir de cette date le DGS et moi échangeons quasiment de façon quotidienne de visu ou par téléphone.

Le vendredi 10 janvier, l'OMS publie des orientations techniques et des conseils pour détecter et prendre en charge les cas, et rappelle qu'il n'y a pas de transmission interhumaine ; si elle existe, elle doit être limitée. Nous prenons tout de même l'alerte au sérieux et nous montons le centre de crise. Nous élaborons une note du Corross, actualisée et adressée au cabinet tous les jours. Le DGS organise une réunion du comité technique intersecteurs, c'est-à-dire tous les services, sur le sujet. Nous diffusons le premier message d'alerte de la DGS aux agences régionales de santé (ARS), aux sociétés savantes – urgentistes, réanimateurs, infectiologues, de santé publique. L'objectif de ce message est de repérer les cas sur la base de la définition de cas de l'OMS et de l'ECDC, et de leur indiquer la conduite à tenir en face de cas suspects.

Toujours le 10 janvier, nous mettons en place un dispositif de communication et d'information à l'attention de tous les passagers qui arrivent de Chine à l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle par tous les vols directs.

Le samedi 11 janvier, j'apprends qu'il y a un premier mort en Chine. Je considère que le virus est potentiellement grave et je préviens le Président de la République et le Premier ministre.

Le lundi 13 janvier, un premier cas est détecté hors de Chine, en Thaïlande : un homme qui s'était rendu au marché aux poissons de Wuhan. À cette période, il est toujours question d'une zoonose transmise par un animal.

Le 14 janvier, nous diffusons le premier message d'alerte sanitaire aux établissements de santé et médico-sociaux. Nous envoyons également un signal DGS urgent à plus de 800 000 professionnels de santé libéraux. À cette époque, je le rappelle, il n'y a toujours pas de notion de transmission interhumaine et l'ECDC évalue le risque d'importation dans l'Union européenne comme « faible ».

Le mardi 21 janvier, le DGS me dit qu'il y a probablement une transmission interhumaine. Il y a alors 280 cas, 6 décès, 4 cas exportés hors de Chine. Pour moi, c'est la bascule en termes d'alerte. Je décide donc d'organiser une réunion de toutes les directions à la DGS, et de tenir une conférence de presse quotidienne au niveau du ministère et du DGS pour rendre compte aux Français de l'évaluation de la situation. Je demande ce jour-là au DGS combien de masques nous avons en stock. Je le redis, c'est la première fois que j'entends qu'il s'agit d'une transmission interhumaine.

L'OMS réunit ses experts les 22 et 23 janvier. Ils décident de ne pas déclarer l'USPPI. Ils ont envoyé des experts en Chine, qui nous disent que la transmission interhumaine est avérée, mais qu'ils ne connaissent pas l'ampleur de cette transmission.

Le 22 janvier, sur la base de cette confirmation par l'OMS, nous montons le niveau d'alerte du Corruss au niveau 2, ce qui correspond à un niveau renforcé : une équipe dédiée au sein du ministère, avec des astreintes le soir et le week-end, qui coordonne toutes les actions au niveau de la santé, suit les événements avec les ARS, priorise les informations, fait des points de synthèse quotidiens et projette des moyens si nécessaires.

Nous faisons une réunion inter-directions au ministère avec la direction de la communication et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Nous demandons à Matignon l'autorisation que la DGS pilote la crise. Je demande que l'on me programme un échange avec la commissaire européenne Stella Kyriakides. Nous envoyons le deuxième message d'alerte ministère de la santé, aux ARS, aux établissements de santé et aux professionnels libéraux.

Le jeudi 23 janvier, il n'y a toujours pas d'alerte déclarée par l'OMS. Il y a 580 cas en Chine et 17 décès. Nous décidons de distribuer des *flyers* en trois langues à la descente des avions venant de Chine. Nous ouvrons le centre de crise du MEAE pour répondre aux Français d'Asie. Nous mettons en place une foire aux questions grand public. Je prends la parole au Corruss à 14 heures pour expliquer tout cela. La DGS reçoit le premier point de Santé publique France sur l'évaluation des stocks, selon lequel nous avons 100 millions de masques. Au niveau international, nous apprenons dans la nuit du 23 au 24 janvier que la Chine ferme Wuhan.

Le vendredi 24 janvier, j'ai le premier retour de la DGS sur le nombre de masques : nous disposons de 33 millions de masques chirurgicaux pédiatriques et 66 millions de masques chirurgicaux adultes, et nous allons recevoir en février 10 millions de masques pédiatriques et 54 millions de masques adultes. Je demande immédiatement que de nouvelles commandes soient lancées. Le cabinet demande officiellement que le Secrétariat général de la défense nationale et de la sécurité nationale (SGDSN) soit saisi du sujet de la commande des masques. Je fais mon premier point sur Wuhan en conseil des ministres.

Le soir du 24 janvier, les trois premiers cas sont détectés en France. Nous envoyons dans la nuit un troisième message DGS urgent aux professionnels libéraux pour les

aider à détecter les cas et leur donner la conduite à tenir : nous traçons tous les cas contacts et les mettons à l'isolement. Je préviens évidemment le Premier ministre et le Président de la République au sujet des cas. Le Premier ministre organise une réunion à Matignon durant le week-end. Il y a d'abord une réunion des services à Matignon le samedi matin, puis une réunion de ministres le dimanche. J'appelle la commissaire européenne à la Santé Stella Kyriakides et lui demande de convoquer un conseil des ministres européen. Elle me signale qu'elle n'en a pas le pouvoir et que c'est à la présidence croate de l'organiser.

J'appelle aussi, le soir du 24 janvier, le directeur général de l'OMS, M. Tedros Adhanom Ghebreyesus, pour l'informer des premiers cas européens et essayer de comprendre pourquoi il n'y a pas eu de déclenchement de l'USPPI. Il m'explique sa décision et me dit qu'il va se rendre en Chine durant le week-end pour se rendre compte lui-même de la situation.

Le samedi 25 janvier, il y a un peu plus de 1 000 cas en Chine et 41 décès. Je demande à mon directeur de cabinet de faire un point sur l'état du capacitaire en lits et des stocks mobilisables, notamment de respirateurs, dans les hôpitaux. Je demande de structurer la recherche, notamment la recherche clinique avec les antiviraux. Je demande à Santé publique France de me soumettre trois scénarios épidémiques pour la réunion des ministres du dimanche à Matignon. Je demande que l'on réunisse les professionnels hospitaliers, présidents de commission d'établissement (PCME) et directeurs d'hôpitaux.

Nous ouvrons également une page d'information grand public, gouvernement.fr/info-coronavirus. Je mets en place un dispositif d'accueil avec la réserve sanitaire pour tous les vols directs de retour de Chine, afin de prendre en charge les passagers inquiets ou malades. Cette réserve sanitaire est donc mobilisée officiellement le 25 janvier.

Nous diffusons un troisième message aux ARS et aux établissements de santé, en leur demandant d'organiser une cellule régionale de suivi des cas, et d'organiser des structures d'accueil au sein des hôpitaux et des services d'urgence.

Je décide le samedi après-midi d'appeler mon homologue allemand, Jens Spahn, pour échanger sur sa perception de la situation.

Le dimanche 26 janvier se tient la première réunion de ministres autour du Premier ministre à Matignon pour faire le point sur l'épidémie et sur la situation des Français en Chine. Nous décidons de rapatrier les Français de Chine, notamment ceux de Wuhan. Je présente les trois scénarios épidémiques qui ont été élaborés par Santé publique France : le premier est un contrôle rapide « SRAS like », qualifié de « peu probable » ; le deuxième est une pandémie avec un impact sanitaire et sociétal significatif, qualifié de « plus probable » ; le troisième est une pandémie avec un impact majeur sanitaire et sociétal, qualifié de « très peu probable ». Je crains malheureusement que nous n'ayons vécu le dernier scénario.

Je décide d'appeler de nouveau la commissaire européenne à la santé pour essayer de comprendre pourquoi je n'ai pas de nouvelles des Croates quant à l'organisation d'un conseil des ministres européen. Elle pense que la majorité des pays de l'Union n'y est pas favorable. J'apprendrai plus tard par le Quai d'Orsay que seuls 3 pays sur 27 souhaitent ce conseil des ministres. J'appelle donc le ministre de la santé croate, qui me dit qu'il va l'organiser dans la semaine, malgré le peu d'appétence des pays européens.

Le lundi 27 janvier, l'OMS n'a toujours pas déclenché l'USPPI. Selon le *risk assessment* de l'ECDC, la probabilité d'importer des cas dans l'UE est modérée et la probabilité qu'un cas détecté dans l'UE entraîne des cas secondaires est faible. Je décide malgré tout, le lundi 27 janvier, de monter le niveau du Corvuss au niveau 3, soit le centre de crise renforcée, mis en place par exemple lors attentats multisites ou lors d'un accident NRBC. Ce centre de crise assure les relations interministérielles, pilote les établissements de santé et médico-sociaux, suit la crise et la gère avec les ARS, projette des moyens humains. Il organise une cellule de décision, une cellule de situation, une cellule de communication et un pôle technique.

Ce lundi 27 janvier, nous arbitrons sur l'usage de l'article du code de la santé publique qui permet d'obliger les cas contacts à rester à domicile, et qui s'appliquera également aux futurs rapatriés de Wuhan. Je demande à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) si elle peut étendre la définition des indemnités journalières à ces personnes obligées de rester chez elle pendant 14 jours, et qui n'auront pas de revenus. À cette date, l'institut Pasteur nous annonce que le test de diagnostic par RT-PCR est prêt et peut être déployé. Nous le déployons dans les centres hospitaliers universitaires (CHU). J'envoie un message au directeur général de l'OMS, de retour de Chine, pour avoir ses impressions. J'adresse un message au Premier ministre et au Président de la République pour faire un point de situation et propose d'en parler au prochain conseil des ministres.

Surtout, je me bats, parce que je suis inquiète, aux côtés de Jérôme Salomon, pour obtenir un élargissement de la définition des cas contacts. À cette date étaient considérées comme « à risque » des personnes qui avaient séjourné à Wuhan. Nous considérons qu'au vu de l'étendue de l'épidémie en Chine – 4 500 cas et 100 décès – il faudrait élargir la zone géographique au moins à la région de Hubei, voire à toute la Chine. Nous trouvons aussi que les symptômes retenus, les seuls symptômes respiratoires, sont trop restrictifs. Nous savons que le premier malade de Bichat, le touriste chinois de 80 ans, avait d'abord eu des symptômes digestifs : nous demandons donc un élargissement aux symptômes digestifs.

Le mardi 28 janvier, nous envoyons un quatrième message aux ARS pour leur demander d'anticiper, *via* des remontées d'informations, les stocks de matériels – respirateurs, équipements de protection – pour les prises en charge possibles et pour éviter les ruptures. C'est la traduction officielle, par un message de la DGS aux ARS, de ma demande au directeur de cabinet du 25 janvier, visant à savoir quel était notre capacitaire dans les hôpitaux et si nous étions armés.

On me demande d'arbitrer sur une demande chinoise transmise par le MEAE. Les Chinois veulent qu'on leur envoie, par le vol qui va chercher les rapatriés à Wuhan, des équipements de protection individuelle. Je refuse, considérant que les stocks risquent d'être tendus en France.

À cette date, une délégation est envoyée par l'OMS en Chine et l'Italie suspend ses vols vers la Chine, sans se concerter avec les autres pays européens. J'alerte Jean-Yves Le Drian et nous discutons de la nécessité de fermer ou non les vols.

Le mercredi 29 janvier, l'OMS annonce qu'elle convoque son comité d'urgence le lendemain. J'obtiens par Santé publique France l'autorisation d'élargir la définition des cas à une zone géographique plus large et à des symptômes plus nombreux. Cet élargissement de la définition des cas est fait en France contre les avis de l'OMS, de l'ECDC et du Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) américain. Nous sommes donc les seuls à

élargir, à ma demande, la définition des cas. Je demande aussi que le *tracing* des cas contacts démarre avant les symptômes parce que nous commençons à saisir que les patients sont asymptomatiques, mais contagieux.

À cette même date, le Premier ministre convoque la deuxième réunion de ministres à Matignon pour organiser le rapatriement de Wuhan. À ma demande se tient une réunion entre le DGS et le SGDSN sur les mesures d'anticipation, notamment au sujet des stocks d'équipements de protection individuelle. Le MAE prend la main sur la tenue d'un conseil des ministres européen extraordinaire, voyant que rien n'arrive du côté de la Croatie. C'est la première consultation informelle du MEAE sur la convocation d'un tel conseil à Bruxelles. C'est alors que me revient l'information selon laquelle seuls 3 pays acceptent.

Le jeudi 30 janvier, nous commandons, pour la première fois des masques FFP2 et des surblouses pour équiper le personnel en première ligne, en attendant les remontées de nos hôpitaux sur l'état de leurs stocks. Nous envoyons un troisième message aux établissements de santé pour élargir la définition des cas et les circuits de signalement.

Nous envoyons un quatrième message aux professionnels libéraux, et un cinquième message aux ARS. Je visite l'hôpital Bichat et rencontre toutes les équipes pour discuter du cas hospitalisé. Je demande alors que l'on rétrograde le niveau d'exigence pour faire les tests en laboratoire P2. Je rencontre le professeur Yazdan Yazdanpanah. Je demande à REACTing de me soumettre des scénarios et de me proposer des protocoles de recherche clinique testant les antiviraux, pour le cas où l'épidémie arriverait. C'est seulement à cette date que l'OMS déclare l'USPPI.

Le vendredi 31 janvier, nous devons gérer le Brexit et nous ne sommes plus en lien avec Matthew Hancock, secrétaire d'État anglais à la santé, avec lequel nous avons des échanges réguliers. Il y a en Chine 213 décès et 9 000 cas. Je vais accueillir les rapatriés de Wuhan à Carry-le-Rouet. Nous mettons en place un numéro vert pour tous les Français qui le souhaitent et qui sont inquiets, de façon à décharger les centres 15. Nous adressons un sixième message aux ARS sur l'éviction à domicile, la quarantaine et les indemnités journalières.

À cette date, je demande au DGS de réquisitionner tous les internes de santé publique pour qu'ils viennent nous aider dans les ARS et au centre de crise du ministère, dans l'hypothèse où il faudrait tracer beaucoup de cas contacts et où l'on aurait besoin de nombreux médecins. Je m'énerve, car il n'y a toujours pas de Conseil européen de la santé. Je demande que l'on me prépare un courrier « niveau ministre » visant à solliciter de nouveau la présidence croate pour la tenue de ce conseil, et je rappelle le ministre croate de la santé. C'est seulement à cette date que l'ECDC élargit la définition des cas à toute la Chine.

Le samedi 1^{er} février, j'ai la confirmation que la technique de PCR sera disponible dans tous les établissements de référence lors de la première semaine de février. L'ensemble des Français rapatriés de Chine, arrivés la veille au soir, sont testés : ils sont tous négatifs. J'apprends que le ministre de la santé croate a été limogé dans la semaine, ce qui explique l'absence de réaction aux demandes de la France. On attend la nomination d'un nouveau ministre pour l'organisation du Conseil emploi, politique sociale, santé et consommateurs. Les autorités chinoises demandent l'aide internationale. Les États-Unis suspendent leurs vols vers la Chine. J'appelle de nouveau mon homologue allemand Jens Spahn, avec lequel j'ai de très bonnes relations, pour envisager une harmonisation des décisions au niveau de l'espace Schengen sur les mesures aux frontières. Nous actons que nous nous verrons rapidement. Les États-Unis proposent ce jour-là un G7 santé, qui s'organise pour la semaine suivante.

Le dimanche 2 février, il y a 146 cas exportés hors de Chine, mais toujours aucun cas de transmission interhumaine ou de chaîne de transmission ou de foyer épidémique rapporté hors de Chine. Notre troisième réunion de ministres se tient autour du Premier ministre à Matignon : nous faisons un point sur l'épidémie, les rapatriements et les mesures à prendre. Je décide de constituer un stock d'État de masques FFP2 pour les soignants. Je vous rappelle qu'il n'y avait pas de stock d'État pour ces masques depuis les circulaires de 2013. Je reçois une note du DGS m'expliquant la difficulté de modélisation de l'épidémie, du fait que nous manquons d'informations sur le nombre de personnes ayant une immunité préexistante, de personnes asymptomatiques, de personnes asymptomatiques et contagieuses, de cas graves, *etc.*

Le lundi 3 février, il y a le premier décès hors de Chine. La Chine fait des efforts d'endiguement : plus de 100 millions de personnes sont confinés, quasiment toute la région de Hubei. Le MAE déconseille les déplacements non indispensables en Chine. À la DGS se tient une réunion avec tous les centres de crise des ministères. Lors de cette réunion, le SGDSN fait un état des lieux sur les stocks et la doctrine sur les masques. Il rappelle qu'il n'y a pas de lieu de porter de masques en population générale, et que les masques sont de la responsabilité des employeurs.

À cette date, nous saisissons le Haut Conseil de la santé publique pour former un groupe de travail sur la covid. La première réunion téléphonique du G7, au niveau des ministres, porte essentiellement sur les mesures aux frontières et la quarantaine des rapatriés, parce que nous faisons tous des choses différentes. Nous envoyons un projet de conclusions du Conseil Epsco aux Allemands et aux Croates. Il porte sur des achats groupés de matériels, notamment les masques, et sur les éventuelles pénuries de médicaments.

Toujours à cette date, l'OMS nous demande simplement d'aider les pays ayant un système de santé fragile à déployer leur réponse. Nous n'avons pas de recommandation particulière sur les frontières.

Le mardi 4 février, j'organise une conférence téléphonique avec tous les directeurs généraux d'ARS. Nous envoyons le quatrième message d'alerte aux établissements. Le ministre allemand de la santé vient me voir à Paris. Nous déjeunons ensemble et nous actons que nous sommes d'accord pour la tenue d'un conseil des ministres européen. Nous faisons un point presse pour le dire.

Je veux rappeler les déclarations du directeur général de l'OMS à cette date : il demande à tous les pays de ne pas imposer de restrictions qui interféreraient de façon non nécessaire avec les voyages internationaux et avec le commerce international. Il leur demande de ne pas fermer les frontières et de ne pas arrêter les vols, car ces restrictions auraient pour effet d'augmenter la peur et la stigmatisation, avec peu d'efficacité en termes de bénéfice pour le public. (*M. Bernard Jomier s'impatiente.*)

Mercredi 5 février... Je suis désolée d'être un peu longue, monsieur le rapporteur, mais je crois que c'est important, car on ne peut pas laisser dire que nous n'avons rien fait.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Cela ne me pose aucun problème que vous nous rappeliez l'intégralité de vos actions. Ma question portait cependant non pas sur votre mobilisation, mais sur le lien avec l'appareil d'État.

Mme Agnès Buzyn. – **Justement**, nous en sommes déjà à la troisième réunion autour du Premier ministre.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Vous nous avez dit des choses très intéressantes. Vous avez dit, par exemple : « Le 24 janvier, je demande que des masques soient commandés. » Or la première commande, faite 6 jours plus tard, est d'un niveau très faible : 2 millions de masques.

Vous nous avez dit, lors de votre première intervention : « Le 27 janvier, le test est fonctionnel dans les hôpitaux. » Je ne sais pas ce que cela signifie, mais tous les soignants qui ont déposé devant nous ont témoigné que, fin mars, on ne testait pas les soignants dans les hôpitaux parce qu'il n'y avait pas de tests, et que l'on testait assez peu les patients, car les tests étaient contingentés dans les hôpitaux.

Vous avez déjà exposé toute cette chronologie à l'Assemblée nationale...

Mme Agnès Buzyn. – Beaucoup moins précisément !

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Mais tout de même en bonne partie.

Mme Agnès Buzyn. – La gestion de cette crise n'est pas connue, et je l'ai exposée de façon beaucoup moins précise à l'Assemblée nationale, monsieur le sénateur...

M. René-Paul Savary, président. – Poursuivez, madame la ministre. Nous en sommes au 4 février et vous avez quitté vos fonctions le 15. On peut finir les quelques jours restants, puis nous vous poserons un certain nombre de questions.

Mme Agnès Buzyn. – Je vais répondre sur les tests.

Le 1^{er} février, on m'annonce le déploiement des tests dans tous les établissements de santé de référence susceptibles de recevoir des cas. Je rappelle qu'à la date du 15 février, lorsque je pars du ministère, 12 cas en France ont été détectés, et il n'y a pas eu de chaîne de transmission. Il y a eu ensuite un déploiement des tests dans les hôpitaux, comme le veut le plan pandémie grippale. Je confirme qu'à ce stade, il n'y a absolument aucune sollicitation des laboratoires de ville, car ce n'est pas le sujet. Je ne peux pas témoigner de ce qui s'est passé après mon départ.

Le mercredi 5 février, nous envoyons le septième message aux ARS afin de leur demander d'organiser les services d'urgence et de constituer des stocks de masques chirurgicaux pour les contacts des malades identifiés. Nous envoyons un cinquième message DGS urgent aux professionnels libéraux.

Le 6 février, il y a 6 cas confirmés en France, et nous réalisons à cette date environ 90 tests par jour sur des cas suspects ; c'est à peu près ce qui remonte des centres 15. Une réunion a lieu entre le SGDSN et la DGS sur la constitution d'un stock d'État. Nous actons un achat conjoint de masques au niveau européen. Nous demandons l'achat de 29 millions de masques FFP2 pour les secteurs hospitaliers, les Ehpad et le secteur libéral. Nous demandons aux usines françaises d'ouvrir de nouvelles lignes de production. Une réunion a lieu au ministère avec les représentants de toutes les professions de santé.

Le vendredi 7 février, je demande à Santé publique France de constituer un stock d'État de masques, gants, charlottes, lunettes, surchaussures et de solution hydroalcoolique. Je

donne mon accord sur le troisième scénario que me propose la DGS concernant les professionnels libéraux, lequel prévoit qu'on leur distribue des kits comprenant des masques. Je donne mon accord pour la délivrance aux établissements de santé et aux Ehpad d'un stock d'amorce de masques pour couvrir les besoins d'un mois. Nous diffusons un avis pour le traitement du linge, le nettoyage des locaux et la protection des personnels.

À cette date est identifié le premier *cluster* français des Contamines-Montjoie, où doivent être testés les 200 enfants des 3 écoles dans lesquelles est passé l'enfant contaminé. Il y a 5 cas contacts, dont un touriste londonien.

Le samedi 8 février, nous en sommes à notre quatrième réunion des ministres à Matignon autour du Premier ministre. Nous faisons le point sur la situation et décidons de fermer les 3 écoles pour 14 jours, de mettre en quarantaine les 200 enfants avec leurs familles ; je rappelle que nous sommes en pleine saison de ski et il est très compliqué d'obtenir cette quarantaine aux Contamines-Montjoie.

Le dimanche 9 février, je me déplace à Grenoble auprès des élus et des familles pour expliquer la quarantaine et assister aux tests. Nous procédons à notre troisième opération de rapatriement des Français de Hubei.

Le lundi 10 février, je fais une réunion au ministère avec REACTing, en présence de Frédérique Vidal, pour savoir où en sont leurs recherches et l'état de leurs connaissances. Personne n'est capable de répondre à l'une de mes questions : « Quel est le niveau de persistance du virus sur les surfaces ? » Nous savons tous en effet que le virus respiratoire colle au bois, au métal, au papier, mais pas combien de temps.

Mardi 11 février, nous envoyons le huitième message aux ARS pour leur expliquer l'ensemble de la doctrine en leur demandant de se mettre en configuration de crise niveau 2. L'OMS organise une première réunion d'experts internationaux autour des traitements.

Le mercredi 12 février a lieu le deuxième G7 des ministres de la santé. Nous parlons essentiellement des quarantaines et nous échangeons surtout sur notre difficulté à obtenir de nos agences de santé publique des scénarios probants.

Le 12 février, je confirme pour la deuxième fois mon refus d'envoyer des équipements de protection individuelle en Chine à la suite d'une nouvelle demande du MAE. Nous envoyons un neuvième message aux ARS, relatif aux points d'entrée sur le territoire.

Le jeudi 13 février, je demande qu'on me transmette non plus l'état des stocks dans les hôpitaux, mais une vision globale des stocks nationaux dans les secteurs privé et public, dans les officines, chez les grossistes répartiteurs en solution hydroalcoolique, équipements de protection individuelle, respirateurs, machines de circulation extracorporelle, litres d'oxygène, saturomètres et télé-médecine. Je me dis en effet que les médecins libéraux vont devoir suivre les malades en ambulatoire. Je demande une doctrine très claire sur les masques chirurgicaux et FFP2, notamment pour les soignants. J'envoie un courrier, signé de ma main, de mobilisation maximale à tous les directeurs d'ARS.

Le 13 février, je me rends au Conseil Escop extraordinaire à Bruxelles – ma première demande à cet égard date du 24 janvier. Le Conseil conclut à l'achat groupé de

matériels et à une vigilance particulière sur les pénuries de médicaments. Je ne peux pas dire que le niveau d'inquiétude soit le même pour tous les ministres européens.

Le vendredi 14 février, la veille de mon départ, j'active le plan Orsan REB, qui est l'équivalent du plan Orsec dans le champ de la santé. Cela veut dire, pour moi, que tout le monde est en ordre de bataille pour faire face à une épidémie qui arriverait.

Je reviendrai sur la question des masques. Selon le *risk assessment* de l'ECDC du 14 février, jour où je déclenche le plan Orsec, il y a au total 44 cas dans l'Union européenne et au Royaume-Uni, tous en lien avec Wuhan et donc tous importés. Le risque pour la capacité des systèmes de santé de l'Union européenne qui résulterait d'une transmission généralisée au plus fort de la pandémie grippale est considéré comme faible à modéré. Le risque associé à l'infection par la covid pour la population de l'Europe est faible.

Au moment où je pars, le 15 février, j'ai mis en place la stratégie de détection précoce des cas dans les hôpitaux, la quarantaine de 14 jours, des tests pour les cas index et leurs contacts, les indemnités journalières pour les quarantaines. Il n'y a aucune épidémie hors de Chine, dans aucun pays. L'Europe compte 44 cas, tous importés du Wuhan. La France compte 12 cas, dont le dernier date de 9 jours. Le dernier cas date du 7 février. Nous sommes toujours au stade 1 de l'épidémie. Le premier cas français dans l'Oise est survenu le 25 ou le 26 février, c'est-à-dire 10 jours après mon départ. Durant 18 ou 19 jours, il n'y a eu aucun nouveau cas. La pandémie a été déclarée par l'OMS le 11 mars, c'est-à-dire près d'un mois après mon départ.

Je ne peux pas laisser dire que l'appareil d'État ne s'est pas mis en marche. Ensuite, je veux bien parler des masques, monsieur le rapporteur.

M. Bernard Jomier, rapporteur. – Dans un article du journal *La Croix*, l'un de vos proches résumait très bien la situation : ce n'est pas parce que l'on a une intuition – et vous avez eu une bonne intuition – que l'on prend des décisions d'État.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Quels étaient les 3 pays européens qui étaient d'accord pour une réunion au niveau européen ?

M. René-Paul Savary, président. – Pourrez-vous, madame la ministre, nous communiquer les messages que vous avez évoqués, notamment celui que vous avez fait parvenir au Président de la République et au Premier ministre le 27 janvier pour faire le point sur la situation.

Mme Agnès Buzyn. – Madame la rapporteure, je ne sais pas quels sont ces pays ; il faudrait le demander au Quai d'Orsay, qui gérait la situation dès lors qu'il s'agissait de l'Europe ; Jean-Yves Le Drian et moi étions d'ailleurs en contact étroit.

Pour répondre à votre question sur l'appareil d'État, monsieur le rapporteur, nous n'avons pas cessé d'agir. Le problème est le suivant : nous avons considéré qu'il y avait un risque potentiel à un moment où cela n'était pas largement partagé. Je n'ai jamais, face aux décisions que j'ai prises, eu la moindre demande de qui que ce soit d'aller plus loin, plus vite, plus fort. Je pense même que toutes ces décisions étaient totalement sous le radar de la plupart de nos concitoyens, de la plupart des experts, lesquels n'ont cessé pendant les 2 mois où j'étais présente de minimiser les risques dans les médias.

Vous savez, le problème dans ces cas-là, c'est que vous subissez aussi le « syndrome Roselyne Bachelot » : tout le monde vous regarde comme quelqu'un qui perd ses nerfs. C'est d'ailleurs ce que dit le professeur Raoult lorsque je vais recevoir les Français de Wuhan à Carry-le-Rouet, le 31 janvier. Il publie un grand article en première page de *La Provence* et de *Corse-Matin*, dans lequel il explique à quel point nous sommes fous et que lui, grand spécialiste des maladies infectieuses, sait que ce n'est pas un virus méchant, que ça n'est pas un sujet et que les politiques, comme d'habitude, perdent leurs nerfs... Il faut faire avec tout ça, monsieur le rapporteur !

J'ai demandé quel était l'état des masques le 21 janvier. Le professeur Flahault vous a dit lui-même qu'il avait tweeté sur les masques le 26 janvier. J'ai demandé, le jour où j'ai eu connaissance de l'état des stocks, que l'on en recommande. On s'est rendu compte qu'il n'y avait pas de masques pour les soignants parce qu'il n'y avait pas de stock d'État pour eux : c'est la première chose que nous avons réglée... Il n'y avait pas de raison de commander un stock pour le grand public.

S'agissant des masques, vous posez la question : « Aurait-on pu faire mieux ? » Je pense sincèrement que peu de ministres ont été autant en alerte et en action que moi à cette période-là en Europe. Nous avons activé tout ce que nous savions faire. Le problème, c'est que les masques sont fabriqués à Wuhan : lorsque l'on a lancé la commande, Wuhan était déjà fermée. Si l'on avait voulu éviter une pénurie, il aurait fallu lancer la commande avant le 22 janvier. Mais avant cette date, il n'y avait que 6 décès.

Vous me permettez, monsieur le président, de répondre plus avant à M. le rapporteur Jomier sur les stocks de masques parce que cette question m'a valu de recevoir beaucoup de menaces de mort, en raison de quelques articles à charge.

Je voudrais revenir sur l'historique de ces stocks. L'objectif de cette commission est de comprendre les dysfonctionnements. Or l'histoire est longue. On peut se poser la question suivante : jusqu'où le dernier qui gère se doit-il d'assumer des décisions ou des défauts d'appréciation successifs ? À mon avis, la question de la bonne gestion des masques n'a plus été un sujet d'alerte depuis la crise de la grippe A H1N1 de 2009.

J'ai essayé de faire rétrospectivement, en vue de cette commission, la lumière et l'historique sur cette question, avec les données à ma disposition. Vous l'avez compris lors des auditions de la semaine dernière, rien de particulier ne m'est remonté concernant les masques. J'ai compris, lors de l'audition de Marisol Touraine, que rien ne lui était remonté non plus puisqu'elle l'a répété trois fois, ajoutant qu'elle faisait confiance à son DGS, Benoît Vallet. Moi aussi d'ailleurs, puisqu'il est resté 8 mois à mes côtés avant son remplacement par Jérôme Salomon en janvier 2018. Pas plus qu'à Marisol Touraine, Benoît Vallet ne m'a parlé des masques.

Je vais vous livrer mon analyse, ayant hérité d'une situation qui n'a cessé d'évoluer depuis 2005, date de la constitution des stocks pour la grippe aviaire H1N1.

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. – Ce n'est pas honnête !

Mme Agnès Buzyn. – Je n'ai pas entendu ce qu'a dit Mme de La Gontrie...

M. René-Paul Savary, président. – On ne peut pas interrompre les personnes que nous entendons ! Poursuivez dans la sérénité, madame la ministre. Ces détails sont tout à fait nécessaires pour analyser cette situation.

Mme Agnès Buzyn. – Si la question des stocks de masques n'a pas été remontée, c'est, je pense, en raison d'un traumatisme lié à la gestion de la grippe H1N1. Roselyne Bachelot l'a d'ailleurs payé : tout le monde a parlé de gabegie. De nombreuses révisions des pratiques et procédures s'en sont ensuivies, beaucoup d'acteurs ayant le sentiment qu'il ne fallait pas en faire trop.

La notion de stocks stratégiques d'État émerge en 2001, à la suite de la crise des enveloppes contaminées par le bacille du charbon aux États-Unis. Il s'agit alors de couvrir différentes menaces d'origine naturelle, accidentelle ou malveillante. Ces stocks ont été constitués au fur et à mesure de l'évolution de la perception des différents risques, le processus décisionnel variant d'un produit à l'autre en fonction du poids attribué au risque. Un document de doctrine globale a été élaboré par la DGS, en présence de toutes les agences et du SGDSN, en janvier 2018 : il y est bien expliqué qu'il faut revoir tous les cinq ans la hiérarchie des risques et adapter les stocks.

Depuis une dizaine d'années, on distingue clairement les moyens tactiques dont sont dotés les établissements de santé pour la gestion des situations exceptionnelles, financés par les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), et les stocks stratégiques, du ressort de l'État, qui viennent en complément pour maintenir une capacité d'intervention et soutenir les plans gouvernementaux. Ces stocks stratégiques sont acquis et gérés par Santé publique France pour le compte de l'État.

En ce qui concerne les stocks de masques pour les soignants, Xavier Bertrand signe, le 2 novembre 2011, une instruction aux ARS et aux préfets de zone pour la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles, notamment dans le domaine de la santé. L'annexe 2 de cette instruction prévoit que l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus) doit contractualiser avec les ARS pour les aider à gérer les stocks tactiques d'équipements, ceux qui sont au plus près des populations, en cas de crise.

Le sens principal de l'instruction de Xavier Bertrand est que, en cas de crise, les stocks des établissements de santé doivent être décentralisés au plus près des besoins. Elle ne mentionne pas explicitement les masques, mais vise l'ensemble du matériel nécessaire à la gestion d'une crise sanitaire ; à l'annexe 4, une note fait d'ailleurs mention des équipements personnels de protection.

S'agissant des masques chirurgicaux, le Haut Conseil de la santé publique rend, en mars 2011, un avis relatif à la stratégie à adopter en matière de stocks de masques respiratoires en cas d'émergence d'un agent hautement pathogène. Il recommande, pour déterminer le dimensionnement des stocks d'État, de disposer de stocks tournants, de s'assurer des possibilités de fabrication et d'approvisionnement pendant une crise, notamment si la demande internationale est élevée, ce qui suppose de diversifier les sources d'achat, et de ne pas changer les recommandations du plan pandémie grippale de 2009.

En pratique, le Haut Conseil de la santé publique préconise de recommander le port du masque anti-projections chirurgical par les sujets malades, à l'instar des pratiques ayant cours dans les pays asiatiques, ainsi que pour les sujets fragiles souffrant de pathologies respiratoires. Il rappelle que les sept essais menés pendant les épisodes de grippe saisonnière,

qui constituent le plus haut niveau de preuve atteignable pour l'évaluation de ces interventions, ne mettent pas en évidence une efficacité des masques respiratoires en population générale.

Le 13 mai 2013, le SGDSN, sur la base de l'avis de 2011 du Haut Conseil de la santé publique, revoit la doctrine des stocks tactiques et stratégiques et renvoie aux employeurs privés et publics la responsabilité de constituer un stock pour protéger leur personnel. Le dimensionnement des stocks est sous-tendu par la durée prévisible d'une épidémie : il l'estime entre huit et douze semaines pour la grippe.

M. René-Paul Savary, président. – Des masques de type FFP2, c'est bien cela ?

Mme Agnès Buzyn. – Cette doctrine prévoit que l'employeur est responsable de la protection de ses personnels, en fonction de leur activité. En gros, je comprends de ce document que, pour les personnes qui font face à du public, il faut des masques de protection chirurgicaux ; mais, pour les établissements de santé, le type de masques n'est pas précisé. Apparemment, ce changement de doctrine n'a pas été accompagné d'une circulaire.

Du fait de ce changement de doctrine, il est clair pour l'État qu'il ne lui appartient plus de disposer d'un stock de masques FFP2. Le stock de masques FFP2 se périmait donc tranquillement – c'est triste à dire – au milieu des années 2010 ; les masques sont régulièrement détruits par l'Éprus, dont c'est une des missions.

L'État considère qu'il a, par deux fois au moins, délégué la responsabilité de disposer de stocks de masques aux établissements : la première par la circulaire de Xavier Bertrand, la seconde par l'avis du SGDSN. Dès lors, dans l'esprit des acteurs de l'État, il n'y a plus lieu de conserver un stock centralisé de masques FFP2. Je crois d'ailleurs qu'il n'y a pas eu de nouvelle commande.

Selon cette nouvelle doctrine, le stock national appelé stratégique est destiné aux malades et leurs contacts ; il s'agit donc plutôt d'un stock d'appoint, constitué principalement de masques chirurgicaux. Aucun document, à ma connaissance, ne précise clairement de combien de masques doit être constitué ce stock stratégique ; mais tous évoquent plutôt la notion d'un stock tampon, tournant et la nécessité de diversifier les sources d'approvisionnement.

L'Éprus jusqu'en 2016, et Santé publique France par la suite, gère les stocks acquis en 2005 et 2009 de façon passive, sans mettre en œuvre les stocks tournants recommandés par le Haut Conseil de la santé publique et, apparemment, sans diversifier les sources d'achat.

Jusqu'en octobre 2018, le stock théorique de masques chirurgicaux est bien de 700 millions à Santé publique France, ce qui explique probablement l'absence d'alerte. Il n'y avait pas de raison d'alerter : pour autant, ces masques étaient-ils utilisables ?

Comme l'a très justement expliqué Marisol Touraine, ces masques n'avaient pas de date de péremption. Seulement, en 2014, une nouvelle norme est publiée pouvant mettre en cause l'efficacité des masques acquis neuf ans plus tôt. J'ignore à quel point cette question a fait l'objet d'échanges entre la DGS et Santé publique France ou le cabinet de Marisol Touraine, ni même s'il y en a eu.

C'est seulement en avril 2017, soit trois ans après l'édition de cette norme et juste avant le changement de gouvernement, que le DGS de l'époque, Benoît Vallet, saisit officiellement Santé publique France pour dresser un état des lieux des stocks stratégiques de l'État, notamment un audit sur l'efficacité des masques au regard de la norme de 2014. La saisine ajoute qu'il faut actualiser la stratégie globale d'acquisition des masques pour tenir compte – j'allais dire : enfin ! – de la doctrine de 2013 et redimensionner le stock de masques pour en faire un stock tampon. L'idée est toujours : il y a trop de masques, il faut que ça tourne et qu'on les distribue avant leur péremption et il faut diversifier les sources de production. Cette saisine répète donc ce que disaient le Haut Conseil de la santé publique et le SGDSN.

Marisol Touraine vous a dit ne pas avoir été informée d'un potentiel problème sur les masques ; j'en suis absolument persuadée. Personne non plus ne m'en informe à mon arrivée, en 2017. Le dossier ministre qui m'est remis par la DGS, donc par Benoît Vallet, à mon entrée en fonction, qui doit me faire état des zones d'alerte, ne fait aucune mention de problèmes ni sur les stocks stratégiques en général ni sur les masques en particulier. Je tiens ce dossier à votre disposition.

Pour autant, parce que cette gestion de stocks dormants ne paraît pas optimale au Haut Conseil de la santé publique comme à la DGS, le contrat d'objectifs et de performance de Santé publique France que nous avons écrit avec Benoît Vallet demande clairement à cette agence de travailler à disposer de stocks tournants, conformément aux recommandations de 2011, c'est-à-dire de remettre dans le circuit régulièrement des produits et d'en recommander, afin qu'il n'y ait plus de stocks dormants se périssant jusqu'à être détruits. Il est aussi demandé à Santé publique France de diversifier ses sources d'approvisionnement. François Bourdillon et moi-même signons ce contrat au début du mois de février 2018.

Après la saisine de Benoît Vallet en avril 2017 sur l'état des stocks, Santé publique France met dix-huit mois à réaliser l'audit demandé. En octobre 2018, le résultat tombe : sur les 700 millions de masques, environ 600 millions sont non conformes, notamment ceux qui datent de 2003 et 2005. Les problèmes sont nombreux : non-conformité au regard de la norme de 2014, moisissures, dégradation des boîtes, entre autres. Il y a fort à parier qu'ils n'étaient plus conformes depuis plusieurs années ; je ne pense pas qu'ils se soient tous périmés en 2017 ou 2018 – certains avaient déjà dix ans d'âge en 2013. Le stock de 700 millions affiché pendant toutes ces années n'a donc jamais fait l'objet d'évaluation qualitative.

Dans cet audit, nous apprenons aussi que la péremption des stocks ne concerne pas que les masques, mais aussi de nombreux autres produits, comme les antiviraux, les antibiotiques, les antidotes ; la liste des produits défaillants est datée du début du mois d'octobre. Vous comprendrez que je ne souhaite pas entrer dans le détail, vu la hiérarchie des risques de l'époque, que tout décideur public doit évidemment prendre en compte – souvenons-nous de l'importance du risque attentat en 2017 et 2018.

Apprenant cela, le DGS convoque une réunion en urgence, dans la semaine qui suit la note, et adresse une commande à Santé publique France le 30 octobre. Elle vise tous les produits à acquérir pour répondre à cette péremption, dont 100 millions de masques chirurgicaux pour 2019. Le même courrier demande également à Santé publique France d'évaluer les capacités de production et d'approvisionnement au cas où des masques chirurgicaux devraient être commandés.

J'ignore si cette diversification des sources de production a été faite par Santé publique France. Quant à la commande de 100 millions de masques initiée par la lettre du 30 octobre, elle n'est réalisée qu'en juillet 2019. Ainsi, Santé publique France a mis neuf mois pour commander les masques. J'ai donc un doute sur leur degré de préoccupation. Je ne sais pas qui, à Santé publique France, a rétrogradé le niveau d'alerte au point de prendre le risque de rester un an avec un stock bon à détruire sans activer de nouvelle commande – la nouvelle commande est arrivée en octobre 2019.

Beaucoup citent le rapport de décembre 2018 du professeur Stahl, qui fait suite à une saisine de la DGS à la fin de 2016 sur les contre-mesures à prendre pour parer à une pandémie grippale. Je rappelle que la saisine par Santé publique France du professeur Stahl et des autres experts ne porte que sur les antiviraux et les vaccins ; à aucun moment elle ne vise les masques, et ce sont les experts eux-mêmes qui se sont autosaisis de la question. Ce qui montre bien que les masques ne sont pas une préoccupation à l'époque.

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

Au ministère, une réunion de sécurité sanitaire se tient tous les mercredis, autour du DGS et en présence de tous les directeurs d'agence. Un membre de mon cabinet y a systématiquement siégé. C'est toujours Santé publique France qui prend la parole en premier, l'agence étant chargée en priorité des risques sanitaires.

Comme ministre, j'ai lu les comptes rendus de ces réunions toutes les semaines. La question des stocks stratégiques ou des masques n'a jamais été soulevée depuis 2017. Je puis même dire : depuis 2012, puisque j'ai participé à cette réunion auparavant, comme directrice et présidente d'agence.

L'histoire des masques est donc celle d'une longue succession de changements de doctrine, plus ou moins bien compris par les acteurs de terrain et avec des lenteurs de mise en œuvre, s'agissant notamment de la diversification des sources d'achat, demandée depuis 2011, sans que, à aucun moment, une alerte digne de ce nom n'ait été lancée vers les ministres concernés.

M. René-Paul Savary, président. – La question de Bernard Jomier sur l'appareil d'État était donc tout à fait pertinente...

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Au cours de ce long déroulé tout à fait intéressant, vous avez dit avoir posé des questions. J'aimerais connaître les réponses que vous avez reçues. Ainsi, quelles ont été les réactions du Président de la République et du Premier ministre lorsque vous les avez alertés, le 11 janvier ?

Le 21 janvier, vous demandez le stock de masques au DGS : il a dû vous répondre 100 millions de masques valables, puisque c'est la commande qu'il avait faite. Comment avez-vous réagi à ce moment-là ?

Le 24 janvier, vous demandez qu'on commande des masques FFP2. À quelle date avez-vous demandé des commandes de masques grand public ?

Vous avez demandé, le 12 février, l'état des stocks nationaux de masques et équipements partout, dans le privé et le public. Vous a-t-on répondu ?

En définitive, selon vous, à quoi a servi Santé publique France ?

Enfin, comment avez-vous préparé les hôpitaux et les Ehpad ? Vous avez commencé à en parler à propos de l'achat européen de masques du 5 février.

Mme Agnès Buzyn. – Le 21 janvier, lorsqu'on me dit qu'il s'agit d'un virus à transmission interhumaine, je prends deux décisions.

D'abord, exposer à la population qu'il y a un risque épidémique, pour commencer à préparer l'opinion publique : je commence à tenir tous les jours un point presse pédagogique, pour expliquer ce qu'on sait et ce qu'on ne sait pas.

Ensuite, je pose la question sur les masques, parce que, pour moi, pour lutter contre un virus respiratoire, il faut des masques.

Le DGS me répond qu'il va demander à Santé publique France. La réponse de Santé publique France arrive après deux ou trois jours : au 21 janvier, le stock de masques est composé de 33 millions de masques chirurgicaux pédiatriques et 65,9 millions de masques chirurgicaux pour adulte ; et nous devons recevoir avant la fin du mois de février 10,6 millions de masques pédiatriques et 54,6 millions de masques pour adulte – ce sont les commandes d'octobre 2018, passées seulement en juillet 2019. Olivier Véran apprendra bien après mon départ que Santé publique France s'est trompé, et qu'il reste en stock 500 millions de masques qui n'ont pas été détruits – vous lui demanderez quelle a été sa réaction.

L'information me parvient le 24 janvier au matin, comme je pars au conseil des ministres. Je réponds au DGS : il faut recommander des masques. Quand je le vois, il me rappelle la doctrine de l'État : les masques des stocks stratégiques sont destinés aux malades, les masques FFP2 pour les soignants sont dans les hôpitaux. Je demande donc à mon directeur de cabinet, le lendemain, de faire remonter l'état des stocks dans les hôpitaux.

Vous me demandez si j'ai commandé des masques grand public. Les recommandations internationales sont à l'époque unanimes : il n'y a pas d'intérêt à porter un masque en population générale. Le rapport Stahl inventorie bien toutes ces recommandations, qui vont dans le même sens. Je ne pense donc pas à commander des stocks de masques chirurgicaux. Mon inquiétude, c'est qu'il va y avoir des malades dans les hôpitaux, et que les soignants doivent être préparés et disposer de masques.

Sur la population générale, le 30 mars encore, le directeur exécutif de l'OMS, Mike Ryan, déclare : il n'y a pas de preuve suggérant que le port du masque par l'ensemble de la population aurait un effet bénéfique. L'OMS dira qu'il a un intérêt à partir du 5 juin.

Je comprends que cela puisse choquer à l'aune de ce que nous vivons, mais un décideur public fait avec les recommandations qui existent. La recommandation du masque grand public n'étant modifiée que le 5 juin, vous comprendrez que je n'aie pas imaginé commander des masques pour la population générale le 24 janvier.

Jean-Christophe Lagarde, président de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la grippe H1N1, avait expliqué que les Français devaient avoir parfaitement conscience des incertitudes scientifiques inévitables lors de l'apparition d'un nouveau virus,

qui peuvent conduire les pouvoirs publics à modifier les mesures de prévention au fur et à mesure de l'évolution de la connaissance scientifique. Avec la covid, on ne peut pas dire que nous ayons eu des certitudes... Les recommandations ont donc changé, à l'instar des recommandations internationales.

La semaine du 28 janvier, nous découvrons que les stocks des hôpitaux sont très hétérogènes, non seulement pour les masques, mais aussi pour les gants et les autres équipements. Certains hôpitaux se sont très bien préparés à une crise d'ampleur, d'autres pas. Le 6 février, quand nous connaissons les stocks de toutes les régions, le DGS me fait porter une note expliquant qu'il n'y a pas assez de stock de masques FFP2 dans les hôpitaux et qu'il faut en recommander beaucoup plus que prévu. Sur la base de deux masques par jour et par soignant, par analogie avec une pandémie grippale, nous commandons 29 millions de masques FFP2 pour les établissements.

Le SGDSN nous informe le 28 janvier qu'une grande majorité des équipements de protection sont produits en Chine et que beaucoup de matières premières viennent de Wuhan, où se fait la production des masques. À cette date, la ville est déjà totalement fermée, et 100 millions de personnes sont confinées dans la région d'Hubei. Les vols s'éteignent, alors que la tension internationale est énorme, tout le monde commençant à passer commande à peu près au même moment.

On me propose différents scénarios : je décide de créer un stock d'État de masques FFP2, contre la doctrine de 2013, et de commander un stock d'amorce pour les soignants, en attendant des commandes ultérieures. Par ailleurs, nous nous associons à la proposition de la Commission européenne d'un appel d'offres groupé.

Le stock tampon doit être distribué aux professionnels de santé et couvrir les besoins pour un mois. Il est calculé sur la base de deux masques par personne et par jour, dans les hôpitaux comme les Ehpad. Tel est le scénario qui m'est proposé par la direction générale de la santé et que je confirme.

Pour les professionnels libéraux, je choisis le scénario le plus proactif, consistant à leur distribuer un kit, considérant qu'ils n'ont pas compris la doctrine de 2013, selon laquelle chacun est responsable de sa propre protection.

Nous passons donc commande le 6 février, sur la base des remontées des ARS, qui, je dois le dire, nous ont surpris.

À la même date, nous ouvrons des lignes de production nouvelles. J'ai compris que cela avait été compliqué. Seuls les producteurs pourraient vous l'expliquer, mais on m'a dit que les machines comme la matière première venaient de Chine.

Outre les masques, j'achète 50 000 paires de lunettes, 3 millions de paires de gants, 200 000 surchaussures, 200 000 charlottes et 100 000 litres de solution hydroalcoolique pour les hôpitaux, les Ehpad et les soignants, sur la base des calculs de la DGS. La commande n'était pas encore arrivée quand je suis partie, une semaine plus tard.

Vous me demandez à quoi a servi Santé publique France.

Cet établissement est considéré comme un opérateur d'importance vitale (OIV). L'Éprus a reçu par la loi du 5 mars 2007 ce statut, visant une organisation identifiée par l'État comme ayant des activités indispensables à la survie de la nation. Pour des raisons de sécurité

nationale, la liste de ces opérateurs n'est pas publique. Le dispositif des OIV résulte d'un décret de 2006 ; il a été codifié au code de la défense en 2007.

L'Éprus est donc considéré comme un établissement absolument indispensable à la gestion de crise. À la suite de son inclusion dans Santé publique France, je ne sais pas si Santé publique France a pris ce statut d'opérateur d'importance vitale.

Intégrer à une agence sanitaire un opérateur d'importance vitale correspondait à la volonté de se rapprocher du modèle des agences anglaise et américaine. Mettre ensemble la surveillance et l'alerte faisait sens.

Seulement, les rapports d'activité de Santé publique France ne restituent que très marginalement les missions auparavant exercées par l'Éprus : ils traitent essentiellement de la réserve sanitaire, quasiment jamais des stocks stratégiques ; les débats et questionnements sur la doctrine de constitution et d'usage des produits et consommables de santé ne sont qu'à peine évoqués. Je ne crois pas que le conseil d'administration de Santé publique France n'ait jamais été alerté des problèmes de stocks.

Je ne sais pas si, ni à quel point, Santé publique France a eu pendant la crise des difficultés à assurer ses missions logistiques ; seul Olivier Véran peut vous le dire. Ce que je sais, c'est que, en 2018 et 2019, l'agence ne s'était pas dotée des moyens de répondre au contrat d'objectifs et de performance, s'agissant de la diversification des sources d'achat comme de la constitution des stocks tampons destinés, selon la doctrine de l'époque, à tourner.

L'intégration de l'Éprus dans Santé publique France a-t-elle dégradé le niveau d'alerte ou d'intérêt sur ses missions d'importance vitale ? C'est une question qui peut se poser aujourd'hui.

Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure. – Vous ne m'avez pas répondu en ce qui concerne la réponse du Président de la République et du Premier ministre à votre première alerte, le 11 janvier, ni sur la manière dont vous avez pensé la préparation des hôpitaux et des Ehpad.

Mme Agnès Buzyn. – J'ai échangé avec le Premier ministre quasiment quotidiennement au sujet de la crise, à partir de notre première réunion de ministres, le 26 janvier. Il était au fait de tout, quasiment en temps réel, et extrêmement en alerte.

Le Président de la République m'a demandé de faire un point lors de chaque conseil des ministres, ce que j'ai fait. Il me répondait chaque fois que je lui envoyais un point de situation. Il a été totalement en alerte, comme le Premier ministre. Nos relations étaient d'une très grande fluidité. En dehors des réunions de ministres et des conseils des ministres, j'ai eu régulièrement l'occasion de leur parler de la crise.

On s'interroge beaucoup sur les Ehpad. La direction générale de la cohésion sociale, qui pilote la politique du grand âge, est intégrée au centre de crise depuis le début. Nous avons toujours considéré les établissements de santé et les Ehpad de la même manière en termes de niveau d'information.

S'agissant des hôpitaux, mon idée était qu'on monterait en charge progressivement si le virus arrivait en France – ce dont j'avais une intuition, mais évidemment pas la certitude. Je pensais à la déprogrammation des activités habituelles pour libérer du

capacitaire, comme dans les plans blancs, et au recours à des équipements en stock. C'est pourquoi j'ai demandé quel était notre stock national de respirateurs. Je n'ai pas eu de réponse à cette question, posée le 12 février. On n'appuie pas sur un bouton au ministère pour savoir combien il y a de saturomètres au doigt dans les pharmacies d'officine : il faut du temps pour remonter les informations. Je pense qu'elles sont remontées après mon départ.

Dans notre esprit, le DGS pilotait la crise, avec autour de lui toutes les directions d'administration centrale et tous les ministères concernés – MAE, la Défense, Beauvau, notamment. On ne peut donc pas dire qu'il y ait eu un défaut de pilotage : tout le monde était autour de la table au centre de crise.

M. René-Paul Savary, président. – Pour ce qui est du message adressé au Président de la République et au Premier ministre le 26 janvier,...

Mme Agnès Buzyn. – Je vous les ferai parvenir par écrit.

M. René-Paul Savary, président. – Avec la réponse, comme vous l'a demandé Sylvie Vermeillet.

Mme Agnès Buzyn. – La réponse du Président de la République et du Premier ministre à mes messages était : merci, on prend note et on fait une réunion. Je ne leur posais pas de questions, mais je leur exposais la situation. Dès qu'il y a eu une urgence ou un événement – premier mort en Chine, transmission interhumaine, premier cas en France –, je leur ai écrit un message, auquel ils ont systématiquement répondu : bien reçu, nous faisons le point demain ou après-demain. En général, le Premier ministre organisait une réunion de ministres pendant le week-end qui suivait mon texto. Il y a toujours eu une réunion interministérielle programmée dans les quarante-huit heures.

Quant au Président de la République, je répète qu'il m'a demandé de faire un point en conseil des ministres chaque fois que je lui ai écrit un message.

Mme Angèle Prévaille. – Mon sentiment est qu'il y a eu une forme d'attente : l'attente que les cas arrivent, l'attente des recommandations, l'attente de doctrines. Or, comme vous l'avez rappelé, gouverner c'est anticiper.

Quand vous avez vu, comme nous, le confinement et les mesures draconiennes prises en Chine, avec l'idée qu'on pouvait se faire d'un agent hautement pathogène, quel regard avez-vous porté sur la situation ? J'ai bien compris que vous avez été en vigilance, mais, en dehors de la gestion technique, quelle latitude, quelle autonomie aviez-vous pour impulser une dynamique ? Certains pays n'ont pas attendu des directives ou autres doctrines : ils ont pris les devants. Il n'y avait pas d'articles dans la presse, mais vous avez vu, comme nous, ce qui se passait : cela n'appelait-il pas de votre part, en tant que professionnelle de santé et ministre, quelque chose de plus ?

Dans les Ehpad, l'alerte n'a pas été suffisante. Je pense à tous les personnels – cuisiniers, par exemple – qui n'avaient pas de protections individuelles. Résultat : nous avons eu beaucoup de cas et de décès. D'où aurait dû venir l'alerte, et qu'est-ce qui a manqué ? Pourquoi notre pays, contrairement à l'Allemagne, n'a-t-il pas fait de la protection des personnes âgées une priorité absolue ?

Mme Annie Guillemot. – Il faut tenir compte de la contraction du temps et juger sur des actes, non sur des paroles. Je voudrais interroger non pas le médecin, mais la ministre, la politique, sur un certain nombre de points qui me paraissent très confus.

Lors de son audition, M. Bourdillon a déclaré qu'il était nécessaire d'injecter de l'expertise dans l'Éprus au moment de son intégration à Santé publique France et qu'il y avait eu une mission d'information sur les stocks. Les conclusions de cette mission reprenaient le chiffre du milliard de masques nécessaires pour faire face à l'émergence d'une pandémie, mais, nous a-t-il expliqué, cette estimation passait à côté du changement de doctrine de 2013, distinguant les stocks de la population générale et ceux des établissements hospitaliers : l'expertise n'était donc pas adaptée. Quand on confie une expertise à quelqu'un sans lui dire que la doctrine a changé, cela pose question...

L'ancien directeur général de Santé publique France nous a également signalé qu'une expertise menée par son agence en 2018 avait montré l'inefficacité de certains masques commandés, concluant que le stock était alors retombé, mais que de nouveaux choix avaient été faits en faveur d'une évolution des commandes vers des stocks tournants, avec des stocks constants moins importants. Il a précisé que ces évolutions n'avaient fait l'objet d'une transmission ni à la ministre de la santé ni à son cabinet.

Quand avez-vous su qu'il ne restait plus que 99 millions de masques, puisque vous n'en avez pas été informée en 2018 à la suite de l'expertise demandée par Santé publique France elle-même ?

M. Salomon nous a expliqué que ce n'est pas lui qui avait décidé du niveau du stock stratégique de masques. Il a précisé qu'il avait répondu à la lettre du 6 septembre dès le 30 octobre, avec pour instruction d'acquérir 50 millions de masques et 50 millions supplémentaires si le budget le permettait. Il a ajouté que vous n'avez eu connaissance ni de l'état du stock stratégique ni de ces courriers. Est-il normal que vous n'avez pas été informée ?

De même, est-il normal que vous n'avez pas été informée qu'aucune circulaire n'avait été envoyée aux hôpitaux sur le changement de doctrine ? Et donc qui fait la doctrine, si la ministre n'est même pas informée ? Estimez-vous que des sanctions auraient dû être prises ?

Le 26 janvier, vous avez dit en conférence de presse : nous avons des dizaines de millions de masques en stock en cas d'épidémie, ce sont des choses déjà programmées. D'où teniez-vous ces informations ?

Je redis mon trouble : un problème se pose sur le plan de l'organisation de l'État et de la mise en œuvre d'une politique de santé publique. À l'Assemblée nationale, vous avez dit que l'absorption de l'Éprus par Santé publique France avait pu diluer les compétences de gestion de crise et réduire la réactivité et qu'il faudrait peut-être une agence dédiée aux crises en général. Quelle est votre position aujourd'hui ? N'estimez-vous pas que ces agences doivent rendre des comptes et que le ministre doive leur poser des questions ?

Mme Laurence Cohen. – La commande de masques chirurgicaux que vous avez passée le 30 octobre semble n'être jamais arrivée à bon port. À partir de cette expérience, avez-vous changé de canaux de fabrication et de livraison pour les commandes des 30 janvier et 7 février ?

Lorsque vous étiez ministre, nous avons pu apprécier, même si nous étions en désaccord, votre rigueur, votre maîtrise des dossiers et votre grande connaissance du système de santé. Quand on entend le déroulé de toutes les décisions que vous avez prises, je n'y vois rien à redire. Mais, comme nous connaissons le résultat, nous ne pouvons que nous étonner : il y a obligatoirement quelque chose qui, si je puis dire, ne colle pas.

S'agit-il d'un manque d'articulation, comme l'a suggéré Bernard Jomier, d'une pesanteur bureaucratique, d'une dilution des responsabilités entre les différentes agences ? Je ne sais, mais le fait est que ça ne marche pas. Vu les décisions que vous avez impulsées, pourquoi l'efficacité n'a-t-elle pas été meilleure ? Il est important que nous le sachions, parce qu'un changement est nécessaire – peut-être dans la « doctrine », même si je n'aime pas ce terme employé à tire-larigot.

Il me reste à vous poser une dernière question, dans laquelle je vous demande de ne voir aucune impertinence : du fait de votre prise de conscience et parce que vous semblez avoir pris les décisions nécessaires, il est difficile de comprendre pourquoi vous avez quitté le ministère à la mi-février, alors qu'il restait beaucoup à faire et que vous sembliez bien maîtriser le sujet.

M. Olivier Henno. – Je n'ai jamais douté de votre volonté de bien faire ni de votre sens du bien commun. De surcroît, vous avez eu l'intuition de la gravité de cette maladie : au fond, vous avez vu arriver le tsunami. Seulement, la capacité d'agir de l'appareil d'État n'a pas été à la hauteur de cette intuition. Il y a là un vrai problème pour nous, parce que la politique est l'art de l'exécution. En l'occurrence, l'intendance n'a pas suivi.

Nous devons, bien sûr, nous pencher sur les commandes passées, mais le fait est que la gestion des stocks a été calamiteuse.

À aucun moment vous n'avez suggéré que, dans cette crise, nous aurions manqué de moyens. Confirmez-vous que le problème n'est pas venu d'un manque de moyens, mais plutôt, peut-être, d'un excès de bureaucratie ?

J'ai souvent interrogé les responsables que nous avons auditionnés sur la dimension européenne et internationale de la crise. À cet égard, j'ai été frappé par votre remarque terriblement juste sur le peu d'appétence des pays européens. Il est absolument dramatique que trois pays seulement aient répondu à votre demande. Je suis étonné que votre expression publique sur des sujets aussi graves n'ait pas été à la hauteur de votre intuition. Quel regard portez-vous sur le fonctionnement de nos institutions européennes ?

Mme Agnès Buzyn. – Après ce que je viens de dire, je ne comprends pas, madame Prévile, comment on peut imaginer que nous aurions été en attente.

J'ai réclamé, la première, un conseil des ministres européen. J'ai exigé un élargissement des définitions de cas, contre toutes les instances internationales, et je l'ai obtenu. J'ai été la première à appeler mes homologues internationaux, notamment Jens Spahn, le 25 janvier, qui m'a dit que la crise était gérée au niveau des experts. Je lui demandais : met-on les gens en quarantaine, ferme-t-on les frontières ? Il m'a rappelée plus tard, parce que ce n'est pas lui qui gérait.

Pour ma part, j'étais déjà au front tous les jours. Nous avons passé deux semaines ensemble, nuit et jour, entre le 21 janvier et le 4 février, sur le projet de loi de bioéthique :

pendant que nous discussions de procréation médicalement assistée (PMA) et de congélation d'ovocytes, je gérais les relations avec Jean-Yves Le Drian sur l'international et je demandais les stocks de masques...

Nous sommes aussi le premier pays européen à avoir eu un test PCR.

M. René-Paul Savary, président. – La question portait sur la latence non pas de vos décisions, mais de leurs résultats. Commander des masques, c'est bien, mais quand arrivent-ils ? Il semble, à vous entendre, que vous ayez eu les bons réflexes : pourquoi les résultats n'ont-ils pas suivis ?

Mme Agnès Buzyn. – Beaucoup de gens me reprochent l'absence de masques pour les soignants ; c'est d'ailleurs l'objet des plaintes à la Cour de justice de la République. Je rappelle que mes enfants, tous médecins, étaient au front, à s'occuper de malades en réanimation et en soins intensifs. J'étais moi-même à Percy, où nous n'avions pas toujours tous les matériels nécessaires. Je ne vois donc pas les choses du haut d'un trône désincarné.

La question des masques est restée sous le radar pendant dix ans, avec une forme de traumatisme liée à la gestion de la crise H1N1. J'ai hérité de cette situation. Quand j'ai commandé des masques, il était déjà trop tard : la Chine est fermée et tous les pays européens vont progressivement essayer de commander des masques.

Les établissements qui avaient suffisamment de stocks s'en sortent bien. D'autres n'en avaient pas assez, et c'est dramatique.

Les médecins libéraux, pour beaucoup, n'estimaient pas que ce fût à eux d'en avoir. Dont acte. Mme Guillemot me demande pourquoi je n'ai pas vérifié que la doctrine avait changé en 2013. Si j'avais dû vérifier toutes les circulaires du ministère des dix dernières années... Quand on arrive au pouvoir, on considère que les collègues ont travaillé.

M. René-Paul Savary, président. – Reste que, dans la chaîne, quelqu'un n'a pas fait son travail.

Mme Agnès Buzyn. – La préparation aux crises sanitaires fait partie des critères de certification des établissements de santé : depuis 2010, la certification des hôpitaux comporte un critère consistant à vérifier que les hôpitaux ont des plans et savent les utiliser pour se préparer. Des exercices de crise ont lieu en permanence au ministère, avec les ARS, les préfets et les établissements. Des exercices de crise sanitaire, il y en a tous les trimestres dans toutes les régions. Seulement, la problématique du stock n'est pas apparue dans la certification : je ne puis que le déplorer, comme 65 millions de Français.

Quand nous avons commandé des masques FFP2, il était déjà trop tard, non pas parce que nous aurions passé la commande trop tard – nous l'avons passée très tôt –, mais parce que tout s'arrêtait et que les lignes de production étaient très difficiles à monter.

Nous avons une commission d'enquête nationale, ce qui est normal, mais d'autres pays ont aussi manqué de masques. La crise a touché en termes de masques tous les pays qui n'avaient pas de stocks suffisants. Par ailleurs, des hôpitaux ont retrouvé des stocks qu'ils ne pensaient pas avoir et il y a eu des vols par milliers.

Madame Prévaille, vous me demandez quelle latitude j'ai eue. Je pense que le Premier ministre a été totalement à l'écoute, tous les jours, de ce que je lui disais. Je n'ai senti

à aucun moment, ni chez lui ni chez le Président de la République, une sous-estimation du problème. J'ai eu de la latitude, parce que, je le pense, ils me faisaient totalement confiance.

Oui, monsieur Henno, la politique est l'art de l'exécution, mais elle consiste aussi à être en phase avec un pays. Or ce que j'ai ressenti, et qui explique peut-être le sentiment que vous avez pu avoir d'une forme de délais trop longs entre les commandes passées et l'exécution, c'est que, globalement, il y avait une sous-évaluation du risque par les experts.

S'agissant des experts internationaux, je rappelle que, à l'OMS, on estimait encore très tardivement que la Chine pouvait endiguer l'épidémie et qu'on pourrait être protégé. La pandémie n'a été déclarée que le 11 mars... Nous n'avions donc pas l'appui suffisant des instances internationales pour mettre tout le monde en alerte.

Tout le monde a été absolument bouleversé par le confinement. J'entends autour de moi des amis qui disent : personne ne l'a vu venir. J'avoue ne pas comprendre. Comment, quand l'Italie explose et que la Chine confine 100 millions de personnes, peut-on encore être surpris de ce qui nous arrive ?

La ministre a beaucoup de pouvoirs, mais quand la France entière pense que les Chinois ne savent pas soigner des gens, que c'est un pays sous-développé et que, s'il y a des morts, c'est parce qu'ils ne savent pas utiliser des respirateurs... C'est ce que j'ai entendu : chez nous, on sait faire de la réanimation. Bref, il y a eu une sorte de déni.

Je ne puis pas ne pas vous rappeler ce que disaient certains collègues, parce que cela peut expliquer l'esprit qui dominait même dans les administrations et les hôpitaux ou chez les médecins. Je ne devrais peut-être pas, mais je vous livrerai peut-être un échange téléphonique que j'ai eu le 12 février, la veille de mon départ, avec un membre du collectif inter-hôpitaux. Nous avions programmé une réunion le mercredi suivant, dans le contexte de la grève administrative des chefs de service – il se trouve que c'est Olivier Véran qui a participé à cette réunion.

Dans le train, à Bruxelles, je disais donc à mon interlocuteur, entre deux wagons : arrêtez votre grève, nous avons besoin que vous répondiez aux mails parce qu'un tsunami arrive, vous devez vous mettre en ordre de marche, les hôpitaux doivent se préparer, arrêtez cette grève, allez aux réunions et répondez aux directeurs. Je sentais bien qu'il y avait un blanc...

Voyez les journaux : c'est seulement en mars que le JDD a fait son premier article sur la menace de l'épidémie. Avant, c'était : qu'est-ce qui se passe à Wuhan ?

Voyez aussi nos experts sur les plateaux télé. Le vendredi 6 mars, Philippe Juvin, chef de service des urgences de réanimation de l'Hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), déclarait : « il faut relativiser les choses, pas de panique ». Éric Caumes, le 25 février : « Au jour d'aujourd'hui, on peut difficilement parler d'épidémie, alors qu'on n'a même pas de nouveaux cas en France. Il ne faut pas aller plus vite que la musique. » Il est vrai que nous n'avons pas eu de cas pendant presque trois semaines en février : la pression s'est donc relâchée.

Des phrases d'experts de ce type, je pourrais en citer des dizaines. Patrick Pelloux, le 6 mars : « J'engage le Gouvernement à faire très attention à ne pas déstabiliser toute la société ni tout le pays. Elle ne sera pas forcément plus grave que la grippe saisonnière. On

essaie de contenir les choses. » Christophe Prudhomme, urgentiste et président de syndicat, porte-parole santé de la CGT : « On est un certain nombre de médecins à penser que la surréaction des politiques va être plus grave que la maladie. Tous les jours, c'est six à huit morts sur les routes, tous les jours une épidémie de grippe, l'épidémie de grippe saisonnière, c'est 5 000 morts depuis le début. On sait maintenant avec le recul qu'on a, notamment des retours de Chine, que le virus est relativement peu mortel et touche principalement les personnes âgées. » Du genre, ce n'est pas grave...

Ces propos datent du 6 mars et je pars le 15 février : que voulez-vous que je vous dise ?...

Le moins que l'on puisse dire, c'est que la DGS, le Premier ministre et le Président de la République, nous étions préparés en mode combat. J'ai déclenché le plan ORSAN-REB le 14 février, la veille de mon départ. Seulement, quand un pays est dans le déni, c'est très compliqué.

C'est pourquoi je faisais des points presse quotidiens : il s'agissait de faire monter progressivement la conscience de la menace dans l'opinion publique. Si, le 21 janvier, j'avais fait état de mon intuition, qui n'était partagée par quasiment personne, on m'aurait traitée de folle. En revanche, je pensais que, en livrant tous les jours aux Français l'état des lieux de ce qui arrive, l'opinion se préparerait. Force est de constater qu'elle ne s'est pas préparée.

On ne peut pas dire que les établissements et les Ehpad n'ont pas été prévenus. De nombreux messages d'alerte ont été envoyés aux professionnels libéraux, aux ARS, aux établissements. Comment ont-elles été traitées au niveau des commissions médicales d'établissement, je ne puis pas vous le dire. Mais je me souviens de cette conversation du 12 février que je vous ai rapportée – je ne veux pas citer mon interlocuteur pour ne pas le mettre en difficulté. Je disais simplement qu'il fallait prendre conscience du risque et se mettre en mode combat.

Madame Guillemot, pourriez-vous me rappeler votre question sur l'expertise de 2018 ?

Mme Annie Guillemot. – À la suite du changement de doctrine de 2013, l'expertise de 2018 a conclu que les masques étaient périmés, mais vous n'en avez pas eu connaissance. Le DGS a répondu le 30 octobre qu'il fallait commander 50 millions de masques et peut-être 50 millions supplémentaires. Il nous a affirmé s'être aperçu à ce moment-là que la circulaire n'était pas partie. Je pense, comme beaucoup, que vous auriez dû être informée. J'ai posé la question au DGS, mais il n'a pas répondu. Cette question du rôle des agences se pose en termes d'organisation de l'État.

Mme Agnès Buzyn. – J'ai dirigé trois agences sanitaires depuis 2007, notamment dans le domaine de la gestion des risques. Des réunions techniques se tiennent régulièrement entre les agences et la DGS, qui en exerce la tutelle. Des rapports d'experts comme le rapport Stahl, les agences en font des dizaines, voire des centaines, par an : il s'agit de rapports internes qui les aident à faire des propositions et ils ne sont pas censés être publics ou transmis au ministre, sauf s'il y a eu une demande de celui-ci.

Il faudrait interroger les acteurs, mais, à mon avis, lors de la réunion qui s'est tenue entre Santé publique France et la DGS sur la liste des produits à commander, il n'y a pas eu de conflit : je pense qu'ils étaient d'accord sur la liste et sur le nombre. En réalité, seuls

remontent au cabinet et au ministre les points nécessitant un arbitrage, parce que les acteurs ne sont pas d'accord entre eux. Si Santé publique France n'avait pas été d'accord avec la commande de 100 millions, estimant qu'elle était insuffisante, elle m'aurait alertée du risque ou aurait demandé un arbitrage. C'est le rôle du DGS : il fait remonter en permanence les alertes ou les arbitrages nécessaires. La question des masques n'a donc pas dû être un sujet d'alerte.

De fait, si cette question avait été un sujet d'inquiétude pour Santé publique France, pourquoi, alors que le DGS organise une réunion dans les huit jours suivant l'annonce de la péremption des stocks, auraient-ils attendu juillet 2019 pour passer commande ? Je doute donc qu'il y ait eu une inquiétude à Santé publique France au sujet des masques.

Le stock de 1 milliard a été constitué en 2009, au moment de la grippe H1N1. Tout le monde, vous l'avez compris d'après l'exposé des doctrines successives, considère désormais qu'il faut des stocks tournants et des stocks tampons et que, plutôt que de stocker 1 milliard d'unités, il faut diversifier les sources d'achat pour ne pas être en situation de pénurie. Dans l'esprit de tout le monde, on laissait donc ce stock se périmier – c'est ce que je comprends. En revanche, sur le niveau qui doit être celui du stock tournant, je ne trouve pas d'indication claire, au niveau ni du SGDSN ni du Haut Conseil de la santé publique.

Le rapport Stahl, très intéressant et très bien rédigé, fait l'hypothèse de 30 % de la population malade de la grippe, soit 20 millions de foyers infectés : à raison d'une boîte par malade, cela fait 1 milliard de boîtes. Mais il ne considère pas qu'il faudrait un stock stratégique de 1 milliard : il souligne qu'il faut des stocks au plus près des besoins, près des malades et des officines. En fait, le rapport envisage plutôt la stratégie des Suisses, qui imposent à leur population d'avoir une boîte de masques à domicile. Il ne préconise pas que l'État se dote d'un stock stratégique centralisé de 1 milliard.

La commande de Santé publique France de 100 millions de masques a été, je pense, acceptée. Sinon, il y aurait eu une demande d'arbitrage. Quand une agence considère qu'il y a un risque, notamment de sécurité sanitaire, il n'est pas possible que ça ne remonte pas. C'est donc qu'il y avait accord sur une stratégie commune : commander 100 millions de masques pour constituer un stock tournant et diversifier les zones de production.

Voilà ce que je comprends ; mais, sincèrement, c'est une reconstitution. Je suis partie le 15 février, et rien ne m'est remonté auparavant.

M. René-Paul Savary, président. – Mme Guillemot vous a interrogée aussi sur une éventuelle agence dédiée aux crises. De fait, vos propos confirment notre intuition que la crise a été plus administrée que gérée par nos institutions. Faudrait-il créer une agence supplémentaire de crise, de conseil scientifique ?

Mme Agnès Buzyn. – J'ai eu à gérer un certain nombre de crises, à commencer par Fukushima.

Certaines m'ont frappée particulièrement par leur complexité, notamment Irma : une île entièrement détruite, sans eau ni électricité, privée de télécommunications et de routes – plus une route praticable, impossible d'avoir un téléphone ! Je me suis rendue sur place avec le Président de la République deux jours après : c'était comme une bombe atomique, il n'y avait même plus de feuilles aux arbres... Les enjeux étaient multiples, sanitaires, mais aussi de

sécurité et autres. Je pense aussi à Lubrizol, avec des enjeux environnementaux, de sécurité et évidemment de sécurité sanitaire sur les retombées de la fumée.

Mon sentiment, c'est que les crises d'aujourd'hui, notamment quand elles sont centennales, comme celle que nous vivons, fractales et inattendues – Fukushima, c'était d'une ampleur invraisemblable – nécessitent d'avoir des gens qui ne pensent qu'à ça. Il faut une réactivité absolue, une transparence totale sur les actions menées et un seul émetteur d'informations. Telle est, pour moi, la règle de la gestion de crise.

Or la complexité actuelle des crises rend les situations très compliquées. Je l'ai vécu à Lubrizol, avec des enjeux à la fois industriels, sanitaires et environnementaux. Trois ou quatre ministres sont sur le front et parlent, chacun ayant ses enjeux et sa vision.

Je suis donc persuadée qu'il faut une structure de gestion du risque positionnée auprès du Premier ministre, qui ait les leviers et travaille avec les préfets et les ARS. Les crises que nous allons avoir à subir, qu'elles soient environnementales, climatiques ou sanitaires, seront de plus en plus importantes, on le sent bien, et de plus en plus complexes.

M. René-Paul Savary, président. – Pour finir de répondre aux questions, pourriez-vous nous dire pourquoi, dans ces conditions, vous avez quitté le poste ?

Mme Agnès Buzyn. – Comme vous, élus de la nation, j'ai toujours considéré que, pour faire de la politique, il faut, à un moment, se confronter au suffrage universel. La décision de quitter le ministère ce jour-là était compliquée pour moi. Vous vous souvenez aussi que la majorité présidentielle n'avait plus de candidat dans la capitale. Je suis aussi une femme politique : j'ai donc décidé de m'engager.

En partant, j'avais le sentiment d'avoir tout préparé, par le déclenchement du plan ORSAN-REB, les commandes que j'avais passées et la vision que j'avais eue de la crise. Il me semblait que le système était en tension.

Ensuite, il y a une continuité de l'État. Si cette gestion de crise ne dépendait que de moi, je ne serais pas aujourd'hui la personne la plus honnie de France. La continuité de l'État a été complète : mon cabinet est resté à l'identique, le DGS connaissait tout, le Premier ministre était au fait de tout et il y avait des réunions de ministres et des réunions interministérielles à Matignon tout le temps. Ce ne peut pas être qu'une personne qui gère une crise.

De plus, je savais que mon successeur serait Olivier Véran, qui est médecin et connaît le ministère comme sa poche. Tout était donc en place pour ma succession.

Reste que je ne vous dis pas que la décision a été simple, ni qu'elle n'a pas été douloureuse.

M. René-Paul Savary, président. – Olivier Henno vous a interrogée sur le peu d'appétence européenne.

Mme Agnès Buzyn. – Malheureusement, il n'est jamais bon d'avoir raison trop tôt. Je pense qu'il s'est passé en Europe exactement ce qui s'est passé en France.

Pourquoi ai-je eu cette intuition ? Médecin spécialiste de maladies très graves, j'ai passé ma vie à anticiper pour mes malades immunodéprimés de possibles complications. Mon

travail de médecin pendant trente ans a été d'anticiper, de préparer des malades très immunodéprimés à des complications infectieuses. Par ailleurs, j'ai géré de nombreuses crises : Fukushima en tant que président de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), la crise des prothèses mammaires PIP comme présidente de l'Institut national du cancer (INCa), puis toutes les crises au ministère – Irma, Lubrizol, levothyrox et j'en passe. Je suis donc préparée à cela.

Mes collègues ministres, n'étant pas médecins, dépendent totalement de leurs experts. Les politiques sont en phase avec leur pays. Je pense que je n'étais pas, moi, en phase avec le pays : c'est d'ailleurs ce qui m'a permis de nous préparer aussi bien, forte de la confiance du Premier ministre. J'ai toujours été inquiète, et il m'a toujours écoutée ; il a toujours considéré qu'il y avait un risque important, parce qu'il me faisait confiance.

Sur l'Europe, j'ai été très déçue, vous l'avez compris, et j'ai un peu perdu mes nerfs. Reste que la pandémie n'a été déclenchée que le 11 mars : peut-on en vouloir aux autres pays ? Certains étaient bien préparés, d'autres moins, ou sur certains points mieux que sur d'autres.

Il est d'ailleurs possible – je vous dis mon sentiment de médecin – que cette commission d'enquête survienne un peu tôt : dans un an ou deux, nous verrons qui aura vraiment pris les bonnes décisions au bon moment.

Par ailleurs, on oublie la place des facteurs culturels dans la gestion de crise. Je vous livre une anecdote personnelle. Olivier Véran a interdit les poignées de main, comme je l'avais espéré, une dizaine de jours avant l'élection municipale : de fait, quand vous êtes en campagne, vous serrez des milliers de mains, ce qui n'est vraiment pas raisonnable en cas d'épidémie. Deux jours avant l'élection, sur un marché, les gens m'engueulaient : un politique qui ne veut pas serrer des mains ? Je leur disais : il y a une épidémie, je vous passe le coude...

Des pays sont plus disciplinés que d'autres. Il y a des pays latins où l'on s'embrasse et se serre dans les bras et d'autres, comme la Corée, où les gens ne se touchent jamais. Tout cela joue sur la façon dont l'épidémie se répand.

J'entends qu'il soit important de trouver les dysfonctionnements de l'État – c'est le rôle de votre commission d'enquête. Mais peut-être pouvons-nous aussi avoir un regard un peu distancié sur notre société. Notre société n'a pas cru qu'il était possible de mourir en France : les gens pensaient que c'était en Chine et qu'à Wuhan, somme toute, ils ne savent pas soigner les gens, qu'il n'y a pas d'hôpitaux...

M. René-Paul Savary, président. – Notre commission d'enquête n'arrive pas trop tôt, parce que l'épidémie continue. Si nos préconisations peuvent être utiles en cas de rebond, il est important que nous soyons incisifs pour mettre en lumière un certain nombre de réalités.

Mme Agnès Buzyn. – Si mon intuition était si prégnante, c'est aussi parce que, à un moment, je n'ai pas cru les chiffres chinois.

Le tournant, pour moi, fut le 24 janvier, avec les trois premiers cas français. Le premier malade a été découvert à Bordeaux : il s'agissait d'un négociant en vins qui avait fait le tour de la Chine et avait été à Wuhan les 13 et 14 janvier. À cette date, la Chine annonçait quarante cas. Or Wuhan est une ville de 11 millions d'habitants. Je me suis demandé :

comment ce monsieur, qui n'a pas été au marché aux poissons et se trouvait à Wuhan à un moment où il y avait quarante cas, peut-il s'être infecté ? Je ne dis pas que les Chinois n'ont pas donné les bons chiffres, mais, pour moi, cela voulait dire que l'épidémie était bien plus importante, et qu'on voyait seulement la face émergée de l'iceberg.

Le 25 janvier au matin, cela a été le branle-bas de combat pour moi, parce que je venais de comprendre que ce qu'on nous disait n'était pas possible techniquement. C'est à ce moment que j'ai demandé à mon directeur de cabinet les remontées sur les stocks.

M. Martin Lévrier. – Merci pour vos réponses et tout le cœur que vous y mettez.

S'agissant de la fameuse doctrine de 2013, je voudrais partager mon expérience de l'époque : en tant qu'employeur dans un établissement recevant du public, un lycée, j'ai bien vu que notre institution devait acheter des masques. Beaucoup de gens l'ont très bien compris. Si autant d'entreprises ont pu donner des masques, c'est parce qu'elles l'avaient compris. La doctrine était donc compréhensible. Cela dit, est-il bon de décentraliser à ce point ce genre d'achats ?

Au début de l'année, nous discutons du projet de loi de bioéthique et débats de la retraite – on ne parlait quasiment que de cela sur les plateaux télé... –, mais nous avons aussi voté, le 5 février, une proposition de loi relative à la sécurité sanitaire dont j'étais le rapporteur. Nous n'avons quasiment jamais parlé de Wuhan...

Le 26 février, nous avons auditionné le DGS ; nous avons reçu aussi Santé publique France. N'oublions pas que les questions d'aujourd'hui étaient inimaginables à ce moment-là !

Le poète a dit la vérité, il doit être exécuté... Vous aviez le sentiment que la vérité ne pouvait pas être communiquée, parce que les gens ne pouvaient pas la comprendre. Que faudrait-il faire, dans ce genre de crises, pour arriver à faire passer un message efficace ?

Enfin, comment pourrait-on améliorer la recherche en Europe, accélérer les processus de type Discovery ?

Mme Victoire Jasmin. – Je ne doute pas que le Premier ministre ait eu confiance en vous, mais, dans une interview au *Monde* qui s'apparentait à une confession, vous avez donné le sentiment de penser n'avoir pas été suffisamment entendue. Vous avez pointé un certain nombre de dysfonctionnements, de manière pas forcément voilée. Quel était l'objectif de cette interview au moment où vous l'avez donnée ?

Compte tenu de l'actualité du moment, nous n'avons pas pu débattre correctement du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Alors que des mobilisations avaient lieu dans les différents services hospitaliers, particulièrement les urgences, le Gouvernement a fait le choix de répondre de façon hâtive, sans tenir compte du travail du Sénat. Au même moment, les laboratoires de biologie médicale étaient en grève. Avec le recul, et compte tenu de tout ce qu'on leur demande aujourd'hui, que retenez-vous de nos préconisations de la fin de l'année dernière ? Pour ma part, je vous avais alertée sur les difficultés des laboratoires de biologie médicale.

Vous avez tenté de bien faire, mais il y a eu de réelles difficultés, auxquelles vous-même avez fait allusion.

M. Damien Regnard. – Étant sénateur des Français établis hors de France, j'ai été informé assez rapidement. De fait, nos communautés dans les territoires concernés ont été touchées dès la fin janvier, avec la fermeture des lycées français de Shanghai et Pékin, le 28 janvier, suivie de la fermeture des lycées de Hong Kong, le 29 janvier, et de Hanoï, le 3 février.

Air France est connue dans le monde comme une société révélatrice d'une situation. Or le dernier vol est parti de Wuhan le 24 janvier – il y a eu un vol militaire une semaine plus tard.

Pour ma part, j'ai été contacté le 8 février par nos deux conseillers élus en Chine du Sud et à Hong Kong : ils me posaient un certain nombre de questions, dont une sur les mesures prises par la ministre de la santé pour les personnes arrivant de Chine continentale, Hong Kong, Macao et Taipei.

À ce moment-là, je prends conscience de la gravité de la situation, d'autant que circule une rumeur, qui sera plus tard démentie, sur une possible reprise de la grippe H1N1. Je tente de contacter le ministère de la santé : impossible de joindre qui que ce soit. Le portable de votre conseillère parlementaire, ne permet même pas de laisser un message. Quand je demande à parler à une personne du centre de crise, on m'explique qu'il n'y a que le standard et le PC sécurité...

J'ai eu un long échange, le même jour, avec M. Éric Chevallier, directeur du Centre de crise du Quai d'Orsay. Nous avons partagé nos informations et nos inquiétudes. Vous n'étiez donc pas la seule à être inquiète de ce qui était en train d'arriver.

Le 9 février, à Roissy, j'échange avec des personnels d'Air France et d'Aéroports de Paris : tous sont très inquiets de voir les vols quotidiens en provenance de Chine arriver sans protection ni mesures spécifiques. Les affiches de votre ministère sont sur quelques murs et sur les wagons des trains interterminaux – avec un pictogramme recommandant le port du masque, qui disparaîtra assez rapidement avant de réapparaître... De fait, sur l'utilité du port du masque, la communication n'a pas été très logique.

Compte tenu de tout ce que vous avez entrepris, on croirait que l'administration ne suit rien. J'ai l'impression, profondément frustrante, qu'on a perdu énormément de temps, à cause d'un manque de préparation face à une pandémie que nous sommes quelques-uns à avoir vue venir.

Vous dites que, au plus haut niveau de l'État, tout était prêt et tous étaient mobilisés. Pourtant, le Président de la République nous invitait à aller au théâtre, et il a fallu attendre la mi-mars pour qu'on ferme les restaurants ! On a donc entrepris dans notre population cette absence de prise de conscience. On peut difficilement reprocher à la population, quand on lui dit d'aller au théâtre, de ne pas voir venir le train...

M. Jean Sol. – Madame la Ministre, vous dites avoir attiré l'attention de votre DGS autour du 20 décembre 2019. Quelle a alors été sa réponse ? On a également évoqué vos pleurs lorsque vous avez quitté le ministère, car vous pressentiez que la vague épidémique était devant nous ; pourquoi quitter le navire en pleine tempête ? J'ai du mal à croire que vous ayez pris cette décision seule. Agiriez-vous de même aujourd'hui ?

Enfin, je souhaiterais savoir qui a validé l'envoi de matériel médical en Chine courant février alors que vous nous dites y avoir été opposée ?

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. – Lorsque vous arrivez au Gouvernement, 754 millions de masques sont disponibles dans les stocks de Santé publique France. Alors qu'un audit mené en octobre 2018 vous informe que 600 millions d'entre eux ne sont plus conformes, une commande passée le 30 octobre ne porte que sur 100 millions de masques. Cette commande, d'un volume étonnamment modique, devait être instrumentée par Santé publique France, qui ne la passe qu'en juillet 2019 ! Je rappelle que cet organisme est sous votre tutelle et qu'un grand nombre de représentants de l'État siègent à son conseil d'administration : quelle est votre responsabilité à cet égard ? Ne croyez-vous pas que la vacance du poste de directeur général de Santé publique France de juin à novembre 2019 ait quelque part dans ces manques ?

Vous avez, avec beaucoup de détails, décrit votre intuition, votre inquiétude, les mesures que vous avez prises et la nécessité invoquée d'être pleinement mobilisé. Las, vous quittez le 16 février cette scène de combat à laquelle vous invitiez pourtant toutes nos forces à se joindre. J'ai du mal à comprendre pourquoi, à cet instant, vous n'avez pas différemment hiérarchisé vos priorités.

M. Jean-François Rapin. – J'aurais aimé tout à l'heure que, dans la liste que vous avez énoncée des médecins qui ont négligé l'importance du phénomène, vous ajoutiez deux personnes : d'abord, votre successeur au ministère de la santé, M. Olivier Véran, qui le 23 février autorise la venue de 3 000 Italiens sur le sol français pour un match de football. Nous étions alors quatre sénateurs sur le plateau de Public Sénat à être interrogés sur l'opportunité de cette décision : trois d'entre nous s'y sont univoquement opposés, un dernier se montrait plus modéré, sans doute par loyauté politique. Ensuite, le président de la République lui-même qui, le 7 mars, prenait la parole pour nous inviter à sortir et à nous distraire. J'en déduis que, malgré l'alerte que vous avez donnée, vous n'avez pas été entendue et votre appel au combat ne semble pas avoir été relayé de la bonne façon.

J'avais posé une question à Santé publique France, qui n'a pas reçu de réponse. J'ai compris et senti votre hésitation au cours de votre audition à l'Assemblée nationale sur les craintes que suscitait la qualité d'autres produits que les masques du stock stratégique. Pourriez-vous aujourd'hui préciser vos hésitations ?

M. Olivier Paccaud. – Je souhaiterais revenir sur la question posée par Monsieur Sol sur l'envoi de matériel médical en Chine. Certes prise le 19 février, soit quelques jours après votre départ, cette décision, qui concerne tout de même un fret de 17 tonnes, n'a pas pu être instruite sans votre consultation. Avez-vous été interrogée ? Qui a pris la décision finale ? Avez-vous donné votre accord pour ce prélèvement sur nos matériels médicaux ?

Mme Laurence Cohen. – J'aurais souhaité des précisions sur les commandes de masques et sur le fait que vous n'avez pas changé les canaux de fabrication et de livraison malgré les délais et les carences constatés. À la commande du 30 octobre, pourtant retardée, vous avez en effet ajouté deux autres commandes de masques FFP2 le 30 janvier et le 7 février.

Par ailleurs, je ne trouve pas opportun de mettre en cause, comme vous l'avez fait, le rôle de syndicalistes qui se battent pour améliorer les conditions de travail de leurs

collègues. Vous avez cité des urgentistes, par ailleurs pleinement engagés dans la crise, et cela ne m'a pas paru pertinent.

Mme Agnès Buzyn. – En citant ces propos, je ne souhaitais mettre en cause personne, mais simplement qualifier la perception générale alors répandue d'un niveau de risque faible. Le *risk assessment* de l'ECDC, publié le 14 février, était tout de même de « faible » à « modéré » : l'Europe pensait alors qu'il n'y aurait probablement pas d'épidémie. Le directeur général de l'OMS lui-même prédisait, invoquant par une curieuse métaphore le couvercle d'une cocotte-minute, que la Chine pourrait endiguer l'épidémie.

Monsieur Lévrier, la recherche est indispensable. Le dispositif REACTing, créé après la menace Ebola en 2014, et mis en place par Yves Lévy lorsqu'il était à l'Inserm, a pour vocation de mettre tout le monde autour de la table et de répartir intelligemment l'effort de recherche clinique et fondamentale pour éviter les cacophonies et les doublons entre institutions et laboratoires. À l'échelon européen, je suis convaincue qu'un dispositif similaire serait nécessaire, ce que la commissaire européenne a par ailleurs pointé du doigt.

Madame Jasmin, vous m'avez interrogée sur les tests et les laboratoires. Je n'ai pas eu à travailler avec les laboratoires de ville car la question des laboratoires privés s'est posée mi-mars. Les différentes réformes des laboratoires d'analyse de ces dernières années, avec des changements d'échelle, a rendu leur pilotage beaucoup plus compliqué pour le ministère de la santé. Autant on a des lignes directes facilement activables avec les établissements de santé et les professionnels libéraux, autant c'était plus compliqué avec les laboratoires d'analyse. J'avais d'ailleurs lancé en tant que ministre une mission pour voir comment le pilotage des laboratoires pouvait être amélioré.

Monsieur Regnard, le dernier vol d'Air France est revenu de Wuhan le 24 janvier. La fin des vols vers la Chine par Air France était le dimanche suivant. On a eu énormément de débats sur les frontières qui ont occupé toute la semaine du 24 janvier, notamment avec les États-Unis, les autres membres du G7, les États européens. L'espace Schengen ne recoupe pas l'Union européenne, ce qui complexifie les éventuelles décisions de fermeture. Pour les îles comme Taïwan et l'Australie, ou la Corée du Sud qui n'a une frontière qu'avec la Corée du Nord, il est plus facile de fermer les frontières qu'en Europe où les gens arrivent à pied, en train, en voiture ou par avion. Si vous fermez les vols à Roissy, les gens atterrissent en Belgique et arrivent en France par l'Eurostar. Le touriste anglais qui faisait partie du cluster des Contamines-Montjoie est arrivé par Eurostar et venait à l'origine de Singapour. En réalité, il est très compliqué d'empêcher un virus de traverser les frontières. C'est pourquoi la stratégie a été de donner la consigne aux voyageurs venant de Chine d'appeler le 15 en cas de symptômes, ce qui était le plus efficace à faire. Il ne fallait surtout pas qu'ils aillent voir un médecin, pour éviter des contaminations. C'est d'ailleurs ce que recommande l'OMS.

Monsieur Sol, il y a eu beaucoup de débats sur l'envoi de matériel en Chine alors qu'on en manquait. C'est très partiellement vrai. Il y a un règlement sanitaire international qui impose à tous les pays de coopérer en cas de crise. Vous êtes donc obligé de faire un geste face à un pays en difficulté, en tant que signataire de ce règlement. Pour autant, à chaque fois que le ministère des affaires étrangères m'a demandé d'envoyer des masques ou des blouses, j'ai dit non. J'ai dit non pour les surblouses. Je sais qu'il y a eu un envoi de masques à un moment donné, en petite quantité, rendu nécessaire par le règlement sanitaire international et parce que les discussions avec les autorités chinoises pour faire atterrir l'avion destiné à rapatrier nos concitoyens à Wuhan étaient très compliquées. Je laisserai le ministre des

affaires étrangères expliquer ces éventuelles difficultés. Je me suis en tous cas toujours opposée à l'envoi de matériel car j'étais inquiète.

Madame de la Gontrie, concernant le fait que je n'ai pas suivi le bon de commande de masques à Santé Publique France : la ministre passe un ordre, elle ne va pas dans le service de commande des établissements de santé pour vérifier si l'ordre a été suivi. Même chose pour le directeur général de la santé, qui avait en l'occurrence passé cet ordre. Il faut que vous demandiez à Santé publique France ce qui explique le délai. Peut-être devaient-ils passer un marché public. Certes, Santé publique France est sous tutelle et je n'ai pas l'intention de ne rien assumer. Mais si vous me demandez pourquoi je ne suis pas allé vérifier que Santé Publique France avait bien passé commande, tout le monde peut le comprendre...

M. René-Paul Savary, président. – Il y a quand même eu un problème. Il y a un conseil d'administration à Santé Publique France !

Mme Agnès Buzyn. – Il y a un conseil d'administration, un comité d'audit...

M. René-Paul Savary, président. – Donc ces informations auraient pu remonter.

Mme Agnès Buzyn. – L'agence est effectivement sous tutelle et peut-être que l'audit interne montrera qu'il y a eu des dysfonctionnements.

M. René-Paul Savary, président. – Il n'y avait pas de directeur général à cette époque.

Mme Agnès Buzyn. – J'ai déjà dit à l'Assemblée nationale pourquoi il n'y avait pas de directeur général de cette agence entre les mois de juin et de novembre. C'est très compliqué aujourd'hui de trouver des grands scientifiques de qualité qui acceptent de diriger nos agences nationales, pour des raisons de prise de risque. Quand vous êtes un universitaire reconnu, réputé à travers le monde pour votre spécialité, il est compliqué d'arriver sous tutelle, avec des règles strictes et des risques de mise en examen. Trouver un directeur général de la santé aujourd'hui sera très compliqué et je ne sais pas qui voudra pendre la suite de Jérôme Salomon, qui a fait un travail titanesque depuis le mois de janvier. Donc traitons bien nos directeurs d'agence et nos directeurs d'administration centrale car nous avons besoin de gens de qualité et beaucoup ne veulent pas s'engager. En outre, pour les agences sanitaires, il existe des règles très strictes issues de la loi « Bertrand » qui ne permettent pas de recruter un professionnel de santé ayant eu des liens avec l'industrie pharmaceutique pendant les cinq ans précédant la nomination. Donc tous les professeurs de médecine qui travaillent avec l'industrie pour développer des médicaments sont illégitimes pour diriger des agences. Le vivier des personnes à disposition est très limité, sauf à nommer des administratifs. Je considère toutefois qu'il faut des médecins pour diriger les agences sanitaires car la perception du risque n'est pas la même. Donc je vous le dis, je n'ai pas trouvé ! J'ai trouvé Madame Chêne, qui est l'une des plus grandes professeures de santé publique de notre pays, avec une réputation internationale. Elle a finalement accepté de venir à Santé publique France en novembre 2019. Je la remercie encore pour le travail qu'elle a eu à faire, qui a dû être extrêmement difficile.

Mme Agnès Buzyn. – Monsieur Rapin, vous me posez la question du match de football du 23 février. Je pense qu'en février, la France n'a plus aucun cas depuis le 7 février. Il y a eu le cluster des Contamines Montjoie, et il ne se passe plus rien depuis. Je pense que dans l'inconscient, nous pensions que nous nous étions trompés, que la Chine arrivait peut-

être à endiguer. Les premiers cas dans l'Oise ont explosé entre le 26 et le 27 février il me semble. Le risque n'apparaissait donc pas à cette date du 23 février. Je laisse Olivier Véran, que vous auditionnez demain je crois, vous répondre sur le fond, mais ce que je sais, c'est que le mois de février a été un mois calme.

En ce qui concerne votre seconde question sur les stocks stratégiques d'autres produits que les seuls masques, beaucoup de produits de santé apparaissent périmés dans l'audit qui en a été mené. Je pense que cet audit a révélé que le statut d'établissement pharmaceutique de Santé Publique France n'a pas été exercé de façon optimale pour le dire ainsi... Lorsque vous découvrez que des stocks stratégiques de l'État n'ont fait l'objet d'aucune évaluation avant votre arrivée, et qu'à votre arrivée en responsabilité vous trouvez tout cela périmé... Disons que l'on semble avoir eu des priorités.

Madame Cohen sur les commandes et les lignes de production, pourriez-vous répéter votre question ?

Mme Laurence Cohen. – La fatigue et les masques rendent difficile la compréhension ! Je disais que vous aviez fait une commande datant d'octobre et qui n'est arrivée qu'avec retard de 50 millions de masques chirurgicaux, que par la suite vous avez fait d'autres commandes le 30 janvier et le 7 février et je voudrais savoir si du fait des difficultés posées par la commande d'octobre, vous étiez passée par d'autres canaux, pour la fabrication ou la livraison, pour ces commandes ultérieures.

Mme Agnès Buzyn. – Non, c'est toujours Santé Publique France qui gère les achats, mais nous étions en période de crise : la commande a donc été passée très vite.

M. René-Paul Savary, président. – Madame la Ministre, Catherine Deroche souhaite vous poser une autre question.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Très rapidement, je voudrais soulever trois points. Premièrement, vous dites qu'après le cluster des Contamines, puis celui de l'Oise, la prise de conscience collective du problème n'intervient que le 10 mars. Jean Rottner nous a dit que dès le 1^{er} mars il a vu la vague arriver et en a alerté le président de la République. Pourtant le 6 mars le président de la République incite les Français à sortir au théâtre et à ne pas paniquer. J'ai donc posé plusieurs fois la question de l'immunité collective : peut-être s'est-on dit un temps qu'il était bon que le virus circule entre des personnes qui n'étaient pas âgées et donc pas les plus vulnérables. Quel est votre sentiment là-dessus ?

Le deuxième point concerne l'OMS : vous avez fait souvent référence à la prise de conscience tardive au sein de l'OMS. Du fait de tout ce que vous nous avez dit cet après-midi, y'a-t-il eu selon vous à un moment des appréciations erronées de la part de l'OMS, qui est le *ne plus ultra* des organes dirigeant les pays dans leur politique sanitaire ?

Enfin, vous nous avez dit combien vous avez fait l'objet d'attaques et combien cela a été difficile pour vous depuis le début de cette crise. Vous dites que nous allons avoir à trouver de nouveaux directeurs généraux de la santé ; c'est un trait d'humour, mais je pense que nous aurons toujours des candidats au poste de ministre de la santé !

Mme Agnès Buzyn. – Sur l'immunité collective, je ne crois pas que ça ait jamais été une stratégie. Les immunologistes savent que la notion d'immunité collective vient des vaccins, et correspond à la situation dans laquelle vous arrivez avec un vaccin à produire

suffisamment d'anticorps neutralisants pour une durée très longue et que vous êtes sûr qu'en ayant immunisé 90 ou 95% de la population vous allez avoir une couverture telle de la population que le virus n'arrivera plus à circuler.

Ce raisonnement, qui vaut pour la grippe ou la rougeole, n'est absolument pas valable pour un virus naturel. Je suis professeure d'hématologie mais j'ai fait une thèse d'immunologie fondamentale : en tant qu'immunologiste, je sais qu'un virus ne donne pas forcément des anticorps neutralisants durables. Aucun scientifique, virologue ou immunologiste ne peut penser que la circulation d'un virus va nécessairement permettre l'immunité collective. D'autant que la famille des coronavirus inclut le virus du rhume : nous avons tous plusieurs rhumes par an, et nous savons tous que le coronavirus du rhume ne donne pas d'immunité persistante. Je ne pense pas qu'à aucun moment quelqu'un de sensé ait pensé à l'immunité collective. La question se posera peut-être si ce virus donne des anticorps neutralisants, de bonne qualité et durable, mais en tous cas je crois qu'à ce stade la question est toujours posée.

Sur la question de l'OMS, je crois qu'une évaluation externe est prévue. Je ne peux pas juger de l'OMS ; je peux juste acter que j'ai fait avec. Vous avez reçu le professeur Didier Houssin, qui préside le comité d'urgence. J'ai voulu savoir pourquoi l'urgence de santé publique de portée internationale n'avait pas été enclenchée le 22 ou le 23, parce qu'elle me semblait évidente. Le directeur général de la santé m'a expliqué à ce sujet que le comité d'experts avait considéré que les critères n'étaient pas réunis. Je leur fais confiance. L'audit nous dira s'il y a eu des défaillances, je ne suis absolument pas capable d'en juger.

Enfin, pour être ministre de la santé... C'est le plus beau ministère. Je le souhaite à d'autres !

M. René-Paul Savary, président. – Mais vous l'avez quitté quand même...

Mme Angèle Prévile. – Si c'était à refaire, est-ce que vous avez des regrets ?

Mme Agnès Buzyn. – Je crois que la commission d'enquête juge les gens sur des actes.

M. René-Paul Savary, président. – Madame la Ministre, on analyse mais on ne juge pas. On ne porte aucun jugement.

Mme Agnès Buzyn. – Je suis persuadée, parce que je connais les risques sanitaires, qu'il faut des gens dédiés : pour avoir géré des équipes humaines comme manager, on ne demande pas la même chose à tous ses directeurs ou agents. Certains sont réactifs, d'autres ont besoin de temps long ; certains sont synthétiques, d'autres analytiques. En réalité, on doit s'appuyer sur les gens qu'on a, et on connaît très bien leurs compétences. Je suis persuadée que les gens qui gèrent le temps long, font de la prospective et sont très analytiques ne peuvent pas être en mode combat, réactifs en cas de crise.

Il faut donc des gens dédiés qui ne font que ça et sont jugés là-dessus. Vous ne pouvez pas être, en tant que responsable politique, sur tous les fronts. Vous devez choisir vos combats. Un ministre aux manettes voit bien que certains sujets sont prioritaires par rapport à d'autres. La sécurité sanitaire doit être une priorité numéro un : elle doit l'être pour les agences ; elle l'est pour le DGS, comme le montre la réunion hebdomadaire consacrée à la

sécurité sanitaire du mercredi matin, qui fonctionne très bien et à laquelle j'ai assisté pendant dix ans de ma vie.

Les risques étant plus complexes, la réflexion sur les risques doit s'élargir autour d'une agence dédiée aux risques, au-delà du seul risque sanitaire.

M. René-Paul Savary, président. – Une nouvelle agence, pourquoi pas, mais alors laquelle supprime-t-on ? En créer en permanence alors que nous disposons déjà d'un certain nombre d'agences...

Mme Agnès Buzyn. – La question que je me pose sincèrement Monsieur le président est la suivante : a-t-on bien fait d'intégrer l'EPRUS à Santé Publique France ? C'est la vraie question. Xavier Bertrand avait eu une excellente intuition en classant l'EPRUS au rang des opérateurs d'importance vitale de l'État. Est-ce que ce qualificatif est resté dans Santé Publique France ? Je ne le sais pas, mais on peut quand même s'étonner que Santé Publique France ait géré les stocks de cette façon, c'est une réalité...

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Dans la suite de ce que vous venez de dire, était-il utile de créer un conseil scientifique alors qu'il y avait d'autres institutions qui pouvaient donner la même réflexion critique et synthétique ?

Mme Agnès Buzyn. – Sincèrement, je ne souhaite pas m'exprimer sur la période après le 15 février, car j'étais en campagne pour les élections municipales à Paris, que j'avais trois semaines et demie pour faire campagne dans la capitale de la France, que mon esprit était ailleurs. Je ne suis pas en capacité de juger des décisions prises à ce moment-là, et je ne le souhaite pas.

M. René-Paul Savary, président. – Merci Madame, nous avons abordé quelques points sensibles mais c'est le rôle de notre commission d'enquête. Je remercie mes chers collègues de leur patience, il était important d'aller au fond des choses.

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 50.

**PROGRAMME DE TRAVAIL POUR LA SEMAINE
DU 5 OCTOBRE ET À VENIR**

Commission des affaires économiques

Mercredi 7 octobre 2020

À 10 heures

(Salle n° 263)

- Réunion constitutive

À l'issue de la réunion constitutive

(Salle n° 263)

- Nomination d'un rapporteur sur le projet de loi n° 3298 (A.N., XVe lég.) relatif aux conditions de mise sur le marché de certains produits phytopharmaceutiques en cas de danger sanitaire (sous réserve de son adoption et de sa transmission par l'Assemblée nationale) ;

- Nomination d'un rapporteur sur la proposition de loi n° 629 (2019-2020) de M. Laurent Lafon pour la mise en place d'une certification de cybersécurité des plateformes numériques destinée au grand public ;

- Demande de saisine pour avis et nomination d'un rapporteur pour avis sur le projet de loi n° 722 (2019-2020) de programmation de la recherche pour les années 2021 à 2030 et portant diverses dispositions relatives à la recherche et à l'enseignement supérieur.

Commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées

Mercredi 7 octobre 2020

à 12 heures

Salle René Monory

- Réunion constitutive

À l'issue de la réunion constitutive

Salle René Monory

- Examen d'une demande éventuelle de saisine pour avis et désignation d'un rapporteur sur le projet de loi n° 669 (2019-2020), adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à la prorogation des chapitres VI à X du titre II du livre II et de l'article L. 851-3 du code de la sécurité intérieure ;

- Examen éventuel du rapport pour avis sur le projet de loi n° 669 (2019-2020), adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à la prorogation des chapitres VI à X du titre II du livre II et de l'article L. 851-3 du code de la sécurité intérieure.

Commission des affaires sociales

Mercredi 7 octobre 2020

À 11 heures

(Salle n° 213)

- Réunion constitutive

À l'issue de la réunion constitutive

(Salle n° 213)

- Examen du rapport et du texte de la commission sur la proposition de loi n° 710 (2019-2020) relative au renforcement de l'inclusion dans l'emploi par l'activité économique et à l'expérimentation « territoire zéro chômeur de longue durée » (Rapporteuse : Mme Frédérique Puissat)

*Le délai limite pour le dépôt des amendements,
auprès du secrétariat de la commission (Ameli commission),
est fixé au lundi 5 octobre 2020, à 12 heures.*

- Désignation de rapporteurs sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

- Désignation d'un rapporteur sur la proposition de loi n° 677 (2019-2020) portant création d'un pôle public du médicament et des produits médicaux

- Désignation d'un rapporteur sur la proposition de loi n° 543 (2019-2020), adoptée par l'Assemblée nationale, relative à la déshérence des contrats de retraite supplémentaire.

à 18 h 30

(salle Médicis)

Captation vidéo – Ouverte à la presse

- Audition de MM. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé et Olivier Dussopt, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Jeudi 8 octobre 2020

à 10 h 30

(salle René Monory)

Captation vidéo – Ouverte à la presse

- Audition de MM. Pierre Moscovici, Premier président, et Denis Morin, président de la 6ème chambre, de la Cour des comptes, sur le rapport annuel de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

- Audition de MM. Pierre Moscovici, Premier président, et Denis Morin, président de la 6ème chambre, de la Cour des comptes, sur l'enquête de la Cour des comptes sur les groupements hospitaliers de territoire

Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable

Mercredi 7 octobre 2020

à 10 h 30

Salle Clemenceau

- Réunion constitutive

À l'issue de la réunion constitutive

Salle Clemenceau

- Sous réserve de son adoption par l'Assemblée nationale et de sa transmission, demande de saisine pour avis et désignation d'un rapporteur pour avis sur le projet de loi relatif aux conditions de mise sur le marché de certains produits phytopharmaceutiques en cas de danger sanitaire.

Commission de la culture, de l'éducation et de la communication

Mercredi 7 octobre 2020

à 11 h 30

Salle n° 245

- Réunion constitutive

À l'issue de la réunion constitutive

Salle n° 245

- Nomination d'un rapporteur sur le projet de loi n° 722 (2019-2020), adopté par l'Assemblée nationale, de programmation de la recherche pour les années 2021 à 2030 et portant diverses dispositions relatives à la recherche et à l'enseignement supérieur (procédure accélérée).

à 14 heures

Salle n° 245

- Audition de Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, sur le projet de projet de loi n° 722 (2019-2020), adopté par l'Assemblée nationale, de programmation de la recherche pour les années 2021 à 2030 et portant diverses dispositions relatives à la recherche et à l'enseignement supérieur (procédure accélérée).

Commission des finances

Mercredi 7 octobre 2020

À 9 heures

(Salle de la commission)

- Réunion constitutive

À l'issue de la réunion constitutive

(Salle de la commission)

- Nomination d'un rapporteur sur la proposition de loi n°594 (2019-2020) visant à réformer la procédure d'octroi de la dotation d'équipement des territoires ruraux, présentée par M. Hervé Maurey ;

- Demande de saisine et nomination d'un rapporteur pour avis sur la proposition de loi constitutionnelle n°681 (2019-2020) pour le plein exercice des libertés locales et la proposition de loi organique n°682 (2019-2020) pour le plein exercice des libertés locales, présentées par MM. Philippe Bas et Jean-Marie Bockel ;

- Demande de saisine et nomination d'un rapporteur pour avis sur le projet de loi n°722 (2019-2020) de programmation de la recherche pour les années 2021 à 2030 et portant diverses dispositions relatives à la recherche et à l'enseignement supérieur.

Commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale

Mercredi 7 octobre 2020

à 9 h 30

Salle n° 216

- Réunion constitutive

À l'issue de la réunion constitutive

Salle n° 216

- Nomination d'un rapporteur sur la proposition de loi constitutionnelle n° 682 (2019-2020) et la proposition de loi organique n° 683 (2019-2020) pour le plein exercice des libertés locales, présentées par MM. Philippe Bas, Jean-Marie Bockel et plusieurs de leurs collègues ;

- Nomination d'un rapporteur sur la proposition de loi constitutionnelle n° 293 (2019-2020) visant à garantir la prééminence des lois de la République, présentée par MM. Philippe Bas, Bruno Retailleau, Hervé Marseille et plusieurs de leurs collègues ;

- Nomination d'un rapporteur et examen du rapport sur le projet de loi n° 3340 (A.N., XVe lég.) prorogeant le régime transitoire institué à la sortie de l'état d'urgence sanitaire (*sous réserve de sa transmission*) (*procédure accélérée*) ;

Le délai limite pour le dépôt des amendements, auprès du secrétariat de la commission (Ameli commission), est fixé au :

Lundi 5 octobre 2020, à 12 heures

- Nomination d'un rapporteur et examen du rapport sur le projet de loi n° 669 (2019-2020), adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à la prorogation des chapitres VI à X du titre II du livre II et de l'article L. 851-3 du code de la sécurité intérieure ;

Le délai limite pour le dépôt des amendements, auprès du secrétariat de la commission (Ameli commission), est fixé au :

Lundi 5 octobre 2020, à 12 heures

- Nomination d'un rapporteur et examen du rapport sur le projet de loi organique n° 712 (2019-2020), adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif au Conseil économique, social et environnemental ;

Le délai limite pour le dépôt des amendements, auprès du secrétariat de la commission (Ameli commission), est fixé au :

Lundi 5 octobre 2020, à 12 heures

Commission des affaires européennes

Mercredi 7 octobre 2020

à 15 h 45

Salle Médicis

- Réunion constitutive

Commission spéciale chargée du contrôle des comptes et de l'évaluation interne

Mercredi 7 octobre 2020

à 12 h 30

Salle n 67

- Réunion constitutive

Commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique

Mercredi 7 octobre 2020

à 16 h 15

11494

Salle n 67

- Réunion constitutive

Commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi d'accélération et de simplification de l'action publique

Mercredi 7 octobre 2020

à 16 h 45

Salle n° 67

- Réunion constitutive

À l'issue de la réunion constitutive

Salle n° 67

- Désignation des candidats pour faire partie de l'éventuelle commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi d'accélération et de simplification de l'action publique ;

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 7 octobre 2020

à 17 h 15

Salle n° 213

- Réunion constitutive

Jeudi 8 octobre 2020

à 14 h 30

Salle Monory

- Audition de M. Cédric O, secrétaire d'État chargé de la transition numérique et des communications électroniques.