

# **SANTÉ PUBLIQUE : POUR UN NOUVEAU DÉPART**

## **LEÇONS DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19**

Réunie le mardi 8 décembre 2020, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion a adopté le rapport de Mme Catherine Deroche, M. Bernard Jomier et Mme Sylvie Vermeillet.

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

Devant **l'ampleur du choc ressenti par le pays, l'accumulation des incompréhensions quant aux réponses apportées à l'épidémie et la lourdeur du bilan humain**, le Président du Sénat a déposé le 16 juin 2020 une proposition de résolution tendant à créer une commission d'enquête, dont les rapporteurs ont retenu une approche ciblée sur le volet sanitaire.

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

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

---

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

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

---

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

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



## 1. FACE À UNE CRISE D'UNE AMPLEUR INÉDITE, DES AUTORITÉS EN ALERTE PRÉCOCE, UN PAYS FINALEMENT MAL PRÉPARÉ

### A. DE LA « DRÔLE DE GUERRE » AU « ROULEAU COMPRESSEUR ÉPIDÉMIQUE »

#### 1. Une veille activée tôt, des décisions tardives et peu coordonnées

De la mise en évidence, dans les derniers jours de l'année 2019, d'un épisode de cas groupés de pneumonies dans la ville de Wuhan en Chine jusqu'à la déclaration par l'OMS, le 30 janvier 2020, de *l'urgence de santé publique de portée internationale* face à l'épidémie liée au nouveau coronavirus désigné sous les termes de SARS-CoV-2, responsable de la maladie de la covid-19, la **mise en alerte progressive du dispositif de prévention des risques sanitaires** dès le 2 janvier 2020 en France traduit une **réaction précoce** du ministère de la santé : celle-ci précède l'apparition des trois premiers cas importés identifiés le 24 janvier et des premiers foyers épidémiques (*clusters*) localisés aux Contamines-Montjoie ou encore dans l'Oise.

Pour autant, l'analyse de la période précédant la décision du Président de la République d'engager le pays, comme de nombreux autres, dans un confinement généralisé à compter du 17 mars, laisse nombre d'interrogations ouvertes : sur l'impact du changement à la tête du ministère chargé de la santé le 15 février à la veille d'un épisode épidémique majeur, sur les **retards dans la prise de conscience internationale de la gravité de la situation et l'activation d'une réponse européenne coordonnée**, enfin sur la lenteur de la réponse nationale et les **insuffisances de la coordination interministérielle**.

L'activation de la cellule interministérielle de crise le 17 mars, soit à une date relativement tardive, n'a sans doute pas permis de manifester l'ampleur de la crise à venir et d'identifier en amont certaines difficultés rencontrées par la suite, notamment en termes de logistique.

## 2. Le Grand Est face au « tsunami épidémique », illustration d'une gestion centralisée

La commission d'enquête a consacré symboliquement ses premières auditions à des acteurs du Grand Est, première région à affronter la vague épidémique à la fin du mois de février et la plus durement touchée par cet épisode. Elle en retire la mise en évidence d'une gestion centralisée, **aveugle face aux spécificités territoriales**, sourde aux alertes du terrain, qui n'a pas permis de doter les acteurs d'un soutien adapté et des moyens nécessaires pour lutter contre l'épidémie.

## 3. Un défaut de vigilance à l'égard des plus vulnérables qui conduit à un lourd bilan humain

À l'heure où la commission d'enquête publie ses travaux, **93 % des plus de 50 000 personnes décédées de la covid-19 en France ont plus de 65 ans**. Alors que la plupart des observateurs évoquaient le risque encouru pour les personnes âgées dès fin janvier, l'administration de tutelle des établissements médico-sociaux (Ehpad) ne les alerte qu'à partir du 21 février. Les visites sont suspendues le 11 mars, cette décision étant devancée par des initiatives de groupes privés manifestement mieux informés. Pour les rapporteurs, **l'impuissance à protéger efficacement les personnes les plus fragiles interpelle, 17 ans après la canicule qui avait fait un nombre important de victimes, sur la place que notre société accorde aux plus fragiles**.

## B. LE FIASCO DES MASQUES : UN MANQUE D'ANTICIPATION LOURD DE CONSÉQUENCES, DES DÉCISIONS STRATÉGIQUES TRÈS CONTESTABLES

La pénurie des masques et autres équipements de protection individuelle a alimenté le débat public jusqu'en mai et porté un lourd préjudice, dès le départ de la flambée épidémique, à la lutte contre le virus, avec l'image de soignants sans équipements.

---

### **La pénurie de masques restera le triste symbole de l'état d'impréparation du pays et du manque d'anticipation des autorités sanitaires face à la crise.**

---

La commission d'enquête dresse dans son rapport une minutieuse analyse des documents et archives dont elle a sollicité, en vertu de ses prérogatives, la communication auprès de la direction générale de la santé et de Santé publique France pour retracer le chaînage des responsabilités.

Si cette analyse conduit les rapporteurs à imputer directement cette pénurie à la décision, prise en 2018 par le directeur général de la santé, de ne pas renouveler le stock de masques chirurgicaux, elle est également la conséquence de choix antérieurs, tout au long des années 2010.

### 1. La disparition du stock de masques FFP2 dans les années 2010 : un choix délibéré qui s'appuie sur une interprétation contestable et restrictive des recommandations d'experts

**De 2011 à 2016, le stock stratégique de masques FFP2 est passé de 700 millions d'unités à 700 000**, soit une diminution de 99,9 %. La justification de cet assèchement du stock s'appuie sur un avis du Haut Conseil de la santé publique de 2011 et sur une doctrine élaborée en 2013 par le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN).

Or, **les interprétations qui en ont été faites sont contestables** : aucun de ces deux documents ne suggère l'abandon d'un tel stock. L'avis de 2011 préconise certes un champ plus restreint d'usage par les professionnels de santé mais recommande explicitement que le stock d'État continue d'être composé de masques chirurgicaux et FFP2.

Le second document, au demeurant non contraignant, rappelle que la protection des travailleurs relève de la responsabilité des seuls employeurs publics et privés et que, de ce fait, il revient à chacun d'entre eux (comme les hôpitaux ou entreprises) de déterminer l'opportunité de constituer des stocks de masques. Non seulement cette doctrine n'exigeait en rien la disparition de tout stock stratégique d'appoint, mais, en outre, **l'État a organisé sa propre impuissance en ne s'assurant pas de l'application effective de cette doctrine sur le terrain.**

## 2. La disparition du stock de masques chirurgicaux : le choix incompréhensible de ne pas remplacer 600 millions de masques déclarés non conformes en 2018

**Alors qu'il s'établissait à 754 millions d'unités fin 2017, le stock stratégique de masques chirurgicaux n'en contenait plus que 100 millions fin 2019.**

L'édiction en 2014 d'une norme de qualité des masques a conduit à ce qu'environ 610 millions d'entre eux ont été jugés non conformes. Le directeur général de la santé a toutefois ordonné l'achat de seulement 50 millions de masques (50 millions supplémentaires si le budget le permettait), soit moins que la quantité nécessaire ne serait-ce que pour renouveler ceux arrivant à péremption fin 2019. **La ministre de la santé n'a pas été informée de ce choix de ne conserver désormais qu'un si faible stock**, qui emportait pourtant des conséquences importantes.

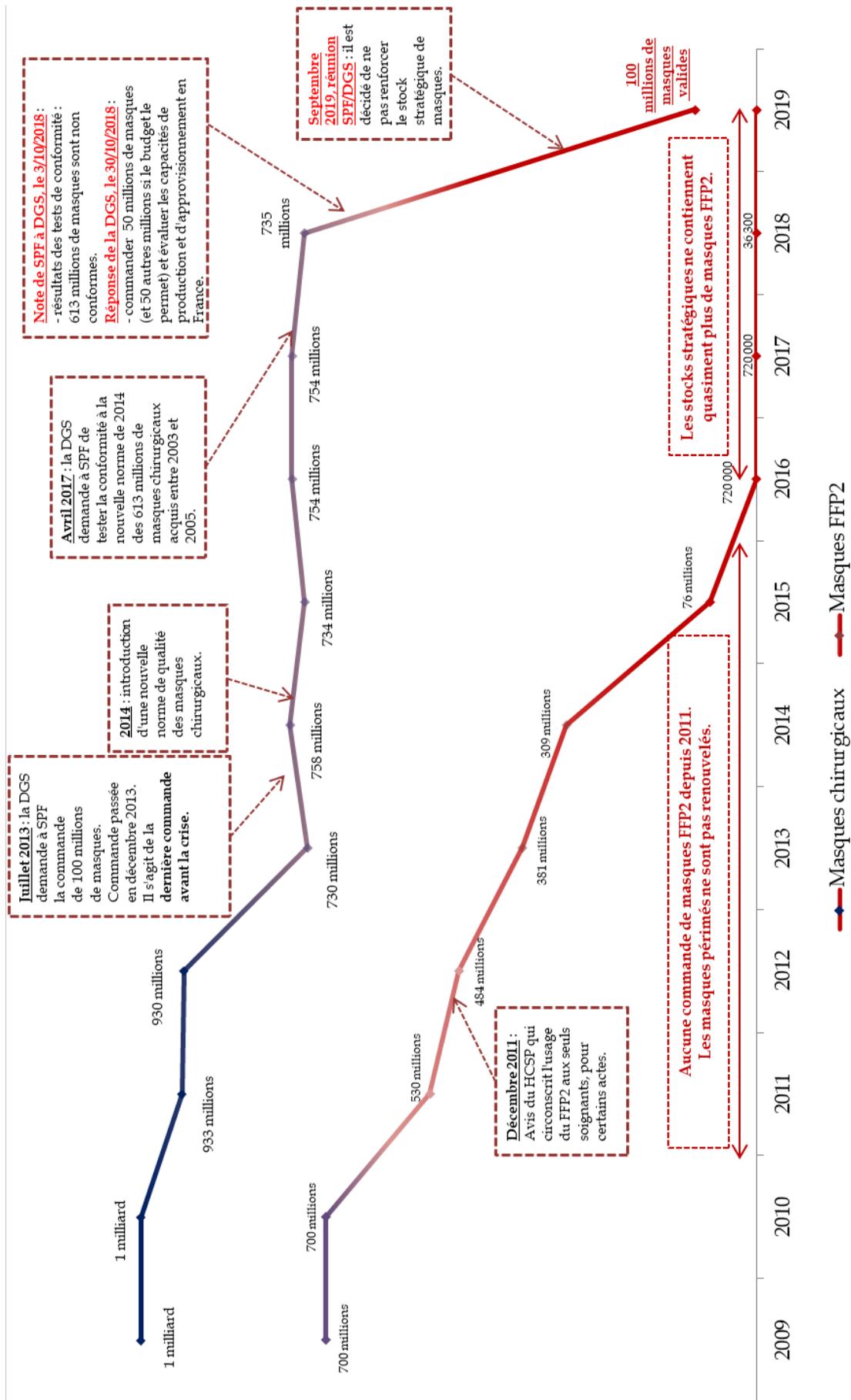
De surcroît, des échanges de courriels analysés par la commission d'enquête indiquent que Santé publique France a accédé à la requête du **directeur général de la santé pour que les conclusions d'un rapport d'experts, qui semblaient préconiser, à rebours de cette décision, de cibler un « stock » d'État d'un milliard de masques chirurgicaux, soient modifiées par la mention d'un simple « besoin »** avant leur publication en 2019.

## 3. Une pénurie sciemment dissimulée

Plusieurs responsables ont nié toute pénurie d'équipements de protection individuelle y compris pour les soignants. Pourtant, des documents étudiés par la commission d'enquête attestent que cette situation était connue du Gouvernement depuis – au moins – le 13 mars 2020, contrastant avec un discours exagérément optimiste, en décalage avec le ressenti des acteurs de terrain.

En outre, ministres et DGS ont, à plusieurs reprises, proposé une réécriture de l'histoire les dédouanant. Ils ont indiqué que la faiblesse du stock résulterait du choix désormais de constituer un « stock tournant », décision qui n'explique en rien l'affaissement de la quantité détenue.

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



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

#### 4. Un manque d'anticipation qui a conduit l'État à commander massivement des masques sur un marché international sous tension, à des prix exorbitants

Afin de pallier la pénurie, l'État s'est procuré des masques par deux canaux : la **réquisition**, à l'**efficacité très faible mais qui a désorganisé en mars les chaînes d'approvisionnement** et a contribué à tendre le dialogue entre le Gouvernement et les collectivités territoriales, et des **commandes passées majoritairement à l'international**.

**Au 15 juin, 3,9 milliards de masques ont été commandés (dont 2,7 milliards en Chine), pour un coût total de 2,8 milliards d'euros.** La livraison de ces commandes a parfois été retardée du fait de changements de la réglementation chinoise, de contrôles de qualité négatifs, de retards de production ou encore de surenchère de la part d'autres acheteurs. L'absence d'anticipation de l'État l'a en outre conduit à payer ces masques à un tarif exorbitant en comparaison des prix pratiqués « en temps de paix ». Si le choix avait été fait en octobre 2018 de reconstituer les stocks de masques chirurgicaux à hauteur d'un milliard d'unités, le coût budgétaire aurait été de 27 millions d'euros, contre 450 millions d'euros durant la crise.

Parallèlement, la commission d'enquête attire l'attention sur la nécessité pour l'État de ne pas se désengager de la constitution, à sa demande, d'une **filière française de masques en tissu**, qui a nécessité d'importants investissements de la part des entreprises.

## 2. UNE ORGANISATION SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE « DE GUERRE »

### A. LE SYSTÈME DE SOINS SOUS TENSION EXTRÊME ET POURTANT RÉILIENT

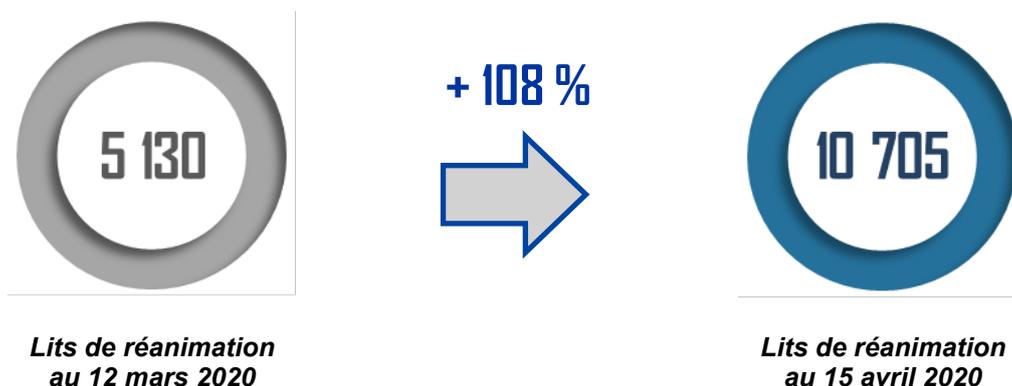
#### 1. Les illusions d'une gestion hospitalo-centrée

La commission d'enquête a souhaité entendre, au début de ses travaux, la voix de professionnels de santé libéraux et de praticiens hospitaliers « de terrain » directement impliqués dans la gestion de la crise sanitaire. Le sentiment d'isolement, l'incompréhension voire la colère ressortent des témoignages : pour les premiers, « **la place des soins primaires dans le dispositif n'a tout simplement pas été pensée** ». Si la pénurie d'équipements de protection individuelle a porté préjudice à l'intervention précoce des soignants de ville et en premier du médecin traitant en matière de prise en charge, **la consigne officielle invitant les patients à contacter le Samu-centre 15 a renforcé cette marginalisation**. Elle s'est accompagnée d'une saturation des appels aux centres 15 qui a pâti des carences de la coordination des différents acteurs de l'urgence.

Si les lacunes de la liaison ville-hôpital se sont faites cruellement sentir, des initiatives de coopération entre acteurs, souvent isolées, sont des atouts sur lesquels capitaliser. De même, les prémices de la structuration des acteurs de ville se sont révélées fructueuses, comme, dans certaines limites toutefois, le déploiement accéléré de la télésanté.

## 2. Le grand redéploiement de l'offre hospitalière, entre réactivité et enjeux de coopération

Du déclenchement du « plan blanc » hospitalier le 12 mars jusqu'au pic des hospitalisations mi-avril, les capacités d'accueil en réanimation ont été plus que doublées.



---

## Libérés de carcans administratifs et de la contrainte budgétaire, l'hôpital et ses personnels ont montré une capacité d'adaptation extraordinaire.

---

La mobilisation de renforts s'est toutefois heurtée à plusieurs difficultés, révélant une inadéquation du dispositif de réserve sanitaire ou des rigidités dans le redéploiement des postes d'internes.

En outre, après avoir connu, notamment en Grand Est, des débuts hésitants, la mobilisation des acteurs de l'hospitalisation privée, bien que diverse, a été réelle : 213 autorisations exceptionnelles de soins ont été accordées dont 94 au titre de soins de réanimation.

## 3. Un système de santé focalisé sur une pathologie au détriment des autres

Si l'hôpital a « tenu » face à la vague épidémique, la crise sanitaire a profondément déstabilisé le système de santé et la prise en charge des autres pathologies, aussi bien à l'hôpital qu'en ville. Les **déprogrammations massives** décidées uniformément sur l'ensemble du territoire ont conduit à une baisse de l'activité de chirurgie de 50 à 80 % en avril et mai, y compris pour la prise en charge des cancers, sans qu'un rattrapage suffisant se dessine au cours de l'été. En ville, le message « restez chez vous » a induit un phénomène de **renoncement aux soins**, y compris chez les patients les plus vulnérables, et des retards au diagnostic dont l'impact sanitaire devra être évalué.

Dans ce contexte et alors même que les associations de patients ont souvent pallié un manque d'informations concrètes et adaptées aux besoins de certains publics à risque, la « **mise sur la touche** » des instances de la **démocratie sanitaire** a interpellé les membres de la commission d'enquête. Les questions éthiques soulevées par de nombreuses décisions auraient mérité une association étroite des usagers et de la société civile, gage d'une meilleure adhésion.

## 4. L'embolie du système de prise en charge a acculé les soignants à une priorisation des patients préjudiciable aux plus vulnérables

S'il constitue une pratique quotidienne pour le corps médical, le sujet délicat du « tri » des patients a suscité des questionnements légitimes quant à une éventuelle « perte de chance » des patients les plus âgés.

L'analyse des données d'admission dans les services de réanimation par la commission d'enquête la conduit à une **approche nuancée** qui rejoint les points de vue exprimés par différents observateurs de terrain. Si les comparaisons sont rendues difficiles par la variation des ordres de grandeur d'une année sur l'autre, ces données montrent toutefois un creux dans la part des plus de 75 ans admis en réanimation la semaine du 30 mars au plus fort de la crise.

Pour les rapporteurs, ces constats invitent à **donner à notre système de soins des moyens pérennes supplémentaires** pour accueillir ceux qui devraient pouvoir l'être dans les conditions prévues par le droit. Ils plaident en outre pour une appropriation par les professionnels de santé des bonnes pratiques et la communication aux familles des choix médicaux dans la transparence et le respect des **principes de dignité et d'équité**.

## **B. UNE NOUVELLE ILLUSTRATION DES FRAGILITÉS DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL**

### **1. Un secteur victime de son délaissement**

Une première illustration réside dans le suivi épidémiologique défaillant dont il a fait l'objet : **le premier système de surveillance national de la situation dans les Ehpad – qui reste un outil rudimentaire – n'a été opérationnel qu'à la fin mars** et laisse encore bien imprécise la connaissance de l'épidémie et de son bilan humain dans ces établissements. Si les plans bleus ont été rendus obligatoires après la canicule de 2003, les Ehpad ont une culture du risque encore insuffisante, en étant largement dépourvus, par exemple, de plans de continuité d'activité.

Autre signe d'une perception d'abord et essentiellement sanitaire de la crise, **le secteur du domicile, déjà sinistré, est resté longtemps hors radar**. Ses acteurs ont pointé devant la commission d'enquête un manque d'anticipation regrettable, malgré des alertes venues de l'étranger, et un manque de directives nationales claires quand elles n'étaient pas contradictoires.

Le secteur médico-social a souffert de la pénurie d'équipements de protection (jusqu'à fin avril) et des carences de la politique de tests qui aurait gagnée à y être précocement et massivement déployée. De même les rapporteurs regrettent le **caractère tardif des solutions d'appui externes aux établissements** qui se sont révélées pourtant décisives alors que le confinement est lourd de conséquences sur le plan sanitaire pour les personnes âgées.

### **2. La double tutelle du secteur, une source de confusion supplémentaire**

Si des initiatives ont permis une gestion efficace, la crise a également **exacerbé des difficultés préexistantes** de fonctionnement liées au commandement à deux têtes du secteur entre les ARS (sur le volet sanitaire) et les départements (sur le volet social), tant dans les Ehpad que dans le secteur du domicile. Le pilotage des renforts humains en a été l'une des principales illustrations.

## **C. DES EFFORTS EXCEPTIONNELS DE RECHERCHE FRAGILISÉS PAR UN MANQUE DE COORDINATION**

### **1. Une mobilisation inédite de la recherche clinique**

L'effort de recherche clinique pour trouver un traitement et un vaccin a été d'une ampleur inédite à travers le monde et particulièrement en France grâce à l'adaptation des procédures, à des moyens financiers spécifiques et à la mobilisation de l'ensemble de la communauté scientifique.

**La France s'est placée parmi les principaux pays contributeurs aux études scientifiques sur la covid-19.** Au 20 juillet, 1 480 essais cliniques sur la covid-19 étaient répertoriés dans le monde dont 417 en Europe, 384 aux États-Unis et 95 en Chine. La recherche pour un traitement s'est principalement concentrée sur des médicaments déjà existants mais les résultats obtenus n'ont pas permis de conclure à ce stade à l'existence d'un traitement efficace pour lutter spécifiquement contre la covid-19. Néanmoins, la mobilisation exceptionnelle en faveur de la recherche vaccinale a permis, à fin octobre, à une dizaine de candidats vaccins d'atteindre la phase III de développement et d'envisager, à court terme, la mise sur le marché d'un vaccin.

## 2. Un manque de coordination aux conséquences néfastes pour la conduite des projets de recherche et le déploiement d'une stratégie thérapeutique partagée

La mobilisation pour la recherche scientifique en France s'est faite **en ordre dispersé** : la multiplication des projets de recherche, qui a rendu l'inclusion de patients plus difficile, a entraîné **une concurrence, une illisibilité et des contradictions entre les travaux**.

À la multiplication des études, parfois contradictoires, s'est ajoutée **la cacophonie des prises de paroles des scientifiques**, au détriment des travaux du HCSP dont les recommandations thérapeutiques sont fondées sur une analyse critique et collégiale des connaissances disponibles. Dans un contexte épidémique sans traitement spécifique disponible, les contradictions scientifiques ont conduit à des **revirements sur la stratégie thérapeutique** et à l'administration de traitements non autorisés en dehors des protocoles de recherche clinique.

Une meilleure coordination des travaux de recherche en période de crise sanitaire, en identifiant au niveau national des projets prioritaires vers lesquels flécher les financements exceptionnels, permettrait de fédérer la communauté scientifique et de renforcer la robustesse des travaux sur lesquels s'appuyer pour l'élaboration de recommandations thérapeutiques partagées.

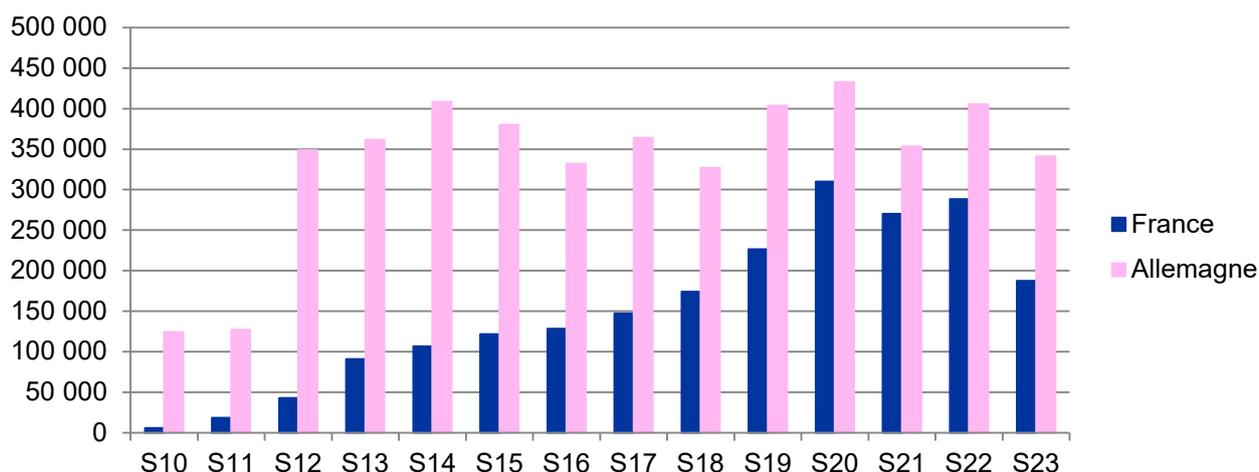
## 3. LA STRATÉGIE TESTER – TRACER – ISOLER À L'ÉPREUVE DES FAITS

### A. UNE POLITIQUE DE TESTS EN QUÊTE D'EFFICACITÉ

1. Entre manque d'anticipation, contraintes techniques et pesanteurs organisationnelles, une montée en charge lente des capacités à tester

La **parcimonie des tests disponibles lors du pic épidémique** a été, avec la pénurie de masques – quoique dans une moindre mesure –, au cœur des débats du printemps. Elle n'a pas permis, comme le conseil scientifique l'a alors explicitement reconnu, la poursuite de la stratégie visant à casser les chaînes de contamination mise en œuvre dans les premiers *clusters*.

Comparaison du nombre de tests RT-PCR réalisés en France et en Allemagne entre mars et juin 2020



Ce qui a été qualifié de « **retard à l'allumage** » par rapport à un pays comme l'Allemagne dans le déploiement des tests, par contraste avec la précocité de la mise au point de la technique PCR, tient à plusieurs facteurs : par analogie avec la grippe, l'intérêt d'un dépistage à grande échelle n'a pas été anticipé ; la participation effective du réseau des laboratoires de ville à compter de mars s'est heurtée à plusieurs freins (sous-investissement chronique en biologie moléculaire, tensions extrêmes sur le marché international) qui se sont avérés d'autant plus contraignants qu'un objectif de mobilisation massive des capacités analytiques n'était pas explicitement affiché avant le déconfinement ; en outre, une navigation à vue, une méconnaissance du réseau par les ARS et des cloisonnements n'ont pas facilité les coopérations au niveau territorial ou retardé la sollicitation d'autres acteurs tels que les laboratoires vétérinaires ou de recherche.

## 2. Face à l'ouverture des vannes, une stratégie fuyante

S'il faut saluer l'effort d'investissement des acteurs et le saut quantitatif dans les capacités à tester qu'il a permis de réaliser, l'affichage d'un nombre de tests toujours plus élevé a occulté, à la fin de l'été et au mois de septembre, l'**embolisation des laboratoires** et la dérive constatée dans certaines régions dans les délais d'accès aux tests et de rendu de résultats.

Victime de son « succès », la politique de tests, désorganisée n'a pas permis d'endiguer la circulation du virus à la veille de la deuxième vague. Le 10 septembre, l'audition consacrée à cette thématique par la commission d'enquête conduisait les acteurs au constat suivant : « *Nous sommes aujourd'hui à la croisée des chemins avec une puissance analytique considérable qui doit être organisée* ».

---

**Au final, le recours aux tests de détection de la covid-19 a souffert d'une carence de stratégie, à tout le moins d'hésitations, qui a nui à son efficacité comme à la bonne compréhension de ses finalités.**

---

## B. L'ÉCHEC DE LA DÉMARCHE DE TRAÇAGE ET D'ISOLEMENT

Les deux autres volets du triptyque énoncé par le Premier ministre en vue de la levée progressive du confinement à compter du 11 mai (tracer les malades et leurs cas contacts et procéder à leur isolement) ont connu des développements pour le moins erratiques.

### 1. Un bilan très mitigé de la politique de « traçage »

Si le développement de la base SI-DEP (Système d'Informations de DEPistage) a permis une mise en réseau des laboratoires pour les remontées de résultats des tests indispensable au suivi de l'épidémie, le traçage des patients et de leurs contacts, reposant essentiellement sur l'Assurance maladie et non sur les médecins traitants, n'a trouvé qu'une **portée en pratique limitée**.

La commission d'enquête, après un déplacement à l'aéroport de Roissy-Charles de Gaulle, a constaté en outre le caractère largement perfectible du dispositif mis en place à l'arrivée des passagers dans les aéroports, dont le déploiement apparaît par ailleurs tardif.

Avant le lancement de sa version 2, les **atermolements dans le développement de l'application StopCovid** visant à assurer un traçage « à grande échelle » n'ont pas favorisé son appropriation par la population, symbole d'une défiance envers les pouvoirs publics.

## 2. L'isolement, un volet du triptyque réduit à l'invocation

L'isolement des patients et de leurs cas contacts, mesure prophylactique classique de la lutte contre les maladies infectieuses, n'a pas connu de réel développement au-delà des premières mesures de mise en quarantaine des rapatriés de Chine et d'isolement – essentiellement hospitalier – des cas identifiés dans les premiers foyers épidémiques. Les offres d'hébergement alternatif proposées par des établissements hôteliers sont restées marginales, en l'absence de volonté d'assortir ces mesures de toute contrainte juridique.

Au demeurant, à l'heure où ils restituent leurs travaux, les rapporteurs observent avec étonnement, voire une certaine inquiétude, la réémergence tardive d'un débat sur l'isolement des malades ou des cas contacts, débat pourtant clos aussi vite qu'il avait été ouvert au début de la crise.

## 4. REMÉDIER AUX INSUFFISANCES D'UNE GOUVERNANCE DÉPASSÉE PAR LA CRISE

### A. UNE GOUVERNANCE NATIONALE COMPLEXE ET PEU LISIBLE, CONTRAINTE À SE RÉINVENTER

#### 1. La communication de crise face à l'enjeu de l'adhésion de la population

Face à l'épidémie, les différentes agences et instances sanitaires existantes ont été **inégalement mobilisées** et **insuffisamment coordonnées** par le Gouvernement pour lui apporter une expertise scientifique susceptible d'éclairer et de fonder ses décisions. Elles ont même été **conurrencées par des structures d'expertise ad hoc** créées par le Gouvernement afin de le guider dans sa prise de décision dans la gestion de la crise sanitaire : le conseil scientifique, le comité CARE et le comité scientifique sur les vaccins covid-19. Le fonctionnement de ces nouvelles instances est resté, par ailleurs, **peu transparent**, leur articulation avec les agences sanitaires n'a jamais été précisée et, en l'absence de moyens propres, leur indépendance a pu être mise en doute. En ont résulté une **illisibilité** et un **déficit de légitimité du discours scientifique** sur lequel se sont appuyées les décisions de gestion de la crise.

---

**À une insuffisante coordination des instances d'expertise scientifique, s'est ajoutée une organisation peu lisible et peu efficiente d'une communication de crise gouvernementale jugée trop verticale.**

---

Dans un climat marqué par des **désaccords publics parfois vifs au sein de la communauté scientifique**, largement relayés par les médias et les réseaux sociaux, la communication institutionnelle du Gouvernement a ainsi échoué à contenir un flux massif et ininterrompu d'informations contradictoires à la légitimité scientifique discutable, voire de fausses informations. Les querelles entre scientifiques sur la gestion de l'épidémie ont également pesé sur la capacité des pouvoirs publics à emporter l'adhésion de la population à des recommandations sanitaires souvent **évolutives** et parfois contradictoires – comme en témoignent les **hésitations du discours gouvernemental sur le port du masque en population générale** – et perçues, pour certaines d'entre elles, comme **infantilisantes**.

Pour les rapporteurs, le **renforcement de la cohérence de l'expertise sanitaire**, indispensable à **l'adhésion de la population à la stratégie d'endiguement de l'épidémie**, passe par la mise en place d'une **instance nationale d'expertise scientifique unifiée et indépendante** en capacité de mobiliser et coordonner l'ensemble des viviers d'expertise existants (agences sanitaires, organismes de recherche, universités...).

Jugée souvent trop **verticale**, la communication institutionnelle de crise n'a en outre pas été adaptée aux **décalages dans la propagation du virus observés dans certains territoires**, en particulier dans les **outre-mer**, et aux spécificités de la situation socio-économique dans ces territoires, notamment en Guyane et à Mayotte.

## 2. Santé publique France : une agence contestée et débordée par l'ampleur de la crise

Santé publique France est apparue insuffisamment armée et préparée pour affronter une crise sanitaire d'une ampleur inédite. Ses moyens sont ainsi rapidement apparus **sous-dimensionnés** pour répondre aux besoins de la gestion de la crise, notamment en matière de constitution et de distribution de stocks stratégiques d'équipements de protection individuelle. Le versement à l'agence d'une dotation exceptionnelle de 4,8 milliards d'euros par l'assurance maladie, décidé par arrêté ministériel, pose par ailleurs de nouveau la question du **contrôle parlementaire des moyens consentis par la puissance publique à un opérateur chargé de missions régaliennes** en matière de veille et sécurité sanitaire.

---

**L'épisode de la gestion chaotique des stocks d'État de masques a mis en lumière l'absence de marge de manœuvre de Santé publique France dans la stratégie de préparation aux urgences sanitaires, domaine dans lequel elle a souvent été reléguée par l'État au rôle de pur exécutant.**

---

Elle n'est ainsi pas parvenue à empêcher l'**affaiblissement continu de la prévention des crises pandémiques dans les priorités gouvernementales**, comme en témoigne son incapacité à peser sur les décisions de la direction générale de la santé ayant conduit à réduire significativement le niveau des stocks stratégiques de masques, décisions prises selon toute vraisemblance sans validation préalable du ministre de la santé.

## B. UNE GOUVERNANCE TERRITORIALE DE CRISE PERFECTIBLE

### 1. Une organisation des services de l'État réactive mais mal adaptée aux enjeux

En dépit d'un cadre juridique clair en matière de gestion de crise, la relation entre les acteurs territoriaux de l'État – préfetures et agences régionales de santé (ARS) – a manqué de fluidité voire a semblé parfois dysfonctionnelle aux observateurs de terrain : il en résulte une action publique souvent apparue **insuffisamment lisible** pour les élus.

Face à une crise sanitaire qui les a placés en première ligne, de nombreux acteurs ont critiqué une **gestion par les ARS trop éloignée du terrain**, phénomène sans doute accentué par la création des grandes régions et la faiblesse des délégations départementales de ces agences ne leur permettant pas de jouer un véritable rôle d'interface avec les élus locaux.

### 2. Les collectivités territoriales, des partenaires indispensables à considérer comme tels

Si la gestion d'une crise sanitaire d'une telle ampleur incombe avant tout à l'État, les collectivités territoriales, plus opérationnelles et au fait des réalités locales, **n'ont pas été associées aux décisions à la hauteur de leur importance et de leur mobilisation**. Pour la commission d'enquête, cette crise aura mis en évidence le besoin de mieux asseoir le rôle de ces acteurs, en particulier des régions, dans l'organisation territoriale de l'offre de soins.

### Sécuriser la gestion des stocks stratégiques

1. Prévoir la constitution au plus près des besoins de stocks « de crise » de masques chirurgicaux et FFP2 et se doter des moyens de contrôler et d'en suivre le niveau :

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

### Garantir la continuité des soins en temps de crise

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

### Sécuriser la prise en charge des personnes vulnérables

3. Renforcer les outils de gestion des risques en établissements médico-sociaux :

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

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

### Garantir l'adéquation des capacités de la politique de dépistage aux besoins de la crise

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

### Renforcer la coordination en matière de recherche scientifique

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

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

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

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

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

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

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

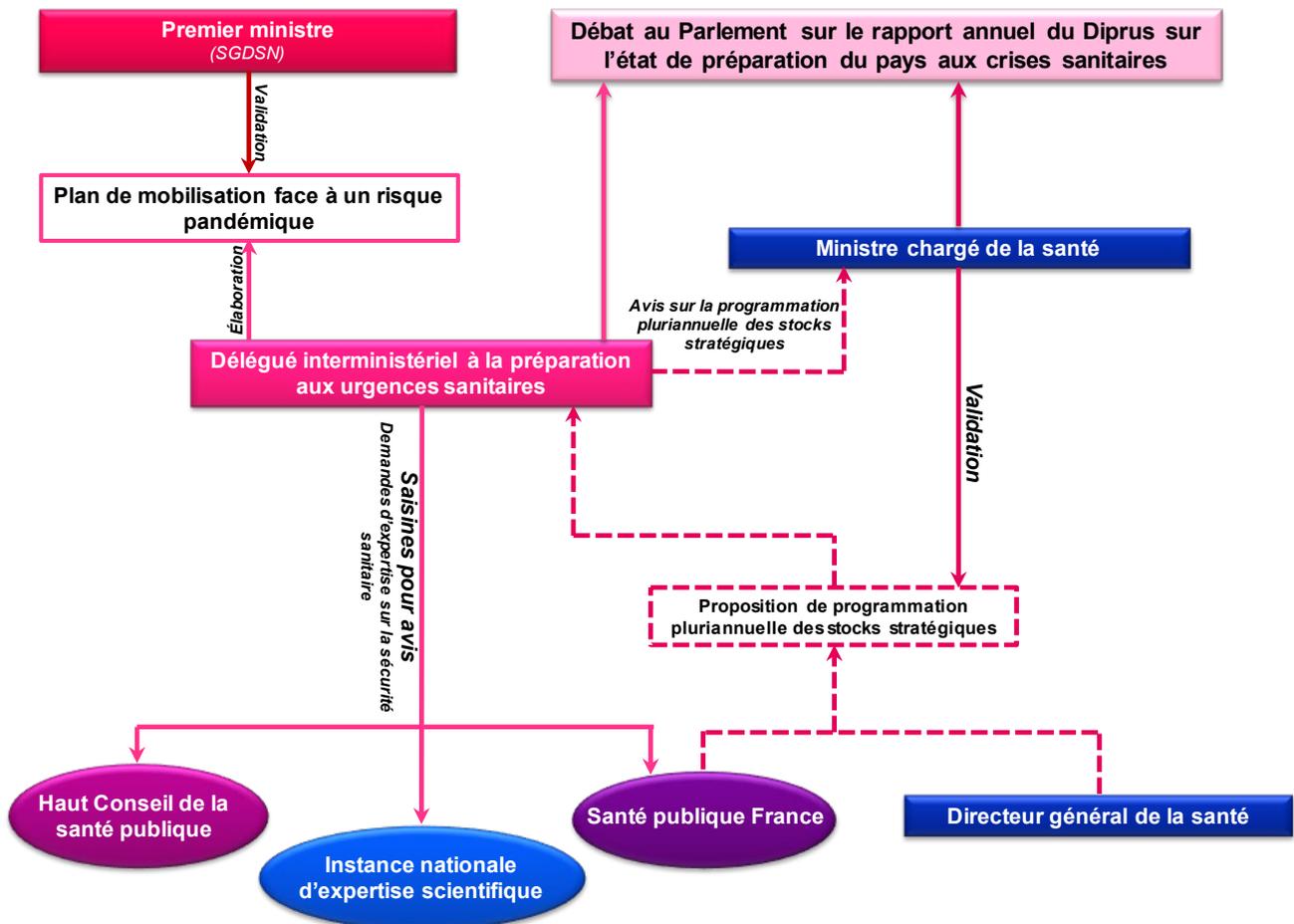
**10.** Créer une fonction de délégué interministériel à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires (Diprus), placé auprès du Premier ministre et chargé de coordonner une réflexion et une vigilance interministérielles permanentes sur l'état de préparation du pays aux crises sanitaires et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

**11.** Élaborer, sous la responsabilité du Diprus, un plan de mobilisation face à un risque pandémique et comprenant un schéma de gouvernance de crise, une boîte à outils de mesures sanitaires et non sanitaires et un volet capacitaire et logistique

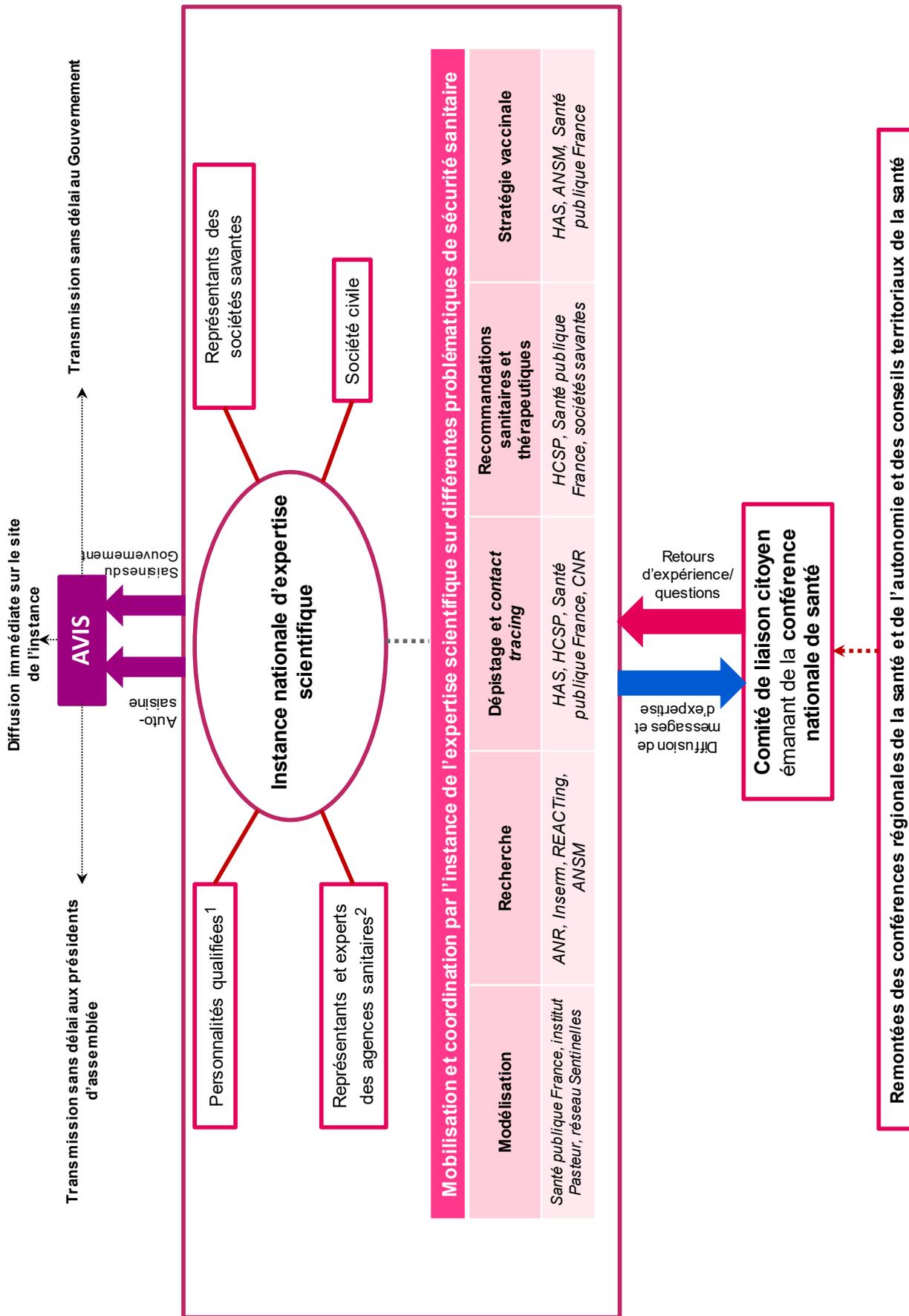
## Définir les contours d'une gouvernance territoriale au plus près des réalités du terrain

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

**Schéma de la gouvernance de la préparation aux urgences sanitaires proposée par la commission d'enquête**



**Schéma de la gouvernance de l'expertise scientifique en cas de situation sanitaire exceptionnelle proposée par la commission d'enquête**



Source : Commission d'enquête

<sup>1</sup>Nommées par le Président de la République et les présidents d'assemblée

<sup>2</sup>Santé publique France, HCSP, HAS, ANSM, ANSÉS



**Alain Milon**  
*Président*  
Sénateur  
(Les Républicains)  
Vaucluse



**Catherine Deroche**  
*Rapporteuse*  
Sénatrice  
(Les Républicains)  
Maine-et-Loire



**Bernard Jomier**  
*Rapporteur*  
Sénateur  
(Socialiste, écologiste  
et républicain)  
Paris



**Sylvie Vermeillet**  
*Rapporteuse*  
Sénatrice  
(Union centriste)  
Jura

### **Commissions d'enquête du Sénat**

<http://www.senat.fr/commission/enquete/index.html> – 01 42 34 20 00 – [ce-covid@senat.fr](mailto:ce-covid@senat.fr)

Consulter le rapport : <http://www.senat.fr/rap/r20-199-1/r20-199-1.html>