

A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X V <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## **Mission d'information de la conférence des Présidents sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19**

- Audition de M. William DAB, ancien directeur général  
de la Santé (2003-2005)..... 2
- Présences en réunion ..... 19

Mardi  
23 juin 2020  
Séance de 17 heures

Compte rendu n° 26

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

**Présidence  
de Mme Brigitte  
Bourguignon**



**Mission d'information de la conférence des Présidents sur  
l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions  
de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19**

*Présidence de Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la mission d'information*

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Nous avons souhaité entendre les précédents directeurs généraux de la Santé afin de bénéficier à la fois de leurs expériences passées et de leurs analyses de la crise sanitaire que nous traversons. Ainsi, nous recevons le professeur William Dab, médecin et épidémiologiste. Parmi, les nombreuses fonctions que vous avez exercées, monsieur le professeur, vous avez été directeur général de la Santé de 2003 à 2005, après avoir été conseiller technique, responsable du pôle santé publique et sécurité sanitaire au cabinet du ministre de la santé, M. Jean-François Mattei.

À cette période, en 2004-2005, le premier plan gouvernemental de lutte contre la pandémie grippale, dans le cadre de la menace de grippe aviaire H1N1, a été élaboré.

Vous vous êtes souvent exprimé ces dernières semaines. Je souhaiterais que nous abordions au cours de cette audition les principales conclusions auxquelles vous êtes parvenu, mais aussi votre analyse de ce qu'il serait nécessaire de développer pour être mieux préparés et plus efficaces en matière de prévention et de santé publique.

Je précise que vous avez été chargé, par la ministre des Outre-mer, Mme Annick Girardin, et par le ministre des Solidarités et de la Santé, M. Olivier Véran, d'une mission d'appui à l'Agence régionale de santé (ARS) sur le covid-19 à Mayotte. Ce territoire se trouve toujours dans une situation sanitaire extrêmement difficile et je souhaiterais que nous abordions ce point également.

*(M. William Dab prête serment)*

**M. William Dab, directeur général de la Santé de 2003 à 2005.** Nous devons réfléchir à ce qu'il s'est passé et à ce qu'il peut encore se passer. Pourquoi n'étions-nous pas mieux préparés alors que la pandémie était inévitable ?

Il y a bien sûr des aspects conjoncturels. Pourquoi n'étions-nous pas mieux équipés en masques, en tests, en gel ? Je ne vais pas pouvoir vous aider beaucoup sur ces questions. Il faudrait faire une reconstitution des décisions publiques, mais il existe surtout des raisons structurelles qui s'additionnent : la faiblesse du domaine de la santé publique dans notre pays et la vision comptable des missions de l'État.

Sur la faiblesse de la santé publique, une analyse historique serait impérative mais très longue à faire. Je peux en revanche, vous adresser des documents, des articles et des travaux.

Je vous rappelle néanmoins qu'en matière de dépenses nationales de santé, chaque fois que nous dépensons 100 euros, 96 euros vont aux soins individuels et 4 euros seulement à la prévention organisée. Le déséquilibre est très fort alors que les pays à forte politique de santé publique ont plutôt sur un ratio de 90/10. En France, la santé publique a toujours été considérée comme un secteur purement administratif et sans valeur ajoutée.

Quelques mots-clés pour illustrer ce propos : Chlordécone, un pesticide utilisé dans les bananeraies des Antilles françaises, Mediator, Levothyrox, Lactalis, glyphosate, incendie de Lubrizol, bébés sans bras. Il existe des points communs entre ces éléments : si nous disposons d'une bonne expertise de santé publique qui correspond au rang de notre pays en matière scientifique, nous avons en revanche une grande faiblesse des forces de santé publique sur le terrain. À chaque fois, c'est là que nous rencontrons des difficultés de gestion.

Vous avez rappelé mon travail comme conseiller de Jean-François Mattei. J'avais rejoint son cabinet pour préparer une loi de santé publique. Il y en avait déjà eu une en 1902, avant celle de 2004. Je voudrais rappeler à la représentation nationale que, par le vote d'un amendement d'origine parlementaire, cette loi a prévu que la politique de santé publique du pays soit discutée devant le Parlement tous les cinq ans. Le ministre n'y croyait pas beaucoup mais l'espérait. Avec l'accord du Gouvernement, cet amendement a donc été voté, mais, il n'a jamais été appliqué. Cela signifie que l'on s'intéresse à la santé publique uniquement en période de crise, et qu'en temps de paix, on l'oublie.

J'en viens à la vision comptable des missions de l'État. Vous avez entendu le docteur François Bourdillon qui a expliqué que Santé publique France avait perdu 20 % de ses postes.

Il y a deux ans, j'ai été chargé d'une mission auprès de Santé publique France pour organiser la fusion des départements santé travail avec les départements santé environnement. Je m'étais donc penché sur les ressources de l'agence : elles ont diminué alors que ses missions sont restées identiques. Il s'agit donc d'un pilotage par les moyens et non d'un pilotage par les objectifs.

Dans l'appareil d'État, peu de réflexions sont engagées sur l'adéquation entre les missions et les moyens. J'ai ressenti un grand espoir lors de la promulgation de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) et, alors directeur général de la santé, je m'étais porté volontaire pour l'expérimenter. Cet exercice était très intéressant et nous avait amenés à proposer des objectifs de santé publique et des objectifs de sécurité sanitaire. J'ai l'impression que cette logique a été perdue et que nous avons un pilotage qui s'effectue essentiellement par les moyens.

Collectivement, nous avons du mal à apprendre. Il y a eu beaucoup d'alertes : le symptôme respiratoire aigu sévère (SRAS) – j'étais alors au cabinet du ministre – la menace de la grippe H1N1, le virus Ebola pour lequel la France a joué un rôle important dans la maîtrise de l'épidémie, la vache folle. J'ai l'impression que n'apprenons pas et que nous avons eu, jusqu'à présent, beaucoup de chance. À chaque fois, après une forte inquiétude, la menace s'est révélée être, soit moins sévère que prévu, soit bien gérée comme dans le cas d'Ebola. Puis on est passé à autre chose. Cette difficulté de notre système à faire des retours d'expérience, explique la situation dans laquelle nous nous sommes trouvés.

Je n'oublie cependant pas que les responsables ont fait, et font toujours, face à de très nombreuses incertitudes. Quelle est l'efficacité réelle des masques ? Quel est le potentiel de mutation du virus ? La saison a-t-elle un effet sur sa virulence ? Existe-t-il une transmission par aérosol, et pas seulement par les gouttelettes ? Est-ce qu'il y a une immunité individuelle durable ? Qu'en est-il de l'immunité collective ? Quel est le rôle exact des enfants dans la dynamique de l'épidémie ? Il n'existe pas de réponse assurée à ces interrogations. En revanche, les épidémiologistes ont compris rapidement, sur la base de l'expérience chinoise, que cette

épidémie était très hétérogène et qu'elle n'avait rien à voir avec une épidémie de grippe. C'est ce qui m'a conduit à forcer ma nature pour intervenir dans les médias.

Présenter le covid-19 comme apparenté à une épidémie de grippe était une erreur de diagnostic. Dès que l'on a su qu'il existait une transmission par des cas présymptomatiques ou asymptomatiques, dans le contexte d'un virus fortement contagieux et à transmission aérienne, la pandémie était inévitable. Dans le monde d'aujourd'hui, on ne peut empêcher un virus de sortir de Chine, même si l'épicentre de l'épidémie est confiné.

Dans ces situations de crise, on se trouve face à une double menace : en faire trop ou pas assez. Nous avons fait les deux.

Nous n'en avons pas fait assez car nous manquions de capacités d'action sur le terrain. Six semaines après le début du confinement, nous avions encore plusieurs milliers de patients hospitalisés chaque jour. Six semaines après le confinement, on se demandait encore où ces patients avaient été contaminés. J'en ai parlé à la directrice générale de Santé publique France. Elle m'a dit : « nous n'avons pas les moyens. Il y a trop de malades. Nous ne pouvons pas investiguer les sources de contagion ». Par ailleurs, le stade 3 du plan pandémie prévoit l'arrêt de ce travail d'investigation. Or, il ne s'agissait pas d'une pandémie grippale. Il fallait s'appuyer sur le plan de pandémie grippale mais aussi l'adapter aux spécificités du Coronavirus, cette maladie qui n'est pas la grippe.

Par ailleurs, je crois que nous en avons trop fait en confinant l'ensemble du territoire. Si l'objectif du confinement était de soulager les tensions hospitalières, le confinement des trois régions les plus atteintes était suffisant.

Prendre des décisions, en situation réelle, est vraiment difficile. Il faut une grande réactivité. Mon constat est que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclenché l'urgence de santé publique de portée internationale le 30 janvier et que, jusqu'au 16 mars, il ne s'est pas passé grand-chose dans notre pays.

Cela signifie que nous avons été remarquables dans le domaine des soins : nous avons été l'un des pays où il y a eu le moins de pertes de chance. En revanche, en ce qui concerne la prévention, il y a beaucoup de choses à rebâtir.

**M. Éric Ciotti, rapporteur.** Votre diagnostic, lucide et sévère, nous éclaire beaucoup. Dans la presse, vous avez indiqué : « je vis une situation de défaite terrible de la santé publique ». Vous avez également pointé l'absence d'un maréchal en chef pour mener ce combat inédit.

Le Conseil scientifique envisage la possibilité d'un rebond, d'une seconde vague, en fonction de la saisonnalité, en octobre prochain. Que faudrait-il faire en urgence, pour être mieux préparés ?

Quel pilotage de la santé publique serait le plus pertinent ? Est-ce que la multiplicité des organismes et des institutions est un frein à la coordination ? Vous avez réclamé un pilotage plus centralisé, avec à la fois un État stratège plus jacobin et un État plus girondin, dans la mise en œuvre des actions. Pour vous, quelle serait l'organisation optimale ?

**M. William Dab.** Je crois que nous avons beaucoup appris. Le diagnostic, le traçage des contacts, l'isolement et les gestes barrière sont organisés, compris par la population et mis en œuvre. C'est toute la différence !

Cette épidémie est hétérogène, mais à chaque fois, elle est partie depuis des lieux clos concentrant de nombreuses personnes. Je pense à Mulhouse, à la base de Creil, à l'Assemblée nationale, au porte avion Charles De Gaulle ou aux lieux d'exercice des soignants qui ont été contaminés et ont aussi contaminé. Maintenant, nous savons cela ; ce n'était pas le cas en janvier. Il ne faut pas l'oublier.

Nous connaissons désormais la cartographie des situations à surveiller très attentivement. Il faut pouvoir mobiliser les forces de terrain. J'ignore cependant si à l'automne les 4 000 agents de la Sécurité sociale seront encore mobilisables. Qui fera le traçage des contacts ? C'est un point fondamental car sans cela nous ne pouvons pas maîtriser l'épidémie. Si on surveille, si on diagnostique, si on isole dans des conditions correctes et que l'on fait un traçage, cette épidémie est maîtrisable.

J'en viens à la question du commandement. À ce sujet, vous pouvez regarder la vidéo de Bill Gates qui tirait les leçons de l'épidémie d'Ebola. Il a aussi écrit un remarquable éditorial dans *The New England Journal of Medicine*.

Le commandement unifié est une condition du succès pour que l'ensemble des forces soit coordonné et non mis au pas. La difficulté est d'organiser à la fois la verticalité et l'horizontalité.

Quand j'ai été interrogé par la mission d'information du Sénat, j'ai demandé à vos collègues qui étaient, selon eux, responsable dans notre pays de la lutte contre l'épidémie ? J'ai eu autant de réponses qu'il y avait de sénateurs. Lorsque même la représentation nationale n'a pas une vision claire de qui porte la responsabilité de quoi, c'est un problème.

La multiplicité des intervenants n'est pas une difficulté si chacun est clair sur ses missions et si la circulation de l'information est organisée. Évidemment, tout émane du chef de l'État, mais face à un événement où les conséquences sanitaires, sociales et économiques sont si préoccupantes, il faut un pilotage unifié. Il faut distinguer la situation froide, habituelle de la situation d'urgence et notamment d'urgence de sécurité sanitaire. Mon expérience est modeste, mais à Mayotte j'ai vu pendant douze jours comment les choses se passaient.

Je pense qu'il y a des clarifications à faire entre l'Agence régionale de santé (ARS) et le préfet. En situation d'urgence, cette dualité régionale ne me semble pas être une bonne chose. On peut toujours compter sur l'intelligence des hommes et des femmes, mais construire une politique là-dessus, c'est prendre un risque.

Je pense qu'il faut se mettre dans un état d'esprit où il sera impossible de reconfiner notre pays. Comme les Chinois et les Allemands sont en train de le faire, il faut admettre que des confinements ciblés et localisés seront nécessaires et il faut les organiser le mieux possible.

Nous devons être absolument certains que nous aurons les capacités pour tester les contacts symptomatiques, mais aussi les asymptomatiques. Pendant longtemps nous n'avons pas pu le faire en France. C'est une des causes de la dynamique de l'épidémie dans notre pays.

Il faut pouvoir accompagner le confinement dans toutes ses dimensions : nutrition, éducation des enfants, isolement ce qui demande une grande capacité logistique.

Je n'aime pas l'expression « deuxième vague » car ce n'est pas le bon modèle. Le modèle sera des dizaines de *clusters* à gérer en même temps et non une vague. C'est pour cette raison que j'ai utilisé le mot « guérilla » : il faut se préparer à des points d'attaque qui peuvent survenir de façon hétérogène sur le territoire.

Il sera impossible de renforcer nos capacités de santé publique de terrain avant l'automne. Je pense cependant urgent de lancer un très grand plan de formation des professionnels de santé publique. L'École des hautes études de santé publique (EHESP), créée par la loi 2004, est, comme d'autres établissements, en mesure d'y participer. Ce plan n'est pas compliqué à faire, mais il est urgent. En prenant des personnes qui disposent déjà d'une formation dans le domaine de la santé, nous pouvons les amener à devenir intervenants en santé publique en dix-huit mois ou deux ans. Il faut le faire dès maintenant. Nous ne pouvons pas rester aussi démunis sur le terrain. Regardez l'évolution du nombre de médecins inspecteurs de santé publique que nous avons dans les ARS : ce n'est pas possible !

Rien ne coûte moins cher que la prévention ! La Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) a chiffré le coût global du confinement à 350 milliards d'euros par mois. Les moyens pour disposer d'un système de prévention solide sont sans commune mesure avec ce que vont coûter à notre pays ces deux mois de confinement.

**M. Damien Abad.** Vous avez dit dans un article « finalement, la faute c'est Bercy » et vous expliquez que, depuis 2013, ce ministère refuse d'augmenter le stock de masques. Il n'y a pas eu de changement depuis. Comment se fait-il que l'on soit confronté un tel renversement de doctrine ? Est-ce un frein à la gestion du stock de masques, à notre organisation et à la souveraineté sanitaire ?

Vous avez déclaré qu'il fallait tester, isoler et protéger. Vous avez également dit que le confinement faisait peser beaucoup d'efforts sur la population et que nous avons manqué de tests. Selon vous, pourquoi a-t-on tant manqué de tests en France ? Pourquoi au moment où l'OMS nous a dit « testez, testez, testez », une stratégie de test n'a-t-elle pu être développée ? Est-ce par corporatisme, pour des raisons bureaucratiques ou en raison d'un manque de décision politique ?

Aujourd'hui nous disposons de l'application *StopCovid*. Pourquoi ne fonctionne-t-elle pas ? Pensez-vous qu'une telle application pourrait être utile si nous étions confrontés à une recrudescence de *clusters* ?

**M. Boris Vallaud.** L'Institut Pasteur a mis au point un test PCR le 17 janvier. Comment expliquez-vous qu'il n'ait été effectif sur le terrain que si tardivement ?

On a le sentiment qu'il existe une controverse entre médecins et entre scientifiques au sujet de la pandémie. Certains y ont vu un risque grave et imminent, d'autres ont relativisé la gravité de la menace. De la même manière, on a observé des conflits de doctrines quant à l'usage des masques. Il y avait ceux qui y croyaient et ceux qui n'y croyaient pas. C'est peut-être la raison pour laquelle certains avaient fait le choix de ne pas reconstituer le stock de masques.

Vous avez évoqué la question du commandement unifié et les difficultés éventuelles entre les ARS et les préfets. Que pensez-vous de la création d'un Conseil scientifique *ad hoc*, en plein cœur de la crise, quelques jours avant le confinement et comment voyez-vous son articulation avec Santé publique France ? On peut bien évidemment se demander si cela a été source de perturbations.

**Mme Sophie Auconie.** Pensez-vous que si nous avions su détecter, tester, isoler et soigner dès le début du mois de mars, nous aurions pu envisager confinement plus mesuré et ciblé, comme cela a été le cas en Allemagne ?

Est-ce que les structures gouvernementales et l'organisation de la santé allemande ont su faire ce que nous n'avons pas réussi en France ?

Entre 2005 – lorsque vous avez quitté la Direction générale de la santé – et aujourd'hui, il y a eu de grandes évolutions dans le domaine de l'organisation de la santé en France. Ont-elles démontré leur efficacité ? Si non, comment peut-on les corriger ?

**M. William Dab.** Je suis incapable de vous répondre au sujet des tests. De quoi a-t-on manqué ? De tout, de réactifs, de tiges de prélèvement. Pourquoi ? Je l'ignore. Je n'ai pas accès à ces informations-là.

Concernant le rôle de Bercy sur les masques et le plan pandémie qui a été bleui en 2005 par le Premier ministre, je me souviens parfaitement de la discussion que j'avais eue avec un de mes collègues britanniques, le *Chief medical Officer*, Liam Donaldson. Il m'avait expliqué qu'il n'y aura pas de masque dans le plan pandémie britannique car leur efficacité n'était pas démontrée. Je lui avais alors expliqué que ce n'était pas parce que l'efficacité n'était pas démontrée qu'elle n'existait pas. Démontrer l'efficacité d'un masque est en effet difficile en termes de protocole épidémiologique, mais on sait que des soignants protégés par des masques voient les risques de transmissions de nombreuses maladies infectieuses diminuer.

Malgré l'incertitude, j'avais donc décidé qu'il y aurait des masques dans le plan pandémie français. Dans la note de la sous-directrice et que j'ai retrouvée, le besoin avait été évalué à 850 millions de masques FFP2, tous les soignants devant en être équipé. Pour la population générale, nous proposons des masques chirurgicaux ou en tissu. C'était en 2005.

La pandémie est arrivée. Mon successeur a joué un rôle important comme délégué interministériel. À l'époque, cela m'a semblé être un bon modèle de gouvernance car le rôle interministériel est indispensable dans ces affaires complexes. Le DGS et les ARS ne peuvent pas exercer ce rôle. La formule du délégué interministériel était très bonne et Didier Houssin a très bien travaillé.

Ensuite, vous connaissez l'histoire : trop de masques, trop de vaccins. En 2010, il y a eu un gaspillage, mais par rapport au coût du confinement évalué à 700 milliards d'euros, on n'est même pas dans l'épaisseur du trait, on est dans le cheveu !

Il faut savoir prendre des risques en sécurité sanitaire. Il faut parfois investir, et généralement quand on investit en prévention, on gagne. Il ne faut pas changer sans arrêt d'orientation. Un coup ça ne marche pas, je fais l'inverse. Un coup ça marche, je continue. Il faut de la continuité dans les politiques de sécurité sanitaire.

Qui a décidé de ne pas renouveler le stock stratégique d'un milliard de masques ? Je ne sais pas. Il faut étudier le contenu des réunions interministérielles, voir qui a signé quelle décision budgétaire, regarder les projets de loi de finance et les lignes détaillées. Il y a un travail d'enquête à faire. Ce n'est pas à moi de le faire.

*StopCovid* présente un intérêt épidémiologique mais je ne suis pas prêt à sacrifier nos libertés individuelles au nom de la protection de la sécurité sanitaire. La décision retenue dans notre pays me semble cependant assez sage, avec toutefois quelques points de vigilance démocratique. Je n'ose imaginer ce que deviendrait ce type d'application dans un régime autoritaire.

En Corée, ce système d'application a évidemment marché : si vous ne respectiez pas le confinement, la police venait vous chercher. Je ne veux pas ça. Si nous avons une bonne épidémiologie de terrain, nous ne sommes pas obligés d'être intrusifs et pouvons maintenir le face-à-face respectueux du secret médical.

Confier les clefs à une boîte noire, dont on ignore tout des données qu'elle recueille et à qui elles vont ainsi que des possibilités de piratage serait une menace pour la démocratie. Je pense qu'il faut faire très attention et que l'impératif de sécurité sanitaire ne peut pas tout permettre.

Le comité scientifique a fait un travail extraordinaire. Leurs avis ne sont pas sujets à controverse. Il reste que dans ces situations de tension, il y a toujours la tentation de créer de nouvelles institutions. Il faut y résister. Il existe plusieurs organismes experts : le Haut conseil de la santé publique et l'Académie de médecine par exemple. Ils ont, eux aussi, fait un travail remarquable.

Personnellement, j'aurais plutôt créé un comité de liaison entre l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), les académies – médecine, pharmacie etc. – le Haut conseil de la santé publique, la Haute autorité de santé, les présidents des conseils scientifiques des agences. Ceci aurait permis de donner une feuille de route à chacun des organismes et d'avoir une sorte de bureau de coordination de l'expertise.

Toutefois le Conseil scientifique n'a pas à rougir de ce qu'il a fait, mais en matière de pilotage de la recherche sur le Covid, je pense que nous avons perdu en efficacité. Le pilotage des essais thérapeutiques n'a pas été suffisamment fort. C'est la raison pour laquelle il y a eu des doublons et que l'on a manqué de patients pour faire les essais prévus. En recherche clinique, une coordination nationale de toutes les ressources possibles aurait été nécessaire.

Si nous avions eu des tests, aurions-nous pu éviter le confinement ? Si nous avions fait la même chose que les Allemands – tests, traçage des cas, isolement, suivi, quatorzaine – nous aurions eu un confinement ciblé et non un confinement généralisé. Je n'ai aucun doute là-dessus.

L'efficacité territoriale est une question importante et je m'adresse à la représentation nationale. Dans la loi qui a créé les ARS, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) devait être régionalisé. Nous devons avoir des objectifs régionaux des dépenses d'assurance maladie (Ordam). Nous ne les avons jamais eus. C'est habituel en France : on s'arrête au milieu du chemin et on oublie les moyens. On pense avoir résolu un problème après avoir rédigé un texte sans se préoccuper de son effectivité.

**M. Bertrand Pancher.** On comprend en vous écoutant l'importance des questions liées à la prévention pour éviter les crises. Réparer, qu'il s'agisse de crises environnementales ou sanitaires, coûte toujours plus cher qu'anticiper.

Je vous remercie d'avoir soulevé la question de la gouvernance de l'expertise, notamment avec la place du Conseil scientifique. Notre groupe soutient l'idée qu'il faut s'appuyer sur les organismes existants, comme le Haut conseil de la santé publique, car il dispose déjà de moyens et de l'expérience pour être réactif.

Dès janvier, plusieurs éléments nous ont permis de voir arriver la crise : les signaux de l'OMS, les images du confinement de Wuhan le 23 janvier, le rapatriement de 300 Français depuis la Chine et la crise en Italie. Or, les premières décisions de confinement ont été prises à partir du 13 mars. Le professeur Delfraissy, nous a dit avoir lui-même appris l'ampleur de la crise le 21 février lors d'une réunion à Genève. La Chine nous a menti mais n'y avait-il pas des signaux très clairs nous invitant à une mobilisation avant le 13 mars ? Pensez-vous que nous aurions pu et dû réagir plutôt ?

**M. Pierre Dharréville.** Avez-vous le sentiment que la clarté et le sang-froid face à l'épreuve ont été suffisants ? Les choses ont-elles été gérées avec la maîtrise nécessaire ? Nous le savons bien, la communication est importante dans ces circonstances.

Comment expliquer que nous n'ayons pas été en mesure d'entendre les alertes de plusieurs d'organismes, comme le CNRS ? Comment les choses pourraient-elles mieux se connecter pour être en phase et donner les moyens à la recherche ?

Concernant la doctrine en matière de tests, pourquoi leur déploiement n'a-t-il pas été intensifié ?

Ne pensez-vous pas, que la fonction particulière de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) devrait être préservée ? Sa fusion au sein de Santé publique France, et donc son démantèlement, vous semble-t-il pertinent ?

Concernant la gestion des stocks de masques à destination des personnels dans les établissements, quels éléments nous ont conduits à nous trouver en difficulté ?

**M. Julien Borowczyk.** Vous avez évoqué la première épidémie de SRAS, un autre coronavirus, en 2002. Quels enseignements a-t-on tirés de cette épidémie ?

En 2003, nous avons fait face à une crise complexe avec la canicule. On se rappelle tous de l'appel du Professeur Pelloux, des chiffres publiés par Inserm – 19 000 morts – et du manque de matériel, notamment de ventilateurs. Y a-t-il eu des moyens mis en place, des enseignements tirés de cette crise et serions-nous prêts, aujourd'hui, en cas de canicule ?

En 2004, le plan blanc a été acté juridiquement. Cette réponse à un risque d'infection des soignés a-t-elle également pris en compte la protection des soignants ? Plus largement, pouvez-vous nous éclairer sur votre vision de la gestion des stocks stratégiques d'équipements de protection ?

Vous avez évoqué la mise à disposition de masques FFP2 pour tous les soignants. Les deux anciens DGS que nous avons auditionnés nous ont cependant affirmé que ce type de masque était réservé aux anesthésistes et aux pneumologues.

Quel est votre avis sur le déconfinement et le confinement ciblé ? Ce week-end, nous avons vu des images, en Allemagne, de quartiers ciblés confinés. En Chine, et alors qu'il y avait des masques, le confinement a été décidé. Le Conseil scientifique, avec le professeur Delfraissy, a démontré qu'il y avait une volonté éthique, sociale, sociétale, d'aborder de manière transversale le confinement afin d'agir en faveur de son acceptabilité.

Vous avez parlé de l'Ondam territorialisé. Ne pensez-vous pas que cela aurait conduit à une décentralisation massive, comme cela a été le cas en Italie, et à une configuration qui n'aurait pu être aussi efficace que la centralisation française ?

**Mme Martine Wonner.** Vous avez évoqué la gouvernance territoriale et avez cité l'intérêt de la transversalité et d'un délégué interministériel. Au cours de cette crise, il y avait à la fois le Conseil scientifique, les différentes agences et plusieurs cellules de crise, à l'Élysée, à Matignon, à la Direction générale de la santé et à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Était-il normal qu'il y ait autant de cellules de crise qui, de plus, ne communiquaient pas suffisamment entre elles ?

Je suis élue en Alsace. Ce fut la région la plus touchée au début de la crise et pendant plusieurs semaines. Le personnel soignant a été formidable mais les hôpitaux ont été saturés. Ne pensez-vous pas que nous nous sommes insuffisamment appuyés sur les médecins libéraux, ces médecins de première ligne qui ont été écartés à la fois du soin et du dépistage ? En Allemagne, ce sont les médecins traitants qui gèrent cette activité-là et il n'existe pas de brigade spécifique. Que pensez-vous d'un tel système qui paraît plus efficient ?

Concernant la thérapie, les médecins libéraux ont été empêchés d'utiliser certaines molécules. Ils n'ont pas été libres de leurs prescriptions. Qu'en pensez-vous ?

**M. William Dab.** Aurions-nous pu réagir plutôt ? Oui. Je l'ai déjà dit

Nous devons tirer les leçons de cette crise. Nous le constatons régulièrement, comme avec l'incendie de Lubrizol par exemple : le premier réflexe est de rassurer la population. C'est humain mais nous n'attendons pas de nos responsables qu'ils soient paternalistes ou « maternalistes ». En France, nous avons du mal avec la pédagogie de l'incertitude. Est-ce à cause de Descartes, de Pasteur ou de Claude Bernard ? On a du mal à dire : « je ne sais pas ».

J'ai décidé de le faire au sujet de la transmission transfusionnelle du prion. Cette affaire a hanté mes nuits pendant presque six mois. Les huitième et neuvième cas de maladie de Creutzfeld-Jacob français avaient été des donneurs du sang réguliers et nous savions qu'il existait une transmission démontrée par les globules rouges. Ce que nous ignorions c'était si les médicaments dérivés du sang, comme les traitements anti-hémophiliques, pouvaient être contaminants. Lors de la première conférence de presse que j'ai donnée, et contre l'avis de beaucoup de communicants, j'ai dit : « je ne sais pas et voilà ce que je vais mettre en place pour savoir ». L'affaire s'est terminée début 2005 avec une conférence de presse où j'ai dit : « par application du principe de précaution, nous ne ferons rien ». Dire : « je ne sais pas » est un moment difficile pour le décideur et pour la population, mais il faut avoir le courage de le faire pour établir une relation de confiance.

Dans la crise liée au covid-19, malheureusement, il y a eu ce réflexe habituel de tomber dans un discours péremptoire. Au lieu de dire : « nous n'avons pas la preuve de l'efficacité des masques », ce qui est vrai, nous avons dit péremptoirement : « les masques ne sont pas efficaces, voire dangereux ». Pour des spécialistes des maladies infectieuses, dire que le masque est dangereux, c'est curieux quand même !

Au moment de l'impact sanitaire de la marée noire de l'Érika, j'ai été confronté au même problème : j'ai commencé par tenir des propos rassurants alors que le fuel de l'Érika était cancérigène. Cette posture n'est pas la bonne. Dans l'affaire Lubrizol, il y avait un énorme nuage au-dessus de la ville et on disait : « non il n'y a pas de pollution atmosphérique ». La population ne peut pas croire ça ! Les situations d'incertitude doivent être expliquées et il faut dire ce que l'on met en place. Un politique ou un directeur d'administration centrale ne peut affirmer des choses que la science méconnaît.

Nous avons des institutions de sécurité sanitaire, mais nous n'avons pas de véritable politique de sécurité sanitaire qui permettrait une cartographie des risques, une répartition des responsabilités, l'affectation de moyens, la définition des objectifs à atteindre, des indicateurs et des mécanismes de pilotage.

La problématique est identique pour la recherche. Nous n'avons pas de programme de recherche en sécurité sanitaire. Tout le monde sait que les chauves-souris représentent un grand réservoir de porteurs sains de virus. Il faut les cartographier ! Voilà, par exemple, un programme qui aurait dû être fait et aurait permis de trouver le Coronavirus !

Toutes les grandes entreprises, EDF par exemple, ont des procédures de cartographie des risques. Sans cela elles feraient faillite. Gérer une entreprise, c'est gérer du risque. Tous les six mois, le patron d'EDF reçoit une actualisation de sa cartographie des risques puis elle est discutée en Codir. Malheureusement, l'État n'a pas ça. Ça mérite réflexion.

Le plan pandémie ne prévoit pas d'effectuer de test en phase 3. Cela résulte d'une analyse qui considère que le nombre de malades, qui se compte en millions, ne le permet pas. Or, dans le cas du covid-19, avec ce nouveau virus inconnu qui représente 4 000 à 5 000 malades par jour, une adaptation du plan aurait été souhaitable. À Mayotte, le traçage des contacts a été maintenu, même lorsque nous sommes passés au stade 3. Cela a permis de maîtriser l'épidémie sur ce territoire.

Le SRAS a permis de tirer des enseignements. On les retrouve dans la loi de 2004, dans la loi de 2007 ou dans la proposition du sénateur Giraud de créer l'EPRUS.

On a donné au préfet des pouvoirs de police sanitaire. Ils lui permettent de contraindre ceux qui refusent le confinement. En 2003, nous avons été confrontés à des patients qui avaient ramené le SRAS du Vietnam sans que nous ayons d'instrument juridique pour les contraindre au confinement. Ce point a été ajouté dans la loi de 2004.

Concernant la canicule, je vous renvoie à la commission d'enquête de l'Assemblée nationale. Le rôle que j'ai joué et le fait que j'ai été le premier à donner l'alerte est souligné dans son rapport. En tant qu'épidémiologiste, je savais que la chaleur était un risque de mortalité important mais je n'imaginai pas que nous aurions 19 000 morts. Cela ne m'avait jamais traversé l'esprit.

Nommé directeur général de la Santé en août 2003, ma lettre de mission me demandait de préparer des plans de gestion de situations d'urgence. Beaucoup de mes excellents

collaborateurs m'ont dit : « Monsieur le directeur, vous vous fourvoyez. Le rôle d'une administration centrale n'est pas de gérer les urgences. Nous ne sommes pas le Samu ».

Le premier plan que j'ai développé était le plan canicule. Il a été utilisé à plusieurs reprises, évalué et amélioré. Il a sauvé énormément de vies. Au moment de la canicule – comme lors du covid-19 – il y a eu une erreur de diagnostic. L'hôpital n'était pas assez fort, mais lors de la canicule 70 % de la mortalité a eu lieu à domicile.

La difficulté du plan canicule était de trouver un moyen de protection des personnes fragiles au domicile. La solution a été de s'appuyer sur les mairies et les Centres communaux d'action sociale (CCAS) et d'ouvrir un fichier permettant aux personnes fragiles de se faire connaître. Cela permet aux mairies de les appeler deux fois par jour, lorsque le plan canicule est déclenché. Cela a nécessité une loi qui n'existait pas en 2003. C'est le travail de terrain qui permet de sauver des vies. En matière de canicule, lorsque les personnes arrivent en coup de chaleur aux urgences, c'est trop tard.

Le modèle entre la température et la mortalité est d'une fiabilité incomparable en épidémiologie. Le risque se mesure par demi-degré. Maintenant, nous connaissons ces risques et des milliers de vies ont été sauvées avec ce dispositif.

Nous avons entendu des cliniques privées nous dire qu'elles n'avaient pas été suffisamment sollicitées. Je pense que la distinction entre la ville et l'hôpital n'a, plus de sens. Tous les médecins devraient être affiliés à un centre hospitalier. Avec les progrès de l'ambulatoire et de la télémedecine, la distinction entre la médecine ville et celle pratiquée à l'hôpital n'est plus d'actualité. Cependant, les mécanismes de financement sont totalement différents. Il faudrait parvenir à unifier les financements du secteur hospitalier et ceux de la médecine de ville. C'est un chantier à ouvrir.

Concernant, l'hydroxychloroquine, vous avez noté qu'il s'agissait d'un débat franco-français. C'est la première fois que je vois des médecins demander par médias interposés et par l'intermédiaire de pétitions des autorisations de prescriptions. Je le regrette amèrement. Le battage médiatique, avant d'avoir la preuve de l'efficacité de la molécule, a conduit tout le monde à se ruer sur l'hydroxychloroquine et tous les essais thérapeutiques susceptibles de nous apporter la vérité ont été sabotés. À la lecture de ce dossier, on se rend compte que l'hydroxychloroquine n'est clairement pas le traitement miracle que l'on nous a vendu. En revanche, la dexaméthasone est une piste sérieuse pour réduire le taux de mortalité lié au covid-19.

**M. Jean-Pierre Door.** À vous entendre, je comprends que la France était prête à affronter un risque épidémique entre 2005 et 2009. Or, de janvier à mars dernier, elle s'est trouvée démunie du fait de la pénurie de tests et de masques. Cela a peut-être favorisé l'épidémie.

Vous avez également confirmé l'absence de coordination, aussi bien au niveau territorial qu'au sommet de l'État. Y a-t-il un pilote dans l'avion alors que le ministre de l'intérieur et le ministre de la santé n'ont qu'un fauteuil pour deux à partager ? À ce sujet, vous avez rappelé la création et l'intérêt d'une *task force* avec un délégué interministériel de la lutte contre la grippe aviaire (Dilga).

Je pense qu'il faut revoir le rôle de l'EPRUS. Il a été démobilisé. C'est pour cette raison, qu'aidé par des épidémiologistes, j'ai déposé une proposition de loi qui permettrait de recréer un Haut conseil de la lutte contre les risques épidémiques et biologiques.

Je propose également de passer aux Ordam, de façon à avoir une territorialisation de l'action, y compris dans la lutte contre des épidémies.

**M. David Habib.** Lubrizol a trois implantations en France et l'une d'entre elles se trouve sur la commune dont j'ai été le maire pendant dix-neuf ans. Contrairement à la crise du Covid, il n'y a pas eu un seul mort ni un seul blessé avec Lubrizol. Cela s'explique, comme pour tous les risques chimiques, par une culture commune partagée entre les autorités administratives et les populations. Les femmes et les hommes n'ignorent pas qu'ils vivent dans un périmètre Seveso et ils font régulièrement des exercices.

Au-delà du déficit en masques et en tests, il existe, en France, un déficit culturel sur le risque pandémique. Nous avons tous manqué de connaissances et de conviction. Je suis cependant étonné de constater que les autorités sanitaires n'aient pas fait d'exercices de terrain.

Vous avez parlé de la difficulté du commandement et de la cartographie des risques. En France, toutes les entreprises qui génèrent un risque, petit ou grand, le prennent en compte.

Nous savons qu'en 2016, Jérôme Salomon, futur directeur général de la Santé avait rédigé une note sur la prise en compte du risque pandémique. Il l'avait alors remise à celui qui allait devenir président la République. Que s'est-il passé entre 2016 et 2020, alors qu'Emmanuel Macron a été alerté avant nous tous sur cette question ? Pourquoi, selon vous, n'y a-t-il pas eu de réaction ?

Beaucoup disent qu'en France, on bouge lorsque les grandes institutions, comme l'Institut Pasteur, bougent. Avez-vous le sentiment que notre retard sur les tests serait lié au fait que l'Institut Pasteur n'était pas prêt à fournir les tests dont nous avons besoin ?

Dès 2003, Monsieur le directeur général, vous avez évoqué les besoins d'améliorer les capacités de prise en charge et de coordination ainsi que les capacités de laboratoire. Sur ces deux points, nous avons failli. Il ne s'agit pas de faire de politique, d'autant plus qu'entre 2003 et aujourd'hui nous avons tous été au pouvoir. Qu'est-ce qui pourrait justifier, culturellement, qu'après avoir rédigé un rapport on ne cherche pas les éléments pour le mettre en œuvre ?

**M. Julien Aubert.** J'ai du mal à comprendre que des choses aussi basiques que les masques ou l'hydroxychloroquine connue depuis des dizaines d'années, nécessitent d'attendre une crise pour voir si elles fonctionnent ou pas.

En 2003, une étude de Lancet expliquait que les masques étaient plus efficaces que les gestes barrières. Les études réalisées doivent servir à quelque chose. On a beaucoup de chercheurs : des chercheurs qui cherchent on trouve, des chercheurs qui trouvent, on cherche.

On a beaucoup de Conseils, de comités, d'instances qui se multiplient et, en même temps, on manque d'argent. Pourquoi ne tranche-t-on pas ces querelles doctrinales ? Ne masqueraient-elles pas en réalité un souci d'économie ?

Pensez-vous, comme le suggère le Professeur Raoult, que des laboratoires pharmaceutiques auraient eu des liens avec des membres du comité scientifique, susceptibles d'influencer la stratégie sanitaire de la France ?

Vous avez expliqué que nous avons été bons sur les soins et mauvais en prévention. Le professeur Raoult dit l'inverse. Il considère que la désorganisation du système de santé n'a pas permis de soigner suffisamment de malades. Il dit « c'était la crise, moi j'ai soigné et j'ai eu des résultats ». Comment analysez-vous cette divergence de stratégie ? Ne faut-il pas distinguer les gens dans l'action de ceux qui suivent davantage les normes, les protocoles et préfèrent être plus prudents ?

**M. William Dab.** Le rôle de l'État mais aussi celui des employeurs aussi est important. Le code du travail est formel : la protection de la santé des travailleurs relève de la responsabilité de l'employeur et pas de celle de l'État. Je ne cherche à protéger personne. Je regarde la loi. Le fait que les hôpitaux employeurs – privés ou publics – ne disposent pas de masques pour protéger leurs soignants est contraire au code du travail. Cela ne dispensait pas l'État de vérifier l'effectivité de la loi, mais il n'était pas le seul à être responsable.

Intégrer l'EPRUS dans Santé publique France n'était pas déraisonnable. Le problème, c'est son rôle de variable de régulation ou d'ajustement budgétaire. Il fallait sanctuariser ces missions. Avant de supprimer des postes au sein de Santé publique France, il faut réfléchir aux missions que l'on va perdre. C'est ce que j'appelle le pilotage par les objectifs.

L'incendie de l'usine Lubrizol n'a pas été à l'origine de perte humaine. Je vous rappelle cependant que des crises de santé publique critiques n'ont jamais fait un seul mort. Cela est le cas des effets de Tchernobyl en France.

L'Institut Pasteur n'a plus de rôle industriel. Il met au point des outils, des méthodes, dépose des brevets, fait de la recherche fondamentale et appliquée. Pasteur n'est doté ni des missions, ni des équipements pour fabriquer de façon industrielle quoi que ce soit. Nous avons donc une expertise mondiale pour mettre au point un test mais la question du relais industriel pour le développer ne relève pas des missions de cet institut.

Dans notre pays, de nombreux rapports ne sont pas suivis d'effets. On pense résoudre un problème en écrivant un texte. Or, le problème commence au moment où l'on doit se préoccuper de leur mise en application. Dans certains pays, comme le Canada, on ne peut faire voter une loi si les décrets d'application ne sont pas présentés au Parlement. En France, souvent, sur les sujets compliqués, on renvoie au décret. Une amélioration des procédures d'adoption des lois serait utile. Ces nombreuses lois non appliquées conduisent à une perte de confiance de la population dans les institutions démocratiques.

**M. Jean-Jacques Gaultier.** L'échec français dans la gestion de la crise réside dans le nombre de morts rapporté au nombre de cas et, malheureusement, nous dépassons la plupart des autres pays.

Cet échec, c'est celui de la gestion du matériel de protection et des équipements, du dépistage alors même que nous avons reçu des alertes de la Chine et des signalements à l'Organisation mondiale de la santé dès le 31 décembre 2019. La Chine a peut-être édulcoré sa situation, mais, à la même date, Taïwan avait été très clair et le 7 janvier 2020 le virus avait été

isolé. On connaissait donc l'assassin. Comment, Professeur, expliquez-vous ce manque de réactivité à l'international ?

Nous n'avons su tirer ni les leçons du passé ni celles des expériences de nos voisins. Ça commence à faire beaucoup ! Pourquoi cette absence de dépistage de masse au début de la crise ? Début mars, il est dit aux Français que les tests sont réservés aux patients gravement atteints, en réanimation. Or, 30 % des patients sont asymptomatiques et 50 % n'ont que des symptômes bénins. Cela représente donc 80 % de patients contagieux qui n'ont été ni testés, ni isolés. Il ne faut pas aller chercher plus loin la cause de l'échec français dans la crise.

C'est irresponsable. En tant que médecin, il ne nous viendrait pas à l'idée, pour le VIH ou le cancer, de dépister uniquement les patients en réanimation ! Ce discours et cette doctrine n'avaient-ils donc pas qu'un seul but : masquer la carence et la pénurie ?

**Mme Josiane Corneloup.** Nous avons reçu beaucoup d'alertes et de nombreux rapports expliquant que la France n'était pas prête à affronter l'épidémie. Malheureusement, il n'y a pas eu d'anticipation. Nous avons un déficit de moyens et de matériel. Nous pouvons donc nous interroger sur les délais de passation de commandes de matériel constatés après l'annonce de l'OMS.

En ce qui concerne les tests, les différents laboratoires ont été sensibilisés : les laboratoires publics d'abord, puis, les laboratoires privés et enfin les laboratoires vétérinaires. Cette vision en silo n'a pas permis de mobiliser toutes les ressources. Sans déclinaison et mobilisation locales, la stratégie de l'État ne peut être mise en œuvre. Ne pensez-vous pas, que les ARS pourraient être engagées dans la gestion locale des épidémies, notamment en travaillant avec les élus locaux, les professionnels de santé, le secteur de l'aide domicile et les préfets ? D'une région à l'autre, on constate, malheureusement, une grande disparité du fonctionnement de ces agences.

En 2013, il y a eu un changement de doctrine et il a été acté que les masques FFP2 devaient désormais être acquis par les établissements de santé. J'ai entendu vos propos sur la double responsabilité de l'État et de l'employeur. Toutefois, ne pensez-vous pas que la responsabilité principale relève de l'État, dans la mesure où il s'agit de la mise en œuvre d'une stratégie ?

**M. Jean Terlier.** Vous avez évoqué de nombreuses incertitudes et je vous en remercie. J'ai du mal à entendre mes collègues expliquer que la solution était toute trouvée et qu'il fallait massivement faire des tests. Nous devons conserver une certaine humilité et nous sommes toujours confrontés à de nombreuses incertitudes.

En aurait-on trop fait ou pas assez ? Vous l'avez dit, nous n'avons pas mené suffisamment d'investigations. En revanche – et sur ce point je ne suis pas d'accord avec vous – vous avez dit que nous aurions dû confiner dans trois régions seulement. Compte tenu de la somme des incertitudes ne pensez-vous pas que le principe de précaution peut imposer un confinement national ?

Je suis député dans le Tarn. À la suite du déconfinement, nous avons eu des *clusters* et plusieurs dizaines de personnes ont contracté le virus. Mon département a été relativement épargné par le virus, mais je n'ose imaginer ce qui aurait pu se produire si nous n'avions pas confiné.

**M. Nicolas Démoulin.** Vous avez fait le lien entre le manque de prévention dans notre pays et les économies potentielles que nous aurions fait en l'absence de confinement. Si ce lien était avéré, cela signifierait que les pays où la prévention a été mise en avant seraient confrontés à des conséquences économiques moindres. Or, l'Allemagne, qui aurait la bonne stratégie de prévention, fait aussi face à des conséquences économiques importantes. Depuis 1991, le chômage, n'y a jamais été aussi élevé et les sommes engagées par ce pays dépassent plus de 50 % du PIB. On parle de 1 800 milliards.

Pourriez-vous revenir sur ses économies que nous aurions pu faire grâce à une meilleure prévention ?

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Depuis le début de cette mission d'information, je me demande comment on peut, en France, prendre des décisions politiques, lorsqu'on est à la fois confronté à des incertitudes et que l'on doit s'appuyer sur une administration centrale qui dit n'être pas là pour gérer l'urgence. Comment faire pour prendre ces décisions politiques et ses responsabilités ?

**M. William Dab.** Pendant plusieurs années, j'ai été amené à défendre à Bercy, le budget de l'État dans le domaine de la santé. Dans ce ministère qui dispose pourtant de grandes compétences, on entend systématiquement le même discours : « le budget de la Sécurité sociale est supérieur au budget de l'État, alors calmez-vous avec vos demandes ! ». Or, le budget de la Sécurité sociale, c'est un budget de soins. Le peu de place accordé à la prévention dans notre pays est un problème culturel, mais aussi structurel.

Très honnêtement, si j'avais été en situation de décider, je ne sais pas ce que j'aurais fait. Aurais-je confiné tout le monde ou uniquement les trois régions confrontées aux tensions hospitalières ? Ce que je relève, c'est l'incohérence du discours. Soit on souhaite stopper la circulation virale en France et il est alors logique de confiner tout le monde. Soit le but du confinement est d'éviter l'effondrement hospitalier et la décision prise n'était pas cohérente avec le but recherché. Je pense rendre service en soulignant qu'un discours cohérent entre l'objectif que l'on vise et les moyens que l'on met en œuvre est nécessaire. Dans cette hypothèse, le confinement général dans toutes les régions de France ne s'imposait pas.

Le principe de précaution ne doit pas être brandi comme un *slogan*. C'est un principe qui incite à mettre en œuvre une balance bénéfices/risques. Or, on pouvait penser, y compris en termes de santé publique, que le confinement pouvait avoir des effets indésirables.

Je ne me prononce pas sur ce sujet, mais je vous donne rendez-vous l'année prochaine quand nous aurons un bilan de l'ensemble de la mortalité dans notre pays et de ses causes, y compris de la mortalité neurovasculaire et cardio-vasculaire, car des malades ne se sont pas fait soigner pendant la période de confinement. On verra de quel côté était le principe de précaution.

Dans ces situations très incertaines, il n'existe pas d'obligation à prendre des décisions généralisées immédiatement. On peut avancer pas à pas. Le confinement de trois régions s'imposait mi-mars, sans aucun doute. Pour le reste, on pouvait laisser l'activité économique se développer dans un premier temps, puis étendre le raisonnement, si nécessaire. Voilà une illustration de ce que j'appelle un mélange d'État jacobin et d'État girondin. De la même manière, je pense que certaines régions auraient pu être déconfinées plus rapidement que d'autres. Cela nous aurait permis d'apprendre, mais culturellement nous avons du mal.

Je ne suis pas économiste, mais il semblerait que ce soit en France que les conséquences économiques vont être les plus graves. Le PIB allemand ne chutera pas autant que le nôtre.

**M. Éric Ciotti, rapporteur.** Pourriez-vous nous faire un point sur la situation à Mayotte, puisque vous avez été mobilisé sur place ?

Nous sommes des parlementaires mais aussi, pour certains d'entre nous, des élus locaux. Nous avons mesuré les difficultés d'articulation entre les préfets de départements, les responsables de la gestion de crise et les ARS qui, notamment dans les très grandes régions, apparaissent éloignées du terrain. Qui, selon vous, doit piloter ? Est-ce le préfet ou l'ARS ?

Concernant la surtension hospitalière dans certaines régions, tout particulièrement dans les services de réanimation, et contre laquelle il a fallu lutter, vous avez soulevé la faiblesse de la mobilisation de la réserve sanitaire.

Je suis élu dans un département qui n'a pas connu de tension hospitalière. Pour autant, nous avons arrêté pendant plusieurs semaines les activités hors Covid dans les hôpitaux publics et privés. Parallèlement, des résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad) malades n'ont pas été hospitalisés. Selon vous, comment faire pour mobiliser davantage le secteur privé et la réserve sanitaire ?

Comment appréhendez-vous la relation entre le DGS et son ministre ? C'est difficile pour un ministre d'imprimer son autorité face un système où la bureaucratie et la complexité prennent de plus en plus de place, notamment en raison des arbitrages budgétaires. Qui est le patron avenue de Ségur ? Est-ce le DGS ou le ministre ?

**M. William Dab.** Dans un ministère, le seul patron est celui qui porte la responsabilité politique. Il n'y a aucun doute. Les directeurs d'administration centrale sont là pour le servir, pour préparer sa politique et la mettre en œuvre.

Toutefois, le DGS, contrairement aux autres directeurs d'administrations centrales, a un rôle particulier. Historiquement, la direction générale de la Santé incarne la médecine au sein de l'appareil d'État. Cela donne au DGS – qui a toujours été médecin jusqu'à présent – un double rôle : un rôle de gestion de l'administration centrale, de préparation, de mise en œuvre de la politique du ministre et un rôle d'expert interne.

Le DGS est confronté une autre spécificité. Il reçoit des alertes quotidiennes dans un contexte où la politique de santé du pays doit se penser à moyen terme. La coexistence de ces deux temporalités est problématique. Or – et je vous invite à regarder l'évolution du nombre de postes budgétaires à la DGS depuis que je l'ai quittée – il y a eu une perte de 100 fonctionnaires.

Lorsque je me suis inscrit pour rejoindre la réserve sanitaire, on m'a répondu que mon dossier était incomplet car il manquait la copie de mon doctorat en médecine. Celle-ci se trouvait à la Cnam, alors fermée. J'ai constaté que seules sept personnes géraient les 20 000 personnes inscrites à la réserve sanitaire. Ce dispositif n'est pas doté pour fonctionner.

Contrairement à l'ARS, les préfets savent parler aux élus. Les ARS organisent l'offre de soins et sont les interlocuteurs privilégiés des soignants, notamment des médecins. C'est préférable. On dit que les directeurs généraux d'ARS sont les préfets de la santé. Pour parler

aux soignants hospitaliers ou aux médecins de ville, c'est assez logique. Le préfet serait mal à l'aise pour faire cela : il aurait un problème de légitimité vis-à-vis des soignants.

Ce système a sa logique, mais en situation d'urgence, il faut parler aux élus, aux recteurs, aux associations et aux syndicats. Les ARS ne le font pas habituellement et ne peuvent le faire dans l'urgence. C'est donc le préfet, doté du pouvoir de réquisition et de la mission interministérielle, qui s'en charge. Pour moi, il faut revoir cela. En situation d'urgence sanitaire, l'ARS deviendrait un conseil expert auprès du préfet, unique porteur de la décision publique.

Concernant Mayotte, les conditions de vie y sont extrêmement difficiles : 200 000 personnes y sont en situation irrégulière, 50 % de la population a moins de 20 ans, il y a des problèmes avec les Comores et même des difficultés alimentaires.

Avec mon collègue le docteur Jean-Baptiste Brunet, nous sommes arrivés à Mayotte avec la ministre des outre-mer, Mme Annick Girardin et le service de santé des armées. Nous avons trouvé une situation caricaturale. Un énorme effort est porté sur le système de soins. Les capacités de réanimation ont été triplées pour faire de la prévention sur le terrain, de l'éducation à la santé, le traçage des cas et le dépistage. Toutefois les doigts de mes deux mains suffisent à compter le nombre de personnes présentes sur le terrain. Lorsque nous y étions en mission, une épidémie importante a sévi chez les soignants et la fonction d'hygiène hospitalière s'est retrouvée à l'arrêt.

Notre rapport a été remis le 3 juin à deux ministres et une réunion entre leurs deux cabinets, en présence du cabinet du Premier ministre, a eu lieu. Il a alors été demandé qu'un plan d'action soit proposé sur la base de ce rapport. À ma connaissance, ce plan d'action n'est ni connu, ni publié. Ce rapport ne comprenait pourtant qu'une petite quinzaine de recommandations dont six urgentes. Nous sommes le 16 juin, et depuis trois semaines, rien n'a été fait. Nos six recommandations urgentes étaient les suivantes :

- opérationnaliser le traçage des cas. La caisse de sécurité sociale de Mayotte était prête et disposait d'un budget octroyé par la Cnam pour financer quinze postes. Il fallait recruter de toute urgence ;
- élargir le dépistage afin de gagner en précocité, notamment pour pouvoir tester les personnes asymptomatiques ;
- compléter la cartographie des situations à risques afin d'anticiper les plus favorables à la contagion ;
- évaluer les besoins en ressources humaines sur les fonctions de prévention de terrain ;
- définir des critères permettant de classer Mayotte en département vert car ceux proposés en métropole ne sont pas pertinents avec la structure du système de soins locale ;
- renforcer la prévention chez les soignants.

Cette expérience permet de comprendre que la réactivité est déterminante pour maîtriser une épidémie.

**M. Éric Ciotti, rapporteur.** Au début de votre audition, vous avez évoqué une note de 2003 traitant de la nécessité d'avoir 850 millions de masques. Pourriez-vous nous la faire parvenir ainsi que le plan d'action associé ?

**Membres présents ou excusés**

**Mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19**

Réunion du mardi 23 juin 2020 à 17 heures

*Présents.* - M. Damien Abad, M. Julien Aubert, Mme Sophie Auconie, M. Julien Borowczyk, M. Éric Ciotti, M. Pierre Dharréville, M. Jean-Pierre Door, M. Jean-Jacques Gaultier, M. David Habib, M. Bertrand Pancher, Mme Michèle Peyron, M. Boris Vallaud

*Assistaient également à la réunion.* - Mme Josiane Corneloup, Mme Martine Wonner