

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

228^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du lundi 8 juin 2020

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



<http://www.assemblee-nationale.fr>

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. MARC LE FUR

1. Débat sur la gestion des masques entre 2017 et 2020 (p. 3989)

Mme Valérie Rabault
 M. Olivier Becht
 M. Paul Molac
 M. Bastien Lachaud
 Mme Martine Wonner
 M. Christophe Naegelen
 M. André Chassaigne
 M. Thierry Michels
 Mme Josiane Corneloup
 Mme Nathalie Elimas
 M. Jean-Louis Bricout
 M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé
 M. Joaquim Pueyo
 M. Olivier Véran, ministre
 Mme Sophie Auconie
 M. Olivier Véran, ministre
 Mme Jeanine Dubié
 M. Olivier Véran, ministre
 M. Bastien Lachaud
 M. Olivier Véran, ministre
 Mme Albane Gaillot
 M. Olivier Véran, ministre
 Mme Agnès Firmin Le Bodo
 M. Olivier Véran, ministre
 M. Hubert Wulfranc
 M. Olivier Véran, ministre
 M. Jean-Claude Leclabart
 M. Olivier Véran, ministre
 Mme Danielle Brulebois
 M. Olivier Véran, ministre
 M. Pierre Vatin
 M. Olivier Véran, ministre
 Mme Véronique Louwagie
 M. Olivier Véran, ministre
 M. Fabien Lainé
 M. Olivier Véran, ministre

Mme Agnès Thill

M. Olivier Véran, ministre

2. Débat sur l'évaluation des politiques publiques en matière d'accès à l'IVG (p. 4006)

Mme Elsa Faucillon
 Mme Marie-Pierre Rixain
 M. Xavier Breton
 Mme Nathalie Elimas
 Mme Sylvie Tolmont
 Mme Jeanine Dubié
 M. Bastien Lachaud
 Mme Albane Gaillot
 Mme Agnès Firmin Le Bodo
 M. Stéphane Peu
 M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé
 M. Pierre Dharréville
 Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès du ministre
des solidarités et de la santé
 Mme Bérangère Couillard
 Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État
 M. Guillaume Gouffier-Cha
 Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État
 M. Sébastien Leclerc
 Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État
 M. Maxime Minot
 Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État
 Mme Sarah El Haïry
 Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État
 Mme Sylvie Tolmont
 Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État
 M. Yannick Favennec Becot
 Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État
 Mme Caroline Fiat
 Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État
 M. Guillaume Chiche
 Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État
 Mme Agnès Firmin Le Bodo
 Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État
 M. Sébastien Chenu
 Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État

3. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 4021)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. MARC LE FUR

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à vingt et une heures trente.)

1

DÉBAT SUR LA GESTION DES MASQUES ENTRE 2017 ET 2020

M. le président. L'ordre du jour appelle le débat sur la gestion des masques entre 2017 et 2020.

La conférence des présidents a décidé d'organiser ce débat en deux parties. Dans un premier temps nous entendrons les orateurs des groupes puis le Gouvernement. Nous procéderons ensuite à une séquence de questions-réponses.

La parole est à Mme Valérie Rabault.

Mme Valérie Rabault. Le groupe Socialistes et apparentés a proposé à notre assemblée que se tienne un tel débat, parce que, malgré les travaux de la mission d'information de la conférence des présidents sur l'impact, la gestion et les conséquences, dans toutes ses dimensions, de l'épidémie de covid-19, de nombreuses questions restent en suspens.

La première concerne le nombre de masques en 2017. Marisol Touraine, ministre de la santé entre 2012 et 2017, a indiqué que, durant cette période, le stock des masques chirurgicaux avait régulièrement augmenté, et que le stock d'État, notamment, avait été reconstitué après les attentats de 2015, pour atteindre 754 millions de masques en 2017.

Les membres du groupe Socialistes et apparentés se demandent ce que sont devenus ces masques : 600 millions de masques ne peuvent pas disparaître en l'espace de trois ans, sans que l'on sache ce qui s'est passé, qui a décidé de les détruire, qui a décidé de ne pas en commander de nouveaux. J'entends bien que ces questions entrent dans le champ des travaux de la commission d'enquête ; il n'empêche que nous nous les posons depuis deux mois et, sauf erreur de ma part, n'avons toujours pas obtenu de réponses.

Une deuxième série de questions concerne les masques FFP2. En 2015, le stock de ces masques était de 775 millions. Au cours des travaux de la mission d'information, désormais transformée en commission d'enquête, il n'a pas été obtenu d'informations supplémentaires sur ce point.

J'en viens aux commandes de masques passées par le Gouvernement et les collectivités locales après le déclenchement de l'épidémie. Sur ce point aussi, nous considérons que les réponses apportées par la mission d'information sont incomplètes. Nous espérons donc que la commission

d'enquête sera en mesure de donner un état des lieux mois par mois, d'obtenir les bons de commande des masques, qu'il s'agisse des FFP2, des masques chirurgicaux ou des masques en tissu achetés par l'État, le nom des fournisseurs, la date de livraison et l'attestation de validation des masques. Sur ce dernier point, je vous rapporterai une anecdote : dans ma circonscription, une pharmacienne a constaté que les masques remis par l'éducation nationale n'étaient pas adéquats. Je me permets donc d'insister, monsieur le ministre des solidarités et de la santé, sur l'importance de remettre les validations et les certificats. En outre, vous l'aurez compris, une chronologie précise est absolument nécessaire.

Une troisième série de questions porte sur la doctrine en matière de port du masque. Celle du Gouvernement a varié au cours du temps ; j'ai ici quatre pages de citations par ordre chronologique. Je ne vais pas en faire la lecture ce soir.

Je ne sous-estime pas du tout la difficulté en la matière : face à un virus que l'on ne connaît pas, on peut comprendre que la doctrine varie. Toutefois, je m'étonne de ce qui se passe aujourd'hui. J'ai consulté les fiches du ministère du travail, organisées par profession. Dans les boulangeries et pâtisseries, par exemple, les vendeurs ne sont pas obligés de porter le masque. Or, dans une des boulangeries de ma circonscription, les agents de la DGCCRF – la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes – ont exigé que les vendeurs en portent un, alors qu'ils respectaient les fameuses règles de distanciation avec les clients, et qu'un plexiglas avait été installé.

En cette période de déconfinement, il faut une doctrine claire, afin que chacun sache ce qui doit ou ne doit pas être fait. En théorie, selon les fiches proposées par votre collègue, Mme la ministre du travail, « ce n'est que lorsque l'ensemble des précautions » – c'est-à-dire les règles de distanciation – « n'est pas suffisant pour garantir la protection de la santé et la sécurité des personnes, qu'elles doivent être complétées par des mesures de protection individuelle, telles que le port du masque. » Il faut donc être clair et donner toutes les instructions aux administrations. Vous ne pouvez pas verbaliser des commerçants si les règles ne sont pas claires.

Mon quatrième point, sur lequel Jean-Louis Bricout reviendra tout à l'heure, concerne le coût. Pour notre part, nous avons demandé, ici même, lors des questions au Gouvernement du 28 avril dernier, que des masques gratuits soient donnés à tous. Vous vous êtes engagés à rembourser les achats des collectivités, sur la base de 2 euros le masque en tissu, soit une somme bien inférieure à leur coût réel pour les collectivités. Qu'en est-il ? Sur ce point-là, nous attendons aussi des réponses du Gouvernement.

M. le président. La parole est à M. Olivier Becht.

M. Olivier Becht. Je remercie le groupe Socialistes d'avoir demandé qu'un débat sur les masques se tienne dans cet hémicycle: le sujet est important et a trop souvent donné lieu, ces dernières semaines, à des polémiques. Il convient désormais d'examiner les faits.

Entre autres questions légitimes, la première est de savoir si un pays doit disposer d'un stock stratégique de masques. Oui, assurément. Tout le monde constitue de tels stocks, au niveau local notamment. Alors que j'étais maire, lors de la création de la réserve communale de sécurité civile, je me souviens que nous avons commencé par nous équiper de masques.

Deuxième question: ce stock stratégique de masques, au niveau national, doit-il être suffisant pour équiper l'ensemble de la population? Si la question est légitime, il s'avère difficile d'y répondre. Selon les recommandations sanitaires, un masque chirurgical ne doit être porté que pendant trois à quatre heures, si bien qu'il faut au minimum trois masques par jour et par personne. À raison de cinq jours ouvrables par semaine, pour équiper les Français pour un seul mois, il faudrait 3,7 milliards de masques, ce qui représente un stock considérable.

Il est d'ailleurs bon de rappeler que la France n'a jamais disposé d'un tel stock. Quand le stock était au plus haut, en 2009, avec 750 millions de masques FFP2, et 1 milliard de masques chirurgicaux, il était encore insuffisant pour équiper tous les Français pendant un mois. Devons-nous disposer d'un tel stock stratégique?

Je me souviens qu'en 2013, le secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale avait décidé de réduire le stock stratégique de masques, expliquant que les employeurs privés et publics devaient s'équiper pour fournir leurs employés, et que le stock de l'État répondait à la nécessité d'assurer la sécurité des personnels de santé. C'est à cette époque que nous avons commencé à détruire des masques, à cause des coûts de gestion, notamment liés aux espaces de stockage.

Avons-nous commis des erreurs? En matière de communication, certainement – Mme Rabault rappelait les flottements sur ce point. En matière de stratégie, nous avons peut-être commis l'erreur de nous attacher trop scrupuleusement à la réglementation. Dans ma circonscription, à Mulhouse, j'ai constaté que, si les masques ont été déclarés périmés et ont été détruits, c'était à cause de leurs élastiques en caoutchouc, qui risquaient de lâcher, cette matière devenant rigide après un certain temps. En revanche, la qualité de filtration et la respirabilité du masque étaient à peu près intactes.

Nous avons donc préféré détruire ou, du moins, laisser dans les cartons, des masques qui auraient pu être utilisés, simplement à cause de la préemption des élastiques. Nous avons probablement commis là une erreur – vite corrigée, pour les masques que les soignants avaient sous la main.

Enfin, dernière question, quelle stratégie devons-nous adopter aujourd'hui? Il faut selon moi reconstituer un stock stratégique de masques, mais, surtout, garder notre souveraineté en matière de capacité de production de masques. Cet impératif ne concerne pas seulement l'industrie textile, mais aussi, en amont, les matières premières. Nous avons vu que, au moment de la crise, leur production s'est brutalement arrêtée dans les pays d'où nous l'importions.

Nous devons avoir une capacité de résilience, pour fournir le stock national et répondre aux besoins nécessaires à la sécurité des Françaises et des Français.

M. le président. La parole est à M. Paul Molac.

M. Paul Molac. En cette période de pandémie, nos concitoyens ont été assez exemplaires, et ont suivi, à 99 %, les consignes qui leur étaient données, ce dont on peut se féliciter, puisque la pandémie a largement régressé. On ne saurait en dire autant de la gestion des masques, qui fut, à mon sens, particulièrement chaotique.

Premièrement, nous avons dû faire face à une pénurie. Au départ, il manquait des masques dans les EHPAD – établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – et les écoles, si bien que certains, les enfants des personnels soignants en particulier, n'ont pas pu bénéficier de cette protection. Les masques ont aussi manqué dans certains hôpitaux.

Deuxièmement, la communication a été particulièrement chaotique. Je peux comprendre qu'il y ait des désaccords sur l'utilité du masque. En revanche, que la même personne déclare à la fin du mois de janvier qu'ils sont utiles, puis, à la mi-février, qu'ils ne le sont pas, avant d'assurer de nouveau, à la fin du mois d'avril, à l'approche du déconfinement, qu'ils sont utiles, et que cette personne s'appelle M. Jérôme Salomon, voilà qui laisse tout de même un peu rêveur! Sur internet, les enregistrements de ces déclarations passent en boucle. Pour ma part, je dois avouer que je ne comprends plus.

Cette cacophonie, évidemment, n'a fait qu'ajouter à la défiance et à la méfiance. On ne peut pas fonctionner comme cela.

Alors que les stocks s'élevaient à 714 millions de masques en 2017, dont 98 millions acquis entre 2014 et 2016, trois ans plus tard, alors que la pandémie de covid nous frappe, avec une virulence que l'on n'attendait pas forcément, il ne reste que 117 millions de masques. On s'interroge devant une telle baisse, peinant à croire que 600 millions de masques aient pu disparaître.

La presse nous dit que des centaines de millions de masques ont été détruits entre décembre 2019 et mars 2020. Les bras m'en tombent. À quoi pensait la personne qui en a décidé ainsi? À les détruire pour les détruire? On a bien vu que le caoutchouc posait parfois problème, mais, enfin, ces masques auraient pu être utilisés.

Les hauts fonctionnaires qui ont pris cette décision – car c'est bien d'eux qu'il s'agit – réfléchissent-ils seulement? Mettre au rebut des masques au motif qu'ils sont périmés? Tout cela me laisse pantois. Je ne mesure que trop ce gâchis. Les masques ont été commandés en Chine, laquelle a du mal à en fournir puisqu'elle approvisionne le monde entier. De ce point de vue, il y a des choses à revoir – je pense évidemment à l'usine de Plaintel, fermée en 2018 alors qu'elle aurait été capable de fournir les masques dont nous avons besoin.

Je ne blâme pas le gouvernement actuel car la doctrine du changement de masques date de 2011; depuis, les gouvernements successifs n'ont fait que l'appliquer. C'est donc une faute collective, en quelque sorte.

Oui, la destruction est une question différente.

Si je ne fais pas de reproche au Gouvernement, l'essentiel est de trouver les moyens d'améliorer la situation. Je constate que les collectivités locales prennent les choses en main. La région Bretagne, par exemple, a passé des commandes de masques à la mi-mars, avant même l'État, et les a largement distribués à l'agence régionale de santé, l'ARS, ainsi qu'aux écoles et autres établissements publics. Autrement dit, la puissance publique régionale se substitue à la puissance publique nationale qui a failli; intéressant!

M. Olivier Véran, *ministre des solidarités et de la santé*. C'est faux !

M. Paul Molac. Non, je peux vous le dire : je suis conseiller régional !

Cette gestion hasardeuse des masques s'explique par un défaut principal : la technostructure administrative. La gestion centralisée ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble de la diversité et des besoins des territoires. La condition de l'efficacité est le partage du pouvoir entre le centre et les régions, qui sont les chefs de file des collectivités locales. Encore une fois, celles-ci ont pleinement joué leur rôle. Ainsi, dans mon département, l'Association des maires de France, l'AMF, a fédéré des couturières pour qu'elles confectionnent des masques en tissu. Face à la faillite, le peuple et ses élus ont pris les choses en main !

M. le président. La parole est à M. Bastien Lachaud.

M. Bastien Lachaud. Le groupe Socialistes et apparentés nous invite à débattre de la gestion des masques entre 2017 et 2020. Belle opération ! Cependant, le désarmement sanitaire de la France n'a pas commencé en 2017 mais bien avant, sous une majorité dite socialiste avec la fumeuse doctrine des *sleeping contracts* – les contrats dormants – importée en France par Marisol Touraine, selon laquelle il devait être possible de passer des commandes massives le moment venu sans avoir à constituer préalablement des stocks. Aveuglement funeste de l'idéologie de marché !

Depuis, ce dogme n'a aucunement été remis en cause. Nous en avons constaté le résultat : quand la crise du covid-19 a commencé en France, nous disposions d'à peine plus de 100 millions de masques chirurgicaux et n'avions aucun stock central de masques FFP2. Ce sont les restes misérables de ce qui fut un stock stratégique de plus de 1 milliard de masques chirurgicaux et de plusieurs centaines de millions de masques FFP2. La responsabilité diluée au plus près des besoins, combinée avec une politique d'austérité sans moyens de contrôle, a eu les mêmes effets dévastateurs qu'ailleurs : déresponsabilisation à tous les échelons, échec de la politique de prévention. La volonté de réaliser des économies de bout de chandelle a eu pour conséquence une pénurie de masques au cours des derniers mois. Le Premier ministre a beau déclarer qu'il ne laissera personne dire qu'il y a eu pénurie, prétendre le contraire est un mensonge. Macron prétend que nous n'avons jamais été en rupture de masques : c'est également un mensonge. Dans ma circonscription, à Pantin, le Président de la République est même allé féliciter les soignants de leur débrouillardise face à la pénurie.

Les mots martiaux et grandiloquents ont servi à cacher l'impréparation de l'État et l'incapacité du Gouvernement à réagir à temps. Les soignants ont été exposés comme des soldats au front, au lieu de recevoir des protections contre le virus et d'être reconnus comme professionnels de santé ayant besoin de matériel pour travailler correctement. Pendant le confinement, les articles de presse se sont enchaînés pour montrer que les masques manquaient partout et que des industriels ne produisant pourtant pas des matériels prioritaires pour contenir l'épidémie étaient mieux servis que les hôpitaux.

Le président du conseil scientifique l'a dit : le confinement n'était pas la bonne décision, c'était la moins mauvaise. Oui, compte tenu de l'impossibilité de distribuer des masques en nombre suffisant, même aux soignants ! Les soignants hospitaliers ont été rationnés, la médecine de ville insuffisamment dotée, et que dire des recommandations que le Gouvernement a adressées au grand public ! On nous a d'abord pris

pour des imbéciles en affirmant que les masques ne servaient à rien, puis dit que nous étions incapables de nous en servir, avant de se raviser.

Le 29 avril, monsieur le ministre, je vous ai moi-même interrogé sur les mesures de planification de la production et de la distribution des masques, et vous m'avez répondu ceci : « il n'y a pas eu besoin de procéder à des réquisitions puisque notre pays connaît une mobilisation générale » pour produire des masques. Sans doute pensiez-vous ainsi balayer le sujet...

Funeste croyance dans la main invisible du marché ! Oui, la filière textile s'est mobilisée car les gens désirent aider quand ils le peuvent. Des entreprises ont investi et embauché pour répondre à l'appel. Résultat : puisque vous avez refusé de réquisitionner et que l'État doit donc acheter la production et planifier la distribution, ces entreprises se retrouvent avec des stocks invendus. Que d'ironie : après la pénurie, la surproduction ! La main invisible du marché ne produit donc que des catastrophes. Les masques jetables importés se vendent davantage alors qu'ils posent un grave problème de traitement des déchets et se répandent un peu partout. Le « made in France » sans planification est un échec cuisant. Sans protectionnisme solidaire, les masques importés coûtent moins cher : le voilà, le monde d'après ! Comme toujours, la prime va au grand déménagement du monde et aux solutions polluantes.

Combien d'entreprises voulant aider et bien faire vont couler à cause de votre incapacité à planifier quoi que ce soit ? Les couturières s'étant organisées dans l'urgence pour fournir des masques aux soignants qui n'en avaient pas ont d'abord été sommées de les donner, comme si leurs matières premières, leur temps de travail et leur savoir-faire étaient gratuits ! Même en temps de guerre, on paie les ouvriers. Encore une fois, ce sont des professions majoritairement féminines qui ont été dévalorisées. Alors qu'elles sont absolument indispensables, on proclamerait qu'elles ne vaudraient rien et on ne les paierait pas ! C'est une honte.

Les bonnes volontés qui se sont mobilisées pendant le confinement ont été sèchement remerciées au motif que la solidarité était une entrave à la concurrence libre et non faussée. Le coût du test d'homologation des masques est de 1 100 euros au moins. Il est inaccessible pour une couturière professionnelle travaillant à son compte ; la certification est donc de facto réservée aux industriels. Voilà la solidarité et l'auto-organisation du peuple foulée aux pieds !

Voulez-vous tirer les leçons de cette crise sanitaire ? Oui, il faut en finir avec la concurrence libre et non faussée, le règne du tout-marché et le démantèlement de l'État. Oui, il faut anticiper la prochaine épidémie possible. Oui, il faut planifier et préparer la production et la distribution des masques en cas de besoin. Oui, il faut reconstituer un stock stratégique d'État.

M. le président. La parole est à Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. Dans un entretien datant du 18 mai, le Président de la République affirmait que le pays n'avait jamais été en rupture de masques pendant la période de crise sanitaire que nous venons de vivre. Pour le moins maladroite, cette déclaration s'inscrit dans une suite de dysfonctionnements que de nombreux experts n'ont pas manqué de relever.

Le débat concernant l'utilisation des masques et la gestion des stocks apparaît désormais aux yeux des plus lucides comme une aberration totale. En expliquant dans un premier temps que les masques n'avaient qu'une utilité faible ou nulle puis, dans un deuxième temps, que leur

port était devenu indispensable pour tous, le Gouvernement n'a eu de cesse de se discréditer et de susciter de nombreuses interrogations et inquiétudes, que j'estime justifiées.

Le Gouvernement doit désormais des réponses aux Français. Dans une période aussi importante, toute la lumière doit être faite sur ce dysfonctionnement majeur de l'État, qui devait protéger les soignants et toute la population.

Ce fiasco des masques n'est pas nouveau, et il ne serait pas juste d'imputer l'entière responsabilité de cette cacophonie générale – sinon du mensonge – au seul gouvernement de M. Philippe. Depuis plusieurs années, les stocks de masques s'amenuisent. Pourtant renouvelés considérablement en 2009, lorsque Roselyne Bachelot dirigeait le ministère de la santé, les masques ont ensuite été purement et simplement abandonnés par les gouvernements successifs. Alors que Jérôme Salomon indiquait dès 2016 que la France était mal préparée pour faire face à une possible épidémie, rien n'a été entrepris pour enrayer cette politique de destruction des stocks, ou du moins de leur non-renouvellement.

La France a donc subi cette impréparation de plein fouet. Le manque chronique de masques a perduré pendant plusieurs semaines dans un contexte d'immobilisme mortifère. Bien qu'ayant apparemment commandé plusieurs millions de masques en février, le Gouvernement français savait pertinemment qu'ils ne seraient pas disponibles avant plusieurs mois. Était-ce suffisant pour les déclarer inutiles ? De plus, il est désormais avéré que les commandes passées pendant cette période étaient insuffisantes. À quel administratif besogneux la tâche a-t-elle été déléguée ?

Dans le même temps, les stocks français de masques alors réservés aux soignants ont été pour partie détruits. En l'espace de trois ans, le stock de masques a été divisé par six. Rappelons donc que c'est bien au cours des dernières années que ce stock a connu la chute la plus importante.

Les premiers à en pâtir ont été les médecins libéraux, qui ont payé le prix fort : le nombre de ceux qui sont décédés est quatre fois supérieur à celui des décès parmi les médecins hospitaliers. Ils ont été au combat sans protection ni armes, car empêchés de soigner.

Quant à vous, monsieur le ministre, vous avez certes annoncé l'arrivée massive de masques dès le mois de mars, mais force est de constater que la réalité fut différente. En revanche, votre réactivité concernant le limogeage du directeur de l'ARS du Grand Est, qui avait pris la liberté et l'initiative de commander 5 millions de masques, en a surpris plus d'un.

On relève encore une fois un cocktail explosif mêlant lenteur administrative, absence de décision politique réelle et sanction de celles et ceux qui en ont pris. C'est désormais une évidence pour tous : la destruction du stock de masques était une grave erreur et personne ne veut en endosser la responsabilité. Ainsi, comme le souligne le journal *Le Monde*, l'exécutif aurait triplement fauté en négligeant l'importance du renouvellement des stocks, en réduisant considérablement leur production et, enfin, en détruisant des masques qui, pourtant, étaient parfaitement utilisables.

Nous avons donc assisté à la faillite totale de l'État, qui a tenté de cacher le manque de moyens par des déclarations politiques et sanitaires contradictoires qui n'ont fait que renforcer le climat de méfiance des citoyens envers le Gouvernement.

En somme, le fiasco de la gestion des masques pendant la crise sanitaire du covid-19 révèle des incohérences mais aussi des mensonges. En supprimant les stocks existants, puis en

ne saisissant pas toutes les occasions de commande, l'État a failli gravement à son devoir de protection des citoyens. Alors que les soignants se sont vaillamment battus contre le virus, l'État français n'a pas été capable de leur donner les armes nécessaires au combat. Bien que nous connaissions désormais les grandes lignes de cet épisode dramatique, les élus et les citoyens attendent des explications !

M. le président. La parole est à M. Christophe Naegelen.

M. Christophe Naegelen. Les masques ont constitué l'un des enjeux de l'épidémie. Avant d'aborder cette question, permettez-moi de revenir sur l'annonce par le Gouvernement de la création d'une commission d'enquête interne afin de porter un regard indépendant et collégial sur la crise du coronavirus. Je m'interroge sur la schizophrénie du Gouvernement qui, un jour, encense les élus et, le lendemain, leur marche dessus. Je rappelle en effet que de telles commissions ont déjà été créées à l'Assemblée nationale et au Sénat. (*Applaudissements.*) Je m'en étonne d'autant plus, monsieur le ministre, que vous venez vous-même de ces bancs et que vous devriez être un maillon essentiel pour expliquer le rôle du Parlement à ceux qui l'ignorent peut-être. La Constitution prévoit explicitement que le Parlement contrôle l'action du Gouvernement et évalue les politiques publiques. C'est précisément la raison pour laquelle nous sommes réunis ce soir, dans le cadre d'une semaine bien nommée de contrôle.

Je rappelle également que les personnes auditionnées par les commissions d'enquête s'expriment sous serment sous peine d'engager leur responsabilité pénale et que les rapporteurs disposent de pouvoirs de contrôle leur permettant d'obtenir tous les renseignements de nature à faciliter l'exercice de leur mission. Pourriez-vous donc nous éclairer quant aux intentions du Gouvernement en la matière ? N'ajoutons pas de la suspicion là où nous avons besoin de clarté et de transparence.

Revenons-en à la question des masques. S'agissant de la gestion des stocks en tant que tels, si beaucoup s'attendent à ne trouver qu'un seul coupable, j'estime pour ma part que la chaîne administrative a connu un lourd dysfonctionnement engendré par des décisions d'une technocratie hors sol. En réalité, les responsables politiques ont été peu à peu dessaisis, au profit de l'administration, de ces sujets qui sont pourtant d'une importance capitale.

Il ne faut pas pour autant exonérer les élus, car c'est en pleine conscience qu'ils ont parfois laissé le pouvoir, que nos concitoyens leur avaient confié, à leurs administrations.

Il est pour le moins ironique que les socialistes demandent un débat sur la gestion des masques entre 2017 et 2020, en faisant fi du passé...

Mme Valérie Rabault. Non, non !

M. Christophe Naegelen. ...et du quinquennat précédent, durant lequel la doctrine a été revue et le stock de masques détruit, alors qu'ils étaient au pouvoir.

M. Bastien Lachaud. Ce n'est pas faux !

M. Christophe Naegelen. En effet, à la suite de la crise provoquée par la grippe H1N1, l'Assemblée nationale avait mis en place une commission d'enquête, dont le président était Jean-Christophe Lagarde et le rapporteur Jean-Pierre Door, qui avait conclu à la nécessité de constituer des stocks régionaux de masques, gérés par un Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires – EPRUS – décentralisé. Deux ans plus tard, Marisol Touraine et le gouvernement socialiste ont décidé de

broyer l'EPRUS sur l'autel de l'administration pour créer Santé publique France, alors que l'établissement avait largement fait ses preuves en matière logistique.

En outre, Marisol Touraine a décidé, de manière unilatérale, de laisser à la charge des collectivités les stocks de masques FFP2, qui sont plus onéreux que les FFP1 et qui auraient dû demeurer à la charge de l'État et non à celle de structures hospitalières dont le budget avait déjà été massacré. Ces décisions technocratiques ont eu de graves répercussions humaines et financières.

Aussi, monsieur le ministre, accepteriez-vous que les parlementaires, à la fin de cette crise, travaillent à vos côtés pour revisiter le processus de décision et déterminer la meilleure organisation de gestion des équipements individuels ?

Ma dernière question est d'ordre économique : de nombreuses entreprises françaises de textile, notamment vosgiennes, ont, le temps de cette crise, réorienté leur production, afin d'apporter leur pierre à l'édifice et d'aider leurs concitoyens. Seulement l'administration, encore elle, a demandé de plus en plus de tests, édicté certaines normes et élaboré des dossiers administratifs pour certifier les masques. Ce qui était valable au début de la crise ne l'était plus au milieu ni à la fin, non à cause de la qualité des produits, mais de la charge administrative nécessaire à leur validation. Monsieur le ministre, est-il prévu d'aider la filière textile, qui souffre énormément de la fermeture des entreprises des secteurs de l'hôtellerie et de la restauration, et qui était présente lorsqu'il fallait mouiller la chemise ? (*M. Thierry Benoit applaudit.*)

M. le président. La parole est à M. André Chassaigne.

M. André Chassaigne. Nous sommes réunis ce soir à l'invitation de nos collègues du groupe Socialistes et apparentés pour débattre de la gestion des masques depuis 2017. L'objectivité impose d'embrasser une période plus longue et de remonter à l'épidémie de H1N1, qui a constitué un point de bascule, la ministre de la santé de l'époque ayant été raillée et accusée de gabegie pour l'achat de millions de vaccins et de masques.

Alors que notre pays vient de traverser l'une des crises les plus graves de son histoire et que près de 30 000 concitoyens ont perdu la vie ces derniers mois, nous devons, par égard pour leurs proches et par respect pour l'ensemble des Français, nous efforcer de tenir un discours de vérité. Face au terrible bilan de la pandémie, l'heure n'est pas aux polémiques politiques consistant, pour les partis ayant exercé le pouvoir, à se « refiler la patate chaude » et, en définitive, à « épaissir le mensonge universel », pour reprendre les mots d'Albert Camus.

Face à cette crise sans précédent dans l'histoire récente de notre pays, soyons à la hauteur de l'engagement sans faille de l'ensemble des personnels soignants, des caissiers et des caissières, des éboueurs et des éboueuses, des conducteurs et des conductrices de bus, et de tous les autres, qui ont travaillé, et continuent de le faire, en première ligne, envers et contre tout, bien souvent au péril de leur vie. Comme l'ensemble de nos concitoyens, ils exigent désormais des explications.

Tous veulent comprendre pourquoi la sixième puissance économique mondiale n'a pas été en mesure de fournir suffisamment de masques et de matériels de protection pour les protéger. C'est l'une des raisons pour lesquelles les Français étaient en droit d'attendre une commission d'enquête totalement impartiale, se donnant pour tâche d'identifier les nombreux dysfonctionnements que nous

avons tous constatés dans la gestion sanitaire de la crise du covid-19. Or, comme l'ont révélé les journalistes Gérard Davet et Fabrice Lhomme dans une enquête publiée par *Le Monde* le mois dernier, le Gouvernement actuel ne porte pas seul la responsabilité de la situation dans laquelle s'est trouvé notre pays ces derniers mois.

Les gouvernements de Nicolas Sarkozy et de François Hollande portent, eux aussi, une lourde part de responsabilité, qu'il serait utile, mais aussi louable, de reconnaître et d'assumer. En effet, limiter nos débats sur la gestion des masques aux trois dernières années ne résiste pas à l'épreuve des chiffres et des faits. En mai 2009, notre pays disposait d'une réserve évaluée à 2,2 milliards de masques ; à cette époque, la France était encore considérée, par l'Organisation mondiale de la santé, comme l'un des pays du monde les mieux préparés à affronter une éventuelle pandémie. Pourtant, année après année, la réserve de masques a inexorablement fondu, sous les assauts d'une gestion managériale soucieuse d'économies ; il n'y avait ainsi plus que 1,4 milliard de masques en 2011, 714 millions en 2017 et seulement 117 millions au début de l'année 2020.

La circulaire du 2 décembre 2011, signée par Xavier Bertrand, ministre de la santé de Nicolas Sarkozy, n'est pas un produit administratif, mais bien celui d'un choix politique, tout comme l'est celle du 11 juin 2013, signée par Marisol Touraine, ministre de la santé de François Hollande : elles font partie de ces décisions qui ont consacré l'austérité budgétaire au détriment de la protection de nos concitoyens, en entérinant le désengagement progressif de l'État dans la gestion des masques.

De la même manière, la dissolution de l'EPRUS en mai 2016 fait partie de ces décisions catastrophiques, qui ont conduit notre pays à reléguer au second plan le principe de précaution qui prévalait jusque-là, le précipitant dans la pénurie lorsque le besoin est apparu. Ce sont bien les différents gouvernements qui se sont succédé depuis 2009, voire avant cette date, qui ont œuvré à créer la pénurie dont nous avons souffert durant la pandémie de covid-19.

Pour relever les défis qui nous attendent, mais aussi pour gagner la confiance, chacun doit commencer par assumer sa part de responsabilité dans la tragédie que nous venons de vivre : tous les gouvernements en place depuis une vingtaine d'années ont cru bon de limiter les dépenses de santé et de faire leur le principe du flux tendu pour réaliser des économies ; tous ont versé dans la dénonciation permanente de la supposée gabegie des hôpitaux et ont œuvré à réduire leurs capacités budgétaires. Il nous faut impérativement sortir, dans la plus grande transparence, de la fuite en avant et de l'enfermement dans une logique comptable mortifère, dangereuse et inhumaine. Une remise à plat complète – je dis bien complète – de notre doctrine préventive s'impose.

Je vais finir par une phrase qui en surprendra peut-être quelques-uns, mais qui est parfaitement adaptée à la situation : monsieur le ministre, si vous ne renversez pas la logique actuelle, votre politique aura, pour reprendre l'expression de Coluche, « autant d'effet que des piqûres dans des prothèses de fesses ». (*Applaudissements sur les bancs du groupe GDR.*)

M. le président. La parole est à M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. Beaucoup a été dit, sera dit ce soir et continuera de l'être demain sur les masques. Commençons par les critiques : beaucoup s'épanchent et se demandent pourquoi la France, puissance mondiale, n'a pas été en mesure de fournir des masques à ses citoyens dès le début de la crise. Les mêmes ont dû être, par le passé, des pourfen-

deurs de la ministre de la santé au moment de l'épidémie H1N1, Mme Roselyne Bachelot, critiquée pour avoir été « trop prudente ». Ces mêmes personnes ont pu siéger dans cette assemblée, où aucune inquiétude ni même intérêt sur les niveaux des stocks de masques ne se sont fait entendre avant la crise – je peux en témoigner en tant que membre de la commission des affaires sociales.

Mes chers collègues, loin de moi l'idée de polémiquer sur un sujet qui mérite toute notre attention et d'excuser ce qui ne peut l'être. Il faut aborder ce débat avec toute l'humilité, tout le sérieux et tout le recul qui s'imposent pour tirer tous les enseignements de cette crise.

D'où sommes-nous partis? La France disposait, en 2008, d'un stock stratégique de 1 milliard de masques chirurgicaux, stock qui grossit de plusieurs centaines de millions d'unités lors de l'épidémie de H1N1. Le stock de masques FFP2 gagna également plus de 500 millions d'unités. Trop, au regard de l'expérience tirée de l'épidémie H1N1, ce qui conduisit à l'évolution de la doctrine. Ainsi, dès 2013, le stock national géré par l'EPRUS ne concernait plus que les masques de protection chirurgicaux pour les malades et leurs contacts, tandis que les stocks de masques de protection des personnels de santé revenaient à la charge des employeurs.

À quoi avons-nous été confrontés? Au début de la crise, la France disposait d'un stock stratégique de 150 millions de masques chirurgicaux, apparu très vite insuffisant devant l'ampleur des besoins. Comme nous avons été confrontés à une crise mondiale, massive et rapide, qui a d'abord touché notre premier fournisseur, la Chine, notre pays s'est trouvé dans l'impossibilité de se réapprovisionner rapidement, puisque les autres pays passaient également des commandes de masse. Très tôt, la France, comme la majorité des pays, a eu à gérer un risque de pénurie de masques.

Cette doctrine, responsabilisant l'ensemble des acteurs, reposait sur une hypothèse essentielle, celle de la capacité à s'approvisionner rapidement sur les marchés internationaux, notamment auprès de la Chine, en cas d'urgence.

Face à cette situation, le Gouvernement a pris deux décisions. Dans un premier temps, il a réquisitionné, le 3 mars, l'ensemble des stocks de masques détenus par des personnes morales sur le sol français. Dans un second temps, il a réservé la distribution des masques aux soignants, afin qu'ils puissent faire face à l'afflux des patients atteints de covid-19. Ce choix s'est opéré à un moment où les avis scientifiques pouvaient diverger sur la nécessité du port du masque pour la population générale, et où l'efficacité des gestes barrières s'imposait avant la mesure ultime du confinement.

Pour compléter le stock, le ministère des solidarités et de la santé a commandé plus de 3 milliards de masques : malgré de fortes incertitudes, un pont aérien a été établi entre la France et la Chine. Nous avons également stimulé et relancé rapidement la production nationale de masques chirurgicaux, FFP2 et grand public en tissu. Il faut ici saluer la mobilisation des entreprises et des citoyens qui ont répondu à l'appel.

Ainsi, depuis le 11 mai, date du déconfinement, 100 millions de masques sont distribués chaque semaine aux professionnels de santé et 5 millions aux Français les plus modestes. Des masques, nous en avons, il nous suffit désormais de les porter.

Qu'avons-nous appris de ces difficultés? Que notre époque nous appelle à prendre plus au sérieux la prévention des risques majeurs. Le fonctionnement de nos sociétés complexes, interconnectées et interdépendantes peut se

gripper si un élément aussi élémentaire et indispensable qu'un masque vient à manquer. Mais le salut ne peut pas venir d'un réflexe de repli sur soi et d'une impossible autarcie; au contraire, davantage de coopération internationale est nécessaire, au premier chef au sein de l'Union européenne.

C'est entre Européens qu'il faut travailler à la prévention des risques majeurs, en étudiant en commun les scénarios tenant parfois de l'improbable et en tirant les conclusions appropriées. C'est également entre Européens qu'il faut renforcer notre souveraineté stratégique dans le domaine de la santé: c'est tout le sens de l'innovation franco-allemande, annoncée le 17 mai dernier.

Gouverner, c'est prévoir, prévoir qu'un virus peut venir bouleverser toutes nos certitudes, prévoir, ce qui est le plus difficile, que l'impensable est bel et bien possible. C'est d'une assurance française et européenne dont il faut nous doter pour nous préparer au pire, donc anticiper l'émergence des risques majeurs, prévenir leur apparition et, si cela ne suffit pas, maîtriser leurs conséquences, questionner sans relâche notre stratégie, tester les dispositifs prévus et remettre cent fois sur le métier notre ouvrage pour l'améliorer.

Notre assemblée a également son rôle à jouer: nous devons continuer à la hisser à la hauteur des enjeux, en mobilisant en particulier l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques ou le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques.

Enfin, aucune politique de prévention ne saurait être efficace sans impliquer les citoyens: la discussion, le débat et la compréhension collective et citoyenne des enjeux sont des éléments fondamentaux qu'il nous faudra avoir à l'esprit pour affronter demain des défis de même ampleur. Nous autres, Français, savons désormais que la prévention est essentielle: tirons-en toutes les leçons et, élus comme citoyens, agissons!

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup.

Mme Josiane Corneloup. La crise majeure que nous sommes en train de traverser nous montre que nous ne sommes malheureusement pas à l'abri de crises sanitaires de grande ampleur, qui nécessitent des pouvoirs publics une analyse, une réflexion, une anticipation et une préparation à l'échelle centrale, mais également locale, qui ont cruellement fait défaut.

La question du port du masque fait l'actualité depuis le début de la crise sanitaire: nous avons assisté à de multiples tergiversations et changements de doctrine du Gouvernement, qui ont créé une véritable défiance et considérablement accru le fossé avec la population.

Le Gouvernement a considéré, dans un premier temps, que le masque n'était pas utile et ne l'a pas recommandé. Parallèlement, les collectivités locales – régions, départements et communes – se sont mobilisées; quant aux citoyens, ils se sont interrogés et ont rivalisé d'ingéniosité en confectionnant eux-mêmes des masques en tissu pour se protéger des gouttelettes.

Maintenant, le Gouvernement recommande très largement le port du masque, dont nous pouvons tous reconnaître l'efficacité et l'action barrière contre la propagation du virus: cela est indéniable et incontestable. Nous pouvons nous demander si la doctrine du Gouvernement et son évolution n'ont pas davantage été commandées par l'état des stocks que par les besoins.

Nous débattons de la gestion des masques depuis 2017, mais il faut, me semble-t-il, remonter plus avant. En 2012, les stocks nationaux de masques et de divers traitements pharmaceutiques sont importants, en raison des risques représentés par la grippe H1N1. Peu de temps après a lieu un changement radical de doctrine. En effet, un décret publié en 2013 encourage chaque employeur et chaque établissement hospitalier à constituer son propre stock de masques : c'est l'abandon de fait de la gestion des stocks par l'État à travers l'EPRUS, créé en 2007 et dissous en 2016, lorsque ses attributions sont fusionnées avec celles d'autres organismes au sein de l'Agence nationale de santé publique.

Le constat est sans appel : le stock de masques diminue de façon draconienne. Le savions-nous ? Tout à fait. L'Agence nationale de santé publique a estimé, dans un rapport publié au mois de mai 2019, que, en cas de pandémie grippale, les besoins s'élèveraient à 1 milliard de masques. Par ailleurs, en 2016, Jérôme Salomon a publié une note dans laquelle il estime que la France n'est pas prête à affronter une épidémie, et qu'elle doit adapter ses diverses organisations aux spécificités des crises majeures à venir et des nombreux défis anticipés. Il faut bien constater qu'il n'a pas été entendu.

Petit à petit, d'année en année, les stocks de masques s'amenuisent, en raison d'une politique mêlant destruction et non-renouvellement des stocks. Monsieur le ministre, au mois de janvier 2020, puis au mois de février 2020, vous avez confirmé, lors de séances de questions au Gouvernement, que le stock national ne comptait plus que 140 millions de masques. Autrement dit, en trois ans, le stock a été divisé par six.

Les professionnels de santé libéraux, ainsi que les personnels hospitaliers, ceux des EHPAD et ceux des foyers d'accueil médicalisés, ont payé le prix fort, de même que les gens travaillant dans le secteur de l'aide à domicile. Tous ont œuvré quotidiennement, au péril de leur vie.

Nous devons reprendre une gestion centralisée des stocks de masques, qui représentent un enjeu stratégique. Le Gouvernement a caché la vérité sur l'état des stocks, ce qui a lourdement mis en danger notre système de santé.

M. Olivier Véran, ministre. Qui a caché quoi ? Nous avons caché la vérité ?

Mme Josiane Corneloup. Le port du masque doit être généralisé, en priorité pour ceux qui sont en première ligne. Nous devons également organiser leur distribution, qui a été très difficile pendant la crise. *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LR.)*

M. Olivier Véran, ministre. La commission d'enquête, c'est sous serment !

M. Maxime Minot. Parlez-en à Benalla !

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Trois semaines après une première séance consacrée, dans le cadre d'une semaine de contrôle, à la gestion des stocks de masques, nous voici à nouveau réunis pour en débattre, cette fois à l'initiative du groupe Socialistes et apparentés, qui a souhaité borner le débat à la législation en cours. Or chacun ici doit avoir l'honnêteté de reconnaître qu'on ne peut évaluer la gestion du stock de masques en adoptant une vision si minimaliste. Il nous semble plus sensé d'analyser la gestion du stock stratégique de masques sur le temps long, en partant de sa constitution.

Cette analyse a été menée et explicitée à plusieurs reprises. En 2009, un rapport sénatorial indiquait que l'État détenait 720 millions de masques FFP2 et 1 milliard de masques

chirurgicaux. Il s'agissait là du plus haut niveau atteint par notre pays. Jusqu'en 2011, les stocks sont restés relativement stables, avant de connaître une diminution prévisible en raison de la péremption des masques les plus anciens. Tout cela nous mène à l'année 2013, que la plupart des observateurs qualifient de tournant. Cette année-là, la responsabilité de l'acquisition et de la gestion des masques est transférée à l'employeur, chargé de « constituer des stocks de masques pour protéger son personnel ».

En 2015, un rapport sénatorial sonne l'alerte au sujet du changement de doctrine opéré par le gouvernement d'alors, déplorant « la baisse significative de la quantité et de la valeur des stocks » et le non-renouvellement des stocks arrivant à péremption. En 2016, la création de l'agence Santé publique France a considérablement modifié l'écosystème de la gestion des stocks stratégiques des produits de santé et des équipements de protection. Le regroupement de plusieurs entités, dont l'EPRUS, au sein d'une organisation centralisée a sans doute provoqué un certain délitement de la prise de décision relative à la constitution et à la gestion des stocks.

Ainsi s'achève un historique qu'il nous paraissait utile de rappeler. Dans ce cadre, il semble que le changement de doctrine opéré précédemment n'a pas été radicalement modifié au cours des trois dernières années. La logistique d'État semble s'être peu à peu déchargée de ses prérogatives, au profit des opérateurs hospitaliers et des employeurs privés. Il semble donc primordial d'établir un constat clair et précis sur les décisions, ou les non-décisions, prises au fil des dix dernières années, et pas uniquement des trois dernières, ce qui n'a aucun sens. Que ce débat vise à permettre à ceux qui ont été aux responsabilités pendant cinq ans de soulager leur conscience est une chose, mais une séance publique consacrée au contrôle de l'action du Gouvernement n'a pas vocation à se transformer en tribunal pour condamner ou dédouaner quiconque !

M. David Habib. Votre fourche a langué, madame Elimas !

Mme Nathalie Elimas. Les diverses commissions d'enquêtes installées récemment auront pour prérogative de faire la lumière sur la gestion des stocks de masques, non pas depuis 2017 mais depuis 2009.

M. Maxime Minot. C'est faux !

Mme Nathalie Elimas. Nul doute que la lumière sera faite et que les enseignements seront tirés. Ils devront nous réunir pour construire une politique de santé et de prévention à la hauteur des défis révélés au cours des derniers mois.

Comme le débat inscrit à l'ordre du jour est limité à la période allant de 2017 à 2020, parlons des mois à venir. Profitons de l'accalmie constatée pour nous poser les bonnes questions et préparer l'avenir à court, moyen et long termes ! Cela suppose nécessairement l'établissement d'une doctrine claire et précise en matière de constitution des stocks d'État d'équipements de protection.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous éclairer sur les intentions du Gouvernement concernant une telle doctrine pour les prochaines années ? Comment sera-t-elle organisée ? Quels financements seront alloués ? Surtout, comment envisagez-vous d'améliorer la gestion de ce stock, notamment pour la rendre plus transparente ?

Par ailleurs, nous avons appris au cours des derniers jours qu'un nombre significatif de masques, commandés massivement au plus fort de la crise, ne trouvaient plus preneur. Dès lors, des stocks – puisque c'est de cela qu'il est question –

s'accumuleraient. Comment seront-ils gérés ? Quelles marges de manœuvre seront accordées aux collectivités territoriales qui se sont investies dans leur acquisition ?

Mme Sophie Auconie. Elle a raison !

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Bricout.

M. Jean-Louis Bricout. La gestion des stocks de masques a fait couler beaucoup d'encre et fait résonner bien des voix – et ce n'est certainement pas terminé. Aborder cette question pour la période allant de 2017 à 2020 ne dispense pas de se pencher sur la situation initiale des stocks, s'agissant notamment des équipements indispensables à la protection des personnels de santé les plus exposés que sont les masques FFP2.

Les premières évolutions de la gestion stratégique des stocks d'État datent de 2011, année au cours de laquelle un lissage de leur renouvellement à hauteur de 25 % par an – soit la mise en place d'un stock tournant – est envisagé. En matière de gestion des stocks d'État, les avis justifiant les changements de stratégie sont parfois divergents, en raison d'un contexte de gestion surdimensionnée des stocks lors de la crise sanitaire provoquée par le virus H1N1, s'agissant notamment des vaccins. Quoi qu'il en soit, depuis 2011, les stocks d'État fondent. Cette situation impose un recours au marché en cas de crise, qui nécessite une forte réactivité pour passer commande.

Pourtant, alors même que, le 24 janvier 2020, les trois premiers cas sont recensés sur le territoire métropolitain, que de plus en plus de cas le sont par la suite, jusqu'à en compter une centaine à la fin du mois de février, que l'on connaît, à cette date, l'évolution de la propagation du virus et les dégâts qu'il a provoqués en Chine, que l'Organisation mondiale de la santé – OMS – qualifiait l'épidémie de covid-19 d'urgence de santé publique de portée internationale dès le 30 janvier, que les fournisseurs se disaient déjà débordés s'agissant des commandes extérieures et sur le point de l'être pour les délais de livraison, pouvez-vous confirmer, monsieur le ministre, que les premières commandes d'État n'ont été effectives qu'à la fin du mois de février 2020 ?

Si tel est le cas, cela signifie que de longues semaines s'écoulaient sans qu'aucune commande ne soit passée, alors même que beaucoup de nos concitoyens se précipitent déjà dans les officines. Au demeurant, les controverses sur la pénurie de masques parmi les médecins libéraux éclatent le 18 février, lorsque l'État français fournit dix-sept tonnes de matériel médical à la Chine et indique continuer à lui apporter une assistance logistique au cours des semaines qui suivent.

Ce matériel médical comporte une quantité importante de masques, qui auraient pu servir deux semaines plus tard, lorsque la pandémie a atteint la France. Monsieur le ministre, estimez-vous que le Gouvernement a suffisamment anticipé l'urgence des besoins, compte tenu de la situation des stocks et des décisions prises auparavant en la matière, alors même que les professionnels de santé vous ont alertés sans relâche sur la nécessité absolue de les protéger ?

S'agissant de la distribution des masques aux professionnels de santé mobilisés en première ligne, les pharmaciens, associés à d'autres professionnels de santé, ont été réquisitionnés par le Gouvernement. Ils se sont exprimés dans une tribune, où ils se disent scandalisés par la façon dont le Gouvernement a géré la distribution des masques.

Dans cette tribune publiée à la fin du mois d'avril, ils s'adressent à vous par ces mots : « Comment s'expliquer que nos soignants n'aient pas pu être dotés de masques

quand on annonce à grand renfort de communication tapageuse des chiffres sidérants de masques vendus au public par certains circuits de distribution ? Où étaient ces masques quand nos médecins, nos infirmiers, nos pharmaciens, nos chirurgiens-dentistes, nos masseurs-kinésithérapeutes, nos pédicures-podologues, nos sages-femmes, mais aussi tous nos personnels en prise directe avec la maladie, tremblaient et tombaient chaque matin ? » Monsieur le ministre, pensez-vous avoir été à la hauteur de la reconnaissance due à nos pharmaciens à l'aune de leur investissement dans la crise sanitaire et des risques qu'ils ont pris pour eux-mêmes, leurs familles et leurs patientèles ?

S'agissant du port du masque – une véritable saga ! –, alors même que l'évolution de la propagation du virus nécessitait des directives claires et précises, pour que chacun puisse se protéger ou protéger les autres, compte tenu des risques qu'il doit prendre lors d'activités médicales, professionnelles ou privées, nos concitoyens sont restés dans l'expectative la plus complète, et parfois l'incompréhension la plus totale, s'agissant notamment de l'utilisation de masques dits « non-soignants ».

Quant au prix, des efforts ont certes été consentis pour maîtriser le prix demandé au client final – diminution de la TVA et prix plafond –, mais ils sont loin d'être suffisants, voire même efficaces. La diminution de la TVA a plus souvent résulté en une amélioration de la marge du revendeur qu'en une réelle diminution du prix final. Le prix plafond, quant à lui, a précipité les acheteurs en quête d'optimisation des marges vers les produits importés. Une marge imposée aurait certainement mieux protégé le marché français. Qu'en pensez-vous ?

Enfin, dès lors que le port du masque est vivement conseillé, voire obligatoire dans certains cas, ne pensez-vous pas qu'il est du devoir de l'État de s'assurer que chacun est en mesure de s'équiper ? Les études démontrent que les populations les plus fragiles ont particulièrement souffert de la crise. Envisagez-vous – notre groupe n'a de cesse de la réclamer – d'assurer la gratuité de cette protection qu'à présent vous jugez indispensable ?

M. le président. La parole est à M. le ministre des solidarités et de la santé.

M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé. La gestion des équipements individuels de protection a suscité – et suscite toujours – de nombreuses questions, ce qui n'est pas illégitime, comme il est légitime que le Gouvernement y réponde. M. le Premier ministre l'a fait dans cet hémicycle et au Sénat, ainsi que dans le cadre de conférences de presse consacrées à l'épidémie. J'ai moi-même répondu à de très nombreuses questions au Gouvernement, à l'Assemblée nationale comme au Sénat ; j'ai participé ici même – également à une heure tardive – à plusieurs débats consacrés à la gestion des stocks de masques.

Toutefois, la situation, ce soir, est un peu différente, à plus d'un titre. Tout d'abord, le thème du débat, centré sur la gestion des stocks de masques de 2017 à 2020, est très précis. Chacun ici sait qu'une commission d'enquête a été installée pour évaluer la gestion de la crise sanitaire. Elle abordera – je n'imagine pas le contraire – la question de la gestion des matériels de protection et celle de la doctrine en matière de masques.

Ensuite, les questions posées ce soir ne sont pas uniquement techniques. Elles portent sur des arbitrages politiques. Je doute que la séance de ce soir soit le lieu adéquat pour commenter des décisions politiques prises avant même ma

nomination, dès lors que l'on considère la période allant de 2017 à 2020. Les vérités d'hier ne sont pas celles d'aujourd'hui.

Je puis néanmoins affirmer que les pouvoirs publics ont pris la décision, il y a une dizaine d'années, d'équiper la France de 1 milliard de masques chirurgicaux, et de 600 millions de masques FFP2. J'invite chacun à relire les comptes rendus des débats parlementaires qui se sont tenus à la suite de ces commandes. Il y a peut-être là, pour certains d'entre nous, un apprentissage de l'humilité, qui viendra avec le temps.

Mme Sylvie Tolmont. Pour tout le monde !

M. Olivier Véran, ministre. Quels que soient les processus de décision en raison desquels les stocks n'ont pas été renouvelés dans la durée, il demeure que les stocks de masques sont allés en se réduisant année après année. Lorsque l'épidémie de covid-19 a émergé, le stock d'État s'élevait à environ 120 millions de masques chirurgicaux pour adultes, non périmés, et ne comptait aucun masque FFP2. Tel est l'état des stocks que j'ai trouvés à mon arrivée au ministère.

M. Jean-Louis Bricout. Et la première commande ?

M. Olivier Véran, ministre. Le Gouvernement s'est mobilisé dès le mois de janvier dernier pour assurer l'approvisionnement en masques des professionnels de santé. Tous les leviers ont été activés, avec pour objectif prioritaire la protection de notre système de santé et de ses professionnels. Tout a été fait pour assurer les livraisons de masques dans la durée pour les professionnels de santé.

Dans ce cadre, nous soutenons, depuis plusieurs semaines, le tissu industriel national. Le niveau de production a triplé sur notre territoire, pour atteindre une production de 12 millions de masques par semaine. Nous visons l'autonomie avant la fin de l'année, et compléterons d'ici là notre production nationale avec des importations, pour consolider les stocks.

Ainsi, depuis le mois de mars dernier, nous avons réceptionné et distribué plus de 700 millions de masques de protection, destinés aux professionnels de santé. Je ne puis m'exprimer davantage sur la gestion des stocks menée avant ma prise de fonctions, mais je ne doute pas que les travaux et les dialogues menés dans le cadre des diverses commissions d'enquête permettront d'éclairer les modalités de leur gestion au cours des dernières années.

Je voudrais également répondre à quelques-uns des points qui viennent d'être soulevés.

Madame Elimas, merci d'avoir rappelé que nous sommes ici au Parlement et non au tribunal – j'étais moi-même parlementaire il y a peu, et je sais bien que je ne suis ni devant des avocats ni devant des procureurs, mais bien devant des représentants de la nation. Que la commission d'enquête fasse la lumière sur ce sujet, je l'espère comme vous.

Je note au passage que, depuis hier, on voit poindre dans la presse un début d'accusation d'avoir commandé trop de masques – j'avais moi-même évoqué ce futur procès ici même, il y a un mois, par provocation.

Mme Sylvie Tolmont et M. Jean-Louis Bricout. Trop tard !

M. Olivier Véran, ministre. Lisez certains articles, lisez certains commentaires...

M. Becht, vous avez raison : pour protéger toute la population avec des masques pendant une semaine, il faudrait l'équivalent du stock national dont nous disposons, c'est-

à-dire plus de 1 milliard de masques. Or nous fournissons des masques depuis plusieurs mois... Si la nation souhaite, demain, disposer en permanence d'un stock de masques suffisant pour protéger toute la population pendant une épidémie de trois mois, alors il va falloir en fabriquer, des masques ! Il en faudrait sans doute quelque chose comme 15 à 20 milliards. Cela peut être le choix de la nation, bien sûr.

M. Naegelen demandait tout à l'heure que les parlementaires soient associés aux travaux de reconstruction du système de sécurité sanitaire. Ce sera évidemment le cas ; nous devons tous nous y mettre, et nous devons déterminer quels seront les choix de la nation. Dans une épidémie de coronavirus, on parle beaucoup de masques, mais si l'on cherche bien et que l'on veut se prémunir de tous les risques sanitaires, alors il va falloir prévoir bien d'autres matériaux – des milliards de paires de gants, par exemple. Cela nécessite un large débat, auquel il est normal que les parlementaires soient associés. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

Monsieur Thierry Michels, vous avez salué l'action du Gouvernement : même venant d'un député de la majorité, cela fait du bien. (*Sourires.*) Merci aussi d'avoir souligné que bien des questions sont encore devant nous, notamment la détermination d'une stratégie européenne. Nous devons, c'est vrai, être capables de prévoir l'imprévisible : c'est un défi que nous devons relever collectivement, sans polémique, de façon assez neutre. Le masque n'est ni de droite ni de gauche, ni même en marche : c'est un outil de protection de la population.

Monsieur Becht, nous sommes en train de reconstituer les stocks. Avant de considérer que nous avons suffisamment de masques, ou trop, ou pas assez, nous devons fixer un niveau cible qui nous permettra une protection de la population suffisante, et dans la durée. La politique de réindustrialisation est en cours ; la montée en charge se poursuit. J'ai moi-même rencontré, la semaine dernière, des industriels qui se sont recyclés en fabricants de masques de protection : c'est une belle aventure collective. Il faut maintenant savoir jusqu'où nous allons, et comment nous accompagnons nos entreprises.

J'entends les remarques de M. Molac sur le chaos de la communication et l'absence de consensus dans la communauté scientifique. En revanche, je dois vous dire une chose : lors des auditions de la commission d'enquête, contrairement à vous, à Mme Wonner, à Mme Corneloup, je prêterai serment.

M. Maxime Minot. Parlez-en à Benalla !

M. Olivier Véran, ministre. Ce que je dirai m'engagera sur le plan pénal, et je me garderai donc bien de produire des contre-vérités et de les asséner comme des vérités. Nous ne sommes pas sur Twitter, monsieur Molac, mais dans l'hémicycle : quand vous affirmez sans sourciller que la première commande bretonne de masques a lieu le 6 mars, donc avant celle de l'État, pouvez-vous l'attester ? Le répéteriez-vous sous serment ?

M. Paul Molac. J'ai parlé de la mi-mars.

M. Olivier Véran, ministre. J'ai signé le décret de réquisition le 4 mars. Croyez-moi, avant d'en arriver là, des masques, nous en avions commandé... Soyons attentifs à ce que nous disons.

Madame Wonner, quand vous dites que le directeur général de l'ARS Grand Est a été limogé pour avoir commandé 5 millions de masques, croyez-vous vraiment ce que vous dites ? Parlez-en à vos collègues de la région, parlez-

en aux élus ! Si vous le pensez, venez donc le dire sous serment la semaine prochaine en commission d'enquête. Ce sera extrêmement intéressant. Encore une fois, je prêterai serment, et mes propos m'engageront : j'en suis très fier. Mais vous êtes parlementaires. Or vous assénez des contre-vérités dans l'hémicycle, et cela me paraît grave, je me permets de vous le dire.

Madame Corneloup, vous dites que nous avons caché la vérité sur les stocks de masques. Lors de la première conférence de presse que je fais sur ce sujet, je donne le chiffre que je vous redonne ce soir, et que je donnerai à nouveau la semaine prochaine en commission d'enquête : 117 millions. Je n'ai jamais caché la vérité sur les stocks !

Mme Sylvie Tolmont. Il n'y a pas eu de problème, tout s'est bien passé, c'est parfait...

M. Olivier Véran, ministre. Il y a sûrement mille choses à me reprocher, et je suis sûrement moins exempt de critiques que qui que ce soit, mais on ne peut vraiment pas prétendre que j'aie voulu cacher la vérité ! La transparence a été une valeur cardinale, même lorsque cela nous mettait en difficulté – je continuerai à le dire sous serment la semaine prochaine. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.)*

Mme Sylvie Tolmont. Il réécrit l'histoire !

M. Olivier Véran, ministre. De la même manière, monsieur Molac, parfois, un masque est détruit parce qu'il n'est pas utilisable par les soignants. Je l'ai appris depuis que je suis ministre, car je ne le savais pas plus que vous : il y a deux critères pour décider si un masque est utilisable par des soignants, d'une part la capacité de filtration et d'autre part la respirabilité. Si la capacité de filtration est inférieure à un certain pourcentage, on ne peut pas donner ces masques aux soignants ; et si j'avais donné des masques insuffisamment filtrants à des soignants dans les hôpitaux, alors pour le coup la commission d'enquête aurait de sérieuses questions à me poser !

M. Paul Molac. Des questions, il y en aura de toute façon !

M. Maxime Minot. Et les sacs-poubelle ?

M. Olivier Véran, ministre. Ce n'est pas moi qui ai déterminé que ces masques étaient hors d'usage ; ils ont été analysés, deux ans avant que je ne devienne ministre, et ils ont reçu des bons de destruction parce que leurs capacités de filtration et leur respirabilité n'étaient plus conformes à un usage sanitaire. En revanche, lorsque nous avons défini une norme AFNOR de masques destinés au grand public, avec des critères de filtration et de respirabilité moins sévères que ceux exigibles pour les soignants, alors nous avons pu récupérer une partie des masques pour les distribuer. Les autres, je le redis, seront détruits.

Monsieur Lachaud, je suis déjà revenu sur les propos prêtés au Président de la République, qui ont été coupés. Ce qu'il a dit, c'est que nous ne sommes jamais descendus à zéro : nous avons toujours pu distribuer des masques. Personne ne dit qu'ils étaient en nombre suffisant – moi le premier ! Si nous distribuons 100 millions de masques par semaine alors qu'à une époque, nous en distribuions 30 ou 40 millions, c'est bien que nous n'en avons pas suffisamment alors. Mais, je le redis, nous ne sommes jamais tombés à zéro.

Il peut être intéressant, sur ce sujet, de nous comparer aux pays qui nous entourent, qu'une commission ait un regard indépendant sur la gestion de crise dans différents pays. Allez regarder ce qui s'est passé en Allemagne, un pays souvent cité en exemple, en Espagne, en Italie, au Royaume-Uni, aux États-Unis... La comparaison n'est jamais inintéressante.

Parfois, lorsqu'on se compare, on se console ; parfois, on peut aussi se dire que l'on a un intérêt collectif à se préparer – à l'échelle planétaire, pourquoi pas, mais à tout le moins à l'échelle européenne. Ainsi, si une crise similaire survenait, nous ne connaîtrions pas les difficultés que nous avons connues – et que tous les pays ont connues.

Une anecdote : lors d'une réunion des ministres de la santé à Bruxelles, au moment où l'épidémie ne fait que démarrer, quatre ou cinq seulement d'entre nous considèrent qu'elle va vraiment frapper l'Europe. Croisant un ministre de la santé d'un autre État membre, je lui demande s'il est en difficulté pour les masques : « Jusque-là, nous sommes tranquilles, nous en avons 5 millions en stock », m'a-t-il répondu !

Nous devons prendre des décisions pour préparer d'autres pandémies. Je crois profondément en l'Europe, et je crois profondément que l'échelle européenne n'est pas la pire pour concevoir cette protection.

S'agissant des évolutions de doctrine de port du masque, je l'ai déjà dit, chacun lit la presse et peut le constater : à partir du 1^{er} avril, les recommandations évoluent, et l'on commence à dire que le masque peut être utile en population générale. Nous pourrions en reparler très tranquillement en commission d'enquête. Savez-vous quand l'Organisation mondiale de la santé a recommandé le port du masque en population générale dans certains cas, comme les transports collectifs ou les milieux professionnels fermés ? Ce n'était pas il y a très longtemps : c'était il y a trois jours.

Les doctrines scientifiques, les doctrines des États, les doctrines internationales évoluent, les unes après les autres. Nous vous dresserons la liste de ces évolutions pour la commission d'enquête, afin que vous ayez une vision d'ensemble des recommandations de chaque institut, de chaque structure, au jour le jour. On peut bien sûr juger les décisions d'hier avec le regard d'aujourd'hui, et estimer qu'elles n'étaient pas bonnes ; mais au moment où elles sont prises, elles sont corroborées par suffisamment d'arguments scientifiques pour que l'on se dise que ce n'était pas les pires des décisions possibles. Avec le recul, ferions-nous autrement ? Je ne sais pas. C'est aussi l'objet de la commission d'enquête. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.)*

M. le président. Nous en venons aux questions.

La parole est à M. Joaquim Pueyo.

M. Joaquim Pueyo. Pendant la crise du covid-19, notre pays a fait face à une pénurie de masques, cela a été rappelé. Après les controverses qui ont eu lieu, il me semble important de connaître la vérité sur la gestion des stocks ; les éléments que vous pourrez nous apporter nous permettront d'engager une discussion sur les enseignements à tirer, afin de ne pas retomber dans les graves errements que nous avons connus.

Cette pénurie a eu des conséquences directes sur la santé des Français, notamment sur celle des personnels qui ont été mobilisés durant cette crise. Il faut maintenant penser aux adaptations qui devront préparer un éventuel retour de l'épidémie, mais aussi de futures crises sanitaires qui pourraient être plus graves encore – ainsi, les scientifiques le disent depuis longtemps, la fonte du permafrost pourrait libérer des virus particulièrement destructeurs.

Nous devons donc disposer de stocks très importants pour faire face à des épidémies, mais aussi être capables de les distribuer à vaste échelle, et gratuitement, notamment aux professionnels en première ligne, aux populations les plus fragiles et à nos concitoyens sur lesquels pèsent des

contraintes économiques. Au-delà de la disponibilité, il est donc essentiel de s'intéresser aux conditions de stockage et de distribution.

Des modifications sont-elles prévues en ce domaine pour tirer les leçons de la crise? Les stocks sont-ils correctement répartis sur l'ensemble du territoire, ou faut-il prévoir des évolutions pour nous assurer que l'ensemble de la population puisse disposer rapidement des masques nécessaires? S'agissant des commandes et des distributions, comment arbitrer entre acteurs publics et privés? Faut-il laisser aux entreprises la charge de prévoir les moyens de protéger leurs salariés, ce qui poserait la question du stockage? Des enseignements doivent-ils être tirés quant à la distribution des masques? L'organisation des chaînes de distribution, les moyens humains et techniques sont-ils suffisants pour faire face à une crise majeure?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Nous devons, je l'ai dit, établir une stratégie sur la question des masques, à moyen et à long termes. Nous devons assurer une rotation : ce qui s'est passé avec ces fameuses commandes du début des années 2000, c'est que ces masques n'avaient pas de date de péremption. Il était donc difficile de savoir s'ils étaient encore conformes aux normes et utilisables – je me suis penché sur la question : techniquement, ce n'est pas simple. Aujourd'hui, les masques ont des dates de péremption ; cela permettra d'assurer une rotation des stocks, afin de garantir un niveau donné. C'est complexe, d'un point de vue logistique, mais nous allons le faire.

Reste à savoir quel est le bon niveau. Si nous voulons protéger toute la population pendant trois mois en cas de pandémie, il faut prévoir 20 milliards de masques : cela voudrait dire construire vingt énormes entrepôts et assurer une rotation permanente... Peut-être est-ce le choix de la nation ! Peut-être choisirons-nous plutôt d'avoir un stock de 1, 2 ou 3 milliards de masques, et de compter pour le reste sur des commandes.

Ce qui s'est passé, dans cette épidémie, c'est qu'elle a commencé par toucher Wuhan, qui est hélas aussi la zone mondiale de fabrication de masques.

M. Maxime Minot. Relocalisons !

M. Olivier Véran, ministre. Toutes les usines de production étaient à l'arrêt quand le monde entier cherchait des masques... Cela a accentué les difficultés. Lorsque les usines sont reparties, la production est arrivée massivement : nous avons fait des ponts aériens et attrapé des masques. On peut gérer des crises, mais si nous voulons être autonomes, ne pas dépendre d'un pays étranger, surtout lointain, pour nous protéger en cas de risques épidémiques, alors il faut agir.

Mais il ne faut pas penser aux seuls masques. C'est une réflexion qui n'est pas inintéressante, et qui ne nous occupera pas trois semaines : il faudra dresser une liste exhaustive des protections nécessaires. Imaginons un virus qui s'attrape par les mains... Je ne blague pas : peut-être devons-nous pouvoir acheter des milliards de paires de gants pour les stocker dans des entrepôts. Ce sera le choix de la nation, il y aura un débat, et vous y participerez, bien sûr.

M. le président. La parole est à Mme Sophie Auconie.

Mme Sophie Auconie. Pendant de nombreuses années, les gouvernements successifs ont maintenu des stocks très importants de masques. Puis la doctrine de gestion des stocks a été modifiée. Ainsi, au début du précédent quinquennat, il a été décidé que celle-ci était transférée aux

hôpitaux et aux entreprises. Les hôpitaux étaient-ils informés des stocks au niveau national afin d'adapter leurs commandes? Avaient-ils les moyens financiers de leurs ambitions?

De nombreux professionnels ont été surpris d'apprendre que le stock comptait 150 millions de masques contre plus de 1 milliard il y a seulement huit ans. Si les hôpitaux n'en avaient pas connaissance, comment pouvaient-ils anticiper l'achat de ces outils de protection.

Si cet aspect de la gestion de la crise sanitaire est central, il ne doit pas être utilisé pour mettre des têtes sur des piques. C'est pourquoi je suis particulièrement étonnée de l'intitulé du thème retenu par mes collègues socialistes. Ne serait-ce pas l'ancienne ministre de la santé, Marisol Touraine, qui a opéré un changement de doctrine hasardeux sur la gestion des masques?

Mme Sylvie Tolmont. Et depuis 2017?

Mme Sophie Auconie. Le président Hollande a eu l'humilité de reconnaître sa part de responsabilité dans la situation de l'hôpital.

Mme Sylvie Tolmont. Absolument !

Mme Sophie Auconie. Il est donc surprenant d'entendre l'ancienne ministre de la santé déclarer : « On ne peut pas dire que les stocks n'ont pas été maintenus lorsque j'ai été ministre. » « On peut tout fuir, sauf sa conscience », disait Stefan Zweig.

Votre ministère avait-il connaissance des lieux de stockage des masques? Vous avez reconnu qu'un nombre important de masques avaient été détruits depuis 2017, parce qu'ils étaient moisiss ou périmés. Comment un masque chirurgical peut-il moisir s'il n'est pas stocké dans de mauvaises conditions?

M. Maxime Minot. Très bien !

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Je vous remercie pour votre question ainsi que pour la jolie citation de Stefan Zweig.

Il ne m'appartient pas de juger de la responsabilité de tel ou tel ministre de la santé.

M. Maxime Minot. Quand même !

M. Olivier Véran, ministre. À une époque, le système est un peu en autogestion ; il repose sur une cellule de pilotage et des entrepôts – la France compte deux gros entrepôts, dont l'un à Marolles, et dix zones de stockage délocalisées.

C'est moins une décision politique de la part d'un ministre ou d'un président que l'organisation de la veille sur les matériels et la capacité de protection qui est en cause. Les moyens suffisants ont-ils été alloués pour garantir la disponibilité de matériels dépourvus de date de péremption? Cette question me hante tout autant que vous, si ce n'est plus, madame la députée, car j'ai pris mes fonctions dans cet état de fait et j'en paie un prix fort – les Français et les soignants, tous ceux qui ont été privés de matériels pour se protéger dans de bonnes conditions, ont payé un prix plus fort encore.

La lumière doit être faite, en premier lieu pour avancer et savoir comment éviter de nous retrouver dans la situation délicate que nous avons connue.

Pour répondre à Jean-Louis Bricout, les premières commandes de masques auxquelles je peux remonter – je ne peux pas parler au nom de mes prédécesseurs, une commission d'enquête sera bientôt installée – datent du

mois de janvier 2020. Le 28 janvier, une commande est passée, qui est considérablement renforcée dans la première semaine de février. À la fin du mois de février, nous avons passé une commande de 200 millions de masques. Il ne m'appartient pas d'en juger, mais je ne suis pas juge et partie, car je n'étais pas ministre à l'époque : toutefois, si vous examinez avec un peu de recul la diffusion du virus, il me semble que la date du 28 janvier était assez précoce.

M. le président. La parole est à Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Ma question sera simple : qui décide ? Qui décide de la gestion du stock de masques en France ? Qui s'assure que celui-ci est suffisant pour prévenir une catastrophe sanitaire de grande ampleur ?

Depuis 2013 et le rapport du Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale, la doctrine semble simple. L'État gère les masques chirurgicaux ou anti-projections, nécessaires pour protéger l'ensemble des citoyens en cas de risque sanitaire, tandis qu'il revient à chaque employeur de constituer des stocks de masques FFP2 pour protéger son personnel.

Puisque, en théorie, les rôles semblent bien déterminés, pourquoi avons-nous assisté à un tel chaos au début de cette épidémie ?

Personne n'était préparé à une telle catastrophe sanitaire, j'en conviens. Mais, depuis 2016, après la disparition de l'EPRUS, Santé publique France a bien pour mission de prévenir les risques sanitaires. À ce titre, elle gère, pour le compte de l'État, les stocks des produits nécessaires à la protection des populations face aux menaces sanitaires graves, dont les fameux masques chirurgicaux.

Or, prévenir les risques sanitaires, c'est dépenser pour se doter de matériels de protection que l'on espère n'avoir jamais à utiliser. Monsieur le ministre, qui a décidé qu'entre 2017 et 2020, ces dépenses ne seraient pas effectuées et que les stocks ne seraient donc pas reconstitués ? Le manque d'anticipation de l'État en matière de masques a, hélas, mis en lumière la vision budgétaire de la santé qui prévaut depuis des années en France.

Par ailleurs, en mars, la pénurie de masques a conduit l'État, les collectivités territoriales et les entreprises privées à effectuer de nombreuses commandes dans la précipitation et sans réelle coordination.

Afin de tirer les conséquences des derniers mois, monsieur le ministre, pourriez-vous nous préciser la répartition des rôles respectifs de l'État, de Santé publique France, des collectivités territoriales et des entreprises dans la gestion du stock de masques chirurgicaux ?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Vous l'avez souligné, Santé publique France, qui a été créée le 1^{er} mai 2016 en fusionnant l'INVS – Institut national de veille sanitaire –, l'INPES – Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – et l'EPRUS, est chargée de la gestion du stock de masques et du pilotage, en collaboration avec la direction générale de la santé.

Il est vrai qu'une structure spécifique était auparavant consacrée à la gestion de crise sanitaire. Peut-être la nécessité de disposer à nouveau d'une structure ad hoc ressortira-t-elle de nos débats.

Je l'ai déjà dit, je ne me prononcerai pas plus avant sur la gestion des masques par mes prédécesseurs. Une commission d'enquête doit commencer ses travaux la semaine prochaine.

S'agissant de la cellule de crise qui a été activée le 4 mars, elle a été chargée, avec Santé publique France, de rechercher et développer les sources d'approvisionnement en masques, de procéder aux achats nécessaires et de sécuriser leur rapatriement en France lorsqu'ils étaient acquis à l'étranger, de définir et installer les circuits logistiques et de distribution ainsi que de répondre aux besoins en masques exprimés par l'ensemble des acteurs du système de santé.

Cette cellule ne se substitue pas à Santé publique France, elle est venue en appui, notamment pour les réquisitions. Personne ne dit que la gestion logistique a été parfaite. Peut-être aurions-nous dû ou pu faire mieux.

On nous dit que nous n'étions pas préparés : mais le monde était-il préparé à ce que deux êtres humains sur trois soient confinés pendant des semaines, à un arrêt complet de la vie économique, sociale, démocratique et familiale ? Il y a des choses auxquelles, hélas, nous ne sommes pas préparés. Faisons en sorte de l'être si de nouvelles pandémies devaient avoir lieu ; apprenons ensemble de nos erreurs et de ce qui a été fait avec plus ou moins de succès.

En tout état de cause, je remercie ceux qui ont travaillé au sein de la cellule de crise. Certains étaient employés des ministères, mais nombreux venaient des préfetures, des hôpitaux et des entreprises pour prêter main-forte dans une période épidémique. Ils ont travaillé nuit et jour, dans la durée et pour nombre d'entre eux à titre bénévole. Je préfère les saluer. C'est une des belles images que je garde. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM. – Mme Sophie Auconie applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. Bastien Lachaud.

M. Bastien Lachaud. Plus jamais ça, plus jamais de pénurie de masques pour nos soignants et nos concitoyens quand une épidémie frappe notre pays.

Plus jamais ça, plus jamais de soignants qui doivent utiliser des masques périmés, partiellement inefficaces pour se protéger eux-mêmes et leurs patients d'une contamination croisée.

Plus jamais ça, plus jamais de pénurie organisée par la décision d'abandonner les stocks centraux sous la responsabilité de l'État en prévision d'une possible épidémie.

Plus jamais le désarmement sanitaire de la France nous contraignant à confiner le pays, prélude à une terrible crise sociale.

Plus jamais ça, plus jamais l'appel à la solidarité faute de mieux, plus jamais le ravage des fonds de tiroirs pour donner des masques aux soignants confrontés à la pénurie.

Plus jamais les travailleurs envoyés sans protection faire tourner l'économie. Plus jamais les couturières bénévoles qui pallient spontanément l'organisation défaillante de l'État pour fournir aux soignants des protections minimales. Plus jamais l'usinage de milliers de masques sans que ce travail ne soit payé, au mépris des qualifications professionnelles et du temps de travail que cela requiert. Plus jamais 40 millions de masques fabriqués en France en toute urgence et qui aujourd'hui ne trouvent pas preneurs, faute de planification par l'État de leur production et de leur distribution.

Les risques d'une nouvelle pandémie du fait de la déforestation et de la destruction de la biodiversité sont réels. Que comptez-vous faire pour reconstituer un stock stratégique d'État ? Avez-vous l'intention de payer les entreprises françaises qui ont confectionné les masques à votre demande ? Comment faire pour que nous ne vivions plus jamais ça ?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Je ne voudrais pas répondre à côté de votre question, puisque vous avez évoqué aussi bien la biodiversité et le réchauffement climatique que les masques.

M. Bastien Lachaud. Je pense que vous n'avez pas très bien écouté !

M. Olivier Véran, ministre. Si, je préfère être sûr d'avoir compris votre question.

M. le président. La parole est à M. Bastien Lachaud.

M. Bastien Lachaud. La plupart des scientifiques s'accordent sur le fait que la déforestation et le réchauffement climatique sont une des causes du coronavirus. En effet, les animaux, privés de leur habitat naturel, se rapprochent des zones habitées et entrent plus en contact avec les êtres humains, ce qui accroît le risque de contaminations et de nouvelles pandémies.

Face à celui-ci, que comptez-vous faire pour reconstituer un stock de masques ? Quelle sera votre attitude à l'égard des entreprises qui ont fabriqué des masques ? Achèterez-vous leur production pour sauver des emplois et des entreprises ?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. J'ai saisi votre question. S'agissant du lien entre la déforestation et l'épidémie de coronavirus, je ne sais pas vous répondre. Certaines grandes pandémies, causées par des virus issus de mutations dans le modèle animal, ont eu lieu avant le réchauffement climatique. Je ne sais pas si cette épidémie, ou une future, peut y être liée – c'est possible. Certains impacts sanitaires sont aussi liés à des tentatives de lutte contre le changement climatique : par exemple, la réapparition du moustique tigre et des moustiques qui transmettent la dengue, le west Nile ou le chikungunya sur le continent européen est certes le fait du réchauffement climatique mais l'invasion des moustiques dans les grandes villes est aussi due à la végétalisation de ces dernières et à la restauration de zones humides. Les externalités des politiques publiques ne sont pas toujours là où on l'imagine, mais peu importe – je digresse, mais vous aussi.

Quant au stock de masques, nous devons définir ensemble notre objectif pour l'avenir. S'agissant des entreprises françaises que je remercie pour leur mobilisation, aujourd'hui, nous leur achetons les masques. Jusqu'à quand le ferons-nous et dans quelle proportion ? Le Président de la République a souhaité que nous soyons autosuffisants et autonomes d'ici à la fin de l'année pour nous éviter de devoir commander des masques en Chine ou ailleurs. Tant mieux. Faisons-le aussi pour d'autres matériels – je suis sûr que vous approuvez une telle démarche.

Prenons un peu de recul. Nous ne sommes pas complètement sortis de l'épidémie, nous n'avons pas utilisé tous les masques que nous avons achetés. Il sera temps de faire le point sur ce sujet. Je salue une nouvelle fois nos entreprises.

M. le président. La parole est à Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. Faute d'avoir été anticipée, la constitution des stocks a été menée dans l'urgence. Les entreprises françaises auxquelles on avait enjoint de se lancer dans la production de masques au plus fort de la crise peinent déjà à trouver des acheteurs. Elles ont été plus de 400 à breveter des masques et à investir pour répondre à la demande de nos concitoyens. Or des stocks entiers de masques grand public en tissu, fabriqués dans les usines françaises, ne sont pas

vendus car la demande ne suit pas. Pourquoi ? Parce que les Français auraient plus confiance ou préfèrent utiliser les masques chirurgicaux à usage unique venant d'Asie ?

Cela pose deux problèmes. Le premier tient au sentiment d'abandon qu'éprouvent les entreprises du textile par les pouvoirs publics. On les comprend lorsqu'on sait que l'État passait il y a quelques semaines encore une commande de 10 millions de masques en tissu au Vietnam, sans compter les 2 milliards de masques commandés à la Chine ces dernières semaines, selon Santé publique France.

Ce n'était pourtant pas faute de faire preuve d'inventivité. Dans ma circonscription, à Cachan, l'entreprise Chantelle est, en quelques semaines, parvenue à changer complètement son processus de production pour passer des soutiens-gorge aux masques.

Le second problème est que la vente massive de masques chirurgicaux importés d'Asie se traduit par une nouvelle source de pollution. Ils jonchent désormais les trottoirs, remplissent les caniveaux et sont jetés au hasard dans les poubelles ; c'est dramatique. Au même titre qu'une serviette hygiénique ou qu'un sac plastique, un masque chirurgical met, selon l'association de défense, d'éducation et d'information du consommateur, 450 ans à se désagréger dans la nature. Et, bien sûr, ils ne sont pas recyclables. C'est, vous en conviendrez, une bien drôle de manière d'entrer dans le monde d'après.

Ma question est donc la suivante : que comptez-vous faire, monsieur le ministre, pour mettre un terme à cette situation incompréhensible tant en termes économiques qu'écologiques ?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Il y a environ un mois, peu avant le 11 mai, alors que nous commençons à parler de la levée du confinement, j'avais répondu à une question me demandant si la France allait disposer de suffisamment de masques grand public et de masques chirurgicaux pour protéger tout le monde.

Un mois plus tard, on me demande désormais s'il n'y a pas une surproduction de masques et ce que nous faisons des masques usagés. Je note avec satisfaction que nous avons basculé du manque à la potentielle surabondance. Comme vous, madame la députée, je suis français et je sais qu'il existe un niveau d'exigence permanent et perpétuel qui fait que nous sommes rarement dans le juste ton.

Sachez toutefois que l'État a commandé la quasi-totalité des masques en production destinés aux soignants jusqu'à la fin de l'année, et que l'État a également passé des commandes sur la plupart des masques grand public qui ont été produits jusqu'à maintenant.

Notez aussi que la France est le seul pays à avoir introduit, pour des masques lavables et réutilisables, une norme de filtration quasi équivalente à celle des masques chirurgicaux. Aussi, je ne doute pas que la production française, si elle ne trouve plus preneur à l'échelle nationale au bout d'un temps et d'une certaine quantité de production, pourra trouver des acquéreurs à l'étranger, là où l'épidémie frappe durement. Et je peux vous dire que j'aurais adoré pouvoir acheter à un pays une surproduction de masques de protection destinés au grand public.

Ainsi, avant de dire que nous avons trop de masques ou que nous ne saurons quoi en faire, j'attends de voir et reste prudent.

Quant à la pollution induite par les masques, vous avez raison, il y a un problème. Nous en voyons beaucoup trop dans la rue et il y a un problème de recyclage. Nous y travaillons avec la secrétaire d'État Brune Poirson. Une mission parlementaire s'impose d'ailleurs peut-être pour essayer d'identifier les moyens de progresser sur cette question importante, que je vous remercie d'avoir soulevée.

M. le président. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Ma question ressemble en tout point à celle posée par Albane Gaillot. Porter un masque est devenu un geste de plus en plus fréquent, et c'est heureux. Cela fait partie des gestes barrières devenus familiers à une grande partie de la population. Cependant, le port du masque en tissu n'est pas encore majoritaire, alors que ce dispositif, ramené à une utilisation journalière, est moins coûteux – en moyenne 30 centimes d'euros –, plus écologique, car le tissu peut être recyclé, et ne pose pas ce problème de pollution qui devient prégnant pour les masques jetables – Thierry Benoit et moi-même vous avons déjà sollicité sur cette question. Le masque en tissu est également confortable, ce qui n'est pas négligeable lorsqu'il doit être porté pendant plusieurs heures.

Pour répondre à l'urgence et à la demande du Gouvernement, mais aussi dans un élan de solidarité et de responsabilité au début de l'épidémie, les entreprises françaises ont fourni un effort considérable pour produire rapidement des masques de qualité, en adaptant leurs systèmes de production. Certaines ont complètement redéployé leurs chaînes de production et, en un temps record, conçu des modèles très efficaces. Cette reconversion massive et rapide fut un succès, tant et si bien qu'aujourd'hui leurs stocks sont de plus en plus élevés, et qu'elles ont des difficultés à les écouler.

La question qui se pose désormais est : pourquoi ce stock ? Parce que le jetable rassure, parce qu'il est facile et parce qu'il est devenu un mode de consommation. C'est ainsi qu'une pharmacie que je connais bien a vendu 10 000 masques jetables, contre seulement 550 masques lavables. Cette différence nous fait réfléchir sur notre façon de consommer, et peut-être aussi sur notre façon de communiquer. Mme Pannier-Runacher a déclaré ce week-end : « Nous avons une mission, dont l'objectif est de convaincre les gros acheteurs de passer du masque à usage unique au masque textile lavable réutilisable et d'expliquer que c'est un équipement de protection individuel. » Et la secrétaire d'État a suggéré aux entreprises et aux collectivités de commander davantage de masques textiles lavables réutilisables pour en doter leurs personnels sur le modèle des autres équipements de protection individuels.

Peut-être pourrions-nous d'ailleurs faire cela à l'Assemblée nationale. Peut-être pourrions-nous aussi accompagner ce geste par une incitation fiscale temporaire. Peut-être, monsieur le ministre, pourrions-nous suggérer aux médecins de prescrire ces masques lavables pour le traitement des maladies chroniques et aux personnes vulnérables. Peut-être, enfin, avez-vous l'intention de les ajouter aux stocks nationaux dans l'éventualité d'une prochaine épidémie.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Vous confirmez, madame la députée Firmin Le Bodo que nous travaillons, comme vous l'appellez de vos vœux, à une mise à disposition de masques grand public pour les personnes à risque médical ou atteintes de maladies chroniques. Vous confirmez également l'hypothèse de pouvoir stocker ces masques grand public pour une prochaine utilisation.

Je rappelle à cet égard que nous déplorons chaque année des milliers de morts à cause de la grippe. Cela n'a rien à voir avec le coronavirus et je ne mélange ni ne compare les deux : s'il n'y avait pas eu le confinement, je peux vous assurer que la situation aurait été encore plus dramatique. Mais il n'empêche que la grippe peut, certaines années, tuer un très grand nombre de personnes. Or, pour se prémunir de la grippe, peut-être aurons-nous des éléments qui nous inviteront à penser que, si nous changeons nos habitudes, en nous lavant les mains et en appliquant les gestes barrières, voire, si l'on est une personne fragile ou non vaccinée – il est d'ailleurs dommage que le vaccin contre la grippe dont nous disposons ne soit pas plus utilisé –, que le port du masque pourrait être intéressant. J'estime donc que nous aurons d'autres occasions d'utiliser ces masques.

Je saisis d'ailleurs cette occasion pour saluer l'action déterminante de deux personnes s'agissant de ces masques grand public. La première est le Premier ministre, qui s'est, depuis le début, personnellement impliqué sur le concept même de masque lavable destiné au grand public. Vous seriez surpris de constater le niveau de granularité très fine dans lequel il est entré pour être en mesure de défendre ce projet. Et la seconde est Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie, qui a multiplié les démarches, les réunions et les mobilisations d'entreprises, en France et à l'étranger, pour être capable non seulement de déterminer des normes AFNOR en un temps record, mais aussi d'aboutir à ce qu'après un mois on se demande si nous ne sommes pas dans une situation de surproduction de masques. C'est un travail collectif qui a été mené en la matière ; ce n'est pas le mien, et je me permets de le saluer. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM, ainsi que sur quelques bancs du groupe MODEM.*)

M. le président. La parole est à M. Hubert Wulfranc.

M. Hubert Wulfranc. Nous sommes, vous le savez, dans une société à risques. Il s'agit d'une question majeure de sécurité civile, pour l'ensemble de nos concitoyens. Elle n'est pourtant pas posée seulement à l'échelle et en référence à la crise sanitaire.

À Rouen, en septembre 2019, lors de la catastrophe Lubrizol, dès les premières minutes de l'incendie, à deux heures quarante-huit du matin, l'incertitude règne quant à la toxicité des produits embrasés. Je cite le directeur départemental de la santé publique, à la suite de la commission d'enquête sénatoriale : « Vingt-cinq masques de type NRBC se trouvaient à disposition localement à l'hôtel de police et ont pu, pour certains, être distribués aux fonctionnaires en relèvement avant huit heures. Vers huit heures trente, il a été demandé aux pompiers de mettre à disposition des masques papier FFP2 pour les policiers qui sont parvenus, pour 100 d'entre eux, après onze heures, puis un deuxième lot de 500 pour le week-end et les jours suivants. »

Tout cela pour vous dire, monsieur le ministre, que la question des masques se pose aussi face à une catastrophe industrielle ou naturelle, vis-à-vis de laquelle la réactivité pour protéger aussi bien les acteurs en première ligne que l'ensemble de la population concernée est cruciale, surtout devant l'incertitude du risque.

N'avez-vous pas eu suffisamment d'alertes et de retours d'expériences pour réexaminer sérieusement et dans le détail l'ensemble des types de masque en toute situation de crise ? À cet égard, je ne trouverais pas hors de propos – et nous le préconisons –, quel qu'en soit le prix, de trouver autant de masques disponibles chez les Français que de papier toilette, et ce dans le cadre d'une politique publique de

protection civile d'intérêt général. (*Applaudissements sur les bancs du groupe GDR, ainsi que sur quelques bancs du groupe SOC.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Pourquoi pas, monsieur le député Wulfranc ? Manifestement, il y a eu un moment où il a été considéré que l'État n'était pas à même de stocker à lui seul des masques de protection et qu'il fallait que les employeurs des personnels les plus à risque d'exposition à des particules inhalables soient chargés d'en stocker. Je ne suis pas sûr que cela a été un franc succès. Et si nous devons désormais compter sur le fait que les citoyens s'équipent eux-mêmes en matériels de protection, je ne suis pas certain non plus que ce serait un franc succès.

Je sais que vous croyez en l'État.

M. Hubert Wulfranc. Oui !

M. Olivier Véran, ministre. Moi aussi, tout comme je crois qu'il faut que nous ayons un stock suffisant, des circuits de distribution rapides et efficaces, et une logistique décentralisée. Il me semble que ce serait une bonne base pour préparer le pays face aux risques industriels et sanitaires, tels que ceux que vous évoquez.

M. Hubert Wulfranc. Et les autres !

M. Olivier Véran, ministre. Commençons par ça. Quant à équiper les citoyens en masques et en matériels jusque chez eux, je suis ouvert à toute proposition, mais je crois qu'il serait plus réaliste de procéder par un stock national, des circuits de distribution facilités, une logistique efficace et des centres décentralisés de stockage de produits essentiels.

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Leclabart.

M. Jean-Claude Leclabart. Dès le 15 mars, j'ai troqué mon costume de député pour celui de matelasier-couturier. En temps de guerre, il m'a semblé indispensable d'être au front, sur le terrain. Dans ma circonscription, les établissements Malterre, seuls producteurs de tissu rescapés de l'industrie textile locale, se sont engagés à produire des masques dont nous avons fait valider les performances de filtration et de perméabilité par la DGA – direction générale de l'armement.

Je revois encore ses dirigeants me dire : « Nous avons des machines, du tissu, un savoir-faire et il nous semble naturel d'en faire profiter notre pays et d'aider prioritairement le secteur médico-social de la région. » Ce sont des dizaines de bénévoles qui se sont mobilisés, des gens ordinaires qui ont réalisé des choses extraordinaires. Ce sont plus de 150 000 masques qui ont été donnés et livrés gratuitement, entre le 15 mars et le 15 avril au secteur médico-social. Aujourd'hui, cette société est capable de tricoter et de confectionner 400 000 masques grand public par mois, lavables vingt fois, à des prix concurrentiels.

Dans l'urgence, les entreprises françaises, et plus particulièrement les plus petites, ont su s'adapter rapidement en réorientant leur système de production. Certaines ont même décidé de s'investir dans la durée, en recrutant du personnel, ou en achetant des machines. Le Gouvernement s'est engagé à signer prochainement des contrats avec quatre grandes entreprises françaises. Qu'en sera-t-il des plus petites d'entre elles dans nos territoires ruraux ? Elles ont plus que jamais besoin d'une visibilité, elles s'interrogent sur la pérennité de cette activité, et elles estiment que la production sur le long terme dépendra de la commande publique.

Alors qu'il y a encore quelques semaines la France manquait de masques, voilà désormais qu'elle en produit trop. Les commandes s'effondrent, quand elles ne sont pas annulées face à la concurrence des importations à bas coût. Que compte faire le Gouvernement en la matière ?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Je vous remercie, monsieur le député, pour votre action en tant que parlementaire. Elle est importante et c'est aussi grâce à l'engagement des élus locaux et nationaux, ou encore des associations, dans leurs différents territoires, que nous avons pu faire face à cette vague épidémique. Il n'y a pas de petites actions, il n'y a que de belles actions. Ce sont aussi ces images que nous pouvons retenir de ces semaines passées.

Vous m'interrogez sur les petites entreprises qui produisent des masques. À cette question également, Agnès Pannier-Runacher est très sensible, tout comme elle est sensible à toutes les usines qui sont parvenues à réorienter leur production pour confectionner cet outil d'intérêt national qu'est le masque. La secrétaire d'État et Bercy ont à cœur d'accompagner les entreprises, quelles qu'elles soient, dans leur recyclage et dans la réorganisation de leurs filières de production. Il convient que cet accompagnement s'effectue dans la durée et il nous faudra une stratégie de déploiement, d'utilisation et éventuellement d'exportation de ces masques grand public, normés, qualitatifs, et qui peuvent servir à beaucoup d'autres pays que le nôtre.

M. le président. La parole est à Mme Danielle Brulebois.

Mme Danielle Brulebois. Pour débattre loyalement de la gestion des masques, j'estime qu'il est important de se remémorer quelques épisodes.

En 2008, l'État achète trop de masques ; on crie au scandale. Si l'on garde des masques pour rien, cela coûte trop cher et l'on crie encore au scandale. En 2011, le Gouvernement répartit le stock et décide que les employeurs privés et publics, comme les hôpitaux et les services d'urgences, seront eux-mêmes responsables de l'équipement de sécurité de leur personnel, y compris du stock tactique de masques. Qui s'en souvient ? Personne. On détruit des masques périmés et moisis ; à nouveau, c'est un scandale.

La polémique est facile mais stérile. Qu'y a-t-il de surprenant dans le fait que les choix stratégiques de l'État s'adaptent au fur et à mesure des revirements ou des progrès des connaissances scientifiques sur un virus jusque-là méconnu ?

Si la France est entrée dans la crise sanitaire avec un stock très faible, elle a rapidement accru ses capacités d'importation et de fabrication. L'effort de l'État a été considérable, et vous n'avez pas ménagé votre peine, monsieur le ministre, pour que les soignants disposent de masques, et qu'il en soit de même, aujourd'hui, pour tous les Français.

Lorsque nous aurons connaissance des vrais chiffres, nous verrons en fin de compte que, parmi les pays du monde, la France ne s'en est pas si mal sortie. Nos entreprises ont participé à l'effort national. Nous avons facilement accès aujourd'hui à des masques en tissu de haute qualité,...

M. Maxime Minot. Trois mois plus tard ! Il était temps !

Mme Danielle Brulebois. ...labellisés AFNOR et « made in France ».

Nos concitoyens avaient très peur de ne pas avoir de masque le 11 mai. Aujourd'hui, beaucoup oublient que le masque est une barrière indispensable dans les lieux publics lorsque la distanciation physique n'est pas possible. Nous

avons fait beaucoup de sacrifices pour enrayer l'épidémie. Alors que déconfinement rime de plus en plus souvent avec relâchement, ne pensez-vous pas, monsieur le ministre, qu'il faut faire une nouvelle campagne de sensibilisation sur l'utilité du masque ?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Je vous remercie de votre question, madame Brulebois. Je me suis rendu ce matin dans le Val-d'Oise pour rappeler que l'épidémie n'était pas terminée et qu'il fallait continuer d'une part à se protéger et à appliquer les gestes barrières, d'autre part à tester et à isoler les malades. On ne fait jamais assez de pédagogie, ou, plutôt, on n'en fait jamais trop.

Vous avez évoqué le port du masque en population générale. Il est vrai que les Français et les Européens ne sont pas habitués à porter un masque pour se protéger de maladies ou de pandémies. Cela ne fait pas partie de la culture, alors que tel est le cas dans plusieurs pays d'Asie, parce que ceux-ci ont été affectés très durement, ces dernières années, par des épidémies qui ont peu ou prou épargné l'Europe ; leur population a acquis le réflexe de protéger l'autre – plus que soi-même – en portant un masque.

En France, jusqu'à récemment, une personne qui portait un masque dans la rue était considérée comme quelqu'un de malade qu'il fallait fuir plutôt que comme quelqu'un qui protégeait les autres. Je l'avais déjà dit il y a trois mois, au début de l'épidémie.

Le port du masque est quelque chose de nouveau qui nécessite un peu d'apprentissage. Non que nous n'en soyons pas capables, mais c'est un effort à réaliser, collectivement.

Dès le mois de février, j'ai indiqué au cours des conférences de presse que le port du masque en population générale était considéré comme ayant un effet protecteur contre les épidémies dès lors que le masque était porté en permanence et dans de bonnes conditions par 60 % de la population au moins. Je ne sais pas si 60 % de la population française porte aujourd'hui un masque en permanence et dans de bonnes conditions ; je n'en suis pas sûr.

Vous avez raison, il faut continuer à faire de la pédagogie et à expliquer pourquoi il est important de porter un masque. Il convient de ne pas relâcher nos efforts, afin de pouvoir vaincre le virus pour de bon. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

M. le président. La parole est à M. Pierre Vatin.

M. Pierre Vatin. Il y a trois mois, on manquait de masques. Depuis 2017 ou avant – nous ne savons plus, en définitive –, on détruit des masques sans en commander de nouveaux pour les remplacer. Aujourd'hui, les entreprises françaises qui fabriquent des masques en tissu se retrouvent dans le rouge et seront peut-être, demain, au bord du dépôt de bilan. Comment comptez-vous aider ces entreprises ? Comment entendez-vous inciter ceux qui ont besoin de masques, qu'il s'agisse des entreprises ou de l'État lui-même, à promouvoir le « fabriqué en France » ou, tout simplement, à acheter français ? À cet égard, le site gouvernemental d'achat de masques et de produits de protection, dénommé stopcovid19.fr, garantira-t-il bientôt que le matériel acheté est de fabrication française ?

Je crains malheureusement que la nécessaire indépendance sanitaire de notre pays en cas d'épidémie ne demeure un vœu pieux ou un mythe et que, demain, nos compatriotes ne

soient victimes d'une nouvelle épidémie face à laquelle notre pays ne sera toujours pas préparé ; il ne le sera pas si rien n'est fait pour acquérir notre indépendance sanitaire.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. L'indépendance sanitaire, je ne sais pas... C'est un objectif auquel j'aspire tout autant que vous. Le Président de la République s'est engagé à ce que nous atteignons l'autonomie en matière de masques d'ici à la fin de l'année. Compte tenu du nombre de masques que nous sommes en train de produire, je pense que nous y arriverons.

D'ailleurs, plusieurs d'entre vous viennent de relever que nous sommes peut-être en train de produire trop de masques, en tout cas plus de masques que nous ne sommes capables d'en acheter ou d'en utiliser. Rappelez-vous – ce n'est pas une critique de ma part –, j'avais prédit que l'on passerait assez vite de « on manque de masques » à « il y en a trop ».

L'autonomie sanitaire implique aussi et surtout d'être capable de produire, à tout le moins à l'échelle européenne, des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur pour faire face à une crise. Nous manquons, on le voit bien, de médicaments à visée anesthésique et réanimatoire – j'ai eu tout à l'heure une discussion au sujet du Propofol avec la présidente du groupe Socialistes et apparentés, qui n'est d'ailleurs plus représenté dans l'hémicycle bien qu'il ait demandé ce débat sur les masques... Quand la consommation explose de 2 000 %, il est plus rassurant de disposer d'une production nationale, pour pouvoir l'utiliser dans les hôpitaux et ouvrir des blocs opératoires en quantité. C'est donc un enjeu majeur. Néanmoins, je le répète, il conviendrait de raisonner à l'échelle européenne – j'ignore quelles sont vos convictions européennes, les miennes sont fortes. Nous arriverions à nos fins plus vite, plus assurément et, probablement, plus intelligemment. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

M. le président. La parole est à Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. La gestion du stock de masques est au cœur des discussions depuis le début de l'épidémie de covid-19. À de nombreuses reprises a été soulevée la question des difficultés que la France a eues pour fournir des masques, ne serait-ce qu'au personnel soignant. Derrière cette question, il y a celle des responsabilités.

De 2007 à 2016, nous le savons, c'est l'EPRUS qui était chargé de la gestion des stocks sanitaires stratégiques. Avant que celui-ci ne soit supprimé, le Parlement et la Cour des comptes avaient dressé un bilan positif de sa gestion des stocks et un bilan en demi-teinte de sa gestion de la réserve sanitaire.

En 2016, tout en approuvant la suppression de l'EPRUS, le Parlement avait émis des recommandations tant financières que fonctionnelles, afin que le nouvel opérateur, l'Agence nationale de santé publique, plus connue sous le nom de Santé publique France, assure une réponse publique satisfaisante en cas de crise sanitaire. Il avait demandé, premièrement, le maintien des moyens dédiés à l'ex-EPRUS, afin que les missions dont celui-ci était responsable continuent à être correctement assurées, deuxièmement, l'octroi d'une marge d'autonomie à la nouvelle structure, afin qu'elle ne soit pas noyée dans l'Agence nationale de santé publique, grand opérateur regroupant 500 personnes.

Le problème de la gestion des stocks, notamment des masques, n'a pas été clairement résolu, et les mêmes interrogations demeurent depuis le début de l'année 2020 : l'opérateur Santé publique France a-t-il assuré une gestion efficace

des stocks stratégiques ces trois dernières années? Et il convient aujourd'hui de poser une question primordiale: les recommandations formulées ont-elles été suivies? Le Parlement a-t-il été écouté ou ignoré?

M. Maxime Minot. Très bien!

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Je vous remercie pour votre question, madame Louwagie, ainsi que pour le rapport que vous avez produit dans le cadre du Printemps de l'évaluation, qui traite de la question de l'EPRUS.

Vous posez une vraie question: faut-il distinguer à nouveau un établissement chargé spécifiquement de la gestion de crise, à côté d'un établissement de santé publique qui s'occupe des politiques, elles aussi très importantes, de prévention et d'information du public? Après une crise comme celle que nous vivons, je nous vois mal ne rien changer. Le changement étant de toute façon indispensable dans ce type de situation, faisons en sorte qu'il aille dans le bon sens: sans détruire ni condamner, améliorons ce qui peut être amélioré.

J'appelle votre attention sur un point, madame Louwagie, même si je sais que vous connaissez le dossier sur le bout des doigts: en mai 2016, lorsque l'EPRUS a été intégré dans l'ANSP, il n'y avait déjà plus assez de masques FFP2 dans notre pays. Depuis quelques années, il n'y a pas eu de politique d'achat massif de masques chirurgicaux, et les masques se périment tranquillement dans des entrepôts... Pour dire les choses très clairement, je ne crois pas que le basculement de l'EPRUS vers Santé publique France soit responsable de la situation.

En la matière, il convient de faire appel à une veille permanente de plusieurs acteurs, notamment du Parlement, qui doit pouvoir demander des comptes annuellement sur le matériel stratégique dont on peut disposer. Jean-Pierre Door a produit des rapports très intéressants sur la question. Il importe que l'on rende des comptes au Parlement – c'est moi qui vous le dis, bien que membre du Gouvernement –, car une telle veille permanente évitera peut-être un certain ronron dans la gestion des matériels en question.

M. le président. La parole est à M. Fabien Lainé.

M. Fabien Lainé. Permettez-moi de regretter, chers collègues du groupe Socialistes, que ce débat, dont vous avez demandé l'organisation, ne porte pas plus largement sur la période de 2012 à 2020, l'année 2012 marquant le début de la décroissance des stocks de masques et, pur hasard sans doute, l'arrivée au pouvoir de la majorité socialiste. Nous pouvons également regretter que la grande clairvoyance affichée aujourd'hui par l'opposition ne se soit pas manifestée avant que la crise survienne. La ficelle est donc un peu grosse... Mais sortons des polémiques stériles, et assumons notre responsabilité: eu égard à l'épreuve que nous avons traversée, il faut admettre que des erreurs ont été commises entre 2007 et 2020, et que nous avons disposé in fine d'un stock de masques insuffisant pour faire face à l'épidémie.

Désormais, notre responsabilité est de nous inquiéter des moyens mis en œuvre pour anticiper les crises à venir. Il convient de s'interroger sur le volume et le type de masques à stocker. Devrait-on envisager la constitution d'un stock de masques réutilisables en tissu destinés à la population, en plus des stocks de masques FFP2 pour les soignants? Il convient en outre de s'interroger sur le rapport entre le stock et l'approvisionnement. Il a beaucoup été question de la relocalisation de la production de masques, mais la solution ne se trouve-t-elle pas simplement dans le stockage?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Merci de votre question, monsieur Lainé. J'ai déjà répondu ce soir à plusieurs questions relatives aux stocks stratégiques, au nombre de masques dont nous aurions besoin dans chaque catégorie – masques FFP2, masques chirurgicaux, masques lavables et recyclables –, à leur entreposage et à leur gestion logistique, à la décentralisation en la matière... En tout cas, cela montre bien que vous vous posez ces mêmes questions sur tous les bancs. Vous nous en faites part, et c'est une bonne chose, car j'aurai besoin de vous, nous aurons besoin de vous pour travailler collectivement et intelligemment à la rénovation de notre système de veille et d'action en cas de crise sanitaire.

M. le président. La parole est à Mme Agnès Thill.

Mme Agnès Thill. En mai 2019, le Haut Conseil de la santé publique avait conclu, dans un rapport relatif aux stocks de masques, que la France aurait besoin de 1 milliard de masques en cas de pandémie. Pourquoi personne ne s'est-il préoccupé de cette conclusion visionnaire? Pourquoi personne n'a-t-il agi en conséquence dans les mois qui ont suivi?

Par trois fois, les 21, 22 et 24 janvier 2020, le professeur Jérôme Salomon, directeur général de la santé, avait conseillé le port du masque afin de réduire le risque contagieux. Entre le 24 et le 29 février suivant, monsieur le ministre, vous avez affirmé à de nombreuses reprises que le port du masque n'était pas utile pour ceux qui n'étaient pas malades. Saviez-vous à l'époque que le port du masque pouvait ralentir la contagion? Si tel n'était pas le cas, où le dysfonctionnement se situe-t-il, selon vous, dans la chaîne qui a abouti à la prise d'une telle décision?

Nous avons appris que la France produisait 3,5 millions des 40 millions de masques chirurgicaux et FFP2 dont elle avait besoin par semaine et qu'elle importait le reste. Jusqu'à la fin du mois de mars, des stocks de masques ont été détruits. J'ai bien compris qu'il s'agissait de masques périmés, monsieur le ministre, mais pourquoi les stocks n'ont-ils pas été renouvelés?

Dans son épais rapport, la mission d'information de notre assemblée sur l'impact, la gestion et les conséquences de la crise évalue, pages 24, « l'insuffisance des stocks stratégiques d'équipements de protection, et notamment de masques » et, page 25, « la problématique plus large de notre dépendance à l'égard de l'extérieur pour les approvisionnements en produits indispensables ». Quelles mesures avez-vous prises, monsieur le ministre, pour assurer à l'avenir l'autonomie stratégique de la France en cas de crise sanitaire et virale?

Le 18 mars 2020, le professeur Jean-François Delfraissy, président du conseil scientifique covid-19, a reconnu que le pouvoir avait adopté une stratégie par défaut, en raison de la pénurie de moyens en masques et en tests. Monsieur le ministre, je comprends qu'il fallait réserver les masques en priorité au personnel soignant et que la pénurie empêchait d'en fournir à toute la population, mais pourquoi ne pas l'avoir tout simplement dit aux Français? Pourquoi avoir fait croire dans un premier temps que le port du masque était inutile pour ceux qui n'étaient pas malades, d'autant que l'on était incapable de savoir qui était malade ou pas, au lieu d'expliquer en toute transparence qu'il n'y en avait pas assez pour tout le monde?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. J'ai indiqué très tôt le nombre de masques dont nous disposions, et je n'avais aucun intérêt, ni personnel ni collectif, à déclarer que le port du masque en

population générale n'était pas indispensable, dès lors que j'avais reconnu que nous n'aurions pas assez de masques au cas où celui-ci aurait été jugé indispensable.

Je me suis fondé sur les recommandations du directeur général de la santé, sur celles du Haut Conseil de la santé publique et sur celles de l'Organisation mondiale de la santé. Celle-ci conseille désormais le port du masque en population générale dans certaines conditions, mais je rappelle qu'elle a modifié ses recommandations il y a trois jours, le 5 juin, donc bien après nous. Il n'y a pas eu de volonté d'éluder quoi que ce soit pour cacher la misère. Honnêtement, je l'aurais dit, d'autant que j'avais l'avantage d'avoir pris mes fonctions après le début de la crise.

Sachez en outre qu'un pays européen, le Danemark, ne recommande pas, à ce jour, le port du masque en population générale. Il le déconseille même, et a financé une étude pour savoir s'il est véritablement protecteur ou s'il incite, comme le redoutait l'OMS jusqu'à il y a trois jours, à réduire les distances physiques, auquel cas il n'aurait guère d'impact sur l'épidémie. Il est bon de garder l'esprit ouvert.

De tels revirements foisonnent dans l'histoire de la médecine contemporaine, de la médecine en général, où on se précipite, pensant bien faire, sur certaines croyances avant de devoir les rectifier quand elles se sont révélées fausses ou mal comprises. La médecine a toujours progressé ainsi. Je pourrais vous raconter – cela nous réconcilierait – toutes les expérimentations auxquelles Semmelweis, le premier à comprendre l'importance du lavage des mains, a dû se livrer avant de comprendre que, si des femmes en couches mouraient de fièvre puerpérale dans les hôpitaux alors que cela n'arrivait pas chez les bonnes sœurs, c'était parce qu'elles avaient été accouchées par des internes qui ne s'étaient pas lavés les mains après avoir manipulé de la matière cadavérique. L'histoire de l'épidémiologie est faite de tels tâtonnements.

M. le président. Le débat est clos.

2

DÉBAT SUR L'ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE D'ACCÈS À L'IVG

M. le président. L'ordre du jour appelle le débat sur l'évaluation des politiques publiques en matière d'accès à l'IVG.

La conférence des présidents a décidé d'organiser ce débat en deux parties. Dans un premier temps nous entendrons les orateurs des groupes puis le Gouvernement, avant que celui ne réponde à vos questions.

La parole est à Mme Elsa Faucillon.

Mme Elsa Faucillon. À la demande du groupe GDR, nous évaluons ce soir les politiques publiques en matière d'accès à l'IVG, menées notamment pendant la grave crise sanitaire que nous traversons.

Nous le voyons trop souvent, les temps de crise sont malheureusement propices aux régressions des droits des femmes. Ces dernières semaines, toutes les propositions de nouveaux droits en faveur des femmes ont été au pire balayées d'un revers de main, aux mieux vidées de leur substance. Améliorer les conditions de travail des femmes de ménage? Ce n'est pas le moment. Allonger le délai d'IVG? Refus du Sénat. Ouvrir la PMA à toutes les femmes? Repoussé aux calendes grecques.

La situation sanitaire a fortement restreint l'accès à l'IVG. De nombreuses raisons expliquent la baisse significative du nombre d'avortements durant le confinement : fermeture des structures d'accueil ; peur de sortir de chez soi ; profusion des fausses informations diffusées par les sites « pro-vie ». En outre, l'isolement accroît le sentiment de culpabilité, encore décuplé lorsqu'il s'agit de mobiliser des soignants pour un acte considéré, à tort, comme non urgent en pleine crise sanitaire.

Aujourd'hui encore, malgré le travail de terrain de nombreux professionnels, l'IVG demeure un tabou. Le confinement a mis en lumière une fois de plus la nécessité de la discrétion pour cet acte médical. Habituellement le travail et l'école sont les deux motifs utilisés par les femmes pour pouvoir avorter en toute discrétion. L'absence de ces deux activités a mis en péril leur décision, leur choix, les contraignant à sortir du cadre légal des douze semaines de grossesse. Les chiffres sont sans concession : le numéro vert du planning familial enregistre une hausse de 184 % des demandes d'interruption au-delà de douze semaines. Les femmes qui ont dépassé ce délai n'ont pas pu avorter à l'étranger du fait de la fermeture des frontières.

M. Maxime Minot. Tout à fait ! J'en parlerai moi aussi !

Mme Elsa Faucillon. Comme à chaque crise, ce sont les plus précaires qui paient le tribut le plus lourd. L'avocate Gisèle Halimi le disait déjà lors du procès de Bobigny : c'est toujours la même classe qui est frappée, celle des femmes pauvres, vulnérables économiquement et socialement, cette classe des sans argent et des sans relations.

La demande des associations et de nombreux professionnels de santé est simple : porter le délai d'IVG de douze à quatorze semaines de grossesse pendant l'état d'urgence et durant les trois mois qui suivent. Beaucoup de demandes d'IVG après le délai légal de douze semaines de grossesse sont d'ailleurs le fait de femmes victimes de violences, qui se trouvent souvent dans des situations conjugales ou administratives inextricables.

L'allongement de ce délai se cale sur la technique d'avortement utilisée : à douze ou quatorze semaines de grossesse, il est encore possible de procéder à un avortement par aspiration. Le délai de trois mois après l'état d'urgence se justifie par l'état des services hospitaliers après la crise. Les personnels soignants sont à bout de souffle. On ne sait pas s'ils devront affronter une seconde vague, mais on peut être sûr qu'en tout état de cause ils auront besoin de souffler, et c'est bien normal. Une baisse importante de l'activité hospitalière sera certainement constatée cet été, au détriment, en premier lieu des femmes désirant avorter puisque les délais d'attente pour un rendez-vous seront plus longs. Sans cette mesure d'urgence, limitée dans le temps, certains médecins se retrouveront dans l'illégalité pour faire face à cette détresse.

Le risque majeur est que les femmes avortent seules. Ce retour aux années 70 soulève une problématique sanitaire de grande ampleur. Vous le savez, chers collègues, quand une femme fait le choix d'avorter, rien ne peut l'empêcher d'aller jusqu'au bout.

Ce droit conquis de haute lutte était déjà affaibli avant la crise à cause de la fragilisation des services publics. La crise sanitaire a mis en lumière la fragilité de cette immense conquête des femmes. L'avortement est une intervention médicale urgente. La remise en cause de l'IVG n'est ni plus ni moins que la remise en cause du droit des femmes à disposer de leur corps. Les droits sexuels et reproductifs des femmes doivent être considérés comme des droits fondamentaux. Connaissant la fragilité de ces droits, nous avons

d'ailleurs demandé à plusieurs reprises la constitutionnalisation du droit à l'IVG mais cette proposition est restée lettre morte.

Voilà pourquoi, madame la secrétaire d'État auprès du ministre des solidarités et de la santé, il faut porter le délai légal de l'IVG de douze à quatorze semaines de grossesse. (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et FI, et sur plusieurs bancs du groupe LaREM. – M. Maxime Minot applaudit également.*)

M. le président. La parole est à Mme Marie-Pierre Rixain.

Mme Marie-Pierre Rixain. L'année dernière, invitée par la Délégation aux droits des femmes et de notre président Richard Ferrand, Agnès Varda nous conviait, à l'occasion de la projection de son film *L'une chante, l'autre pas*, à vivre une féminité heureuse. Mais, sans liberté de choix, et en particulier celui d'être mère ou de ne pas l'être, comment être heureuse ?

Le débat auquel nous participons ce soir s'inscrit dans une histoire de luttes, de combats et de droits, car, si l'avortement est un acte intime et privé, le droit d'en disposer est un enjeu sociétal et politique qu'il nous appartient de préserver. L'interruption volontaire de grossesse est un droit totem pour les femmes dont l'effectivité dit quelque chose de notre société. C'est pourquoi nous n'avons eu de cesse de le renforcer depuis 1975 en facilitant partout son accès.

Le droit à l'IVG est avant tout une question de choix : le choix de poursuivre ou non une grossesse, le choix d'un lieu et le choix d'une méthode, et ce sur l'ensemble de notre territoire. Cette liberté de choix est garantie par la loi, et nul ne saurait la remettre en cause. Les droits des femmes ne peuvent dépendre des conditions sociales ou sanitaires dans lesquelles nous vivons. C'est pourquoi il revient au législateur de veiller à son effectivité en tout temps, crise sanitaire ou non.

La période de confinement que nous venons de vivre s'est traduite par un accroissement sans précédent des difficultés d'accès à certains droits, dont celui à l'IVG. De fait, depuis le mois de mars, les pouvoirs publics ont été saisis d'importantes remontées de terrain témoignant de la souffrance et du sentiment de solitude de nombreuses femmes confrontées à des difficultés d'accès à l'IVG. Les lignes d'écoute, et d'information ainsi que les associations ont été fortement sollicitées et de nombreux parlementaires, à l'instar des membres de la Délégation aux droits des femmes que je préside, se sont mobilisés pour relayer l'urgence de la situation.

En réponse à ces alertes, le Gouvernement a pris une série de mesures que je tiens à saluer ici, en particulier la facilitation du recours à la téléconsultation pour l'IVG médicamenteuse ainsi que l'augmentation de sept à neuf semaines d'aménorrhée du délai de réalisation de celle-ci hors milieu hospitalier, autorisations qui ont été permises par la réactivité des professionnels de santé qui, dès le début du confinement, ont activement réorganisé la prise en charge des femmes afin de pouvoir répondre à toutes les demandes dans les plus brefs délais. La Délégation aux droits des femmes a entamé une démarche d'analyse qui nous permet aujourd'hui de demander la pérennisation des dispositifs d'urgence concernant l'IVG médicamenteuse, mais également un assouplissement des conditions de recours à l'IMG afin de répondre à la hausse des demandes d'IVG hors délais.

Par ailleurs, les nombreuses auditions menées dans le cadre de la mission d'information sur l'accès à l'IVG, conduite par nos collègues Marie-Noëlle Battistel et Cécile Muschotti, soulignent la nécessité d'augmenter le nombre de profession-

nels pouvant effectuer ce geste. C'est pourquoi je suis favorable à ce que les sages-femmes qui le désirent puissent s'y former, comme je le suis à la suppression de la double clause de conscience, qui stigmatise l'IVG, qui pourrait s'effectuer à l'occasion de la seconde lecture du projet de loi relatif à la bioéthique.

En tant qu'élus de la nation, mes chers collègues, nous sommes tous et toutes ici les héritiers de Marie-Claire, Gisèle, Simone, Agnès, Suzanne et Pomme, et de toutes celles et tous ceux qui ont mené sur ses bancs, pendant 45 ans, un combat qui a permis d'enrichir et d'adapter le texte initial, mais aussi de le défendre contre des attaques incessantes.

À nous de garantir à chaque femme une féminité heureuse, et la possibilité d'être ou non « à son tour le lieu de passage des générations », comme l'écrit si justement Annie Ernaux dans son livre *L'Événement*.

M. le président. La parole est à M. Xavier Breton.

M. Xavier Breton. La question de l'avortement est un sujet sensible qui travaille depuis très longtemps toutes les sociétés. Il renvoie en effet à des choix intimes, à des situations personnelles parfois difficiles qui ne peuvent que nous inciter à être prudents dans nos propos, car nous risquons de blesser ceux et surtout celles qui nous entendent. C'est pour cela aussi que c'est à titre personnel que je m'exprimerai ici, comme le feront tout à l'heure mes collègues Maxime Minot et Sébastien Leclerc.

C'est un sujet sensible aussi, parce qu'il faut concilier deux principes fondamentaux qui peuvent se contredire : la liberté de la femme d'un côté, la protection de la vie humaine de l'autre. Là où l'article 2 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen garantit la liberté des femmes, l'article 16 du code civil, repris par l'article L. 2211-1 du code de la santé publique assure de son côté le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie. Dans ce cadre, l'articulation entre ces deux principes est malheureusement difficile. Quand il arrive que la priorité est donnée à l'un des deux principes, l'autre se rappelle très vite à notre souvenir.

Le débat proposé ce soir par nos collègues du groupe GDR porte sur l'évaluation des politiques publiques en matière d'accès à l'IVG. Cet exercice est le bienvenu en ce qu'il nous permet d'aborder ensemble ce que nous pourrions appeler les angles morts du débat sur l'IVG, bien loin des slogans réducteurs.

Dans ce débat, un chiffre devrait vous interroger : avec plus de 200 000 avortements pratiqués chaque année, la France enregistre un des taux les plus élevés. Nul ici ne peut s'en réjouir. Nous conservons tous en mémoire les propos que Simone Veil tenait ici même en novembre 1974 : « Aucune femme ne recourt de gaité de cœur à l'avortement. Il suffit d'écouter les femmes : c'est toujours un drame et cela restera toujours un drame. »

Ce chiffre devrait nous inciter à mener enfin une véritable politique de prévention de l'IVG. Cela répondrait d'ailleurs à une demande forte de nos concitoyens. Selon un sondage réalisé il y a quelques mois par l'IFOP, 72 % des Français estiment que la société devrait aider davantage les femmes à éviter le recours à l'IVG. À quand une politique de prévention digne de ce nom ?

L'exercice d'évaluation proposé par nos collègues du groupe GDR nous permet par ailleurs de nous interroger sur un des deux principes que j'évoquais au début de mon propos : celui de la liberté des femmes, et sur la réalité de cette liberté. On constate trop souvent que cette liberté n'est conçue que comme liberté d'avorter. Ce faisant, on oublie

qu'une liberté pour être effective ne peut pas être, ne doit pas être partielle. À quoi bon la liberté de faire si je n'ai pas la liberté de ne pas faire ? La liberté pour une femme, c'est aussi celle de ne pas avorter et cette liberté de ne pas avorter doit elle aussi être protégée. Nous connaissons tous des jeunes femmes qui se voient contraintes à un avortement qu'elles ne souhaitent pas : contraintes par les menaces, accompagnées parfois de violences, d'un compagnon qui n'assume pas la perspective d'avoir un enfant ; contraintes sous la pression d'une famille qui recule devant les conséquences d'une grossesse. C'est parfois son milieu professionnel qui exerce sur elle une pression pour des intérêts purement économiques.

Or ces dernières années diverses mesures qui protégeaient la liberté des femmes face à ces pressions ont été mises en cause. Le délai de réflexion a ainsi été supprimé. La loi de mars 2017 a étendu le délit d'entrave à l'IVG. Ce texte a d'ailleurs fait l'objet de la part du Conseil constitutionnel de réserves visant à garantir la liberté d'expression et la liberté d'information qu'il met en cause.

Ce débat doit nous conduire à réfléchir à ce que nous faisons pour protéger la liberté des femmes, toute leur liberté, pour les protéger dans notre droit, mais aussi dans notre société, pour accompagner celles qui sont soumises à la pression de leur entourage.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Je remercie les députés du groupe de la Gauche démocrate et républicaine d'avoir inscrit au débat la question si délicate de l'accès à l'avortement. « N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Ces droits ne sont jamais acquis. Vous devrez rester vigilantes votre vie durant. » J'ai rappelé ces mots de Simone de Beauvoir ici même, il y a un peu plus d'un an, lorsque j'ai dénoncé le chantage inacceptable du syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France, qui appelait ses adhérents à « faire scandale et être prêts à arrêter la pratique des interruptions volontaires de grossesse », utilisant cette menace pour faire pression sur le Gouvernement dans un tout autre domaine.

Mme Elsa Faucillon. Tout à fait !

Mme Nathalie Elimas. Quarante-cinq ans après la loi Veil, les attaques visant à remettre en cause l'IVG perdurent en France, en Europe et dans le monde, et la mise en garde de Simone de Beauvoir sonne malheureusement toujours aussi juste. La crise qui frappe le pays en est le dernier exemple. Le confinement a entraîné une explosion des violences intrafamiliales et les inégalités se sont creusées. L'accès à l'IVG s'en est trouvé affecté puisque les femmes victimes de violence sont également les plus exposées à des retards de diagnostic. En outre, le confinement a contraint les centres du planning familial à fermer leurs portes et à réduire leur fonctionnement au minimum, pour éviter toute contamination des équipes et des patientes. Enfin, la crise sanitaire a mis le système de santé sous très forte tension : de nombreuses activités hospitalières ont dû être déprogrammées et des soins ont dû être reportés afin de concentrer les efforts des équipes et des structures sur les malades du covid-19. Dans ce contexte, les femmes ont rencontré des difficultés accrues pour recourir à l'IVG : le nombre de ces actes réalisés à l'hôpital a chuté, alors même que les demandes d'IVG hors délais ont explosé de près de 185 %.

M. Maxime Minot. Eh oui !

Mme Nathalie Elimas. Jusqu'à présent, et même si nous pouvons le déplorer, certaines femmes demandant une IVG hors délai étaient dirigées à l'étranger – aux Pays-Bas et en Espagne, principalement. Avec la fermeture des frontières, le spectre des avortements clandestins a bel et bien menacé de resurgir en France, dans le pays de Simone Veil, où l'IVG est un droit garanti par la loi. Nombreux ont été les professionnels de santé et les associations à alerter de cette situation critique, et je salue la réactivité du Gouvernement qui a pris la mesure de la crise sans tarder : ainsi a-t-il instauré un numéro vert, facilité la télé-médecine et permis d'effectuer par ce biais toutes les consultations obligatoires, y compris pour la prescription de pilules contraceptives. Suivant l'avis de la Haute Autorité de santé, le ministre des solidarités et de la santé a également porté de sept à neuf semaines d'aménorrhée la période durant laquelle il est possible de réaliser un avortement médicamenteux en dehors de l'hôpital. Ces mesures d'urgence ont permis de faire face à ce contexte particulier et de garantir une liberté de choix à chaque femme.

Avec le déconfinement et la reprise progressive des activités hospitalières, le retour à la normale devrait redonner confiance aux femmes, qui ne devraient plus craindre de se voir refuser une IVG.

L'urgence étant passée, j'appelle de mes vœux l'ouverture d'une réflexion collective consacrée à ce sujet essentiel. Nous devons réaffirmer que le choix d'une femme de recourir à l'IVG n'est jamais un acte anodin, et nous garder de toute décision hâtive. Comme vient de le rappeler notre collègue, Simone Veil affirmait ici même, le 26 novembre 1974 : « Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. Il suffit d'écouter les femmes. [...] / C'est toujours un drame et cela restera toujours un drame. » C'est pourquoi, tout en protégeant farouchement la liberté de choix donnée aux femmes, nous ne devons en aucun cas banaliser cet acte ni prendre des mesures qui iraient à l'encontre de l'esprit de la loi de Simone Veil – je pense notamment à une extension supplémentaire des délais d'IVG. Nous devons plutôt nous intéresser à la prévention, à l'éducation à la contraception ou encore à l'accompagnement spécifique des jeunes mineures – autant de sujets qui méritent un débat serein et constructif, dans un objectif partagé : accompagner les femmes le mieux possible à chaque étape de leur vie. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LR et GDR.*)

M. le président. La parole est à Mme Sylvie Tolmont.

Mme Sylvie Tolmont. La crise sanitaire et la période de confinement ont constitué un grave obstacle à l'accès à l'IVG et ont entraîné un recul manifeste de l'exercice de ce droit par les femmes – un droit qui, nous le savons, est toujours militant et jamais tout à fait triomphant. La confirmation nous en a été donnée dans plusieurs pays étrangers, comme la Pologne, où la crise a servi de prétexte, médiocre et honteux, pour tenter de remettre en cause ce droit. Si la France n'a heureusement pas eu à subir un tel relent rétrograde, notons toutefois qu'avant la crise, l'accès à l'IVG n'était pas uniformément garanti sur le territoire national, bien qu'il soit un droit reconnu pour toutes les femmes. Je le dis avec d'autant plus de certitude qu'en 2018, dans ma circonscription par exemple, la pratique de l'IVG a été empêchée pendant près de neuf mois à l'hôpital de Bailleul, un médecin étant parti à la retraite et les autres praticiens faisant valoir la clause de conscience.

Peu de temps après l'annonce du confinement, des centres d'IVG ont alerté les pouvoirs publics d'un faible taux de sollicitation, laissant augurer le risque de multiples demandes hors délai. Ce faible recours s'explique aisément :

peur de contracter la maladie, réticence voire honte de solliciter des hôpitaux déjà mis sous pression par l'épidémie, diminution de l'accueil physique du planning familial et des autres associations œuvrant pour les droits des femmes, restrictions de déplacement, ou encore violences intrafamiliales. Dans une tribune parue le 31 mars, plus d'une centaine de professionnels, soutenus par de nombreuses personnalités, ont demandé que des mesures soient prises pour garantir les droits des femmes et l'accès à l'IVG pendant la crise. Fin avril, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes s'alarmait de voir cette situation sans précédent aggraver encore la pénurie de médecins pratiquant l'IVG, et entraîner une restriction du droit de chaque femme à disposer de son corps.

Si des mesures ont été prises – comme l'extension de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé jusqu'à la septième semaine de grossesse –, elles restent malheureusement insuffisantes. En effet, l'IVG médicamenteuse n'est pas adaptée à toutes les situations, notamment en raison des douleurs qu'elle peut provoquer. Plus encore, l'incitation à recourir à ce mode d'avortement est problématique au regard de la liberté de choix des méthodes – liberté formellement reconnue par le code de la santé publique. Par ailleurs, cette solution laisse sans suite deux des principales demandes de la tribune précitée, notamment celle d'une extension provisoire du délai de recours à l'IVG instrumentale de douze à quatorze semaines de grossesse.

La gravité de la situation et les enjeux sous-tendus par le droit à l'avortement – comme la libre disposition de leur corps par les femmes, la protection de leur intégrité physique et, plus fondamentalement, leur droit de décider de fonder une famille ou non –, militent pour un allongement des délais de recours à l'IVG. Nous devons le défendre, précisément parce que les conditions matérielles d'exercice du droit d'avortement sont restreintes. Renoncer à cet allongement, c'est renoncer à ce droit ; contraindre une femme à assumer une maternité, sachant les répercussions que cela aura sur son existence, c'est fouler aux pieds nos valeurs et nos droits.

Le ministre des solidarités et de la santé a certes entrouvert la voie à l'IVG pour motif de détresse psychosociale, mais elle n'est pas pleinement satisfaisante : en effet, le collègue devant se prononcer doit compter un spécialiste en médecine fœtale, condition qui n'est pas justifiée par le motif invoqué et qui rend difficile la réunion d'un tel collège. J'irai même plus loin : cette solution n'empêche pas mon adhésion, car elle a pour effet de déposséder la femme de l'exercice exclusif du droit à l'avortement, et de le conditionner à la volonté d'autrui. Il s'agit là d'une insupportable régression.

Le pire est devant nous : l'explosion de 330 % des difficultés signalées au planning familial – obstacles dans le recours à l'IVG, manquements au droit, violences, dépassements des délais légaux –, tout comme l'augmentation de 184 % des demandes d'IVG hors délais, accréditent l'hypothèse d'un foisonnement de naissances non désirées. Un allongement des délais, strictement encadré, est indispensable pour assurer aux femmes l'exercice d'un droit dont elles ont été illégalement privées – Laurence Rossignol l'a d'ailleurs défendu au Sénat lors de l'examen du projet de loi portant diverses dispositions urgentes pour faire face aux conséquences de l'épidémie de covid-19. Avec ma collègue Marie-Noëlle Battistel, membre de la mission d'information sur l'accès à l'IVG, nous soutenons également cette demande. L'année dernière, la secrétaire d'État chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes s'est elle-même déclarée favorable à un allongement raisonnable des délais légaux de l'IVG, qui serait, selon ses mots, « une avancée pour les droits des femmes, mais aussi et surtout pour la santé des femmes ».

(Applaudissements sur les bancs des groupes SOC et GDR, ainsi que sur quelques bancs du groupe LaREM. – Mme Caroline Fiat applaudit également.)

M. Maxime Minot. Mme Schiappa veut toujours en faire plus, mais elle n'est même pas là ce soir !

M. le président. La parole est à Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Le danger d'une absence d'accès aux soins se présente en permanence, partout en France. C'est un défaut du système de santé contre lequel lutte particulièrement le groupe Libertés et territoires. Le non-recours aux soins s'est amplement multiplié durant le confinement imposé en pleine épidémie de covid-19. Très rapidement, une baisse de l'activité médicale a été constatée dans tous les territoires, due à la peur d'être contaminé, de contaminer les autres ou de surcharger les médecins.

La crainte a été particulièrement vive pour les femmes confrontées à une grossesse non désirée. Il est difficile de recueillir des chiffres établissant la capacité à recourir à une interruption volontaire de grossesse ; cependant, les alertes de terrain ont été nombreuses. Le planning familial a indiqué que les appels ont augmenté de 30 %, tandis que les appels faisant état de difficultés d'accès à l'IVG ou d'un dépassement des délais triplaient.

Le 15 avril, le Gouvernement a annoncé l'allongement du délai d'avortement par voie médicamenteuse de cinq à sept semaines de grossesse, et les rendez-vous médicaux obligatoires pour une telle IVG ont été autorisés en téléconsultation. En revanche, la demande d'allonger de douze à quatorze semaines le délai pour pratiquer une IVG instrumentale n'a pas été satisfaite, ce qui a privé de réponse de nombreuses femmes ayant découvert tardivement leur grossesse ou n'ayant pu consulter un médecin à temps. Nous le regrettons profondément. Les contraintes d'accès à l'IVG sont pourtant multiples, qu'elles soient liées à la peur ou à des obstacles purement matériels, tout particulièrement en période d'épidémie de coronavirus : difficulté à obtenir un rendez-vous, impossibilité de faire garder ses enfants pour se rendre au rendez-vous, peur des mineures que leurs parents soient informés, peur des femmes victimes de violence conjugale.

Avant la crise, déjà, l'accès à l'IVG n'était pas toujours aisé. Bien qu'il constitue un droit garanti par la loi depuis 1975, il est encore trop souvent contesté et, surtout, soumis à des restrictions qui empêchent son plein exercice. Les inégalités territoriales d'accès aux soins touchent particulièrement les femmes, en raison de la fermeture des maternités, de la pénurie de gynécologues et de la complexité du recours à l'IVG. Entre 2007 et 2017, le nombre de gynécologues a chuté de 41 %, pour atteindre 1 136 médecins ; il pourrait même tomber à 531 médecins en 2025. Cette baisse est directement liée à la suppression de la spécialité de gynécologie médicale entre 1986 et 2003.

Mme Sylvie Tolmont. Tout à fait !

Mme Jeanine Dubié. Un triste constat doit également nous alerter : les restrictions budgétaires et la logique de rentabilité financière ont entraîné la fermeture de nombreux centres d'IVG ces dernières années. Entre 2007 et 2017, soixante-dix centres ont ainsi fermé en métropole, l'avortement étant un acte médical très peu rentable. Il ne suscite pas de vocation chez les médecins, qui y sont d'ailleurs peu formés. Dans certains établissements, il est parfois impossible de trouver un médecin pour pratiquer une IVG, ce qui oblige les femmes à parcourir de nombreux kilomètres pour trouver un praticien. En 2018, plus de 25 % des femmes ont avorté en dehors de leur département de résidence. Dans un

contexte où le nombre de spécialistes et d'établissements de proximité diminue, l'accès à l'IVG – ou tout simplement à un accompagnement – est plus que limité.

Nous ne pouvons accepter que les difficultés d'accès à l'IVG perdurent – et la crise du covid-19 nous a rappelé combien elles étaient nombreuses. Elle a aussi révélé la solitude dans laquelle les femmes se retrouvent bien souvent et la souffrance à laquelle elles sont confrontées. Plus que jamais, cette crise doit nous inciter à améliorer l'accompagnement proposé aux femmes, mais aussi, et surtout, à renforcer la prévention et l'information.

L'avortement est toujours un moment douloureux. Il doit rester un dernier recours. Les campagnes de prévention doivent être plus nombreuses et mieux ciblées, aussi bien en direction des femmes, qui sont directement concernés, que des hommes, qui le sont en réalité tout autant. Pourtant, dans plusieurs départements, comme la Haute-Loire ou le Rhône, dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, le planning familial s'inquiète d'une réduction des subventions qui lui sont allouées depuis quelques années, alors que les actions de prévention et d'accompagnement sont essentielles.

Les difficultés d'accès aux soins font craindre pour la santé de nos concitoyens sur tout le territoire. Aucun soin ne doit être sous-estimé, aucun acte ne doit être trop longtemps reporté, y compris lorsqu'une crise sanitaire menace notre population et notre système de santé. Le cas des IVG doit nous alerter sur l'urgence à investir dans les politiques de prévention, qui sont indispensables pour l'efficacité de notre système de santé.

M. le président. La parole est à M. Bastien Lachaud.

M. Bastien Lachaud. Toujours, quand la société perd le contrôle de son avenir, elle réaffirme son contrôle sur ce qu'elle peut contrôler; et ce contrôle porte toujours en premier lieu sur le corps des femmes. Cela n'a pas manqué avec la crise du covid-19: le droit à l'avortement a reculé, y compris en France.

La situation avant le confinement n'était pas brillante: si le droit à l'avortement est acquis depuis 1975, son accès effectif n'est toujours pas garanti à toutes les femmes, car il faut que celles-ci trouvent une structure capable de pratiquer une IVG et un médecin qui accepte de la faire; or ils ne sont pas si nombreux, d'autant qu'il existe une double clause de conscience permettant de s'y soustraire. Au total, 130 structures pratiquant l'IVG ont fermé entre 2001 et 2011 et, au cours des dix dernières années, 8 % des centres ont fermé. Une femme a plus de difficulté à avorter si elle vit en zone rurale ou périurbaine plutôt que dans une grande ville, si la grossesse non désirée advient en été plutôt qu'en une autre saison. D'une région à l'autre, les taux de recours varient du simple au double; 9 % des IVG sont faites hors du département de résidence et il faut parfois parcourir plus de 100 kilomètres pour faire une IVG, ce qui la rend d'autant plus complexe pour les jeunes femmes, les femmes victimes de violences conjugales ou celles qui subissent une surveillance quotidienne de la part de leur entourage. Il faut ensuite affronter le regard de la société, y compris celui des praticiens qui tentent de dissuader les femmes d'avorter, se mêlent de leur vie privée ou de leurs aspirations personnelles. Certains doivent même subir les pressions terribles des fous de Dieu qui se rendent devant les centres d'avortement pour s'adonner à des prières de rue illégales et tenter d'empêcher les femmes d'user librement de leur corps.

Pendant le confinement, la situation s'est aggravée. De nombreuses femmes ont dépassé le délai légal pour pratiquer un avortement malgré l'allongement de deux semaines pour une IVG médicamenteuse. Des témoignages terribles ont été publiés dans la presse.

C'est celui de cette trentenaire qui s'était juré de ne jamais avoir d'enfant; quand elle découvre sa grossesse, au début du confinement, elle va consulter la gynécologue pour une IVG; celui-ci la décourage et la renvoie en lui conseillant de réfléchir. Elle rentre chez elle, pleure chaque jour. « Et quand elle finit par venir nous voir, il est trop tard. »

C'est celui de cette jeune femme qui désirait avoir un enfant et qui commence par se réjouir de la nouvelle; mais avec la grossesse arrivent les coups de la part de son conjoint. Elle décide donc de le quitter et d'avorter – mais ils sont enfermés ensemble. « À son arrivée chez nous, elle découvre qu'elle a dépassé le terme. »

Voilà le témoignage de personnes qui ont été reçues à la maison des femmes de Saint-Denis. Il y a aussi les mineures qui n'ont aucun prétexte pour sortir de chez elles pendant le confinement et qui sont dans l'impossibilité d'en parler à leur famille, ni à qui que ce soit, et qui laissent passer le délai légal. La fermeture des frontières ne permet même pas à celles qui en auraient les moyens de se rendre en Belgique ou en Espagne pour pratiquer un avortement. Reste alors le terrible choix entre garder un enfant non-désiré, avec toutes les conséquences que cela aura sur sa vie et sur celle de l'enfant, ou recourir à un avortement clandestin.

Si nous ne faisons rien, nous préparons le retour des faiseuses d'anges, avec leur cortège de malheurs, de mortes, de stérilisées à vie, de traumatisées, des souffrances impensables qui étaient celles des femmes avant l'autorisation de l'avortement. Face à cela, nous devons garantir l'effectivité du droit à l'avortement et adapter les délais à la période de confinement, car celle-ci a empêché les femmes d'y recourir. Il faut augmenter le délai de douze à quatorze semaines pour pratiquer une IVG et, plus généralement, supprimer la double clause de conscience des professionnels de santé. Il faut un moratoire sur la fermeture des centres pratiquant l'IVG et le développement de l'offre de proximité. Il faut attribuer des moyens importants pour l'activité d'IVG, tout en garantissant l'accès à des locaux. Le groupe La France insoumise avait proposé d'inscrire le droit à l'avortement dans la Constitution afin qu'aucune crise ne puisse le remettre en cause. Ces mesures sont indispensables pour garantir aux femmes la libre disposition de leur corps. *(Applaudissements sur les bancs du groupe FI et sur de nombreux bancs du groupe GDR.)*

M. le président. La parole est à Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. C'était il y a soixante-dix ans: « N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. » Depuis soixante-dix ans, ces mots de Simone de Beauvoir ont été souvent cités. Pourtant, ils n'ont jamais fait autant sens qu'aujourd'hui, alors que la France traverse une crise sanitaire sans précédent.

Les professionnels de santé ont tiré la sonnette d'alarme il y a plusieurs mois déjà, s'inquiétant de l'effet délétère de la crise sanitaire sur l'accès à l'IVG et sur l'augmentation des grossesses non désirées. La suite leur a donné raison.

Le numéro vert national « Sexualités, contraception, IVG » du planning familial a reçu 184 % de demandes supplémentaires par rapport à la même période en 2019, concernant des interruptions de grossesse au-delà de douze semaines. Même

constat à la maison des femmes de Saint-Denis, où la gynécologue Ghada Hatem accueille dix fois plus de femmes hors délai depuis le confinement.

Les explications sont simples – elles ont été rappelées à de nombreuses reprises par les professionnels de santé. Il y a, d'abord, la saturation des hôpitaux et la suppression de certaines opérations chirurgicales. On connaît maintenant l'ampleur des reports et des renoncements aux soins de santé pendant la période de confinement; l'accès à l'IVG n'a bien entendu pas échappé à la règle. Ensuite, il y avait la peur des femmes de se rendre à l'hôpital: cela pouvait être la peur de la contagion, ou encore la peur du contrôle de police; mais c'était aussi et surtout, pour les jeunes femmes, la peur d'expliquer à leur famille que l'on a besoin d'aller à l'hôpital pour une IVG. C'était aussi l'impossibilité, pour les femmes victimes de violences, dont on sait qu'elles ont été plus nombreuses encore que d'habitude, d'échapper au contrôle de leur conjoint violent le temps d'une IVG. Et puis, certains centres ont dû fermer parce que trop de soignants étaient malades et les femmes hors délai n'ont pas pu se rendre aux Pays-Bas parce que les frontières étaient fermées.

Chers collègues, gardons à l'esprit que les femmes, dans leur grande majorité, s'alarment rapidement quand elles sont enceintes et ont recours à l'IVG dès que possible. Un retard est toujours lié à des problèmes.

Alors, me direz-vous, tout cela est derrière nous. S'il faut se réjouir de l'évolution de l'épidémie, je souhaite toutefois rappeler que l'Île-de-France, qui est la région qui présente les plus fortes tensions en matière d'accès à l'IVG, est encore une zone « orange », ce qui signifie, entre autres, que les hôpitaux sont saturés. C'est pourquoi, j'y insiste, ce sujet n'est pas derrière nous; c'est, au contraire, une urgence!

Bien sûr, le Gouvernement a entendu ces alertes. Un aménagement exceptionnel de la méthode d'IVG médicale a été décidé par arrêté le 15 avril pour permettre aux pharmacies de ville de délivrer les médicaments nécessaires, pour autoriser les téléconsultations et pour prolonger la durée d'accès de cinq à sept semaines de grossesse. Toutefois, les professionnels de santé et les associations qui accompagnent les femmes sont unanimes: cela n'est pas suffisant pour absorber les retards de prise en charge. Il est nécessaire – et il est encore temps – d'allonger de quinze jours le délai d'accès à l'IVG tant que dure l'état d'urgence sanitaire.

Sur ces bancs, nous avons été très nombreux à souhaiter déposer des amendements au projet de loi prorogeant l'état d'urgence sanitaire et au projet de loi portant diverses dispositions urgentes afin d'aménager les conditions d'accès à l'interruption de grossesse. Ces amendements n'ont pas pu être examinés au motif qu'ils n'avaient pas de lien direct avec les textes examinés. Pourtant, à l'occasion des nombreux débats parlementaires qui nous ont réunis depuis le début de la crise sanitaire, nous n'avons pas hésité à allonger des délais de toutes sortes. On a même allongé le délai pour envoyer sa déclaration d'impôts. En revanche, dès qu'il s'agit des droits des femmes, le Gouvernement nous rétorque qu'un tel aménagement ne peut pas être pris à la légère!

Je crois qu'il faut considérer que le délai a été suspendu pendant le confinement – tout comme l'ensemble des délais de prescription –, puisque les femmes n'ont pas eu accès aux institutions médicales et qu'elles n'ont tout simplement pas pu exercer leurs droits.

En présentant les choses ainsi, on comprend mal les débats qui ont animé nos collègues sénateurs et les ont conduits à rejeter ces amendements. Quelles que soient nos convictions et la manière dont on envisage la détresse des femmes face à une grossesse non désirée, on sait qu'une femme qui souhaite interrompre sa grossesse l'interrompra – peu importe ce que dit la loi.

L'interruption médicale de grossesse, qui peut être pratiquée jusqu'au terme de la grossesse, aurait pu être une solution, mais la procédure est très pénible pour les femmes comme pour les médecins. Elle est de surcroît encore plus compliquée à utiliser en cette période d'épidémie de covid-19; elle pâtit en outre d'importantes inégalités territoriales. Il aurait été nécessaire de la simplifier. Nous avons déposé des amendements en ce sens, mais ils ont été rejetés de la même manière.

Mes chers collègues, à l'issue de ces sept semaines de confinement et en dépit de la mobilisation de la société civile, on peut faire le constat que n'ont été prises que des demi-mesures floues qui inhibent l'autonomie des femmes. N'en faisons pas une question d'éthique, puisque c'est une question de droit. (*Applaudissements sur les bancs des groupes MODEM, SOC et GDR, ainsi que sur plusieurs bancs des groupes LaREM et LR.*)

M. le président. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Depuis l'Antiquité jusqu'au XX^e siècle en passant par la Grèce antique, les cités romaines ou le Moyen-Âge, les historiens trouvent des traces de pratiques abortives. À chaque fois, celles-ci sont décrites comme des histoires de femmes: femmes qui subissent, femmes qui souffrent, femmes qui meurent.

Au-delà de la physiologie, c'est donc bien une histoire de femmes que celle de l'avortement – comme si le rapport sexuel qui avait entraîné cette grossesse était ignoré et que les hommes ne voulaient pas le voir. Ce sont bien les femmes qui, de tout temps, ont subi la pression induite par la maîtrise de la fécondité, et ce sont aussi elles qui font face aux conséquences de grossesses non désirées.

C'est un sujet qui a bien souvent fait l'objet de débats brûlants et l'on peut y voir sans peine une crainte des hommes de voir les femmes acquérir un droit immense sur la paternité et sur leur propre corps. L'histoire de l'interruption volontaire de grossesse est indissociable de l'histoire des droits de la femme et de son statut, du rôle que la société lui attribue et qu'elle accepte, enfin de la vision que l'on a du corps de la femme.

« N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question », écrivait Simone de Beauvoir. Il nous faut donc être vigilants, hommes et femmes, pour que ce droit conquis de haute lutte soit préservé et trouve en France les conditions de son exercice, y compris dans un contexte de crise, comme celui que nous connaissons actuellement.

Or, en France, l'IVG est davantage une concession faite aux femmes qu'un droit à part entière – c'est du moins ce que constatait en 2013 le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes dans son rapport relatif à l'accès à l'IVG. Pour qu'elle soit pleinement un droit, les conditions de l'exercice de l'IVG doivent être claires et accessibles. Leur nombre reste relativement stable en France, avec quelque 210 000 IVG pratiquées chaque année. L'Institut national d'études démographiques estime que près de 40 % des femmes auront recours à l'IVG au moins une fois dans

leur vie ; ce chiffre est stable et plutôt plus élevé que la moyenne européenne, alors même qu'on enregistre une diminution des échecs de contraception et des grossesses non prévues grâce à la diffusion des méthodes médicales de contraception. On observe aussi une augmentation de la probabilité d'avoir recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue.

Le nombre d'IVG, y compris chez les plus jeunes, ne s'explique pas principalement par un défaut de couverture contraceptive. En 2007, d'après l'enquête sur les IVG de la DREES, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, deux femmes sur trois ayant eu une IVG utilisaient une méthode contraceptive qui n'avait pas fonctionné. En 2013, selon l'enquête FECOND, seulement 3 % des femmes n'utilisaient aucune méthode de contraception. Dès lors, on voit bien que les politiques publiques dans ce domaine doivent comporter deux pans complémentaires : une politique de prévention des grossesses non désirées et une politique d'information sur l'accès à l'IVG.

Pourtant, l'État évalue peu ces politiques. Le dernier rapport de l'IGAS, l'inspection générale des affaires sociales, sur le sujet date de février 2010. Il indiquait que, malgré des avancées importantes, des progrès pouvaient encore être accomplis en matière de prévention. À la suite de la publication de ce rapport, la politique de prévention des grossesses non désirées avait été renforcée et de nouvelles recommandations avaient été formulées auprès de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'INPES, pour la conduite de campagnes d'information. En 2014, la DREES dressait le constat d'un recours stable aux IVG.

Au-delà des statistiques, il s'agit d'histoires humaines jamais anodines, qui doivent être accompagnées. « Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. Il suffit d'écouter les femmes. [...] / C'est toujours un drame et cela restera toujours un drame », disait Simone Veil dans cette enceinte. Derrière ces drames, il y a des femmes, les travailleurs sociaux qui les accompagnent, les familles qui parfois les soutiennent, parfois les ignorent, parfois les rejettent ; il y a des médecins, des sages-femmes, des personnels soignants. À chaque fois, c'est une histoire personnelle, unique. Les politiques publiques ne doivent pas laisser pour autant les femmes seules. Nous leur devons d'abord l'information, une information juste, rigoureuse, dénuée de passion et objective. Cela peut paraître simple à l'heure des moteurs de recherche – et pourtant...

Pourtant, l'accès à l'information peut s'avérer difficile lorsque des lobbys ou des associations, sous couvert d'aider les femmes, les incitent à ne pas recourir à l'IVG. Certains sites sont ainsi en réalité édités par des militants contre l'avortement. Il en va de même pour les forums dits de soutien, où des témoignages sont montés de toutes pièces par des opposants au droit à l'interruption volontaire de grossesse.

C'est difficile quand on réside loin de structures médicales et que l'on ne dispose pas de moyens de transport, quand l'infirmière scolaire n'a pas le temps de vous recevoir parce qu'elle doit s'occuper seule de trop nombreux élèves, quand la pression familiale et la promiscuité rendent compliquées les recherches. C'est difficile quand la précarité ajoute des difficultés à l'angoisse d'une grossesse non désirée. C'est difficile quand on vous propose à l'hôpital un rendez-vous trop tardif faute de moyens, alors que la Haute Autorité de santé préconise que toute patiente obtienne une consultation dans les cinq jours. Oui, c'est difficile de subir un avorte-

ment. Et c'est difficile quand on vous dit, à la sortie du confinement, que le délai légal est dépassé. Il nous faut accompagner ces femmes.

Il nous faut donc probablement revoir aussi nos politiques publiques d'information à l'accès à l'IVG, d'abord en les évaluant et en travaillant avec les associations pour les adapter à notre époque, ensuite en accompagnant les femmes. Restons vigilants quant aux conditions d'exercice de ce droit conquis il y a plus de quarante ans, mais toujours menacé par des moralisateurs, qui voudraient faire reculer les droits des femmes. (*Applaudissements sur les bancs du groupe GDR et sur plusieurs bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

M. le président. La parole est à M. Stéphane Peu.

M. Stéphane Peu. Les mots prononcés en 1974 par Simone Veil sonnent toujours aussi justes : non, « aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement ». Celui-ci est légal dans notre pays depuis quarante-cinq ans ; cependant, y avoir recours reste un choix personnel, difficile, douloureux. Le sujet est si intime et sensible qu'il constitue encore un tabou dans notre société.

Nous traversons en ce moment l'une des plus graves crises sociales, économiques et sanitaires qui aient eu lieu depuis la seconde guerre mondiale. Ses conséquences sont graves, et notre système de santé, qui a connu ces dix dernières années de profonds bouleversements, est affaibli. Le personnel soignant dénonce depuis des années un manque de moyens et des conditions de travail usantes. Cette situation dégradée de l'hôpital public a eu pour effet de fragiliser l'accès aux soins et par conséquent l'accès à l'IVG. La fermeture des maternités où le nombre de naissances était jugé trop faible a entraîné par ricochet celle de plusieurs centres d'IVG. Suppressions de lits, suppressions de postes, accès aux soins détériorés : ces mesures ont eu de lourdes conséquences. L'éloignement des centres d'IVG, ce sont des kilomètres supplémentaires à parcourir pour les femmes. Or, c'est bien d'un accompagnement médical et parfois d'un soutien psychologique qu'elles ont besoin, sans avoir à faire 50 voire 100 kilomètres pour le trouver.

Aujourd'hui, pour interrompre leur grossesse, de nombreuses femmes doivent se rendre dans un département voisin de celui où elles résident. En 2019, le ministère de la santé lui-même reconnaissait l'existence de territoires en tension dans la plupart des régions. Pourtant, parallèlement, des avancées législatives majeures ont été adoptées ces dernières années. Depuis 2013, à l'initiative de Marisol Touraine, l'IVG est intégralement remboursée par la sécurité sociale. En 2016, la prise en charge à 100 % est élargie à tous les actes médicaux entourant l'avortement. Rendre l'IVG gratuite a permis aux femmes d'être plus libres de leur choix, quels que soient leur milieu social et leurs revenus. Toutefois, nombre d'entre elles continuent de subir des pressions au sein de leur famille ou de leur entourage. Des sites et des associations anti-choix restent très actifs pour dissuader les femmes d'avoir recours à l'avortement.

En 1917 – pardon, en 2017...

Mme Elsa Faucillon. Mille neuf cent dix-sept est une belle référence ! (*Rires.*)

M. Stéphane Peu. C'est en effet une belle référence mais étrangère à la présente discussion...

M. Xavier Breton. Lénine, réveille-toi, ils sont devenus fous ! (*Sourires.*)

M. Stéphane Peu. En 2017, donc, l'inscription dans la loi du délit d'entrave à l'IVG a constitué un grand progrès en pénalisant les sites qui cherchaient à dissuader les femmes d'avorter. Mais cette loi est difficile à faire appliquer : depuis sa promulgation, aucune condamnation n'a été prononcée. La culpabilisation des femmes et les discours angoissants sur d'éventuelles complications sont les principaux ressorts utilisés, rendant l'entrave à l'IVG plus insidieuse. L'action des associations anti-choix cible également les milieux médicaux, car la double clause de conscience dont bénéficient les médecins est un levier permettant de freiner l'accès à l'IVG. Aucune statistique en France ne met en lumière la proportion des médecins qui font jouer cette clause de conscience, mais le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes évoque une pénurie de médecins pratiquant l'IVG. Sur le terrain, les effets sont concrets : en 2018, par exemple, dans la Sarthe, l'hôpital du Baillleul ne pouvait plus pratiquer d'IVG car trois des quatre médecins compétents avaient invoqué la clause de conscience.

Ainsi, des questions fondamentales se posent : combien de médecins refusent de pratiquer des IVG ? Leur nombre va-t-il en augmentant ? La clause de conscience liée à l'IVG est-elle encore nécessaire, ou ne répondait-elle qu'au contexte des années 1970, celui de la dépénalisation de l'avortement ? Faciliter l'accès à l'IVG n'est pas la banaliser, mais permettre aux femmes de disposer librement de leur corps, de faire un choix que ne devraient entraver ni leurs moyens financiers, ni leur origine sociale. Défendre ce droit, c'est affirmer que les femmes ne sont pas soumises et qu'elles seules disposent de leur corps. Alors que d'autres pays semblent le remettre en cause, il est indispensable de continuer à le défendre comme une liberté fondamentale. (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR, SOC et FI, ainsi que sur plusieurs bancs des groupes LaREM, LR et MODEM.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre des solidarités et de la santé.

M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé. Il y a quarante-cinq ans, ici même, dans cet hémicycle, notre pays faisait un choix que l'on peut qualifier d'historique. Le droit à l'IVG restera un emblème des grands combats menés par le ministère de la santé. Il s'agissait de mettre un terme aux avortements clandestins qui avaient coûté tant de vies et de faire faire un progrès indéniable aux droits des femmes. Qui se souvient aujourd'hui de ces cintres devenus le symbole de la clandestinité ? Qui se rappelle les difficultés atroces que rencontraient un grand nombre de femmes contraintes d'aller avorter à l'étranger ? Je n'étais pas né,...

M. Maxime Minot. Moi non plus !

M. Olivier Véran, ministre. ...mais les livres d'histoire le disent. Qu'il me soit donc permis de remercier ceux qui, au quotidien, rendent possible l'exercice de ce droit. Ils font de la loi ce qu'elle est fondamentalement : un droit au service des femmes, celui de disposer de son corps. Nous avons tous en mémoire les mots de Simone Veil à la tribune de l'Assemblée, nous avons tous à l'esprit la violence des attaques qu'elle a affrontées avec un courage exceptionnel. La loi du 17 janvier 1975, dite loi Veil, a quarante-cinq ans ; nous devons toutefois rester très vigilants car le droit à l'avortement est remis en cause dans de nombreux pays où il passait jusque-là pour définitivement acquis. Les menaces grandissent. Il faut nous mobiliser : comment ne pas voir le lien entre certaines tendances autoritaires et le refus du droit à l'avortement ? Même au sein de certaines démocraties, des reculs doivent nous alerter ; je pense aux États-Unis ou encore,

plus près de nous, à la Hongrie et à la Pologne. En France, en janvier 2020, une campagne anti-IVG a eu droit de cité dans les espaces publicitaires du métro parisien.

M. Maxime Minot. C'est une honte !

M. Olivier Véran, ministre. Ses promoteurs osaient afficher que revenir quarante-cinq ans en arrière constituerait un progrès pour la société.

M. Maxime Minot. Quelle horreur !

M. Olivier Véran, ministre. Je n'oublie pas non plus les contre-vérités, les discours tendant à culpabiliser les femmes et qui circulent à grande vitesse, notamment sur les réseaux sociaux. Je le dis comme je le pense : semer le trouble, aiguïser les doutes, harceler celles qui réfléchissent, ou qui ont pris leur décision, c'est insupportable. Dois-je mentionner les rassemblements réguliers qui, aujourd'hui encore, visent à dissuader les femmes de recourir à l'avortement ? On pourrait se contenter d'y voir un naturalisme paroxystique ou des simagrées un peu ridicules, mais ils témoignent de quelque chose de bien plus grave : une forme de rétablissement de l'emprise sur le corps des femmes, car le droit à l'avortement, c'est résolument celui des femmes à disposer de leur corps.

En 2018, 224 300 IVG ont été réalisées en France. Depuis 2001, leur nombre varie de 215 000 à 230 000 selon les années : il est donc relativement stable, ce qui va à l'encontre des idées reçues selon lesquelles l'avortement serait devenu un moyen de contraception comme un autre. Bien entendu, la crise sanitaire que nous venons de traverser, et dont nous ne sommes pas complètement sortis, n'a pas été sans conséquences sur l'exercice du droit à l'avortement, mais tout a été fait pour que ce droit demeure effectif et puisse être exercé dans les meilleures conditions. Le covid-19 n'a pas remis en cause nos valeurs les plus fondamentales.

Encore une fois, tout a été fait pour faciliter l'accès à l'IVG dans les délais. Les mesures nécessaires ont été prises pour préserver les femmes du covid-19 dans des circuits spécifiques et pour maintenir une prise en charge de qualité des IVG tout en ménageant les ressources hospitalières. Je pense à la priorité donnée aux IVG médicamenteuses en ville ou à domicile, que j'ai étendue jusqu'à neuf semaines d'aménorrhée au lieu de sept en temps normal. Les médecins généralistes et gynécologues, les sages-femmes de ville, les plannings familiaux se sont mobilisés de manière remarquable, notamment pour toute patiente présentant des difficultés psychosociales.

Alors que 5 % des avortements ont lieu durant les deux dernières semaines du délai légal, c'est-à-dire entre la douzième et la quatorzième semaine d'aménorrhée, entre la dixième et la douzième semaine de grossesse, nous avons développé des accompagnements particuliers pour ces IVG tardives ; des équipes spécialisées en assuraient la coordination. Toujours dans le but de garantir l'accès à l'IVG durant le confinement, la téléconsultation a fait la preuve de sa pertinence : elle a servi à mener certaines voire toutes les consultations qui structurent le parcours d'IVG médicamenteuse. Je le répète, nous avons alors autorisé les téléconsultations pré-abortive et post-abortive, mais aussi la distribution dématérialisée de la pilule abortive par envoi de l'ordonnance. Les femmes qui avaient besoin d'avorter ou qui souhaitaient avorter ont ainsi pu le faire sans devoir à aucun moment se rendre dans un cabinet médical. Le circuit du médicament a été aménagé pour leur permettre de se procurer les pilules abortives directement en pharmacie.

En ce qui concerne les délais, je sais que certains voulaient aller plus loin en période de crise, au motif légitime que les circonstances rendaient plus difficile le respect du délai légal.

M. Maxime Minot. Exactement !

M. Olivier Véran, ministre. J'entends cet argument et c'est pourquoi nous avons fait évoluer le délai pour l'IVG médicalement à domicile, après avis de la Haute Autorité de santé.

M. Maxime Minot. Ce n'est pas suffisant !

M. Olivier Véran, ministre. La question du délai légal, c'est-à-dire de la date limite pour réaliser un avortement, ne pouvait pas se traiter au détour d'un amendement, dans le cadre de l'examen d'un projet de loi, pêle-mêle avec des mesures portant sur le chômage partiel ou sur le Brexit.

Mme Elsa Faucillon. C'est pour cela que nous voulions adopter une mesure temporaire !

M. Olivier Véran, ministre. Encore une fois, madame Faucillon, j'entends ces arguments ; je ne suis pas fermé au débat,...

M. Pierre Dharréville. Cela n'a pas toujours été le cas !

M. Olivier Véran, ministre. ...mais il doit avoir lieu devant les deux chambres.

Mme Elsa Faucillon. Le Sénat a rejeté la mesure !

M. Olivier Véran, ministre. Qui peut croire qu'une fois l'urgence passée, nous serions revenus sur ce délai en un claquement de doigts, sous prétexte, précisément, qu'elle était passée ?

Mme Sylvie Tolmont. L'urgence, c'est maintenant !

Mme Elsa Faucillon. C'est pour cela que nous souhaitons une mesure temporaire !

M. Xavier Breton. L'urgence sanitaire n'aurait été qu'un prétexte !

M. Olivier Véran, ministre. Il aurait été extrêmement compliqué de revenir sur cette mesure. Ne confondons pas le nécessaire ajustement des dispositifs en période de crise, alors que les services et les professionnels de santé sont soumis à des tensions particulières, avec le changement de régime d'une pratique qui aurait certainement beaucoup à perdre si elle n'était pas envisagée dans le cadre d'un débat démocratique, respectueux de toutes les sensibilités. D'autres auraient pu vous dire qu'ils étaient opposés à cette mesure : je ne dis rien de tel. Seulement, j'ai consulté des gynécologues, des plannings familiaux, des médecins militants qui réalisent des IVG, des sages-femmes, des associations en grand nombre. Je n'ai pas attendu la crise pour le faire ; le sujet me sollicite depuis longtemps. L'extension du délai de l'IVG est matière à débat, dont acte. Dans ce cas, le Parlement est libre de débattre.

M. Maxime Minot. Alors débattons !

M. Olivier Véran, ministre. Je n'ai pas vocation à clore ou à empêcher un débat sur ces questions : au nom de quoi le ferais-je ?

Mme Elsa Faucillon. Appelez Richard Ferrand, et nous pourrions en débattre dès demain !

M. Maxime Minot. Exactement, madame Faucillon !

M. Olivier Véran, ministre. Dans le cadre d'un texte portant sur l'état d'urgence sanitaire, au détour d'un amendement sénatorial, il était très compliqué de ne pas raboter le débat démocratique.

Mme Elsa Faucillon. C'est une blague !

M. Olivier Véran, ministre. Néanmoins, j'ai demandé une évaluation des mesures dérogatoires prises au sujet de l'IVG durant la crise sanitaire ; je saisirai de nouveau la Haute Autorité de santé afin de pérenniser celles dont l'efficacité et la nécessité auraient été démontrées, notamment la télé-médecine ou l'allongement du délai de réalisation des IVG médicalement à domicile. C'est important. Par ailleurs, je me suis prononcé en faveur de la reconnaissance du confinement comme motif psychosocial de recours à l'IMG, l'interruption médicale de grossesse. Si votre motivation, et que je crois sincère,...

Mme Elsa Faucillon. J'espère bien !

M. Olivier Véran, ministre. ...est de s'assurer qu'aucune femme ne poursuivra une grossesse non désirée faute d'avoir pu bénéficier d'une IVG dans les conditions normales, et ce, en raison du confinement, allonger le délai de deux semaines ne résoudra pas le problème dans la majorité des cas qui pourraient être observés.

Mme Elsa Faucillon. Si !

M. Olivier Véran, ministre. Non. Augmenter le délai de deux semaines ne résoudra pas le problème.

Mme Elsa Faucillon. Il fallait le faire il y a quinze jours, alors ! Il y a trois semaines que nous vous l'avons demandé !

M. Olivier Véran, ministre. En revanche, il est possible de faciliter à titre dérogatoire l'accès à l'IMG.

M. Stéphane Peu. C'est ce que demandent tous les médecins !

M. le président. Chers collègues, je vous en prie ! Écoutez le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. L'IMG n'est pas contrainte par le délai de douze semaines de grossesse. Il existe un risque psychosocial lié au confinement : la détresse, l'impossibilité matérielle de réaliser une IVG. Les gynécologues, les associations que j'ai interrogés me l'ont dit : cette mesure est de nature à remédier aux situations les plus problématiques. Encore une fois, vous êtes entièrement libres de débattre de l'extension du délai. Je suis tout sauf fermé sur les questions sociétales,...

Mme Elsa Faucillon. Avez-vous remarqué que nous faisons partie de l'opposition ? Le débat de ce soir est le seul moyen que nous ayons trouvé d'aborder cette question !

M. Olivier Véran, ministre. ...et nonobstant le fait que l'amendement touchant à ce sujet n'a pu être inscrit dans la loi, mon ministère a pris les mesures permettant réellement l'accès à l'IVG avec une réactivité pour laquelle je remercie à la fois la Haute Autorité de santé et l'ensemble des administrations sanitaires qui sont intervenues sur ce point.

M. le président. Nous en venons aux questions. Je vous rappelle que leur durée, ainsi que celle des réponses, est limitée à deux minutes sans droit de réplique.

La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Il semble, monsieur le ministre, que vous ayez été moins précautionneux pour certains sujets qui réclamaient pourtant un traitement d'urgence, notamment celui des moyens consacrés à garantir le droit à l'avortement, le droit de disposer librement de son corps. Nous avons besoin d'évaluer les politiques publiques en la matière. L'avortement ne doit pas être un sujet dont on ne parle pas, ou simplement en murmurant. Il faut au contraire en parler pour ce qu'il est : avorter sera toujours un choix

complexe, douloureux, que nul ne songe à banaliser. C'est une raison de plus pour insister sur la qualité de l'accompagnement humain, qui suppose de porter une attention redoublée au maillage territorial des centres IVG. La succession des rendez-vous médicaux ressemble parfois à une course d'obstacles. Pour avorter, il faut bien un choix, une volonté, une décision, mais la multiplication des sites de détournement, qui trompent les femmes et les couples en quête d'informations, appelle une action vigoureuse.

Quelles sont les pistes envisagées par le Gouvernement pour mieux accompagner les femmes tout au long de leur parcours, depuis l'information à l'acte et à ses suites ? (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et FI.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État auprès du ministre des solidarités et de la santé.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès du ministre des solidarités et de la santé. Permettez-moi de m'associer à vos propos. Votre question en comporte plusieurs, concernant les difficultés d'accéder à l'IVG et de respecter le calendrier des différents rendez-vous médicaux. Rappelons que les sages-femmes ont été autorisées, depuis peu, à pratiquer des IVG par voie médicamenteuse. On ne le dit pas suffisamment mais cette possibilité représente un moyen supplémentaire d'accéder à l'IVG. Or seules 3 % des sages-femmes libérales réalisent aujourd'hui des IVG. Il est indispensable d'informer les femmes de la prise en charge possible par ces professionnels de santé. C'est une réponse à votre première question concernant l'attention portée au maillage territorial.

Vous soulevez par ailleurs le problème des sites qui font de la propagande sur les réseaux sociaux pour faire peur, pour intimider les femmes, les décourager de recourir à l'IVG. Au ministère des solidarités et de la santé nous surveillons l'activité des réseaux et veillons en particulier à ce que le site du ministère, en lien avec la page consacrée à l'IVG, soit bien référencé et soit le premier à apparaître à l'occasion d'une recherche sur le sujet.

Nous travaillons avec les professionnels de santé pour garantir l'accès à l'information, qui est notre objectif principal. J'en profite pour répondre à M. Lachaud qui a cité le cas d'un médecin refusant à sa patiente d'accéder à l'IVG. Une clause stipule qu'un médecin qui refuse de pratiquer une IVG doit automatiquement orienter sa patiente vers un médecin qui acceptera de le faire. Cette clause, en ce qu'elle prévient les conséquences d'un tel refus, permet, elle aussi, de garantir l'accès à l'IVG.

M. le président. La parole est à Mme Bérandère Couillard.

Mme Bérandère Couillard. Avorter : un choix légal, un droit humain, pour lequel nous nous sommes battus. Avorter doit être un choix, être simple, être sûr, et surtout être possible partout. Pourtant, l'accès à l'IVG peut être long, complexe et inégalitaire dans certains de nos territoires. Le délai moyen entre la demande et l'IVG est de 7,4 jours, chiffre qui varie de trois à onze jours selon les régions. Imaginez-vous : les femmes doivent parfois parcourir de longs trajets, passer de nombreux appels, avant d'obtenir un rendez-vous en urgence, car l'avortement est un soin d'urgence. Une femme sur trois aura recours à l'IVG au cours de sa vie. L'IVG a beau avoir été légalisée il y a quarante-cinq ans, il existe encore des territoires où cet acte médical peut relever du parcours du combattant. Le confinement aura eu des conséquences sur l'accès à l'IVG. La crise sanitaire ne doit pas remettre en question nos valeurs les plus fondamentales, celles de l'émancipation des femmes et de leur droit à disposer de leur corps.

Partout où une femme se trouve, quel que soit son âge, si elle ne souhaite pas poursuivre une grossesse, elle doit pouvoir l'interrompre dans de bonnes conditions, qu'elle vive en milieu rural ou urbain, dans le Nord ou dans le Sud. Aucune différence, aucune exception ne saurait être tolérée.

Le confinement a accentué un autre problème, celui de l'accès à l'information. Pour prendre une décision éclairée, les femmes doivent avoir accès à une information médicale neutre et sûre. Les Françaises ont pris l'habitude de se renseigner sur internet où, hélas, les messages s'apparentent parfois à de la désinformation. Des sites se retrouvent parfois référencés avant celui du Gouvernement et se targuent de délivrer une information éclairée. Vraiment ? Ces sites relèvent de la propagande anti-IVG.

Madame la secrétaire d'État, pourriez-vous nous préciser les mesures que vous comptez prendre pour améliorer l'accès à l'IVG dans nos territoires et pour lutter contre la désinformation sur internet ?

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Vous posez une question centrale. Si le droit des femmes à disposer de leur corps est prévu par les textes, est-ce une réalité dans tous les territoires ? Chaque année, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la DREES, remet une étude concernant l'IVG. Malgré des variations annuelles, le nombre d'IVG reste stable, comme l'a rappelé le ministre tout à l'heure : entre 210 000 et 230 000 actes par an, depuis vingt ans. Cependant, les taux de recours peuvent largement différer d'un territoire à l'autre. Ainsi, pour mille femmes, on dénombre onze IVG en Pays de la Loire contre vingt-deux en région PACA mais c'est dans les départements et régions d'outre-mer que les taux sont les plus élevés, jusqu'à trente-neuf IVG pour mille femmes en Guadeloupe.

Agnès Buzyn a lancé une enquête ponctuelle en 2019 auprès des agences régionales de santé. S'il n'existe pas, à proprement parler, de zones blanches pour l'accès à l'IVG, des territoires sont en tension au sein de chaque région. Nous les avons identifiés et nous avons demandé à chaque ARS de leur apporter des solutions. L'une d'elles est offerte par la possibilité, reconnue il y a quelques temps aux sages-femmes, de réaliser des IVG à domicile. J'en parlais à l'instant à votre collègue. Reste que cette pratique est encore trop méconnue.

Pour ce qui est, enfin, de la lutte contre la désinformation sur internet, vous avez raison, des organisations délivrent une information partielle ou fautive alors que les Françaises doivent pouvoir accéder à la véritable information. Le ministère des solidarités et de la santé doit donc tout mettre en œuvre pour que le site ivg.gouv.fr soit parfaitement identifié et apparaisse en premier lors d'une recherche par mots clés.

M. le président. La parole est à M. Guillaume Gouffier-Cha.

M. Guillaume Gouffier-Cha. La crise que nous traversons dit quelque chose de notre société et, en préalable à ma question, j'aimerais en partager l'impression avec vous.

Cette période nous a conduits à prendre des décisions urgentes et légitimes pour nous adapter, protéger nos concitoyens, nos emplois, nos territoires, notre économie. Cependant, nous devons dresser un constat sévère de notre société en 2020. Alors qu'il ne nous aura fallu que quelques instants pour aménager les règles relatives à l'organisation légale du travail, ce qui était nécessaire, nous en sommes encore à devoir négocier avec le Gouvernement, dans le domaine de l'accès à la santé des femmes, pour qu'il garantisse totalement

le droit de recourir à une interruption volontaire ou médicale de grossesse pendant la crise que nous traversons. Pourtant, l'urgence le justifiait – et le justifie toujours, d'ailleurs, car le planning familial, comme l'ont rappelé mes collègues, aurait enregistré une hausse de 184 % des demandes pour une interruption de grossesse hors délais, en raison du confinement.

Cette situation dit une chose de notre société : le combat pour l'égalité est encore très long, trop, malheureusement. Je tenais à partager ce constat avec vous, madame la secrétaire d'État, car je connais vos convictions. Qui plus est, Olivier Véran nous prête une oreille attentive et je sais que, sous son impulsion, il nous l'a répété tout à l'heure, des décisions fortes ont été prises.

Cependant, nous pourrions aller encore beaucoup plus loin.

M. Maxime Minot. C'est un appel du pied pour entrer au Gouvernement ? Gilles Le Gendre, sors de ce corps !

M. Guillaume Gouffier-Cha. Durant les deux dernières années de cette législature, vous trouverez sur les différents bancs de l'Assemblée des députés prêts à renforcer les droits des femmes contre ceux qui n'aspirent qu'à entretenir les conservatismes d'une société inégalitaire.

J'en viens à présent à ma question.

M. Maxime Minot. Il était temps !

M. Guillaume Gouffier-Cha. La validation d'une interruption médicale de grossesse est permise par une équipe comprenant notamment un médecin qualifié en gynécologie obstétrique membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, un CPDPN, ce qui complique l'accès à l'IMG. Aussi, afin d'améliorer la réactivité des équipes médicales, surtout en cette période, ne pourrait-on assouplir le droit actuel en remplaçant l'exigence d'un médecin membre d'un CPDPN, par un médecin d'un service de gynécologie obstétrique ou un médecin d'un centre visé à l'article R2212-12 du code de la santé publique, mieux placé pour évaluer la détresse et le péril pouvant résulter de la détresse psychologique encourue par ces femmes ? (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes LaREM. – M. Stéphane Peu applaudit également.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. La différence est sans doute très claire dans votre esprit, mais permettez-moi tout de même, pour la clarté du débat, de bien distinguer l'interruption volontaire de grossesse, l'IVG, de l'interruption médicale de grossesse, l'IMG.

Vous l'avez rappelé, l'IVG est un droit fondamental qui résulte du seul choix de la femme, la loi fixant un délai de douze semaines de grossesse ou quatorze semaines d'aménorrhée. L'interruption médicale de grossesse fait quant à elle suite à des circonstances particulières, comme une malformation du fœtus ou un risque grave pour la santé de la mère. Cet avortement n'est pas soumis à un délai légal mais la décision d'y recourir est collégiale. La précision est importante car l'interruption médicale de grossesse ne saurait être assimilée à une IVG hors délai.

Vous nous invitez, monsieur le député, à revoir la composition de l'équipe collégiale appelée à valider la décision de l'interruption médicale de grossesse, c'est-à-dire lorsque l'avortement est décidé parce que la femme est en péril, par exemple. Votre proposition de remplacer le médecin spécialisé en médecine fœtale par un gynécologue obstétri-

en est intéressante. Je vous propose d'y réfléchir dans le cadre du prochain texte de révision de la loi relative à la bioéthique.

M. le président. La parole est à M. Sébastien Leclerc.

M. Sébastien Leclerc. Le sujet que nous abordons ce soir est bien compliqué, tout d'abord parce que le choix, pour une femme, d'avorter, est fort et psychologiquement marquant, ensuite parce que le droit à l'IVG, qui fut une avancée sociale majeure des années 1970 a conduit, selon les statistiques, à ce que 220 000 interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées chaque année. Autrement dit, une femme sur trois aurait recours à l'interruption volontaire de grossesse durant sa vie.

L'enjeu de l'accès à l'IVG, à mon sens, n'est pas de voir évoluer ce chiffre mais de prendre des mesures en amont pour que les femmes qui ne désirent pas tomber enceintes puissent avoir d'autres solutions que de recourir, in fine, à l'IVG. L'éducation à la sexualité et l'accès aux moyens de contraception dans les établissements scolaires ne doivent pas être des sujets tabous.

Nous devons également poser la question des moyens alloués au planning familial. L'an dernier, dans de nombreux départements, une répartition différente des crédits a engendré une diminution des subventions allouées à ces structures. Nous devrions au contraire, pour limiter autant que possible le recours à l'IVG, renforcer le soutien dont elles bénéficient car elles mènent des actions de prévention. De nombreux témoignages montrent qu'y recourir n'est pas aussi facile que la loi ne le prévoit. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LR.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Vous posez la question de la prévention, tout comme votre collègue Xavier Breton précédemment. Le Gouvernement a lancé, dès 2018, un plan national priorité prévention, qui traduit l'engagement du Président de la République. L'un des axes importants de ce plan était ainsi la définition d'une stratégie nationale de santé sexuelle, pour trois ans, comprenant une consultation globale de santé sexuelle, afin de prendre en charge ces jeunes femmes, de les accompagner, quel que soit leur âge, et de leur expliquer la situation, les risques qu'elles encourrent et les recours qui leur sont ouverts, en particulier l'IVG.

Pour ce qui concerne les subventions accordées aux plannings familiaux, rappelons que bon nombre des actes ne sont pas réalisés par ces structures. N'oublions pas les centres de consultation, la médecine de ville, ou encore la possibilité de pratiquer une IVG à domicile. Ce sont autant de lieux où la consultation est facilitée. Le délai de réflexion a été supprimé, ce qui ne signifie pas qu'il n'existe plus mais sa durée est adaptée à chaque cas par le professionnel de santé.

C'est bien en adaptant, au fil des années, le système d'accès à l'IVG que nous avons pu répondre aux besoins de nos concitoyennes et leur apporter de meilleures réponses. D'autres sujets restent ouverts, en particulier celui du maintien des mesures décidées pour faire face à la crise, une fois cette période achevée et leur évaluation réalisée. Le ministre a été très clair : une réflexion sera engagée à ce sujet.

M. le président. La parole est à M. Maxime Minot.

M. Maxime Minot. Lorsque je me suis engagé en politique, je me suis toujours fait la promesse de rester fidèle à mes convictions, que cela plaise ou non à ma famille politique. Je l'ai prouvé lors du débat sur la PMA pour toutes. Ce soir, je

risque d'être à nouveau en désaccord avec mes collègues car je pense, en effet, qu'il est essentiel d'allonger le délai légal de l'IVG.

Quarante-cinq après l'adoption de la loi Veil, l'accès à l'avortement en France ressemble encore, parfois, à un chemin semé d'embûches et d'obstacles techniques. La fermeture de centres médicaux pratiquant l'IVG, faute de moyens financiers et humains suffisants, allongent les délais de consultation.

Pendant la crise du coronavirus, l'activité des centres d'orthogénie a brutalement chuté; beaucoup de patientes n'ont pas été vues et très peu d'IVG ont été réalisées. L'inquiétude porte aujourd'hui sur les femmes arrivant hors délai, faute d'avoir pu faire valoir leur droit à l'IVG dans les temps, c'est-à-dire avant douze semaines de grossesse. Craignant pour beaucoup de femmes, plusieurs associations, dont le planning familial, ont tiré la sonnette d'alarme.

La période de confinement a démultiplié les violences conjugales faites aux femmes: il y a eu cinq fois plus de signalements qu'en période normale sur la plateforme arrêtons les violences. Ces violences se traduisent parfois par des viols, et ces viols par des grossesses non désirées. À cela s'ajoutent la peur évidente d'en parler, mais aussi le problème des structures fermées ou débordées à leur réouverture ou encore des refus de prise en charge pour celles qui présentaient des symptômes du covid-19. Les raisons de ces dépassements sont multiples.

Alors qu'avec la crise sanitaire l'exception est devenue la règle, des modifications de délai légitimes ont été apportées à tout ce qui touchait à la vie quotidienne des Français, qu'il s'agisse de leurs libertés individuelles, du code du travail ou du droit fiscal; comme l'un de nos collègues l'a rappelé tout à l'heure, on a même rallongé le délai de dépôt sa déclaration d'impôt! En revanche, l'allongement du délai de l'IVG de douze à quatorze semaines a été balayé d'un revers de main.

Sans cet allongement, les femmes qui le peuvent et qui en ont les moyens iront, comme pour la PMA, avorter à l'étranger où les délais sont plus souples, augmentant ainsi les dangers liés à l'intervention et creusant davantage les inégalités sociales face à l'IVG. Quand comptez-vous gommer ces discriminations envers les femmes? À quand le débat devant le Parlement, proposé par le ministre il y a quelques minutes? (*Applaudissements sur les bancs des groupes SOC, FI et GDR ainsi que sur plusieurs bancs des groupes LR, LaREM, MODEM, EDS et Agir ens.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Permettez-moi de souligner la réactivité des professionnels qui nous ont rapidement alertés sur les difficultés d'accès aux consultations dans le cadre de la crise du covid-19. Le ministre a donc pris l'attache de la Haute autorité de santé pour décider de mesures adaptées, comme la téléconsultation, l'allongement du délai de recours à l'IVG en médecine de ville – de sept à neuf semaines d'aménorrhée – et le maintien des consultations précédant ou suivant l'IVG, de façon à apporter dans l'urgence une réponse aux besoins des femmes. Les attestations de déplacement ont également été modifiées afin de permettre aux mineures de se rendre à leur consultation. Nous déterminerons, à l'issue de la crise, si ces mesures doivent continuer à être appliquées. Le ministre a été clair sur cet engagement.

En outre, les enquêtes des ARS indiquent que le délai moyen entre le premier contact avec les professionnels de santé et l'IVG est de sept jours: la prise en charge est donc rapide à partir du moment où la patiente a pris contact avec les professionnels, et seules 5 % des IVG ont lieu dans les deux dernières semaines du délai légal, à savoir entre douze et quatorze semaines d'aménorrhée. La prise en charge en France est donc bonne.

En réponse à nos interrogations, les ARS nous ont fait savoir qu'il n'existait pas de zones blanches, mais seulement des zones en tension.

M. Maxime Minot. Il ne faut pas écouter les ARS!

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Nous leur avons demandé de travailler avec les professionnels et nous veillerons tout particulièrement, dans les cas où le médecin refuse de pratiquer l'IVG, à ce que la patiente soit systématiquement orientée vers un autre professionnel.

M. le président. La parole est à Mme Sarah El Haïry.

Mme Sarah El Haïry. Un droit n'est effectif que si les conditions matérielles nécessaires à son exercice sont réunies. La crise sanitaire que nous venons de vivre a entraîné de lourdes conséquences sur l'accès à l'IVG et a éprouvé le système en vigueur. Les craintes ont été nombreuses et légitimes car ce droit – ce droit des femmes – a pu être mis en danger, alors qu'il doit toujours être considéré comme une priorité.

Les délais légaux sont contraints et le ministre Véran a confirmé qu'une réduction inquiétante du nombre d'IVG avait été constatée durant cette dernière période. À la suite des inquiétudes exprimées par les professionnels de santé et par de nombreuses associations, l'allongement du délai d'interruption volontaire de grossesse a fait l'objet de discussions à l'Assemblée et sur la place publique et un arrêté du 14 avril en a adapté les modalités.

Cependant, madame la secrétaire d'État, j'irai droit au but: la crise sanitaire du covid-19 a-t-elle révélé des limites au dispositif d'accès à l'IVG? A-t-elle accentué ces limites? Certaines procédures actuelles pourraient-elles ouvrir la voie à des améliorations au quotidien? Plus précisément, avez-vous des retours concernant la télé-médecine, son potentiel et son efficacité, ou au contraire les risques qu'elle a pu engendrer? Cette méthode a-t-elle fait ses preuves concernant l'IVG médicamenteuse? Vous paraît-il possible et souhaitable d'en pérenniser l'usage pour faciliter l'accès des femmes à l'IVG en tout temps? (*Applaudissements sur les bancs du groupe MODEM.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Si la question posée est celle de savoir si la crise du covid-19 a entraîné des difficultés d'accès à l'IVG, la réponse est oui, de la même manière que, pendant le confinement, les Français ont moins consulté leur médecin, au risque de l'aggravation d'une pathologie chronique.

Pour faciliter l'accès à l'IVG, nous avons rapidement organisé le recours aux téléconsultations pour l'ensemble des consultations obligatoires. Nous avons également garanti le secret de l'avortement des jeunes filles mineures en modifiant les attestations de déplacement afin de leur permettre de se rendre à au rendez-vous sans autorisation parentale. Le délai de l'IVG médicamenteuse a été prolongé à neuf semaines d'aménorrhée. Enfin, des consignes strictes ont été données aux hôpitaux pour maintenir l'activité d'IVG dans des conditions de sécurité optimale.

Je le répète : durant le confinement, seules ont dû être différées les opérations reportables. Or nous avons clairement affirmé que les IVG n'étaient pas des opérations reportables et n'avaient donc pas à être déprogrammées. Nous avons été vigilants sur ce point.

Par ailleurs, les avancées liées à la crise seront évaluées et, si besoin, pérennisées.

M. le président. La parole est à Mme Sylvie Tolmont.

Mme Sylvie Tolmont. S'il a été rappelé que l'IVG faisait partie des interventions urgentes, nous savons que le droit à l'IVG, déjà difficilement et inégalement assuré sur le territoire national en temps normal, a été fortement restreint en conséquence de la crise et du confinement. Le ministre des solidarités et de la santé soulignait le 1^{er} avril dernier que les remontées de terrain faisaient état d'une réduction inquiétante du recours à l'IVG, et il déclarait qu'il était hors de question que l'épidémie de covid-19 restreigne le droit à l'avortement.

Pourtant, seul le recours à l'IVG médicamenteuse a été facilité, au mépris de la définition intégrale du droit à l'avortement, laquelle emporte la liberté de choix, pour les femmes, de la méthode abortive, médicamenteuse ou instrumentale. De plus, cette déclaration a été contredite par le refus d'accorder un délai supplémentaire aux femmes qui, pour des raisons matérielles, n'ont pas pu faire valoir leur droit dans le délai imparti. Nous le savons, et je le répète : les demandes d'IVG hors délai ont explosé.

Les textes de loi visant à répondre à la crise ont prévu des reports légaux du délai d'exercice des droits dans de nombreux domaines. Et pourtant, pour un droit aux répercussions aussi graves et lourdes que celui-ci, le Gouvernement refuse d'intervenir sous prétexte que le sujet serait trop important pour être traité dans l'urgence. En revanche, il est tout à fait possible de le traiter dans l'hémicycle à cette heure tardive...

C'est justement l'urgence qui nous oblige : notre proposition d'allonger le délai d'accès à l'IVG durant l'état d'urgence et pour les trois mois suivants est à la stricte mesure de celle-ci. L'allongement serait consenti à titre exclusivement provisoire. Nous le savons, ces IVG hors délai se feront de toute manière, car les femmes exerceront leur droit à disposer d'elles-mêmes. J'ai dès lors, madame la secrétaire d'État, une seule question à vous poser : les femmes seront-elles contraintes, du fait de votre inaction, à les pratiquer clandestinement, au risque de leur intégrité physique et de leur vie ? (*Applaudissements sur les bancs des groupes FI et GDR. – M. Maxime Minot applaudit également.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Je ne peux pas vous laisser dire que nous n'avons pas agi et que nous n'avons pas adapté les mesures de prévention et la prise en charge de l'IVG.

Mme Sylvie Tolmont. Ce n'est pas ce que j'ai dit ! Vous ne m'avez pas écoutée, madame la secrétaire d'État !

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Nous nous sommes au contraire montrés réactifs et avons donné suite aux demandes des professionnels et de certains parlementaires en adaptant le système de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, qu'elles soient pratiquées en ville ou, pour les IVG instrumentales, dans des établissements de santé. Je le répète : nous avons répondu à l'urgence de la crise sanitaire.

Mme Sylvie Tolmont. Pas en ce qui concerne les délais !

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Le délai d'autorisation des IVG en médecine de ville ou à domicile a été allongé ;...

Mme Sylvie Tolmont. Le droit, c'est le choix !

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. ...les téléconsultations ont permis d'assurer l'ensemble des consultations obligatoires, et les professionnels ont été entièrement présents. À l'hôpital, les IVG ont été maintenues car elles constituaient des actes non reportables. Ces mesures ont été arrêtées par différents décrets élaborés en concertation avec les professionnels de santé et avec les parlementaires, à travers les textes de loi adoptés.

Vous me demandez s'il est question de revenir sur l'allongement, même temporaire, du délai d'autorisation des IVG, dans quelques semaines ou quelques mois.

Mme Sylvie Tolmont. Cette mesure a été réclamée par les professionnels le 31 mars !

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Comme l'a dit tout à l'heure le ministre, ce débat ne pouvait pas avoir lieu au détour d'un amendement à texte de loi portant sur le Brexit et l'assurance-chômage. C'est un débat de société qui nécessite du temps pour être approfondi.

M. le président. La parole est à M. Yannick Favennec Becot.

M. Yannick Favennec Becot. Dans ma région des Pays de la Loire, il semble que les interruptions volontaires de grossesse entre douze et quatorze semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire durant les deux dernières semaines du délai légal, soient plus nombreuses que dans les autres régions de métropole. Une IVG n'est jamais facile à vivre pour la femme qui y a recours, a fortiori lorsque celle-ci a lieu à la fin du délai légal. Le confinement lié à l'épidémie de covid-19 a duré huit semaines, soit une grande partie du délai durant lequel il est possible de procéder à une IVG. Il est donc à craindre que cette période ait remis en cause le droit à l'avortement prévu par la législation, aussi je souhaite savoir si ce droit a continué d'être effectif pendant la période, et comment.

Par ailleurs, la question de l'interruption volontaire de grossesse renvoie à celle des différents modes de contraception existants, qui peuvent éviter des grossesses non désirées. La prévention est importante ; notre collègue Jeanine Dubié a eu l'occasion de le dire tout à l'heure. Se pose donc la question de la diversification des méthodes de contraception proposées.

Si la contraception féminine est développée, la contraception masculine, quant à elle, est réduite, voire confidentielle. Les hommes sont relativement déresponsabilisés sur le sujet qui commence tout juste à émerger au sein des couples. Or les femmes ne doivent pas être les seules à supporter la responsabilité et le poids de la contraception. Aussi, madame la secrétaire d'État, je souhaite savoir si vous prévoyez des mesures pour encourager, favoriser et développer la contraception masculine.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Pour répondre à votre première question, je rappelle que nous sommes toujours en état d'urgence sanitaire et qu'il est par conséquent trop tôt pour tirer un bilan du recours à l'IVG en période de crise. Nous comparerons les chiffres actuels avec ceux de l'année dernière pour mesurer l'évolution de l'accès à l'IVG durant l'épidémie de covid-19.

Votre deuxième question porte sur la contraception masculine qui, à l'heure actuelle, repose essentiellement sur le préservatif. La contraception hormonale masculine pose d'abord la question de l'autorisation de mise sur le marché d'un produit de santé. À ce jour, aucune demande n'a été faite pour une pilule contraceptive masculine, ni auprès de l'Agence nationale de santé du médicament, ni au niveau européen, et de telles pilules ne semblent pas être en cours de développement. À ce stade, le seul moyen de contraception pour l'homme est donc le préservatif.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Je souhaite poser une question plus précise en matière d'accès à l'IVG, celle de la disponibilité des médicaments. En effet, pendant le confinement, une pénurie de médicaments de toutes sortes s'est fait sentir, pour certains du fait de leur grande utilisation, et pour d'autres de la rupture de la chaîne d'approvisionnement.

M. Maxime Minot. C'est vrai !

Mme Caroline Fiat. La progression des chiffres est exponentielle : 1 454 indisponibilités de médicament ont été constatées en 2019, contre 868 en 2018. Les médicaments permettant l'IVG ne sont pas épargnés, pas plus que les contraceptifs. Et le phénomène a commencé bien avant le confinement : pendant au moins six mois, certains contraceptifs ont été en rupture de stock, avec des risques de grossesses non désirées et d'avortements.

Les médicaments abortifs RU486, Mifegyne et misoprostol sont la propriété d'un seul groupe pharmaceutique, Nordic Pharma, ce qui les rend vulnérables aux risques de rupture de production et d'approvisionnement : la production a été menacée par des actes de militants anti-IVG, et leur prix a été multiplié par dix.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 oblige désormais à stocker quatre mois de médicaments disponibles sur le territoire européen, mais ces dispositions ne seront effectives qu'à partir du 30 juin 2020.

Pour les droits des femmes, il est important que les pouvoirs publics s'assurent que l'ensemble des produits et médicaments nécessaires à la contraception et à l'avortement sont constamment disponibles. Aussi, ma question est simple : quand le Gouvernement exercera-t-il un véritable contrôle sur ces produits nécessaires pour le droit à l'avortement ? Quand, au vu de la crise d'approvisionnement, le Gouvernement relocalisera-t-il la fabrication des médicaments non rentables au sein d'un pôle public afin d'en garantir la production ? (*Applaudissements sur les bancs des groupes FI, MODEM, SOC, GDR et sur plusieurs bancs du groupe LR.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Votre question sur la pénurie des médicaments, notamment des médicaments utilisés pour les IVG, est à la fois large et très ciblée. Tout d'abord, à ce stade, il n'y a pas de pénurie de médicaments liés à l'IVG. Permettez-moi de rappeler, même si vous le savez, que depuis qu'on s'est montré inquiet quant à une possible pénurie, le Gouvernement est très attentif à l'approvisionnement en médicaments. Des mesures fortes, notamment en matière de stockage et d'approvisionnement, ont été débattues ici et adoptées lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Tous ces sujets sont suivis de près et font l'objet de notre part d'un travail très précis.

Nous veillons attentivement, j'y insiste, sur l'approvisionnement de l'ensemble des médicaments. Durant la crise de covid, la seule tension que nous ayons constatée, car il ne s'agissait même pas d'une pénurie, a concerné les produits anesthésiants. Parce que nous avons été vigilants, nous avons choisi de reporter les opérations non urgentes. Mais nous avons veillé à ce que les IVG ne soient, elles, pas déprogrammées, de sorte que l'ensemble des Françaises qui le souhaitent puissent effectivement y avoir recours.

Mme Caroline Fiat. Non, nous avons aussi observé des pénuries concernant plusieurs molécules que j'ai citées !

M. le président. La parole est à M. Guillaume Chiche.

M. Guillaume Chiche. Durant la crise sanitaire et singulièrement durant le confinement, le planning familial a appelé mon attention sur les difficultés d'accès des femmes à l'interruption volontaire de grossesse chirurgicale en milieu hospitalier – vous avez d'ailleurs pris la décision d'allonger les délais de recours à l'IVG médicamenteuse hors milieu hospitalier, et je tiens à vous en remercier.

Il n'en demeure pas moins que les femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse ne font pas systématiquement appel aux professionnels de santé et ne se rendent pas toujours dans les infrastructures habilitées. Il existe plusieurs raisons à cela : tout d'abord, la crise de covid et le confinement subi ont aggravé le sentiment de solitude de nombreuses femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse. Recourir à l'IVG est un acte difficile et éprouvant pour toutes les femmes : dans un contexte de crise exceptionnel et hors malades atteints du covid, nombre de Français se sont détournés des professionnels de santé de peur d'encombrer les services ou de s'exposer au virus. Ils ont également dû faire face au manque de structures de proximité ouvertes, où ils auraient pu bénéficier d'aides ou d'un soutien psychologique fondamental dans le cas qui nous occupe.

Les difficultés ont été très nombreuses, singulièrement pour les mineures et les personnes souhaitant garder la confidentialité de leurs intentions. En effet, elles ne pouvaient pas recourir à une IVG médicamenteuse à domicile sans en parler à leurs parents, mari ou conjoint, ni accéder à des structures d'accueil sans devoir justifier leurs déplacements. Cela a donc représenté un grave obstacle à la liberté fondamentale de pouvoir librement disposer de son corps.

Cette situation inacceptable a donné lieu à une hausse des grossesses non désirées, une violence insupportable : l'avortement doit rester un choix, une liberté et un droit pour toutes les femmes. Pour l'ensemble de ces raisons, je réitère une demande, déjà exprimée à maintes reprises sur ces bancs, d'allongement du délai de recours à l'avortement par aspiration ou à l'IVG chirurgicale à quatorze semaines de grossesse, contre douze actuellement. (*Applaudissements sur les bancs du groupe EDS.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Durant la crise du covid-19, le Gouvernement a utilisé tous les leviers possibles pour faciliter l'accès à l'IVG. Je les ai déjà rappelés. Certains souhaitent aller plus loin et allonger le délai de recours à l'IVG, voire le supprimer. Cependant, l'allongement du délai légal de recours à l'IVG requiert un débat bien plus large, comme celui qui a bien évidemment eu lieu en 1975, lors de l'examen de la loi Veil, ou encore en 2001, lors du débat spécifique visant à allonger le délai de douze à quatorze semaines d'aménorrhée. À l'époque, le Comité consultatif national d'éthique avait été saisi avant le projet de loi.

L'allongement du délai légal est une revendication ancienne, quelque peu décorrélée de la gestion de l'urgence liée au covid-19 et de la crise que nous vivons, même si celle-ci a permis de ramener le sujet dans le débat public. Comme cela a été dit, nous devons apprendre de la période récente et en tirer toutes les conclusions, notamment s'agissant de pérenniser ou de faire évoluer certaines mesures que nous avons assouplies, comme le recours à la téléconsultation et l'allongement du recours à l'IVG médicamenteuse en médecine de ville ou à domicile. La délégation aux droits des femmes a également publié un rapport, qui nous permettra sans doute de formuler des réponses plus avisées et éclairées. Nous pourrions donc travailler ensemble sur ce sujet.

M. le président. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'arrêté du 14 avril 2020 a autorisé la pratique de l'IVG médicamenteuse dans le contexte de l'épidémie de covid-19. Le parcours de l'IVG médicamenteuse a ainsi été modifié, de façon exceptionnelle et transitoire, afin d'en faciliter le recours pour les femmes pouvant en bénéficier. Ces mesures incluent l'extension du délai de réalisation de l'IVG jusqu'à la neuvième semaine d'aménorrhée, c'est-à-dire la septième semaine de grossesse, la possibilité de mener l'ensemble des consultations nécessaires aux IVG sous la forme de téléconsultations avec un médecin ou une sage-femme et la possibilité de délivrance des médicaments abortifs directement aux femmes concernées par le pharmacien officinal. L'ordonnance mentionne le nom de la pharmacie désignée par l'intéressée, et la copie de la prescription est transmise par le médecin ou la sage-femme par voie électronique. Les médicaments abortifs sont alors délivrés directement, sans frais et anonymement, à la femme concernée par l'officine qu'elle a désignée.

Il convient d'évaluer cette mesure exceptionnelle, tant en estimant la quantité d'IVG réalisées selon cette procédure, qu'en évaluant les conséquences médicales et psychologiques. Ce *modus operandi* peut-il être amené à perdurer, tel quel ou avec des aménagements ? La téléconsultation est-elle une solution pour des femmes isolées, que ce soit parce qu'elles sont empêchées de sortir de chez elles par un conjoint violent ou pour des raisons géographiques ? L'accompagnement des pharmaciens a-t-il revêtu une part psychologique ?

Madame la secrétaire d'État, c'est donc bien une évaluation complète de ce dispositif qu'il conviendra de réaliser. Je vous remercie de nous indiquer ce qui est prévu à cet égard.

D'autre part, dans votre réponse à M. Gouffier-Cha, vous avez indiqué que le projet de loi relatif à la bioéthique pourrait revenir rapidement : la présidente de la commission spéciale et les députés qui sont présents jusque tard cette nuit aimeraient peut-être avoir un scoop sur la date de la deuxième lecture de ce texte dont nous n'entendons parler que par voie de presse ! (*Applaudissements sur les bancs des groupes MODEM, LaREM, FI, GDR et EDS.*)

M. Pierre Dharréville. Le Parlement souverain va en décider !

Mme Elsa Faucillon. Si la présidente de la commission spéciale pouvait avoir des informations, ce serait bien !

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Comme vous le soulignez, dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, le Gouvernement a agi fortement, rapidement et de façon dérogatoire. Le passage de l'ensemble des consultations

obligatoires sous forme de télémedecine a nécessité, vous l'avez rappelé, de changer le circuit de délivrance des pilules abortives accessibles en pharmacie. Je tiens ici à souligner le travail remarquable réalisé par les professions pharmaceutiques durant la crise sanitaire, notamment en matière d'accompagnement des femmes souhaitant avorter.

Je répète qu'une évaluation qualitative et quantitative des différents dispositifs dérogatoires sera réalisée. Toutes les mesures qui se seront révélées bénéfiques seront pérennisées, après une nouvelle saisine de la Haute autorité de santé et de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé, en particulier pour ce qui concerne l'allongement du délai pour recourir aux IVG médicamenteuses à domicile.

En ce qui concerne le projet de loi relatif à la bioéthique, nous attendons que le Parlement reprenne son activité normale afin que députés et sénateurs puissent travailler avec le Gouvernement sur ce beau dossier.

Mme Caroline Fiat. Alors il ne faut pas prolonger l'état d'urgence sanitaire !

M. Xavier Breton. Il faut aussi que le droit de manifester soit effectif !

M. le président. La parole est à M. Sébastien Chenu.

M. Sébastien Chenu. En cette période marquée par le covid, et à titre dérogatoire, des adaptations ont été décidées pour permettre de maintenir un accès à l'IVG pour les femmes, en particulier en privilégiant la téléconsultation. Les prises en charges ayant diminué avec la fermeture des centres d'accès et des plannings familiaux, des mesures dérogatoires ont donc été prises. Il apparaît donc nécessaire de rappeler l'importance de l'encadrement de la procédure prévue par le code de la santé publique, qui devra rester la règle à la sortie de la crise.

En effet, le passage obligatoire à l'hôpital n'a évidemment pas pour but de contraindre les femmes, mais bien de s'assurer de leur consentement, de leur parfaite information et, probablement le plus important, de leur sécurité sanitaire. Dans le contexte que nous avons connu, le choix a été fait de généraliser la télémedecine et de privilégier la méthode d'IVG médicamenteuse. Nous pensons que cette solution ne doit pas devenir la norme.

En effet, la télémedecine ne peut se substituer au rendez-vous avec un praticien. Se posent en effet plusieurs questions : comment obtenir une datation fiable de la grossesse ? Comment s'assurer du consentement réel et sans pression extérieure de la patiente ? Comment gérer les éventuelles complications, qui peuvent être douloureuses, d'une femme isolée ? Nous l'avons tous dit, l'IVG ne sera jamais un acte anodin. Il ne faudrait donc pas que les mesures temporaires deviennent une norme, une sorte d'IVG low cost au détriment de la santé et de la liberté des femmes, ou un prétexte pour faire adopter en catimini un allongement des délais légaux. Nous y serons vigilants.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Permettez-moi tout d'abord de préciser que ce n'est pas le passage à l'hôpital qui conditionne l'accord pour le recours à l'IVG, mais simplement le contact avec un professionnel de santé lors d'une consultation. C'est la raison pour laquelle nous avons ouvert la possibilité de recourir à la téléconsultation et à la télémedecine.

Malgré l'épidémie de covid, nous avons souhaité maintenir et faciliter ce contact nécessaire. Je tiens à préciser que le recours à la télémedecine n'est pas une obligation, mais une possibilité utilisée à la demande de la femme ou du médecin : en cas de besoin, une consultation classique peut être proposée. Il s'agit donc bien de faciliter le contact entre un patient et ceux qui peuvent pratiquer des IVG, son médecin ou sa sage-femme.

Durant la gestion de la crise de covid, l'objectif était de s'assurer qu'un maximum de freins à l'accès à l'IVG soient identifiés et levés, afin d'assurer le meilleur accès possible à l'IVG dans le contexte de la crise. Enfin, je rappelle que l'IVG faisait partie des opérations identifiées comme prioritaires, et qui n'ont par conséquent pas été décalées ou déprogrammées.

M. le président. Le débat est clos.

3

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Prochaine séance, ce matin, à neuf heures :

Questions orales sans débat.

La séance est levée.

(La séance est levée, le mardi 9 juin 2020, à une heure dix.)

*Le Directeur du service du compte rendu de
la séance de l'Assemblée nationale*

SERGE EZDRA