



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RAPPORT FINAL

**Mission indépendante nationale
sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19
et sur l'anticipation des risques pandémiques**

Mars 2021



MEMBRES DE LA MISSION

Pr. Didier PITTET (Président)

Médecin-chef du service de prévention et contrôle de l'infection
aux hôpitaux universitaires et Faculté de médecine de Genève

Dr. Laurence BOONE

Chef économiste de l'OCDE et directrice du Département des Affaires Economiques

Pr. Anne-Marie MOULIN

Directrice de recherche honoraire au CNRS, laboratoire SPHERE

M. Raoul BRIET

Président de chambre maintenu à la Cour des comptes

Dr. Pierre PARNEIX

Médecin de santé publique et d'hygiène hospitalière
au Centre hospitalier universitaire de Bordeaux

Avec le concours de Antoine ARMAND (Inspection générale des finances - IGF), François AUVIGNE (IGF), Philippe BURNEL (Inspection générale des affaires sociales), Antoine DUMORET-MENTHEOUR (mis à disposition par la Présidence de la République), ainsi que des chercheurs Colombe LADREIT DE LACHARRIERE (économie), Damiano De FACCI (sciences humaines), Romain MARTISCHANG (prévention et contrôle des infections).

SYNTHÈSE

La Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, installée en juin dernier à la demande du Président de la République, achève ses travaux en ce mois de mars 2021.

Comme l'y invitait la lettre de mission, la Mission s'est efforcée de procéder à :

- ◆ une évaluation, en comparaison internationale, de l'impact sanitaire, économique et social de la crise traversée par la France depuis le début de l'année 2020 ;
- ◆ une appréciation de la pertinence, de la rapidité et de la proportionnalité de la réponse apportée à la crise au regard des autres réponses nationales ;
- ◆ la formulation de recommandations pour rendre le pays plus réactif et résilient face aux crises sanitaires.

L'objectif de ce rapport est de mettre en lumière les forces et les faiblesses françaises dans la gestion de la crise en comparaison internationale ainsi que d'identifier les éléments structurants du système de santé français qui doivent être améliorés voire transformés. L'objectif n'est donc pas de pointer les responsabilités ni d'établir un classement des pays.

Cette approche tient aux spécificités de la crise que nous traversons :

- ◆ son caractère inédit, qui rend toute comparaison avec un récent épisode épidémique peu pertinente ;
- ◆ le caractère aléatoire du choc initial au premier trimestre 2020, qui a affecté très violemment certains pays et en a quasi-épargné d'autres, y compris sur un même continent et à réponse publique comparable ;
- ◆ son caractère « total » : les mesures qui ont dû être prises pour endiguer l'épidémie ont eu un impact sur presque toutes les dimensions de notre société (soins bien entendu et santé publique y compris hors Covid, mobilité infra et internationale, relations sociales, activité économique, éducation) ;
- ◆ la forte incertitude qui continue à caractériser la crise.

La Mission s'est appuyée sur des travaux scientifiques en épidémiologie, en économie et en sociologie. Cette approche a été complétée par l'audition et la consultation de près de deux cents personnalités du monde de la santé, du monde économique, de la sphère sociale, publique, internationale et d'experts des sciences humaines et sociales.

Des travaux de la Mission, nécessairement partiels du fait que la crise ne soit pas terminée, il ressort :

- ◆ une première appréciation de l'impact de la crise en France, en comparaison internationale ;
- ◆ une analyse de la gestion de crise ;
- ◆ un ensemble de recommandations sur le système sanitaire, les dispositifs socio-économiques et l'appareil de gestion de crise.

Impact sanitaire, économique et social de la crise en France, en comparaison internationale

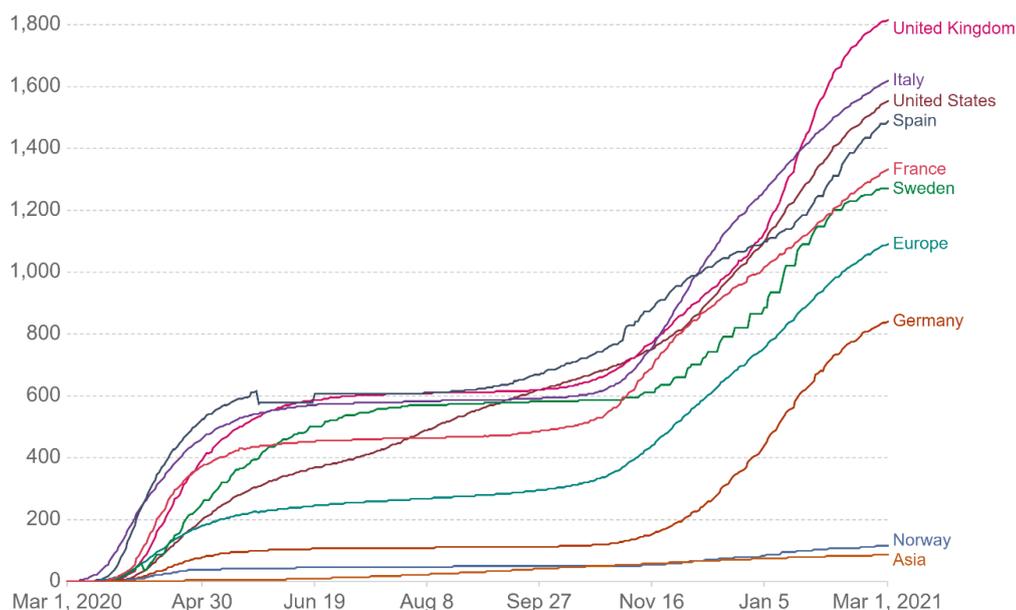
1. Pour mesurer et comparer l'impact sanitaire de la crise en 2020, la Mission a privilégié l'excès de mortalité, variable la plus comparable au niveau international. Pour les données les plus récentes, elle s'est appuyée sur les décès attribuables au virus.

Au 1^{er} mars 2021, sur les 179 pays considérés, trois groupes peuvent être schématiquement distingués en fonction de l'importance des décès attribués au virus (nombre de décès par million d'habitants) :

- ♦ **les pays « peu ou pas affectés »**, qui regroupent la grande majorité des pays du monde (120 pays sur 179 entre 0 et 500 décès par million d'habitants) : c'est le cas de presque tous les pays en Asie, en Afrique et en Océanie et de rares pays du nord de l'Europe ;
- ♦ **les pays « affectés »** (26 pays sur 179, entre 500 et 1 000 décès par million d'habitants) : c'est le cas essentiellement de pays du nord ou de l'est de l'Europe comme l'Allemagne (741), de certains pays d'Amérique centrale, de l'Afrique du Sud ;
- ♦ **les pays « très affectés »** (33 pays sur 179, plus de 1 000 décès par million d'habitants et jusqu'à 2 000 décès), essentiellement des pays européens, les États-Unis et plusieurs pays sud-américains.

Au 1^{er} mars 2021, la France figurait dans le groupe des pays très affectés et y occupait une position intermédiaire. Avec 1 332 décès par million d'habitants¹, elle se situe nettement au-dessus de la moyenne européenne (1 092 décès par million), même si la situation du continent s'avère extrêmement variable, de 135 décès par million en Finlande à plus de 1 900 en République tchèque.

Graphique 1 : Nombre cumulé de décès attribuables à la Covid-19 au 1^{er} mars 2021 (par million d'habitants)



Source : OurWorldinData.org, Coronavirus – data-explorer.

Données au 1^{er} mars 2021 de l'Université Johns Hopkins.

¹ Données au 7 février 2021.

Ce bilan sanitaire agrégé peut être décomposé en deux périodes :

- ◆ **un choc initial concentré sur quelques pays.** A partir du mois de mars 2020, le virus a affecté de manière très différente les Etats, y compris au sein de l'Europe. Certains pays comme le Royaume-Uni, l'Italie, la France, la Belgique ont été rapidement et fortement frappés par une vague épidémique, tandis que des pays comme l'Allemagne, l'Autriche, les pays de l'est de Europe ont été très peu ou pas affectés. Ce différentiel, susceptible d'être expliqué par de multiples facteurs (date d'arrivée du virus ; intensité du choc initial ; délai de réaction et capacités de prévention et de freinage de la transmission du virus), a généré au mois de juin 2020 un écart considérable en excès de mortalité entre ces deux types de pays.
- ◆ **depuis l'automne 2020, une deuxième vague beaucoup plus répandue et uniforme, qui a tendance à faire évoluer les écarts de mortalité entre les pays.** Les États européens qui n'avaient connu qu'un faible choc initial, traversent depuis l'automne 2020 une vague épidémique intense et durable, à mesure que le virus est devenu hyperendémique sur le continent. Les Etats qui avaient subi un premier choc au printemps 2020 s'avèrent également affectés, dans des proportions comparables.

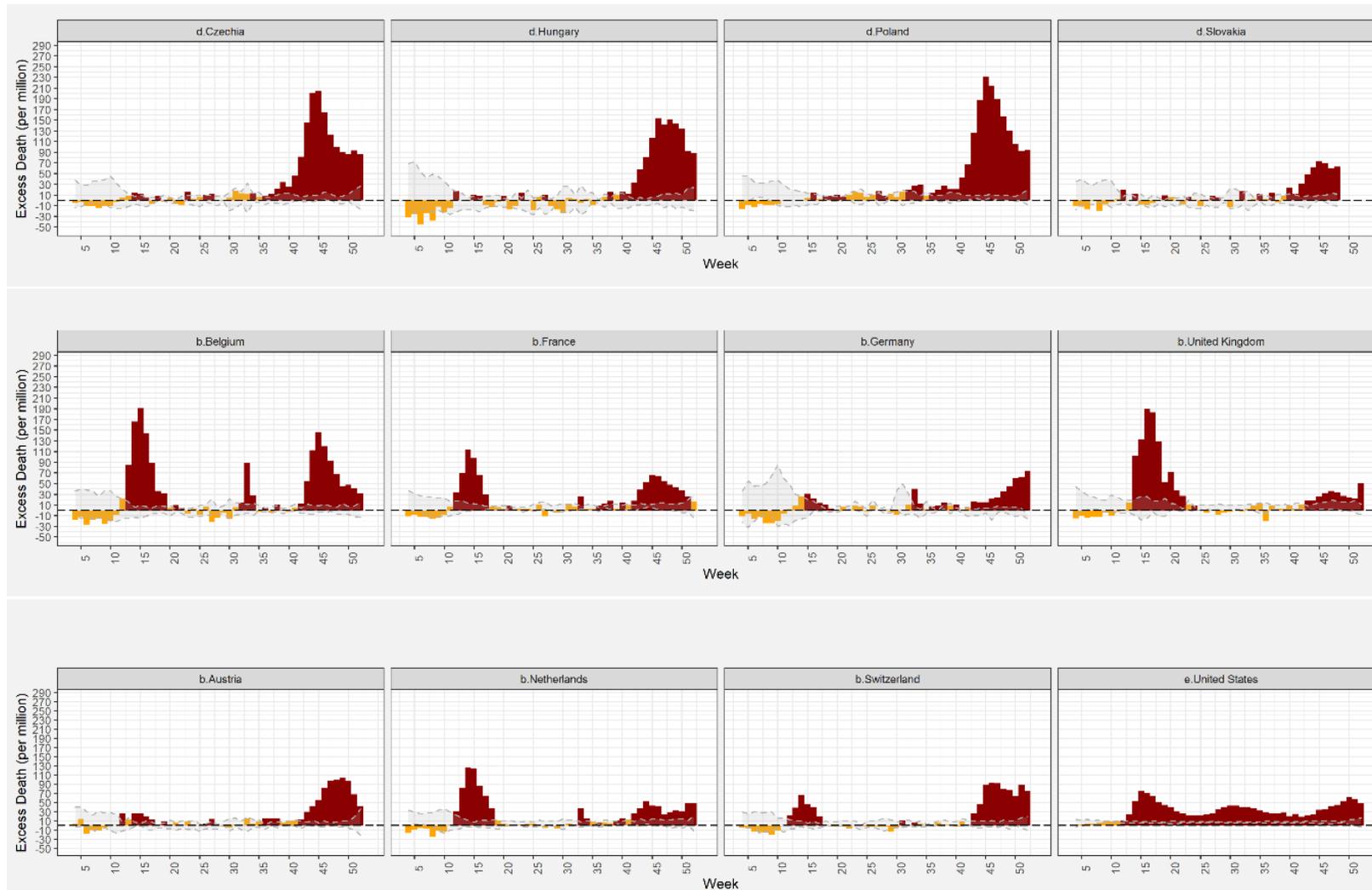
In fine, les écarts demeurant entre les pays européens s'expliquent essentiellement par l'écart provoqué par le choc initial (à l'exception des pays de l'est de l'Europe qui n'ont pas connu de première vague importante et subissent depuis l'automne une mortalité extrêmement élevée).

Le Graphique 2 ci-après illustre le différentiel d'impact entre les deux vagues et les différences entre les pays.

Comme dans la plupart des pays très affectés par le virus, la crise a eu en France un impact sanitaire important sur toute la population, essentiellement les personnes âgées. La covid-19 aurait déjà infecté au moins 15% de la population française avec de fortes disparités régionales (5% en Bretagne, 30% en Ile-de-France à la fin février 2021 selon l'enquête de l'Institut Pasteur). En matière de mortalité, comme dans les autres pays affectés, ce sont les personnes de plus de 65 ans et tout particulièrement les plus de 85 ans, qui ont été touchées. La vulnérabilité à la maladie dépend aussi de l'état de santé, des conditions de vie et du niveau socio-économique des personnes.

La crise aura également un impact sanitaire « indirect » considérable et qui ne sera connu que dans les prochaines années. En France comme dans d'autres pays affectés, les déprogrammations hospitalières consécutives à la mobilisation de toutes les capacités pour soigner les patients atteints du virus ont conduit à des reports de diagnostics et de soins qui sont susceptibles d'avoir un fort impact sanitaire pour les personnes concernées. C'est particulièrement le cas de certains cancers, pour lesquels les retards diagnostiques risquent d'entraîner une surmortalité.

Graphique 2 : Excès de mortalité par million d'habitants depuis le choc initial de la crise jusqu'au 31/12/2020



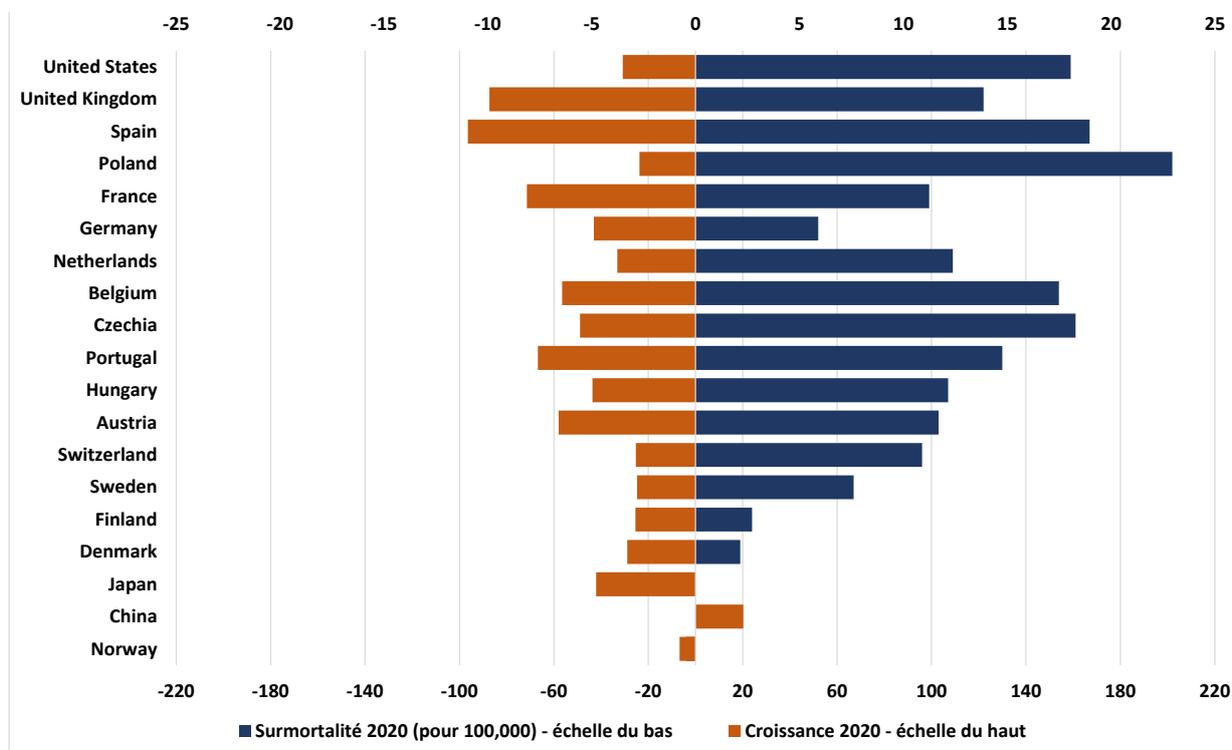
Source : Travaux de la Mission, Human mortality database. Données pour l'année 2020.

2. Pour endiguer l'épidémie, les autorités ont adopté des réponses inédites (en dehors des pays asiatiques) mais globalement analogues. Les réponses les plus efficaces ont été celles des pays asiatiques qui ont pu et su déployer de manière précoce des mesures de prévention ainsi qu'un système d'isolement, de test et de traçage très strict. La France, comme ses voisins européens affectés par le choc initial, a été amenée à prendre un ensemble de mesures de confinement généralisées, faute d'avoir pu empêcher la progression de l'épidémie en amont. Ces mesures drastiques ont permis lors du choc initial de réduire considérablement la circulation du virus, même s'il est difficile de mesurer l'efficacité de chacune prise isolément.

Depuis lors, du fait de leur impact socio-économique et de leur acceptabilité sociale décroissante, les confinements généralisés n'ont pas été réitérés et ont fait place à des mesures moins restrictives et plus ciblées.

L'ensemble des restrictions décidées en 2020 ont entraîné une perte d'activité économique sans précédent dans l'histoire récente. La France est particulièrement atteinte, avec une récession estimée à 8,2% en 2020 (zone euro : 7,5% ; Allemagne : 5% ; Royaume-Uni 11,2%) et malgré un rebond important à l'issue de la première vague. **In fine, comme la plupart des pays très affectés par le virus, la France présente un bilan lourd tant sur le plan sanitaire que sur le plan économique.** A l'inverse, les pays peu affectés subissent logiquement un faible excès mortalité et des pertes économiques limitées. En effet, les pays les plus affectés ont mis en place des mesures de restriction plus fortes qui ont pesé sur l'activité économique. Rétrospectivement, des mesures comme les fermetures totales des écoles et de certains commerces semblent avoir eu un coût économique et social excessif au regard de leur impact sur l'épidémie.

Graphique 3 : Excès de mortalité et chute du PIB

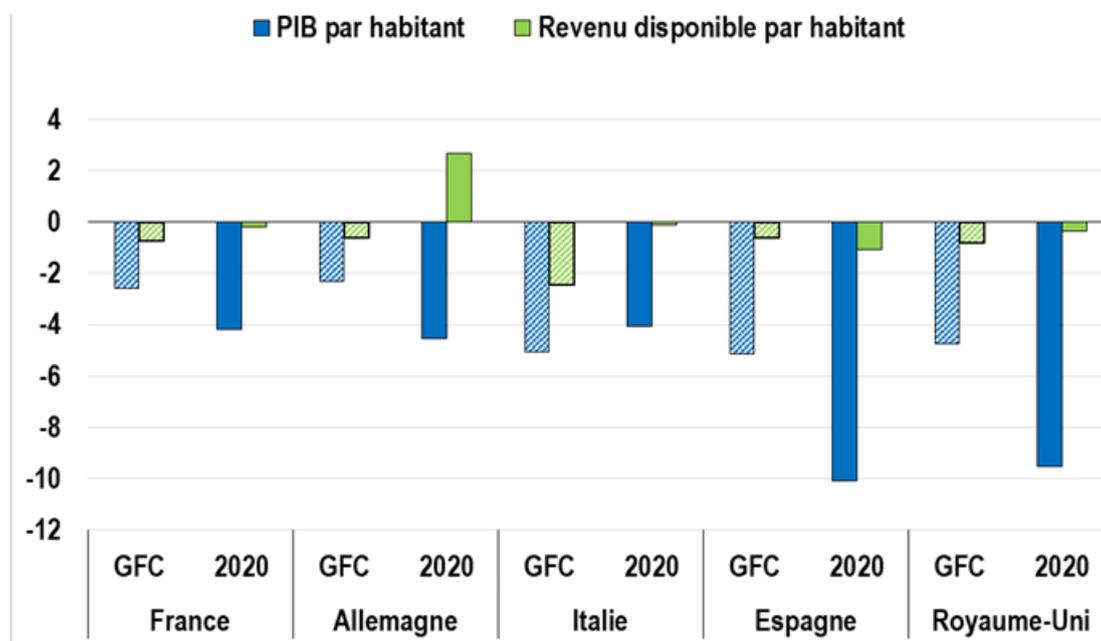


Source : Travaux de la Mission. Données Human Mortality database et OCDE.

Pour absorber ce choc, les pays européens, et la France au premier chef, ont fait un effort public massif qui a largement préservé le tissu économique et social. En particulier, l'activité partielle a permis de préserver l'emploi dans des proportions remarquables au regard des crises précédentes et notamment de la crise financière de 2008. Avec le fonds de solidarité pour les indépendants et les diverses aides au pouvoir d'achat, elle a soutenu le revenu des ménages (cf. graphique 4). Enfin, les reports de prélèvements, les prêts garantis et les soutiens directs ont permis de contenir les défaillances d'entreprises : en 2020, leur nombre a même baissé par rapport à 2019.

Cet effort de solidarité pris en charge par l'État va peser sur les finances publiques et accentuer la position défavorable de la France, déjà très endettée, dans la zone euro.

Graphique 4 : Evolutions du PIB et du revenu disponible en 2020, en comparaison avec la crise financière de 2008



Source : OCDE. Le graphique compare la diminution cumulée du PIB par habitant pendant les trois trimestres de la crise financière de 2008, intitulée GFC (Great Financial Crisis, du deuxième au quatrième trimestre de l'année 2008, sauf pour l'Espagne du troisième trimestre 2008 au premier trimestre 2009) ou pendant les trois premiers trimestres de l'année 2020 par rapport au revenu disponible par habitant. Données corrigées des variations saisonnières.

3. Enfin et surtout, l'impact social de la crise, qui demeure à ce stade difficilement mesurable, devrait être multiple et durable. Les premières études suggèrent que malgré les nombreux filets de sécurité existant en France, toutes les populations ne sont pas également protégées et pour elles, l'augmentation prévisible du chômage et la dégradation de la situation de l'emploi –même moindre que dans d'autres crises grâce à l'activité partielle– devraient accroître la pauvreté. En particulier, certaines populations en situation de précarité (niveau de qualification, faible insertion sociale) sont particulièrement frappées.

La crise a aussi fortement affecté les jeunes. Même si la France fait partie des pays ayant le moins fermé les écoles, les restrictions décidées risquent d'avoir des conséquences négatives sur leur bien-être, leur parcours éducatif et leur insertion sur le marché du travail.

Évaluation comparative de la gestion de la crise en France

La Mission a procédé à une appréciation de la gestion de la crise prenant en compte l'évolution progressive des connaissances scientifiques, l'expérience acquise et la dynamique propre de l'épidémie. Ces considérations ont conduit la Mission à distinguer cinq périodes dans la gestion de la crise, de janvier 2020 à février 2021.

1. L'émergence de l'épidémie de janvier à février 2020. Pendant cette période, la dynamique et la gravité de l'épidémie ont été sous-estimées (systèmes de surveillance, mauvaise compréhension des signaux) et le niveau de préparation opérationnelle à ce type de crise pandémique (stocks stratégiques, dispositif de test, systèmes d'information, organisation de la gestion de crise) s'est révélé insuffisant.

2. La période de mars à mai 2020, a été marquée par un premier confinement très restrictif, qui a réussi à freiner l'épidémie, mais au prix de très lourdes conséquences économiques et sociales. Si la gouvernance de la crise a souffert de défauts majeurs, la réactivité et la mobilisation exceptionnelles des personnels a permis de faire face à une situation d'une gravité exceptionnelle. Du point de vue économique, les mesures de soutien à l'activité, mises en œuvre très rapidement, ont permis de contenir un choc inédit.

3. Le plan de déconfinement et la tentative de vivre avec un virus sous contrôle de mai à octobre 2020. La préparation et la sortie du confinement marquent une évolution positive en termes de stratégie et de gouvernance. Cependant, alors même que l'activité économique enregistrait un rebond, la reprise de contrôle de l'épidémie a échoué en raison (i) des déficiences en matière d'isolement, de test et de traçage ; (ii) d'un manque de données ; (iii) de l'insuffisant respect des gestes barrières. De plus, la réaction à l'évolution de l'épidémie a été tardive et inadaptée.

4. Le deuxième « confinement » de novembre à décembre 2020 a été moins restrictif et plus court. Il a moins pénalisé l'activité économique, même si le secteur des services est demeuré très atteint. Il a débouché sur une amélioration sensible et rapide de la situation épidémique, qui n'a toutefois pas permis une réouverture complète des activités économiques, sportives et culturelles.

5. La période de fin décembre à février 2021 a été caractérisée par l'émergence de nouveaux variants, conduisant à une modulation dans le temps et l'espace des mesures d'endiguement, et par le début de la campagne de vaccination. Sur cette période, l'appréciation de la Mission se veut particulièrement prudente vu le faible recul et la grande évolutivité de la situation.

De cette analyse chronologique, six enseignements principaux se dégagent :

1. Le niveau de préparation à la crise s'est révélé insuffisant. Il s'est principalement traduit par la pénurie de masques de protection individuelle, la très lente montée en charge des capacités de test, la fragilité et la non exhaustivité des systèmes d'information nécessaires au simple décompte des cas, des hospitalisations et des décès imputés à la COVID, et de façon plus générale par l'instabilité du pilotage opérationnel. Cette situation trouve son origine dans une série de facteurs structurels et conjoncturels :

◆ Facteurs structurels :

- Fragilité du ministère chargé de la santé : faible attractivité des emplois ; gouvernance éclatée entre les principales directions ; perte d'expertise consécutive à la création des agences sanitaires, insuffisance des capacités stratégiques, faible capacité à piloter le réseau d'agences ;
- Faiblesse historique de la santé publique : dispersion des équipes de recherche, déficit d'image et de légitimité de Santé publique France (SPF), déficit de culture de prévention du risque infectieux tant chez les professionnels de santé que dans la population, lacunes en matière d'épidémiologie de terrain et mauvaise répartition des ressources entre SPF et les ARS ;
- Insuffisance du pilotage de deux secteurs qui se sont révélés clef : la gestion des stocks stratégiques de masques et l'organisation de la biologie médicale ;
- Manque d'appui sanitaire aux EHPAD (faible connexion avec les hôpitaux, les médecins libéraux et les ARS) ;
- Limites des systèmes d'information en santé qui ne permettait pas de disposer d'une base solide pour répondre aux besoins d'informations et d'indicateurs nécessaires au pilotage de la crise ;
- Déficit de compétence et d'entraînement en matière de gestion de crise (réduction de la fréquence des exercices et faible implication des décideurs au plus haut niveau).

◆ Facteurs conjoncturels :

- Les épidémies de coronavirus (SRAS 2003 et MERS 2012) et d'Ébola (2014) ont été contenues en dehors du territoire national, empêchant de capitaliser les enseignements, à la différence de certains pays d'Asie fortement touchés par ces virus à l'époque ;
- L'épisode de la grippe H1N1 de 2009-2010 à la suite de laquelle les pouvoirs publics de l'époque ont été accusés d'avoir sur-réagi au regard de la gravité réelle de la pandémie, qui a été perçue comme un gaspillage d'argent public (achats de vaccins, médicaments et masques en excès) ;
- La priorité en matière de gestion de crise semble avoir été donnée au risque terroriste qui s'est dramatiquement concrétisé lors des attentats de 2015 et 2016.

2. La faiblesse récurrente de l'anticipation s'est traduite par la répétition de retards dans la prise de décision dans plusieurs domaines :

- ◆ La trop lente montée en charge des capacités de test qui, au-delà des difficultés techniques et organisationnelles communes à la plupart des pays, s'explique par le retard dans la mise en place d'une équipe projet dotée d'un objectif clairement identifié en matière de dépistage ;
- ◆ Les confinements de mars et surtout de novembre 2020 ont été instaurés tardivement au regard des informations disponibles. Le deuxième confinement a en outre été précédé de diverses mesures de freinage (fermetures localisées de certaines activités) instaurées au fur et à mesure sans que des règles préétablies aient permis aux acteurs économiques de les anticiper et de s'organiser en conséquence ;
- ◆ Alors que l'arrivée des vaccins était une réalité prévisible et attendue, il est dommage que la France n'ait pas mis en place « une taskforce intégrée » dès la phase de préparation des approvisionnements pour prendre également en charge l'organisation de la campagne de vaccination à l'exemple notamment des équipes anglaises ou américaines.

3. La complexité de la gouvernance et la centralisation excessive ont fait perdre de l'efficacité au pilotage de la crise en même temps qu'elles nuisaient à l'acceptabilité des mesures :

- ◆ L'organisation de la gestion de crise au sein du ministère chargé de la santé a souvent évolué faisant apparaître à plusieurs reprises des cellules dédiées (approvisionnements et tests), « à côté » du Centre de crise santé (CSS). En-dehors de la préparation du déconfinement, la coopération entre les ministères a été désordonnée ;
- ◆ Le caractère détaillé et la mise en œuvre uniforme des décisions prises au niveau central ont mis les acteurs de terrain en difficulté et conduit à des situations jugées inéquitables.

4. Les autorités ont su tirer les enseignements de leur expérience pour améliorer le pilotage au fil des mois sur plusieurs points importants :

- ◆ Une approche plus transversale, associant les aspects sanitaires, économiques et sociaux s'est progressivement mise en place, permettant un meilleur dosage des mesures de freinage. Le deuxième confinement a ainsi pu réduire significativement le niveau de circulation du virus pour un coût économique deux à trois fois plus faible qu'au printemps ;
- ◆ Cet apprentissage a pu s'appuyer sur les progrès des systèmes d'information et sur la réalisation d'enquêtes permettant notamment de mieux documenter les lieux de contamination et de géolocaliser les données de progression de l'épidémie.
- ◆ La communication reposant largement au départ sur la peur et la dramatisation a ensuite davantage fait appel à la responsabilité individuelle et collective. Les messages ont été progressivement diversifiés pour s'adresser aux différents segments de la population ;
- ◆ La concertation avec les parties prenantes au niveau local mise en œuvre par les préfets de département a permis la prise de mesures différenciées au niveau territorial.

5. La réactivité, l'engagement et la mobilisation des acteurs a été remarquable tout au long de la crise. Elles ont souvent permis de compenser le manque d'anticipation des pouvoirs publics :

- ◆ Cette mobilisation a évidemment été le fait en premier lieu des professionnels de santé, mais aussi celui des acteurs au niveau local (hôpitaux et ARS, collectivités territoriales, associations et bénévoles) ou national, avec l'intense engagement des équipes de gestion de crise au sein des différents ministères et agences ;
- ◆ La reconversion de plusieurs milliers d'agents de l'Assurance maladie pour assurer le traçage et l'accompagnement des personnes concernées constitue une performance remarquable ;
- ◆ La création dans des délais particulièrement réduits de systèmes d'information tels que SI-DEP ou SI-Vaccins doit être mise au bénéfice de cette mobilisation.

6. La réponse économique française a été globalement à la hauteur du choc subi, y compris en comparaison internationale :

- ◆ La réaction au premier confinement, très rapide et très forte, montre que les leçons de la crise de 2008 (préservation de l'emploi par l'activité partielle, préservation des entreprises par les prêts garantis) ont été largement exploitées. Ces mesures d'ampleur se sont ajoutées à des stabilisateurs automatiques déjà très importants en France par rapport à ses principaux partenaires (assurance-chômage notamment). Pour autant, certains dispositifs créés ad hoc comme le fonds de solidarité, qui ont démontré leur nécessité, reflètent l'absence d'universalité du système de protection sociale en temps ordinaire ;
- ◆ Depuis l'automne 2020, ces mesures ont été adaptées et réactivées autant que nécessaire pour permettre au tissu économique de redémarrer dès que possible dans les secteurs les plus affectés. Comme dans d'autres pays, la mise en œuvre des restrictions à la mobilité et à l'activité économique a soulevé des difficultés : manque de visibilité face à des règles évolutives et au rationnel sanitaire parfois peu clair, temporalité du plan de relance annoncé juste avant le début de la deuxième vague épidémique ;
- ◆ A ce stade, l'incertitude qui pèse sur les prochains mois et même sur les prochaines années pour certains secteurs clefs de l'économie française (aéronautique, tourisme notamment) invite à maintenir autant que nécessaire les mesures de soutien aux secteurs affectés et plus généralement à les faire évoluer avec la situation sanitaire.

Propositions de la Mission pour accroître la réactivité et la résilience du modèle sanitaire et socio-économique français face aux crises sanitaires

Pour affronter plus efficacement de futures crises sanitaires, les faiblesses structurelles du système sanitaire doivent être corrigées par des réformes d'ampleur. Il n'appartenait pas à la Mission de traiter ces difficultés identifiées de longue date et dont les conséquences dépassent le cadre de la crise Covid.

La Mission formule quarante propositions organisées autour des trois axes suivants :

Axe 1. Se préparer aux prochaines crises

Le manque de préparation et les difficultés organisationnelles dans la gestion de crise incitent à revoir le plan pandémie dans toutes ses dimensions, y compris logistiques (gestion des stocks, déploiement de la réserve sanitaire), pour s'assurer que les différents ministères et opérateurs se sont appropriés ces dispositifs et disposent des formations et des ressources pour assurer la gestion d'une crise longue et multiple.

En outre, comme l'a révélé la crise, ces dispositifs de préparation et d'alerte doivent être davantage coordonnés dans le cadre européen et au niveau international au sein de l'OMS.

Enfin, la résilience économique aux crises à venir peut encore être améliorée, à la fois en perfectionnant l'appareil statistique français concernant les populations les plus défavorisées socialement, en rendant plus universel le modèle français de protection sociale et en renforçant encore la sécurité des approvisionnements français et européens.

Axe 2. Renforcer la santé publique, l'expertise scientifique et le pilotage de l'offre de soins

La crise de la Covid-19 a souligné la place trop marginale de la santé publique en France, dans la société en général et plus particulièrement dans la pratique des professionnels de santé ainsi que dans la recherche. La Mission formule donc des recommandations en matière de formation, de recherche, de veille de santé publique et de poursuite de l'effort en matière de prévention du risque infectieux.

En matière d'expertise scientifique, la crise a souligné le besoin de réforme du paysage de l'expertise scientifique, fragmenté et insuffisamment coordonné. La Mission propose donc le rattachement du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) à la Haute Autorité de Santé (HAS), le recentrage de Santé publique France sur des missions d'expertise et de recherche et la consolidation de l'expertise en matière de virologie et de prévention du risque infectieux.

Enfin, le pilotage de l'offre de soins doit être amélioré, en particulier dans les champs suivants : secteur de la biologie, médicalisation des EHPAD, déconcentration des agences régionales de santé, amélioration des systèmes d'information et montée en compétences en matière de traitement des données.

Axe 3. Organiser un retour d'expérience à l'échelle des institutions et de la société et évaluer de manière approfondie les impacts de la crise

Les nouvelles pratiques, les outils innovants, mais aussi les difficultés rencontrées pendant la crise méritent d'être recueillis et constituent un socle fondamental pour améliorer l'efficacité et la résilience du modèle sanitaire et social français. La Mission recommande donc d'impliquer l'ensemble des acteurs publics dans un large retour d'expérience.

L'impact de la crise et l'efficacité des réponses sanitaires et sociales doivent faire l'objet d'une évaluation détaillée (état des lieux des capacités de la médecine du travail et de la médecine scolaire, bilan de soins en sortie de crise, données de santé publique, état psychique de la population).

Cette évaluation doit également porter sur les aspects socio-économiques et en particulier sur la situation des ménages (notamment les plus précaires), ainsi que sur la situation des entreprises en sortie de crise.

RECAPITULATIF DES 40 PROPOSITIONS DE LA MISSION

1. Se préparer aux prochaines crises

1.1. Préparer les institutions

1.1.1. Anticipation

Proposition n° 1 : Revoir, sous la responsabilité du Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN), le plan pandémie en s'assurant que ce plan :

- ♦ soit élaboré avec l'ensemble des parties prenantes (ex. ministères, entreprises, élus locaux, associations) ;
- ♦ traite précisément les aspects opérationnels (gestion des stocks stratégiques notamment) ;
- ♦ fasse l'objet d'exercices périodiques, généraux et particuliers (ex. *stress tests* sur les capacités logistiques) aux niveaux français, européen et international se traduisant par des objectifs concrets d'évolution dont l'atteinte est contrôlée ;
- ♦ soit régulièrement révisé et actualisé, de même que ses fiches techniques ;
- ♦ offre un phasage détaillé à la lumière des retours d'expérience des crises récentes (ex. enclenchement d'une phase massive de tests dès le séquençage du virus réalisé).

Proposition n° 2 : Développer une collaboration continue entre le SGDSN et les organismes de recherche en sciences humaines et sociales, spécialisés dans l'analyse organisationnelle de la gestion des crises.

1.1.2. Préparation des capacités

Proposition n° 3 : Engager un processus de travail continu, relatif au volet ressources humaines de la gestion de crise entre le SGDSN et les secrétaires généraux de chaque ministère. Il devrait viser à cartographier les besoins et les compétences, à identifier et à délivrer les formations requises et à garantir dans le temps le maintien des compétences de gestion de crise de l'encadrement.

Proposition n° 4 : Confier la constitution et la gestion des stocks stratégiques ainsi que la supervision des opérations logistiques à un unique opérateur, placé sous la responsabilité du SGDSN. La gestion des stocks devrait faire l'objet d'une information publique régulière et transparente, sous réserve des impératifs de sécurité nationale.

Proposition n° 5 : Refonder le dispositif de réserve pour l'ensemble de la filière de soins (i.e. identification, maintien en condition opérationnelle et mobilisation), avec le concours notamment des ordres et des fédérations d'établissements de santé.

Proposition n° 6 : Définir, sous l'égide des délégations territoriales des ARS et en s'appuyant sur les ordres de professionnels de santé et leurs organisations représentatives, un dispositif s'apparentant à un plan blanc dédié aux soins de ville.

1.1.3. Prise de décision

Proposition n° 7 : Veiller à établir, en gestion de crise, un pilotage stable et unifié, identifiant les responsables de chacune des fonctions suivantes : analyse de la situation ; décision ; communication ; anticipation.

1.2. Améliorer l'appareil statistique et la capacité de résilience économique

1.2.1. Appareil statistique

Proposition n° 8 : Sous l'égide conjointe de la DREES et de l'INSEE et en coordination avec les associations de terrain, renforcer l'appareil statistique de mesure de l'impact socioéconomique de la crise sur les populations les plus modestes, ainsi que sur les publics les plus en marge ou à la limite des dispositifs traditionnels d'insertion et de rémunération, en menant des enquêtes « haute fréquence ».

1.2.2. Capacités de résilience

Proposition n° 9 : Mettre en place un dispositif permettant de suivre régulièrement et de façon approfondie la résilience des chaînes de production et d'approvisionnement en biens de santé essentiels aux échelles françaises et en coordination européenne.

Proposition n° 10 : Mettre à l'étude l'extension des dispositifs de protection de l'emploi aux indépendants en lançant une concertation qui permette d'appréhender l'hétérogénéité des situations et des besoins (artisans, travailleurs des plateformes, saisonniers, etc.).

1.3. Partager les informations et coordonner les réponses à l'échelle européenne et internationale

Proposition n° 11 : Renforcer et fiabiliser les dispositifs d'anticipation et de gestion de crise au travers d'une double démarche de revue externe par les pairs :

- ◆ Dans le cadre de l'OMS pour l'évaluation du RSI ;
- ◆ Dans la cadre de l'UE ou, à défaut, d'initiatives bilatérales pour l'évaluation périodique des plans pandémie et de leurs exercices de mise en œuvre.

2. Renforcer la santé publique, l'expertise scientifique et le pilotage de l'offre de soins

2.1. Renforcer la santé publique

2.1.1. Formation

Proposition n° 12 : Concevoir un plan d'actions visant à accroître la place de la santé publique dans la formation des professionnels de santé. Ce plan devrait permettre de renforcer la discipline et son attractivité dans sa dimension universitaire, de favoriser l'intégration en son sein de disciplines non médicales (sciences sociales et humaines mais aussi mathématiques et sciences de l'ingénieur) et de contribuer à la diffusion d'une forte culture de santé publique auprès des professionnels de santé.

2.1.2. Recherche

Proposition n° 13 : Structurer des équipes de recherche autour d'un programme prioritaire de recherche sur la prévention et le contrôle de l'infection, sous l'égide d'un ou plusieurs instituts thématiques multi-organismes de l'INSERM et en lien avec la nouvelle ANRS - Maladies infectieuses émergentes.

Proposition n° 14 : Soutenir le financement de chaires universitaires et de bourses doctorales autour de projets innovants en matière de modélisation et de traitement de données massives dans le champ de la santé publique. Permettre des échanges de personnels entre les agences sanitaires et les structures de recherche dans le cadre de projets.

Proposition n° 15 : Orienter la recherche en science des données et en intelligence artificielle, avec le concours notamment de SPF, du *Health Data Hub*, de la CNAM et de l'INRIA, vers le repérage des signaux précoces d'émergence et de surveillance de crise et travailler à la construction d'indicateurs précoces d'alerte.

2.1.3. Veille

Proposition n° 16 : Renforcer le réseau national Sentinelles en augmentant sa représentativité territoriale :

- ◆ en dynamisant son animation,
- ◆ en y intégrant les spécialités de la biologie et de l'imagerie,
- ◆ en reconnaissant mieux l'investissement des professionnels y participant,
- ◆ en simplifiant les remontées de données.

Proposition n° 17 : Créer par analogie avec la formation spécialisée transversale (FST) médicale, une pratique avancée infirmière en prévention et contrôle de l'infection.

Proposition n° 18 : Réorganiser l'épidémiologie de terrain aux niveaux national et territorial et à cette fin :

- ◆ Rattacher les cellules d'intervention en région de Santé publique France aux ARS au sein d'équipes dédiées à l'épidémiologie d'intervention tout en pérennisant leurs liens fonctionnels avec SPF ;
- ◆ Conforter leurs moyens et leur couverture du territoire ;
- ◆ Maintenir une compétence en *contact tracing* au sein de l'Assurance maladie.

2.1.4. Acquis de la prévention

Proposition n° 19 : Créer sous l'égide de Santé Publique France, un observatoire permanent des pratiques de prévention du risque infectieux au sein de la population générale, associant à ses travaux des représentants d'usagers du système de soin.

2.2. Améliorer l'expertise scientifique en santé publique

2.2.1. Expertise réactive et indépendante

Proposition n° 20 : Renforcer les moyens du HCSP et conforter son indépendance, en le rattachant à la HAS ; préserver sa réactivité, en mettant en place une procédure de traitement accéléré de certaines saisines.

Proposition n° 21 : Au cas où la nature de la crise sanitaire justifierait la mise en place d'un conseil *ad hoc* indépendant chargé de synthétiser les travaux scientifiques disponibles et d'éclairer la prise de décision par les autorités politiques, veiller à ce que ce conseil intègre au minimum :

- ◆ Des représentants des différentes disciplines (santé, économie, sciences sociales),
- ◆ Des représentants des instances et agences d'expertise existantes.

2.2.2. Renforcer Santé Publique France

Proposition n° 22 : Renforcer la légitimité de Santé publique France en matière d'expertise scientifique de santé publique, ce qui impose de :

- ◆ Donner la possibilité pour l'agence d'accueillir de manière permanente des praticiens hospitalo-universitaires en position normale d'activité ;
- ◆ Ouvrir cette possibilité à des universitaires d'autres disciplines (sociologie, économie, etc.) ;
- ◆ Doter l'agence des moyens permettant de définir, mettre en œuvre et financer des appels à projets de recherche scientifique et technique dont la finalité est la protection et l'amélioration de la santé des populations.

2.2.3. Expertise en matière de risque infectieux

Proposition n° 23 : Conforter l'expertise nationale en virologie en augmentant les moyens et les capacités de réaction des centres nationaux d'expertise en cas de pathogènes émergents, et se donnant les moyens d'une industrialisation plus rapide des tests diagnostiques à l'issue de leur mise au point.

Proposition n° 24 : Créer auprès du directeur général de la santé, une fonction de délégué pour la prévention et le contrôle du risque infectieux, intégrant la mission actuelle antibio-résistance et simultanément accroître les effectifs du ministère dédiés à la prévention et au contrôle des infections.

2.3. Renforcer le pilotage de l'offre de soins

2.3.1. Le pilotage national du secteur de la biologie

Proposition n° 25 : Réarmer et réorganiser les services du ministère de la Santé et de l'Assurance maladie en matière d'expertise de la filière de la biologie médicale.

2.3.2. Organisation territoriale

Proposition n° 26 : Mettre en place un plan de renforcement des ARS au niveau départemental et à cette occasion, doter les délégations territoriales de moyens humains adaptés sur le plan qualitatif. Cette évolution doit s'accompagner d'une clarification sur le schéma de gestion de crise, rappelant le rôle de coordination du préfet de département.

Proposition n° 27 : Renforcer l'effort de réduction des facteurs de risques (ex. obésité, alcoolisme, tabagisme, sédentarité, etc.) selon une logique d'« aller vers », auprès des populations les plus exposées aux infections émergentes.

Proposition n° 28 : Améliorer le dispositif de prise en charge des personnes âgées en établissement et en particulier :

- ◆ Renforcer la médicalisation des EHPAD (ex. renforcement des effectifs et du rôle des médecins coordonnateurs, rôle des infirmières en pratiques avancées gériatriques, etc.) ;
- ◆ Systématiser l'appui hospitalier (ex. gardes, astreintes sur la filière gériatrique, filières d'admission, support d'équipes mobiles multidisciplinaires, etc.) ;
- ◆ Définir un référentiel d'exigences sur les soins faisant l'objet d'une certification externe et régulière ;
- ◆ Renforcer, en liaison avec les départements, la programmation périodique des contrôles par les ARS, dont les procédures seront simplifiées pour en accélérer l'exécution.

2.3.3. Systèmes d'information

Proposition n° 29 : Sous l'égide de la direction interministérielle du numérique (DINUM), organiser un recensement des outils et des besoins apparus lors de la crise Covid pour construire un schéma directeur des systèmes d'information de la gestion de crise sanitaire.

2.3.4. Traitement des données

Proposition n° 30 : Renforcer les capacités françaises en matière de modélisation, par une politique volontariste d'orientation de la recherche. A l'appui de cette démarche, créer, à l'instar du *Models of Infectious Disease Agent Study (MIDAS) Network*, un réseau qui réunirait des experts en matière de modélisation et de science des données, au niveau français puis européen.

Proposition n° 31 : Développer avec la CNIL des procédures et outils permettant d'accélérer l'instruction des demandes d'autorisation de traitement de données de santé en période d'urgence sanitaire, à des fins tant opérationnelles que de recherche.

3. Organiser un retour d'expérience à l'échelle des institutions et de la société

3.1. Impliquer l'ensemble des acteurs publics

Proposition n° 32 : Avec l'appui d'une mission indépendante, réaliser une synthèse des retours d'expérience menés par les services de l'Etat, les opérateurs, les entreprises publiques. Le succès d'une telle démarche implique une consultation large des parties prenantes (collectivités territoriales, acteurs associatifs, partenaires sociaux, etc.).

3.2. Identifier les marges de progrès dans le système sanitaire

3.2.1. Etat des lieux des capacités des médecines du travail et scolaire

Proposition n° 33 : Organiser un retour d'expérience permettant d'évaluer la portée et les limites du rôle joué par les services de santé au travail et de médecine scolaire dans la lutte contre la pandémie, incluant notamment un volet de santé mentale et de comparaison avec les principaux pays partenaires de la France.

3.2.2. Bilan du système de soins en sortie de crise

Proposition n° 34 : Réaliser sur le plan national et régional, en coordination avec les conseils nationaux professionnels concernés, un état des lieux des capacités de soins critiques. Cet état des lieux viserait à déterminer les capacités en temps normal et les moyens de les étendre en temps de crise, incluant les soins de suites. En corollaire, il convient de renforcer la capacité à mobiliser une réserve sanitaire opérationnelle en assurant une formation continue et des exercices réguliers.

3.2.3. Données et indicateurs de santé publique

Proposition n° 35 : Rationaliser et fiabiliser la production de données statistiques dans le champ de la santé publique en la soumettant à la procédure de labellisation par l'Autorité de la statistique publique.

3.3. Approfondir l'évaluation de l'impact de la crise sur la situation des personnes, des ménages et des entreprises

3.3.1. Impact de la crise sur la population

Proposition n° 36 : Sous l'égide de la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, en lien avec les organisations représentatives de la psychiatrie, poursuivre la démarche d'évaluation de l'impact de la crise sur la santé mentale des populations et d'analyse de la qualité de la réponse apportée.

3.3.2. Impact économique sur les ménages et les entreprises

Proposition n° 37 : Soutenir la mise en place d'un cadre d'échange transparent, régulier et rapide des données budgétaires et financières de soutien à l'économie pour les ménages comme pour les entreprises (ex. aides accordées, budgétées et dépensées, dans le cadre de l'adaptation des règles sur les aides d'Etat, etc.) entre les Etats Membres de l'Union européenne et assuré par la Commission européenne.

Proposition n° 38 : Mener une démarche d'évaluation des dispositifs visant à amortir les effets de la crise sur les ménages. Ces travaux doivent permettre de mettre en évidence d'éventuelles insuffisances dans le soutien d'urgence de certaines catégories de ménages et de les corriger dans la perspective de la relance de l'économie.

Proposition n° 39 : Sous l'égide de la Banque de France, établir un bilan, le plus détaillé possible, de la situation financière et en particulier de la trésorerie et de l'endettement (social, fiscal, bancaire et fournisseurs) des entreprises en sortie de crise afin d'identifier les risques de défaut par secteurs et type d'entreprises, et éventuellement les conséquences pour le secteur bancaire.

Proposition n° 40 : Sous le pilotage du ministère de la Justice et du ministère de l'Economie, mener une étude sur la trajectoire des entreprises en difficultés pour évaluer l'impact des procédures collectives sur les défaillances ou survies d'entreprises et les ajuster en conséquence.

TABLE DES MATIERES



INTRODUCTION	26
Chapitre 1 : L'impact de la crise : situation de la France en comparaison internationale	
1. La France, qui a subi une très forte première vague, enregistre début mars 2021 un bilan très lourd qui la place en position intermédiaire parmi les 33 pays les plus affectés dans le monde	37
1.1. La France enregistre un lourd bilan sanitaire, comme les autres pays très affectés par le virus	37
1.2. Ce bilan agrégé doit être décomposé en deux périodes : un choc initial concentré sur quelques pays et qui explique fin février l'essentiel des écarts ; puis une deuxième vague beaucoup plus répandue et uniforme	39
2. Comme dans la plupart des pays très affectés par le virus, la crise a eu un impact sanitaire direct et indirect massif sur toute la population, avec un fort gradient social	44
2.1. La Covid-19 aurait déjà infecté au moins 17% de la population française, avec de potentielles séquelles en cours de documentation	44
2.2. Au-delà de l'âge, la vulnérabilité face à la maladie dépend aussi de l'état de santé, des conditions de vie et du niveau socio-économique	49
2.3. La crise a également un impact sanitaire « indirect » massif mais difficile à appréhender	51
3. Les mesures de restriction de la mobilité, efficaces face au choc initial, atteignent progressivement leurs limites au regard de leurs conséquences économiques et sociales lourdes	54
4. Ces mesures prises pour endiguer l'épidémie ont causé un choc économique inédit, particulièrement en France	57
5. In fine, la France présente à la fois un bilan sanitaire et un bilan économique très marqués	60
6. Les pays européens, et la France au premier chef, ont fait un effort public massif pour absorber une grande partie de ce choc économique	61
6.1. L'emploi et le revenu ont été très largement préservés en France comme dans la zone euro	61
6.2. Le patrimoine et la consommation des ménages ont évolué de façon contrastée suivant les niveaux de revenu	62
6.3. Les défaillances d'entreprises ont été contenues	63
6.4. Cet effort de solidarité va peser sur les finances publiques accentuant la position défavorable de la France en comparaison internationale	63
6.5. L'impact différencié de la crise implique aussi un risque d'augmentation des écarts économiques au sein de la zone euro	65

7. La crise a déjà eu et aura un impact social multiple, durable et à ce stade encore incomplètement mesurable	66
7.1. La crise devrait avoir des effets importants et durables sur l'emploi, la pauvreté et la santé publique	66
7.2. Ces effets ont été et devraient être très marqués pour certains publics en particulier les jeunes, les personnes en marge de l'activité et les femmes	68
7.2.1. <i>L'impact de la crise sur l'éducation et la formation des jeunes</i>	68
7.2.2. <i>L'impact fort mais peu mesurable pour les personnes à la marge de l'emploi et de la société</i>	70
7.2.3. <i>Le renforcement des inégalités de genre</i>	71

Chapitre 2 : Evaluation comparée de la gestion de la crise

1. Janvier-février 2020 : La dynamique de l'épidémie a été sous-estimée et le niveau de préparation s'est révélé insuffisant	73
1.1. Le système de veille et de surveillance a été pris en défaut et la gravité de la crise a été initialement sous-estimée	73
1.1.1. <i>Les systèmes de veille et de surveillance ont été pris en défaut</i>	73
1.1.2. <i>La mauvaise compréhension des signaux relatifs à la gravité de la crise</i>	79
1.2. Le début de la crise a révélé un niveau de préparation insuffisant	80
1.2.1. <i>Malgré un plan pandémie français de qualité, un manque de préparation opérationnelle et logistique à une crise épidémique</i>	80
1.2.2. <i>Conséquence de ce manque de préparation opérationnelle, la pénurie de masques a en outre souffert des hésitations sur leur doctrine d'emploi et d'insuffisances graves de gestion</i>	83
1.2.3. <i>Les capacités françaises de tests sont restées longtemps très inférieures aux pays comparables</i>	85
1.2.4. <i>Les systèmes d'information ne permettaient pas une couverture complète des besoins d'information pour la gestion de la crise</i>	89
2. Mars-mai 2020 : un premier confinement très restrictif qui a réussi à freiner l'épidémie au prix de lourdes conséquences économiques et sociales et de reports de soins préoccupants	90
2.1. Une décision de confinement prise tardivement mais nécessaire et efficace sur la circulation du virus	90
2.2. La réactivité du système hospitalier a permis de répondre à l'afflux brutal de patients, mais la médecine de ville a été laissée de côté et la réponse aux besoins des EHPAD a tardé	93
2.2.1. <i>La réactivité de l'offre hospitalière</i>	93
2.2.2. <i>Le recours aux soins de ville a été fortement réduit en dépit de la forte progression des téléconsultations</i>	97
2.2.3. <i>La prise en compte tardive du secteur médico-social</i>	98
2.3. Malgré une mobilisation remarquable des personnes, la gestion de crise a souffert d'une gouvernance administrative très perfectible	99
2.3.1. <i>Une gouvernance de crise évolutive et très perfectible</i>	99
2.3.2. <i>La mobilisation importante et nécessaire de l'expertise scientifique pose la question de sa coordination</i>	103
2.4. Face à la réduction drastique de la mobilité et la chute de l'activité, des mesures de couverture et de sauvetage ont été rapidement décidées et mises en œuvre	105
2.4.1. <i>La situation initiale pré-crise de l'économie française restait relativement fragile malgré des améliorations depuis plusieurs années</i>	105
2.4.2. <i>Les mesures de confinement ont eu un impact économique proportionnellement plus élevé en France que dans de nombreux autres pays</i>	106
2.4.3. <i>Mais la France a pu s'appuyer sur un système de protection sociale et des stabilisateurs automatiques puissants</i>	109
2.4.4. <i>Des mesures de soutien discrétionnaires de grande ampleur prises rapidement en France dans des proportions comparables aux autres pays</i>	112
2.5. Une réponse institutionnelle efficace pour la grande urgence qui s'est révélée insuffisante pour les populations qui étaient avant la crise en dehors du champ d'intervention des acteurs sociaux	115

3. Mai-octobre 2020 : la préparation et la sortie du confinement marquent une évolution positive en termes de stratégie et de gouvernance, mais la tentative de reprise de contrôle de l'épidémie par une meilleure anticipation a échoué, alors même que l'activité économique enregistre un rebond	116
3.1. La préparation et la sortie du confinement marquent une évolution positive en termes de stratégie et de gouvernance	116
3.2. La tentative de reprise de contrôle de l'épidémie par une meilleure anticipation a échoué, alors même que l'activité économique enregistre un rebond	117
3.2.1. <i>Un manque d'anticipation qui a rendu impossible la maîtrise de l'épidémie</i>	117
3.2.2. <i>Les faiblesses d'un pilotage toujours trop vertical, insuffisamment stratégique et anticipatif et sollicitant peu la société civile</i>	126
3.3. Un rebond économique post-confinement et l'annonce d'un plan de relance de grande ampleur	128
4. Novembre-décembre 2020 : un deuxième confinement mieux calibré, entraînant néanmoins une nouvelle dégradation de la situation économique	130
4.1. Un deuxième confinement décidé tardivement au regard des enjeux sanitaires mais moins restrictif	130
4.2. Un impact économique conséquent, surtout pour les secteurs des services, mais <i>in fine</i> plus limité que lors du premier confinement	135
4.3. L'absence de données exploitables a néanmoins conduit à un manque de rationnel sanitaire, en particulier en matière de restrictions de l'activité	137
4.4. Le confinement a réussi à freiner rapidement la dynamique de l'épidémie pour ensuite se heurter à une forme de plateau	138
4.5. Une gestion plus fine des déprogrammations et de la montée en charge des capacités de réanimation	139
4.6. Une complexité à gérer ensemble de front les activités de soins Covid et non Covid	139
4.7. Une réorganisation de la gouvernance avec une amélioration progressive des capacités d'anticipation	140
5. Janvier-février 2021 : une stratégie de maîtrise durable de l'épidémie, dans le contexte encore incertain du déploiement de la vaccination ?	141
5.1. Les incertitudes relatives à l'évolution de la situation sanitaire requièrent un pilotage plus fin et plus réactif des mesures d'endiguement dans le cadre de règles de décision annoncées à l'avance.	141
5.2. Les adaptations du dispositif « tester, alerter, protéger »	144
5.3. La campagne de vaccination	145
5.3.1. <i>L'approvisionnement en vaccins</i>	145
5.3.2. <i>La définition de la stratégie vaccinale</i>	146
5.3.3. <i>L'organisation de la vaccination de la population</i>	152
5.3.4. <i>Un discours prudent des pouvoirs publics au lancement de la campagne de vaccination</i>	152
5.3.5. <i>Perspectives</i>	152

Chapitre 3 : Propositions de la Mission

1. Se préparer aux prochaines crises	154
1.1. Préparer les institutions	154
1.1.1. <i>Anticipation</i>	154
1.1.2. <i>Préparation des capacités</i>	154
1.1.3. <i>Prise de décision</i>	156
1.2. Améliorer l'appareil statistique et la capacité de résilience économique	156
1.2.1. <i>Appareil statistique</i>	156
1.2.2. <i>Capacités de résilience</i>	156
1.3. Partager les informations et coordonner les réponses à l'échelle européenne et internationale	157

2. Renforcer la santé publique, l'expertise scientifique et le pilotage de l'offre de soins	158
2.1. Renforcer la santé publique	158
2.1.1. <i>Formation</i>	158
2.1.2. <i>Recherche</i>	158
2.1.3. <i>Veille</i>	159
2.1.4. <i>Acquis de la prévention</i>	160
2.2. Améliorer l'expertise scientifique en santé publique	160
2.2.1. <i>Expertise réactive et indépendante</i>	160
2.2.2. <i>Renforcer Santé Publique France</i>	161
2.2.3. <i>Expertise en matière de risque infectieux</i>	161
2.3. Renforcer le pilotage de l'offre de soins	162
2.3.1. <i>Le pilotage national du secteur de la biologie</i>	162
2.3.2. <i>Organisation territoriale</i>	162
2.3.3. <i>Systèmes d'information</i>	164
2.3.4. <i>Traitement des données</i>	164
3. Organiser un retour d'expérience à l'échelle des institutions et de la société	166
3.1. Impliquer l'ensemble des acteurs publics	166
3.2. Identifier les marges de progrès dans le système sanitaire	166
3.2.1. <i>Etat des lieux des capacités des médecines du travail et scolaire</i>	166
3.2.2. <i>Bilan du système de soins en sortie de crise</i>	167
3.2.3. <i>Données et indicateurs de santé publique</i>	167
3.3. Approfondir l'évaluation de l'impact de la crise sur la situation des personnes, des ménages et des entreprises	168
3.3.1. <i>Impact de la crise sur la population</i>	1688
3.3.2. <i>Impact économique sur les ménages et les entreprises</i>	1688
Liste des propositions	170
Liste des acronymes	175
Graphiques – Encadrés – Tableaux – Annexes	177

INTRODUCTION

La Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, installée en juin dernier à la demande du Président de la République, achève ses travaux en ce mois de mars 2021.

Comme l'y invitait la lettre de mission, la Mission s'est efforcée de procéder à :

- ◆ une évaluation, en comparaison internationale, de l'impact sanitaire, économique et social de la crise traversée par la France depuis le début de l'année 2020 ;
- ◆ une appréciation de la pertinence, de la rapidité et de la proportionnalité de la réponse apportée à la crise au regard des autres réponses nationales ;
- ◆ la formulation de recommandations pour rendre le pays plus réactif et résilient face aux crises sanitaires.

L'objectif de ce rapport est de mettre en lumière les forces et les faiblesses françaises dans la gestion de la crise en comparaison internationale ainsi que d'identifier les éléments structurants du système de santé français qui doivent être améliorés voire transformés. L'objectif n'est donc pas de pointer les responsabilités ni d'établir un classement des pays.

Cette approche tient aux spécificités de la crise que nous traversons :

- ◆ son caractère inédit, qui rend toute comparaison avec un récent épisode épidémique peu pertinente ;
- ◆ le caractère aléatoire du choc initial au premier trimestre 2020, qui a affecté très violemment certains pays et en a quasi-épargné d'autres, y compris sur un même continent et à réponse publique comparable ;
- ◆ son caractère « total » : les mesures qui ont dû être prises pour endiguer l'épidémie ont eu un impact sur presque toutes les dimensions de notre société : soins bien entendu et santé publique y compris hors Covid, mobilité infra et internationale, relations sociales, activité économique, éducation ;
- ◆ la forte incertitude qui continue à caractériser la crise.

Les conclusions de la Mission pourront être mises à la disposition des autorités sanitaires mondiales et en particulier de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), constituant la contribution française au « processus d'évaluation impartial indépendant et complet » de l'action internationale coordonnée par l'OMS face à la pandémie, en vue « d'améliorer les capacités mondiales de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies », acté par la 73^{ème} Assemblée mondiale de la Santé. L'inscription dans cet agenda requiert donc une appréhension par les acteurs internationaux de la situation française, ce que la Mission a souhaité faciliter en remettant son rapport en mars 2021.

Cette Mission s'inscrit en pleine complémentarité des commissions d'enquête et missions d'information parlementaires, mais aussi des travaux menés par les services d'inspection et de contrôle de l'État sur des problématiques plus ponctuelles et dont les conclusions enrichissent les présents travaux.

Ces propos introductifs rendent compte de l'approche adoptée au cours de ses neuf mois de travaux :

- ♦ la Mission a considéré l'épidémie actuelle dans sa contemporanéité, avec des caractéristiques qui lui sont propres, mais aussi pour sa ressemblance aux pandémies du passé. Cette perspective sur l'histoire longue (y compris l'histoire de la médecine) a permis de mesurer les acquis et les manquements des systèmes de gouvernance, de soins, de recherche et de soutien ;
- ♦ la Mission a fait appel à une expertise multidisciplinaire, dans une perspective internationale, présentant les nombreuses questions soulevées par la gestion de la crise.

1. L'analyse de la réponse à la crise Covid-19 s'intègre dans une longue histoire des pandémies

Les épidémies dans l'Histoire

À bien des égards, la pandémie de la Covid-19 succède à une longue série de drames parfois pérennisés dans la mémoire des peuples, par des vestiges monumentaux comme le mur de la Peste dans les monts de Vaucluse ou le *Duomo* de Sienne, resté inachevé depuis la Grande Peste de 1348.

La peste², demeurée dans le vocabulaire comme synonyme de fléau, a massivement décimé les populations humaines à plusieurs reprises depuis l'Antiquité : parmi ses plus célèbres épisodes, on peut noter la peste de Justinien, dans l'Empire byzantin (VII^e siècle) et la peste noire du Moyen Âge au XIV^e siècle. Elle est cependant loin de résumer l'histoire des épidémies. La fièvre jaune, par exemple a, pendant des siècles, pesé sur les relations et le commerce transatlantiques et retardé le percement du canal de Panama (achevé finalement en 1913). Le choléra a connu six pandémies au XIX^e siècle et nous vivons encore à l'heure de la septième pandémie qui a pris pied désormais en Amérique latine. Puis sont arrivées les gripes, longtemps non identifiées, qui n'ont plus désespéré, à partir de la « grippe russe » (un million de morts en 1889-1890), la grippe dite espagnole, à la fin de la Première Guerre mondiale (entre vingt et cent millions de victimes), la « grippe asiatique » (trois à quatre millions de morts entre 1957 et 1958), la « grippe de Hong-Kong » (un million de morts entre l'été 1968 et le printemps 1969), etc. Plus près encore de nous, la grippe H1N1, en 2009-2010, a touché des milliards de personnes et causé la mort de près de 2,6 millions d'entre elles³. Est-il besoin, enfin, de rappeler l'épidémie de SIDA dont les premiers cas ont été identifiés aux États-Unis en 1981 et a fait, à ce jour, près de 40 millions de victimes ?

Ces mortalités considérables, à la fois brutales et prolongées, ont suscité désespoir et panique des populations et des dirigeants. La peur a régulièrement porté aux excès de la chasse aux boucs émissaires, dont l'identité change seulement : les pauvres, les mendiants, les étrangers, les réprouvés, certains groupes minoritaires. Les historiens ont attribué aux pestilences un rôle majeur sur le sort des empires (ex. peste justinienne et essor de l'Islam en Orient) et sur les luttes sociales (ex. émergence d'une classe moyenne accédant à la propriété grâce au dépeuplement médiéval en Occident), etc. Ils signalent aussi les initiatives prises par les pouvoirs publics comme l'enregistrement des décès et les mesures de quarantaine et de surveillance des trafics portuaires initiés, par exemple par les villes de l'Italie au XIV^e siècle.

² Sur la peste, voir notamment Jean-Noël Biraben, *Les hommes et la peste en France et dans les pays méditerranéens*, deux tomes, Paris-La Haye, Mouton, 1975-6

³ Comptabilisation issue du site internet ourworldindata.org au 8 mars 2021

Au lendemain de la deuxième guerre mondiale, l'Organisation mondiale de la santé avait élaboré un plan ambitieux d'éradication systématique des grandes maladies infectieuses endémo-épidémiques. Son succès contre la variole en 1979, longtemps célébré, a fait naître des espoirs presque insensés de disparition des bactéries et des virus pathogènes, parallèlement aux déceptions de l'entreprise d'éradication (tuberculose, paludisme, etc.), ce qui s'est chaque fois avéré plus lent et plus complexe que prévu. Cela s'expliquait en partie par le phénomène de résistance bactérienne aux antibiotiques, identifié dès la découverte de la pénicilline et longtemps estimé négligeable ; il prend aujourd'hui une forme pandémique, silencieusement responsable de quelques millions de décès chaque année dans le monde. Il convient de noter à cet égard l'essor des infections nosocomiales et iatrogènes (i.e. transmises au sein même des hôpitaux et structures de soins) liées à la fois aux résistances microbiennes et à l'apparition de bactéries opportunistes jusque-là hors champ médical, devenues pathogènes chez des malades immunodéprimés. Responsables de plus de 10 millions de décès annuels dans le monde, ces infections ont changé la perception de l'hôpital, reconsidéré comme un lieu dangereux, perception courante durant les siècles passés⁴ mais qui avait disparu devant l'essor de la chirurgie et de la thérapeutique modernes.

Au XXI^{ème} siècle, l'épidémie de SRAS, due à un coronavirus appartenant à une famille de virus connue des vétérinaires (diarrhées des élevages) et aussi des médecins, comme étant responsables de rhumes banaux, est apparue dans la province méridionale du Guangdong en 2002 avec un taux de létalité particulièrement élevé (près de 10%). Elle est cependant restée concentrée en Extrême-Orient (ex. Taiwan, Hong Kong, Vietnam, Corée) ainsi que dans quelques pays par le biais du trafic international (ex. Singapour, Toronto, etc.). Elle a préfiguré ce que pouvait être une catastrophe sanitaire mondiale, finalement évitée. Elle a conduit l'OMS à mettre de nouveau en œuvre des mesures d'isolement et de quarantaine qui paraissaient jusqu'alors obsolètes, et le nombre de décès a plafonné autour de 800. Cette expérience expliquerait la réactivité dont certains pays asiatiques ont fait preuve par la suite devant l'émergence d'un nouveau coronavirus, cousin du précédent. Apparue en 2012 au Moyen-Orient, le MERS-Cov s'est répandu de façon limitée dans une quinzaine de pays, 80% des cas étant recensés en Arabie Saoudite. En 2014, puis en 2018-2019, les épidémies d'Ébola, un autre virus émergent, apparue initialement en 1976 au Zaïre, ont amené l'OMS à déclarer à deux reprises l'état d'urgence sanitaire internationale, bien que n'ayant finalement pas diffusé en dehors de l'Afrique.

Une pandémie singulière

En 2020, après une courte phase d'incertitude sur sa transmission interhumaine, le nouvel agent infectieux a été identifié comme un nouveau coronavirus émergent ; sa grande proximité génétique avec le SARS-CoV de 2002 lui a valu d'être désigné dans la nomenclature internationale comme SARS-CoV-2. Toutefois, il possède des différences notables avec ce dernier, en particulier au niveau de sa protéine S (*spike*, i.e. couronne) qui se fixe sur certains récepteurs cellulaires. Ces différences lui confèrent une plus forte affinité pour les cellules cibles humaines mais aussi une moindre pathogénicité⁵. Il subsiste néanmoins certaines lacunes dans nos connaissances quant aux modalités de la transmission des infections par voies respiratoires⁶, ainsi que sur la nature, l'efficacité et la durée de la réponse immunitaire.

⁴ Anne Hardy (*Epidemic Streets*, 1993) montre au 19^e siècle une dévaluation des logements situés près des hôpitaux.

⁵ <https://virologyj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12985-020-01369-z>

⁶ <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-fluid-060220-113712>

Le virus possède des caractéristiques dont la compréhension est cruciale pour comprendre les mesures nécessaires afin de limiter sa diffusion. Il est fortement contagieux. Le R0 (le nombre de personnes contaminées en moyenne par un individu atteint) est égal à 3 : en l'absence d'intervention, le nombre de malades s'accroîtrait donc de manière exponentielle et risquerait de submerger n'importe quel système de soins.

En deuxième lieu, bien que le virus ne soit que faiblement létal, soit néanmoins 10 fois plus que celui de la grippe saisonnière, le nombre de décès provoqués apparaît important, en particulier chez les sujets les plus âgés ainsi que chez les sujets fragilisés par des « comorbidités » ou pathologies préexistantes. Le choix comme indicateur de gestion de la crise, du seuil dramatique d'un mort quotidien par million d'habitants pour comparer l'épidémie entre les pays (voir ci-après), illustre éloquemment l'ampleur du drame qui s'est déroulé sous nos yeux.

Enfin, à la différence du SRAS, la Covid-19 est contagieux avant les premiers symptômes et le reste de façon plus prolongée que d'autres virus : par ailleurs, les symptômes du virus peuvent être suffisamment discrets pour ne pas attirer l'attention du sujet, renforçant d'autant son pouvoir contaminateur. La proportion de porteurs asymptomatiques s'est en effet avérée importante, même si son impact sur la dynamique de l'épidémie reste débattu⁷.

Comme tous les virus, la Covid-19 opère de nombreuses mutations favorisées par la durée prolongée de l'épidémie, le nombre de personnes atteintes, probablement sous l'effet d'une pression de sélection dans le milieu. Les variants dits « anglais », « sud-africain » ou « brésilien », récemment repérés en raison d'une plus grande contagiosité ou d'un certain degré d'échappement à la réponse immunitaire, viennent ainsi compliquer la lutte contre l'épidémie et soulèvent le problème de l'efficacité des vaccins que les laboratoires ont su développer en un temps record.

À l'échelle des générations actuelles, en raison de la rapidité et de l'ampleur de la propagation du virus sur la planète, la pandémie de Covid-19 représente finalement un phénomène que nous pouvons, à bien des égards, qualifier d'inédit. Dans le même temps, les épidémies anciennes et moins anciennes se superposent en une sorte de palimpseste sans cesse surchargé, où s'entremêlent des motifs récurrents de morts et de souffrances, et aussi des tentatives répétées pour maîtriser l'adversité et survivre. La Covid-19 appartient à cette Histoire.

La décision publique dans un contexte d'incertitudes scientifiques majeures

Dans cette crise, la prise de décision a été confrontée au caractère d'urgence des décisions à prendre à l'intérieur de nos frontières et dans l'espace européen, et à l'incertitude scientifique subsistant sur beaucoup de points.

Après une période d'appréhension jusqu'en janvier 2020, les choses se sont brutalement accélérées ; les propos des témoins et acteurs entendus par la Mission ont fait ressurgir l'agitation et la stupeur initiales. La crise déclenchée par l'émergence du virus en France et dans le monde a déclenché ce qu'il est convenu d'appeler une « crise », caractérisée par une urgence des décisions à prendre dans un contexte d'incertitude scientifique. La Mission s'est efforcée de reconstituer, dans ce climat particulier, les décisions successives des autorités, au regard des connaissances scientifiques actualisées presque jour après jour par le Conseil scientifique Covid-19 créé dans l'urgence le 11 mars 2020. Une crise, par définition, ne donne pas le loisir de longues délibérations ni de longues enquêtes approfondies. C'est une situation de rationalité limitée.

⁷ [Evidence-summary-for-asymptomatic-transmission-of-COVID](#)

En amont des interrogations sur sa gestion qui se poursuit aujourd'hui, la crise actuelle soulève, dès que l'on prend sur elle le recul nécessaire, des interrogations plus amples sur les facteurs incriminés dans son déclenchement. On en impute aujourd'hui l'origine aux transformations des activités humaines, à la multiplication et la rapidité des transports de masse, aux changements intervenus dans les élevages et l'agriculture ou encore aux modifications de la biodiversité. Elle a révélé et aggravé les inégalités sociales en matière de santé et souligné l'absence d'autonomie stratégique dans le secteur sanitaire, illustrée par les difficultés d'approvisionnements en équipements médicaux, principes actifs des thérapies et vaccins.

Un autre phénomène est apparu, qui manifeste la centralité du nouveau virus dans la société de la communication : il s'agit de la diffusion récurrente d'informations d'origine incertaine et de qualité discutable, responsables « d'infodémies ». Par ce néologisme, l'épidémie est devenue par métaphore une façon de désigner l'inondation du public par des nouvelles perturbantes et fantasmagiques, un phénomène doué de significations multiples. Les scientifiques ayant pignon sur rue s'avèrent incapables de rivaliser avec les rumeurs. À cet égard, la Mission insiste logiquement sur l'importance de l'accès large à une science « ouverte » (*open science*), et de son appropriation par les citoyens, en dépit des inégalités d'éducation et de formation. L'existence et la popularité de ces rumeurs disent avant tout quelque chose des frustrations et des déceptions de publics inégalement intégrés à la dynamique de construction d'une démocratie sanitaire. C'est dire l'enjeu que constitue une communication adaptée à tous les publics, inclusive et pédagogique, offrant l'occasion d'un véritable dialogue avec les différentes couches de la population.

Le virus et l'histoire naturelle de la maladie sont de mieux en mieux connus. Les méthodes de prévention de la transmission et de prise en charge médicale sont mieux codifiées. Pour autant, en l'absence de traitement spécifique et dans l'attente de la réalisation d'un programme de vaccination universel, efficace et susceptible de contenir durablement l'épidémie, l'humanité dispose surtout des solutions inventées au cours des siècles : le repérage précoce des patients, suivi de leur isolement, et le respect de gestes de prudence, dits gestes barrières. La maîtrise de l'épidémie repose donc avant tout sur les pouvoirs publics et les citoyens autant que sur les médecins et personnels de santé. Les bons résultats sanitaires obtenus par des pays disposant de systèmes sanitaires inégalement développés témoignent du rôle majeur des interventions non pharmaceutiques inspirées par la santé publique, dont l'effet préventif est lié au mode de transmission de la maladie dans le milieu.

L'épidémiologie et les retours d'expérience

Au XIX^e siècle, l'épidémiologie s'était distinguée en recherchant le défaut dont la correction rapide permettrait de maîtriser l'épidémie, comme l'ablation de la poignée de la pompe à eau de *Broad Street* dans le quartier de Soho par le Dr John Snow, lors d'une épidémie de choléra à Londres en 1854⁸. Technique ancienne, le retour d'expérience s'est massivement développé dans les années 1990 (ex. identifications des causes d'un accident d'avion). Réputée objective, envisageant les responsabilités de chacun sans condamner ni désigner de coupables, elle a avant tout pour but d'améliorer en amont les procédures. Elle s'applique donc en partie à la dissection des mécanismes courants de gestion de la situation sanitaire et des alertes qui l'ont précédée : elle vise en particulier à comprendre comment s'est déroulée l'application de protocoles, en sachant qu'elle ne saurait jamais exclure l'ajustement constant des multiples acteurs du domaine à la conjoncture et aux « évènements ».

⁸ Sheldon Watts, *Epidemics and History*, Yale University Press 1997.

2. Les travaux d'évaluation de la Mission, axés sur une comparaison internationale, se sont appuyés sur des analyses pluridisciplinaires, quantitatives et qualitatives

Le travail d'évaluation s'est attaché à porter une appréciation sur la pertinence, la rapidité et la proportionnalité de la réponse apportée à la crise. Cette démarche implique de définir et de comparer des indicateurs de moyens et de résultats, de bénéficier d'analyses qualitatives de la gestion de crise et de ses répercussions, mais aussi de contextualiser les décisions, en prenant soin de les mettre en regard de l'état des connaissances scientifiques de l'instant, et autant que possible en comparaison internationale.

Une approche pluridisciplinaire

La Mission a tenté d'adopter autant que possible une approche pluridisciplinaire, la plus à même de croiser les points de vue et de rendre compte de la complexité de la crise, qu'il est bien évidemment très difficile d'appréhender dans sa globalité.

La Mission souligne ainsi, lorsque c'est nécessaire, les présupposés de ses méthodologies et les limitations de la comparaison internationale des morbidités et des mortalités, qui mettent parfois sur le même plan des pays à la géographie et à l'histoire très différentes, ne serait-ce que du Nord au Sud de l'Europe. Le présent rapport insiste par exemple sur l'urgence de faire une place dans l'analyse aux populations les plus modestes, lesquelles ont la double caractéristique d'échapper partiellement à une visibilité statistique⁹ et d'avoir particulièrement souffert de la pandémie.

Au-delà de ces travaux, la Mission ne peut qu'appeler au développement d'une recherche pluridisciplinaire en la matière. Dans l'éventualité des futures infections émergentes, il y a lieu de rappeler l'insertion de l'humain dans un monde vivant, qui suggère la nécessité d'établir un « contrat naturel »¹⁰, plus respectueux d'un équilibre dont il reste à préciser les contours. Nous sommes en effet passés d'un monde visant l'éradication systématique des microbes à la recherche d'une quasi-entente, d'un commun avec les êtres vivants dont nous faisons partie. Toutes les préconisations pour la réorganisation de nos structures sanitaires et administratives et la relance de l'économie laissent ainsi une place pour la redéfinition de notre environnement, aux termes d'une expertise encore à venir. Le virus, de même que ses vaccins, s'inscrit durablement dans une histoire humaine qui ne saurait poursuivre son cours sans prendre en compte les microbes comme faisant partie d'eux-mêmes et vivant en symbiose instable à l'intérieur de nos organismes humains.

L'expertise collective de la Mission a fourni un effort considérable pour passer en revue l'ensemble des mesures sanitaires, sociales et économiques prises en relation avec l'émergence de la Covid-19. Ses conclusions soulignent l'urgence d'être, à l'avenir, mieux à même de détecter les signaux d'alerte, notamment grâce à une meilleure coordination des recherches en médecine globale, humaine et vétérinaire, et en sciences humaines et sociales.

Le dialogue au sein de la Mission permet donc non seulement un bilan de l'épidémie et de sa gestion récente, mais aussi le lancement d'une prospective pluridisciplinaire qui se reflète dans les nombreuses recommandations.

⁹ Conclusions des enquêtes EpiCov de l'INSERM sur le nombre des contaminations des travailleurs informels, des migrants en attente de règlement de leur sort, des travailleurs en foyer et, comme on dit usuellement, de toutes les personnes en situation de vulnérabilité.

¹⁰ *Le contrat naturel*, Michel Serres, Flammarion, 1990.

Une perspective internationale

Si la pandémie frappe l'ensemble de la planète, elle le fait comme toujours inégalement suivant les pays, et l'exercice de la comparaison s'est avéré délicat, même si, et c'était d'emblée une limitation problématique, la Mission a concentré ses investigations sur des pays comparables et encore seulement jusqu'à un certain point. Ces dernières années, avant l'arrivée de la Covid-19, les continents en dehors de l'Europe ont souffert de la violence d'affections bactériennes anciennement connues, comme le choléra en Haïti (2001-2010) ou la peste à Madagascar (2017), et bien sûr des viroses d'apparition récente comme Ébola et Zika.

La Mission a été conduite à évaluer le positionnement de la France au terme d'un examen nourri par des statistiques démographiques internationales, minutieusement établies mais qui ne rendent pas compte de la situation dans son ensemble. Cette comparaison souffre évidemment de la disparité, même au sein de l'Europe, des institutions de la santé et des organes de prévision et d'anticipation, ainsi que de la variété des contextes sociaux et culturels.

La comparaison établie minutieusement par les experts se déploie avec une égale importance et sophistication dans le domaine de l'économie internationale, détaillant et évaluant les mesures hétérogènes prises par les différents États pour lutter contre le recul de l'activité, dont les effets se fondent sur des choix économiques antérieurs à l'épidémie.

Malgré les nombreux échanges internationaux avec les administrations et missions semblables d'évaluation, la dimension de comparaison internationale ne pouvait être esquissée que dans ses grandes lignes. Elle a fait une place prépondérante à la comparaison avec les voisins les plus proches en particulier l'Allemagne, dans l'espoir d'une gestion de la santé mieux coordonnée et mieux harmonisée à une échelle internationale. Elle s'est forgée la conviction que les réflexes souverainistes, réapparus avec la détresse voire la panique déclenchée par l'épidémie sont peu adaptés à une gestion efficace de crise, et que la coordination doit refléter le débat démocratique sur ces questions au sein des peuples et entre eux.

La variété des expériences nationales a été difficile à prendre pleinement en compte : en particulier, les leçons à tirer de l'épidémie en Chine et dans certains pays asiatiques comme la Corée ou le Viêt-Nam qui ont apparemment contrôlé rapidement l'épidémie. La leçon serait encore plus incertaine dans d'autres pays d'Asie, tels que le Laos où l'information sanitaire est limitée, ou la Syrie et l'Afghanistan où il est très difficile de discerner la part de l'épidémie parmi les ravages de la guerre. Pour différentes qu'elles soient de la nôtre, ces situations entrent en résonance avec elle dans un rapport particulier avec la mort, le désordre moral et la perte de repères des citoyens, engendrés par l'épidémie. C'est, il est vrai, la grande leçon de l'Histoire, administrée par un Thucydide lors de la « peste d'Athènes » survenant pendant la guerre d'Athènes avec ses voisins, dont l'évocation apparaît rituellement dans tout retour historique sur la pandémie contemporaine liée à la Covid.

A des fins de comparaison internationale, la mission a étudié les indicateurs à l'échelon des pays sans entrer dans les spécificités territoriales de chaque nation. De ce fait, pour la France, le présent travail ne contient pas de développements spécifiques relatifs aux départements, régions et territoires d'outre-mer. La Mission considère pourtant que, du fait de leurs particularités géographique et socio-démographiques, une analyse approfondie de la situation et de la gestion de crise dans ces territoires serait importante et éclairante.

Une analyse qualitative de la gestion de crise

Afin de croiser les expériences, la Mission a réalisé plus de deux cents auditions et consultations écrites de personnalités :

- ◆ du monde de la santé : professionnels de santé médicaux et paramédicaux ; chercheurs ; représentants des usagers ; fédérations et organisations professionnelles du monde public et privé ;
- ◆ du monde économique : chefs de petites et grandes entreprises nationales et internationales, financières et non financières ; représentants des fédérations et organisations professionnelles ; experts administratifs et académiques ;
- ◆ de la sphère sociale : dirigeants d'associations et fédérations d'associations, travailleurs sociaux (en particulier en Seine-Saint-Denis) ;
- ◆ de la sphère publique : cabinets ministériels ; administrations et opérateurs de l'Etat ; collectivités territoriales ;
- ◆ de la sphère internationale : réseau diplomatique, missions homologues étrangères ; ministères internationaux ; organisations européennes et internationales.

La Mission s'est également appuyée sur les documents communiqués par les administrations françaises et internationales, les travaux académiques existants, en France et à l'international, pour appréhender autant que possible les différentes dimensions de la gestion de crise. Cette comparaison a nécessité d'évaluer le niveau de préparation au risque pandémique, par une évaluation spécifique de certains plans pandémie, en particulier ceux concernant la grippe, qui sont apparus comme les plus élaborés. Une dizaine de plans d'États ont ainsi été analysés par la Mission¹¹.

Une analyse quantitative d'indicateurs de l'impact sanitaire de la pandémie

La diversité des pays, de leur situation pré-crise, du choc initial subi, rend bien entendu toute comparaison internationale délicate. Cette dernière s'avère pourtant nécessaire, autant pour mieux appréhender le virus que pour tirer parti des réussites des autres pays.

La Mission a constitué et exploité une base de données visant à comparer les résultats français à ceux d'un large panel de pays. Comparer l'impact sanitaire s'est néanmoins heurté à plusieurs difficultés : la mortalité est le seul paramètre réellement comparable ; chaque pays (i) n'a pas été frappé par le même choc pandémique initial ; (ii) n'est pas au même stade de l'épidémie au moment de l'évaluation ; (iii) n'utilise pas nécessairement la même méthodologie de comptabilisation des décès. Les données disponibles en matière de mortalité globale, secondaire et attribuable, ont ainsi dû être appréciées en tenant compte de ces différents facteurs. La constitution de cette base de données internationales a nécessité une revue des sources en *open data* avec l'analyse critique de leur qualité, de leur exhaustivité et de leur aptitude à permettre une comparaison la plus large possible entre pays. La Mission a par ailleurs développé des indicateurs qui lui sont propres pour mieux mettre en perspective le contexte, l'impact et l'évolution temporelle de la pandémie dans les différents pays. La sélection finale des pays présentée a privilégié la zone d'intérêt européenne mais a inclus les pays et zones du monde où la dynamique particulière de l'épidémie est source d'enseignements pour le futur.

¹¹ Ces travaux s'appuient sur des indicateurs issus des recommandations formulées par l'OMS ou du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (*European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC*) dans des guides d'aide à la rédaction ou révision de plans pandémie.

La Mission s'est également appuyée sur des données économiques internationales, notamment issues de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), pour mettre en regard l'impact sanitaire et économique de la crise, ou encore l'impact différencié sur la circulation du virus, la mobilité des personnes, l'activité économique, des mesures prises pour endiguer l'épidémie.

Une analyse des relations entre données sanitaires et économiques

Pour rapprocher et mettre en regard les dimensions sanitaire et économique de la crise, la Mission a procédé en trois temps.

Tout d'abord, elle a évalué l'impact des conditions socio-économiques préexistantes sur la prévalence du virus et les taux de mortalité observés. Ici ont été prises en compte les catégories socio-professionnelles, les conditions de vie et de travail, la densité géographique, l'accès aux soins de santé, l'âge et le niveau d'éducation.

Ensuite, les conséquences de la crise sanitaire, les mesures de restriction de mobilité y compris le confinement, sur l'économie et la société ont été évaluées. La Mission a analysé l'impact de l'arrêt d'une partie de l'activité économique sur les variables mesurant l'activité économique comme l'évolution de la production, de l'investissement, des échanges commerciaux et de la consommation. L'évolution des revenus, la détérioration du marché du travail et les effets distributionnels ont été analysés pour la France et en comparaison avec les pays les plus similaires économiquement et ses principaux partenaires.

Enfin, les effets des politiques économiques mises en œuvre pour atténuer les impacts économiques de la crise sanitaire ont été analysés. Les effets sur l'activité économique et sociale des fermetures de frontières et des mesures de restriction de mobilité entre pays ont été appréciés.

Une analyse sociologique des conséquences de la crise

L'événement de la Covid-19 a provoqué une crise sociale et sanitaire et a amené les gouvernements à prendre des décisions aux conséquences majeures sur la vie de la population. En particulier, le confinement et la fermeture d'une grande partie des activités productives, de l'administration et des écoles lors de la première vague, ont entraîné une discontinuité radicale des conditions de la vie quotidienne, avec pour conséquence le risque de creusement des inégalités et des situations de précarité qui avaient été déjà mises en exergue par les mouvements sociaux des dernières années. D'ailleurs, le déconfinement, avec ses normes et incertitudes, est loin d'avoir signifié un retour à la condition d'avant le confinement.

Les différentes catégories de populations ne se présentent pas de la même façon au risque d'exposition au virus Covid-19. Quand l'épidémie se déclenche, les individus ne sont pas davantage identiques face au risque de maladie grave et de décès. Enfin, les répercussions du confinement sur le travail, les conditions de vie, l'accès aux soins ont pu être ressentis inégalement selon les catégories de population (âge, genre, milieu social, lieu de résidence).

La Mission a donc également tenté, par une approche sociologique, de rendre compte d'une partie de l'expérience sociale des politiques du Covid-19 : à partir de l'analyse du vécu de différentes catégories de personnes, des compétences mises en jeu, des réponses citoyennes et de la « communication » au sens large, c'est-à-dire la circulation unilatérale de haut en bas des informations et des consignes et la remontée des problèmes en direction des autorités publiques.

Compte tenu des contraintes temporelles et matérielles, la démarche s'est appuyée sur la réalisation d'entretiens avec des observateurs privilégiés en contact avec des individus pendant le confinement à travers une relation de service. Elle est partie des institutions intermédiaires (ex. services sociaux et sanitaires, écoles, syndicats, associations, etc.), des réseaux de solidarité et des personnes engagées dans ces cadres. Les travaux ont visé à proposer un panorama suggestif, grâce à un panel d'interlocuteurs permettant d'identifier les grandes lignes du vécu des personnes les plus en détresse et de la réponse sociale, en tenant compte de la brièveté des délais.

L'approche sectorielle a intéressé quatre domaines – l'école, les systèmes de santé et de protection sociale, les lieux de travail – en ciblant dans chaque milieu des interlocuteurs privilégiés qui ont été en contact avec un public diversifié : soignants, enseignants, travailleurs sociaux, représentants des organisations professionnelles et syndicales notamment. La Mission propose une granularité plus fine, qui permet une évaluation des réalités du terrain et des déclinaisons concrètes de l'action gouvernementale.

Par ailleurs, des entretiens ont été effectués selon une approche territoriale en Seine-Saint-Denis, que l'on peut à bien des égards considérer comme représentatif d'un territoire défavorisé, où la mortalité et la morbidité ont été très élevées, en dépit du fait que la population y est très jeune, afin de faire ressortir les demandes et les besoins des quartiers défavorisés. Dans ce deuxième cas, les interlocuteurs ont principalement été les représentants des collectivités territoriales, des associations locales et des collectifs citoyens. Ce volet permet d'analyser l'expérience sociale dans un contexte de précarité sociale, sanitaire et administrative, mais aussi de documenter des initiatives citoyennes qui visent à pallier les faiblesses de l'intervention publique.

Cette double approche a visé à appréhender au mieux les conséquences négatives des mesures sanitaires et économiques sur la vie quotidienne des populations plus fragiles et à identifier les mécanismes de solidarité qui se sont développés de façon innovante pour remédier aux difficultés vécues par les citoyens. Elle a permis de faire émerger des problèmes spécifiques à des secteurs ou à des acteurs locaux.

L'analyse de l'expérience sociale de la crise a également permis d'aborder indirectement la question de la confiance dans les institutions politiques et techniques, de la communication et de l'écoute de la part des institutions, de l'appropriation de l'expertise par les citoyens, des débats autour des problèmes de la vie quotidienne.

CHAPITRE 1 :

L'IMPACT DE LA CRISE COVID-19 : SITUATION DE LA FRANCE EN COMPARAISON INTERNATIONALE

Précisions méthodologiques

Comme souhaité par la lettre de mission, la Mission s'est d'abord efforcée de conduire une analyse comparée au niveau international de la situation sanitaire et socio-économique de la France en 2020 dans la crise de la Covid-19. Cette analyse se trouve contrainte par le fait que l'épidémie est toujours en cours et que de nombreuses données des mois les plus récents ne sont pas encore disponibles. Elle doit donc être prise avec prudence et est notamment soumise aux **quatre réserves** ci-dessous :

- 1. La Mission effectue une analyse comparée et non pas un classement qui hiérarchiserait les performances des différents pays.** Les pays retenus pour la comparaison sont essentiellement les pays européens de plus de 5 millions d'habitants, les États-Unis et une sélection de pays « modèles » dans la gestion de crise de la zone Asie-Pacifique (cf. annexe 1). En matière économique, les pays considérés sont quasi-systématiquement les plus comparables avec la France, à savoir l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Italie et l'Espagne, et plus ponctuellement les pays de l'OCDE. Dans les différents pays, le virus n'a pas commencé à circuler au même moment et n'a souvent pas circulé à la même vitesse. L'intensité initiale de la crise dans les pays, le facteur géographique, l'aléa jouent donc un rôle trop important et trop difficile à isoler par rapport aux réponses apportées, pour se risquer à un classement des pays.
- 2. En matière sanitaire comme économique, la Mission a privilégié les données les plus solides et permettant une comparaison internationale la plus robuste possible.** La plupart des analyses se fondent donc sur des données qui s'arrêtent au 31 décembre 2020, avec des exceptions (données au 31/12/2020 non disponibles). Les données sanitaires distinguent la première période (du 1^{er} janvier 2020 au 31 août 2020) de la deuxième (du 1^{er} septembre 2020 au 31 décembre 2020). Cependant, compte tenu des évolutions de la situation sanitaire, la Mission s'est également attachée à présenter les données les plus récentes, même si celles-ci sont moins robustes.
- 3. En matière sanitaire, la Mission a eu recours à plusieurs indicateurs concentrés sur la mortalité. Cette mesure n'épuise pas, bien évidemment, l'impact sanitaire de la crise** (direct ou indirect), mais s'avère la plus comparable entre les pays. Pour que les comparaisons soient pertinentes, la Mission a eu recours autant que possible à l'excès de mortalité (surcroît de mortalité observé sur une semaine par rapport à la moyenne de la mortalité à ce même moment de l'année pour les cinq années précédentes, cf. annexe 1). Cet indicateur, même s'il ne mesure pas que la mortalité strictement attribuable au virus, apparaît plus robuste que les cas déclarés (qui dépendent de l'intensité des tests et dépistages) et des décès attribuables au virus déclarés par les États (différentes comptabilisations, remontées d'informations variables).
- 4. En matière socio-économique, les effets économiques sont appréciés sur les mêmes périodes,** à l'aide d'indicateurs usuels (PIB, emplois) mais aussi à l'aide d'une analyse reliant la chute de production aux mesures de restrictions, en comparaison avec les pays avancés de l'OCDE. Les impacts sociaux sont évalués autant que possible étant donné le manque de données dans ce domaine. De plus, les impacts de la crise vont croître avec la durée de l'épidémie et se feront sentir au cours des mois ou années qui suivront la crise.

1. La France, qui a subi une très forte première vague, enregistre début mars 2021 un bilan très lourd qui la place en position intermédiaire parmi les 33 pays les plus affectés dans le monde

1.1. La France enregistre un lourd bilan sanitaire, comme les autres pays très affectés par le virus

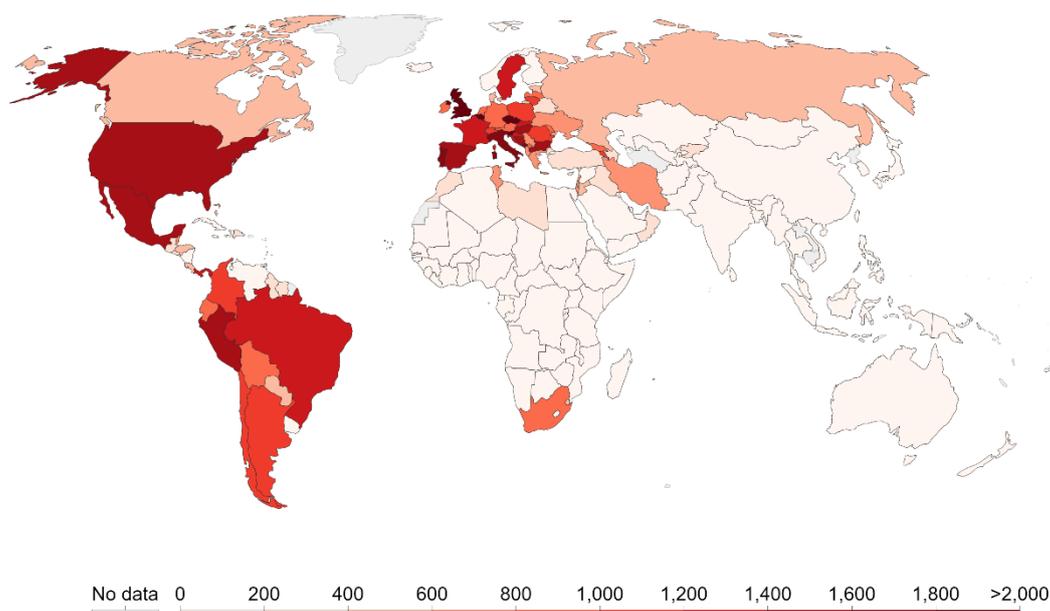
Le virus Covid-19 a d'ores et déjà eu un impact sanitaire mondial considérable. Au début du mois de mars 2021, environ 115 millions de cas d'infection par le virus avaient été détectés¹² dans le monde, dont 34 millions en Europe, 28 millions aux États-Unis, 24 millions en Asie et 18 millions en Amérique du Sud. En proportion de leur population, les trois régions les plus touchées sont ainsi les États-Unis (86 000 cas par million d'habitants), l'Europe (46 000 – France : 58 000) et l'Amérique du Sud (42 000), loin au-dessus de l'incidence globale mondiale (15 000).

Cette situation s'est traduite par un très lourd bilan en termes de mortalité – la variable la plus comparable entre les pays, mais qui ne représente qu'une partie de l'impact sanitaire – avec environ 2,5 millions de décès dans le monde en mars 2021. Sur les 179 pays considérés, trois groupes peuvent être schématiquement distingués en fonction de l'importance des décès liés au virus (nombre de décès attribuables au virus par million d'habitants, cf. Graphique 5 et annexe 1 pour le détail de l'ensemble des pays) :

- ♦ **les pays « peu ou pas affectés »**, qui regroupent la grande majorité des pays du monde (120 pays sur 179 entre 0 et 500 décès par million d'habitants) : c'est le cas de presque tous les pays en Asie, en Afrique et en Océanie et de rares pays du nord de l'Europe ;
- ♦ **les pays « affectés »** (26 pays sur 179, entre 500 et 1 000 décès par million d'habitants) : c'est le cas essentiellement de pays du nord ou de l'est de l'Europe comme l'Allemagne (841), de certains pays d'Amérique centrale, de l'Afrique du Sud ;
- ♦ **les pays « très affectés »** (33 pays sur 179, plus de 1 000 décès par million d'habitants et jusqu'à 2 000 décès), essentiellement des pays européens, les États-Unis et plusieurs pays sud-américains. Dans ce dernier groupe, la moyenne se situe au 1^{er} mars à 1 432 décès par million d'habitants, mais il se dégage à ce stade des pays extrêmement affectés comme la République tchèque (1 911), la Belgique (1 907), ou le Royaume-Uni (1 660).

¹² Johns Hopkins University, données au 1^{er} mars 2021. Le nombre de cas réels est très sous-estimé puisqu'il ne s'agit que des cas confirmés sur la base des tests effectués.

Graphique 5 : Mortalité cumulée par million d'habitants



Source : Johns Hopkins University, données au 1^{er} mars 2021. Nombre de décès cumulés dans chaque pays depuis février 2020. Il s'agit de décès déclarés Covid, ce qui crée nécessairement un biais (possibles décès non identifiés ou *a contrario* décès indûment attribués au virus).

Pour le moment, **la France se situe en position intermédiaire dans ce groupe de pays très affectés**. Elle avait enregistré 3,8 millions de cas confirmés le 1^{er} mars 2021 et plus de 300 000 hospitalisations. Enfin, avec 87 000 décès soit 1 332 décès par million d'habitants¹³, elle se situe nettement au-dessus de la moyenne de l'Europe (1 092 décès par million), même si la situation du continent s'avère extrêmement variable, de 135 décès par million en Finlande à plus de 1 900 en République tchèque.

Ce choc considérable en comparaison internationale constitue aussi un choc majeur en regard des précédentes épidémies que la France a connues.

Tableau 1 : Décès des principales épidémies et canicules depuis le début du XX^{ème} siècle

	Année(s)	Nombre de décès estimés en France	Nombre de décès estimés par million d'habitants (estimation)
Epidémie de grippe espagnole	1917-1918	200 000 à 400 000**	Au moins 5000
Epidémie de grippe italienne	1948-1949	12 000 à 60 000*	Environ 293 à 1466
Epidémie de grippe asiatique	1957-1958	20 000	Environ 451
Epidémie de grippe de Hong-Kong	1968-1969	31 000	Environ 610
Canicule de 2003	2003	15 000	Environ 242
Epidémie de grippe de 2016-2017	2016-2017	14 400	Environ 215
Epidémie de Covid-19	2020-fev.2021	>80 000**	1 212

Source : Insee, 2021. Le nombre de décès par million d'habitants est calculé à partir du nombre d'habitants l'année considérée (source : Insee). Pour les données marquées par * ou **, une très forte incertitude existe.

¹³ Données au 7 février 2021.

1.2. Ce bilan agrégé doit être décomposé en deux périodes : un choc initial concentré sur quelques pays et qui explique fin février l'essentiel des écarts ; puis une deuxième vague beaucoup plus répandue et uniforme

L'ensemble des données et analyses présentées ci-dessous doivent être considérées avec prudence, du fait de la consolidation des données toujours en cours et surtout du fait que la deuxième vague épidémique ne semble pas à son terme.

Le choc initial, qui a déclenché la première vague épidémique dans les pays européens à la fin du premier trimestre de l'année 2020, a été asymétrique. Ce choc a été contenu en Asie, faisant très peu de décès, mais il a affecté beaucoup plus fortement l'Europe et l'Amérique.

Au sein même de l'Europe, les différences ont été particulièrement marquées (cf. Tableau 2¹⁴) : plusieurs pays de l'est ou du nord de l'Europe n'ont quasiment pas subi d'excès de mortalité ; des pays comme l'Allemagne ou l'Autriche ont souffert d'un excès de mortalité de l'ordre de 10 à 20 décès par million d'habitants ; la France a, quant à elle, subi un impact plus de deux fois supérieur (42), mais lui-même deux fois inférieur aux décès au Royaume-Uni (de l'ordre de 80 pour 100 000) ou en Espagne (plus de 100).

Tableau 2 : Excès de mortalité pendant la première vague épidémique

Pays	Excès de mortalité	Excès de mortalité pour 100 000 habitants
Nouvelle-Zélande	-376	-8
Norvège	-260	-5
Danemark	-113	-2
République tchèque	892	8
Allemagne	7 221	9
Suisse	1 130	13
Autriche	1 588	18
Finlande	1 051	19
Pologne	7 270	19
France	27 552	42
Suède	4 357	43
Pays-Bas	9 323	54
Portugal	5 688	56
Belgique	8 347	72
Italie	50 249	83
Royaume-Uni	59 854	88
États Unis	318 783	96
Espagne	50 837	109

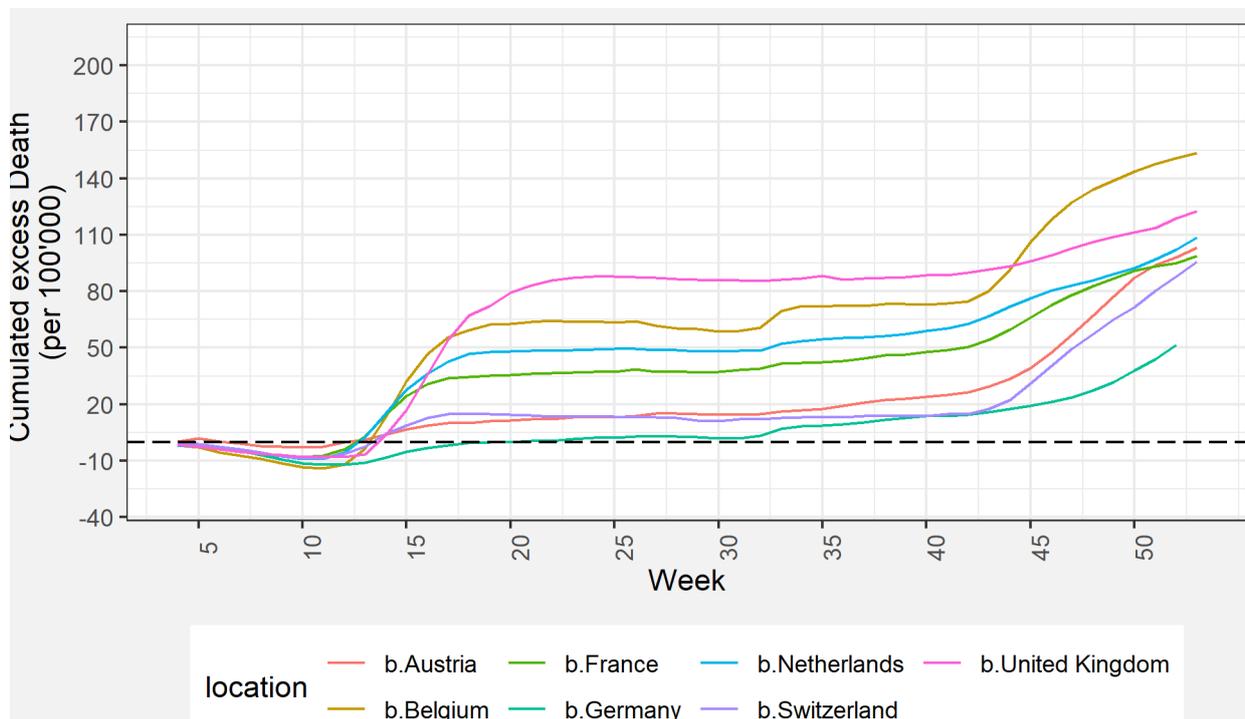
Source : Travaux de la Mission. La première vague couvre la période du 31/12/2019 au 31/08/2020. Données de la Human Mortality Database.

¹⁴ Ce positionnement de la France, en particulier par rapport à l'Allemagne, peut être relativisé du fait que l'excès de mortalité prend pour référence les cinq années précédentes : or, en la matière, l'Allemagne par exemple (i) ne fait pas l'objet de données dans la base examinée pour les années 2015 et 2016, comme l'Italie, et (ii) a subi un épisode de grippe particulièrement sévère en 2018 qui hausse mécaniquement la mortalité attendue en 2020 et donc diminue l'excès de mortalité observée (cf. annexe 1).

Un constat analogue peut être dressé une fois que les structures d'âge des différents pays sont prises en compte (qui ont un impact sur la mortalité du fait de la plus grande vulnérabilité des personnes âgées au virus – cf. annexe 1).

Lors de la deuxième période, à partir de septembre 2020, le virus a affecté beaucoup plus uniformément les différents pays européens. Ainsi, à la fin de l'année 2020, l'écart de mortalité entre la France et les pays européens moins affectés par le virus provenait essentiellement de la première vague épidémique. Ce constat s'illustre dans le Graphique ci-dessous, qui montre que l'essentiel de l'écart en excès de mortalité par million d'habitants entre la France et l'Allemagne, par exemple, provient du différentiel dû au choc initial et que cet écart est resté constant depuis mai 2020.

Graphique 6 : Evolution de l'excès de mortalité cumulé, en décès pour 100 000 habitants

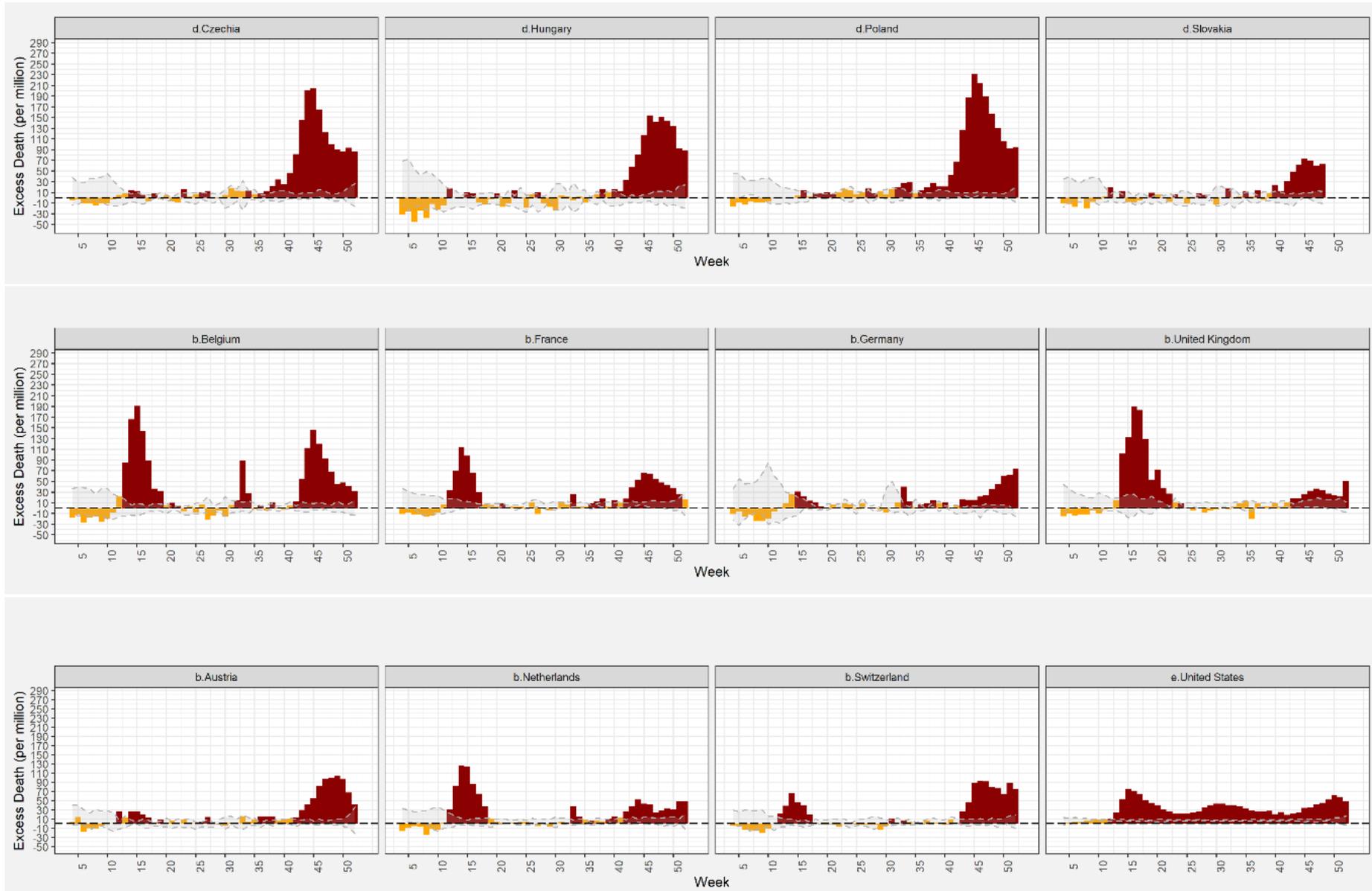


Source : Travaux de la Mission. Cf. annexe 1. Données de la Human Mortality Database.

On peut, en particulier, au 31 décembre 2020, différencier plusieurs cas de figure en Europe (cf. Graphique) :

- ♦ des pays qui ont connu une première vague et une deuxième vague fortes, comme c'est le cas de la France, de l'Italie, de l'Espagne, du Royaume-Uni notamment déjà parmi les plus affectés lors de la première vague, leur position relative ne change pas (même si les écarts de mortalité par habitant se réduisent) ;
- ♦ des pays quasiment épargnés en première période, qui ont subi une vague épidémique sans équivalent à partir de l'automne 2020 : c'est le cas des pays d'Europe de l'Est comme la Slovaquie, la Hongrie, la République tchèque ou la Pologne ; ces pays se retrouvent *in fine* le groupe des pays « très affectés » ;
- ♦ des pays qui ont connu une première vague relativement faible, et une deuxième vague plus importante mais dans la moyenne, comme l'Allemagne, l'Autriche, la Suisse : ces pays se retrouvent dans le groupe des « pays affectés ».

Graphique 7 : Les deux vagues épidémiques mesurées en excès de mortalité



Source : Travaux de la Mission. Données : Human Mortality Database.

La France a ainsi traversé une deuxième période épidémique d'une durée et d'une intensité proches de nombreux pays, alors qu'elle avait été confrontée initialement à un choc épidémique beaucoup plus fort que la plupart des pays européens.

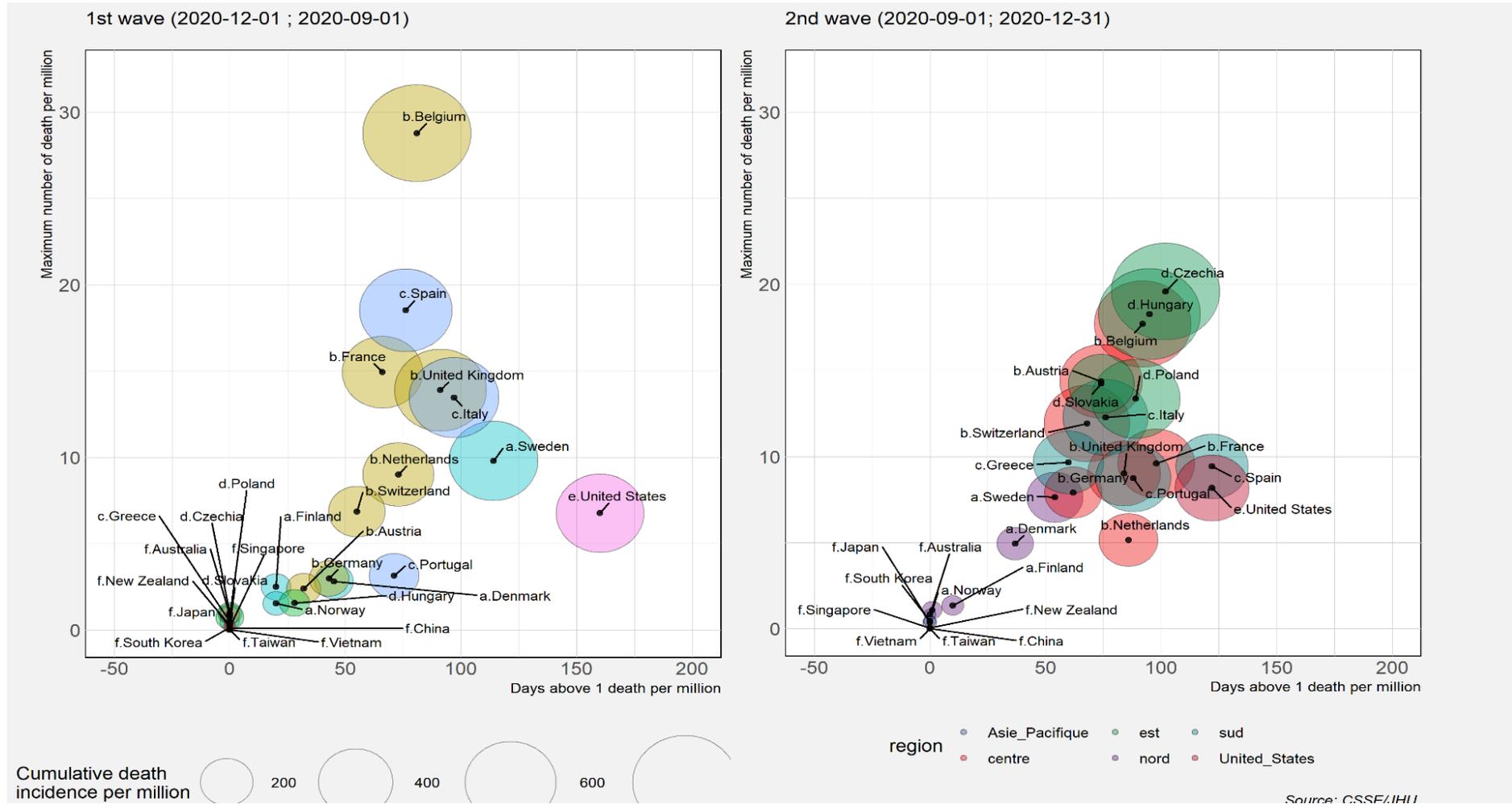
L'examen de l'ensemble de l'année 2020 montre que lors de la première vague, la France a fait face à une « phase aigüe de circulation du virus » (définie ici comme le nombre de jours au-dessus de 1 décès par million d'habitants) ainsi qu'à un pic épidémique (nombre de décès maximal au pic de la vague) parmi les plus longues du monde – cette situation reflétant l'absence de première vague dans plusieurs pays européens mais aussi la gestion de l'épidémie par les autorités (cf. *infra*).

La deuxième vague place la France dans une position beaucoup plus médiane, autant en termes de jours passés au-dessus d'1 décès par million que de nombre maximal de décès par jour, ce qui traduit cette fois la diffusion relativement uniforme du virus et les réponses apportées (cf. Graphique).

A la date de fin février 2021, les pays qui ont été fortement affectés par le choc initial présentent donc un bilan moins favorable en termes de mortalité – un écart essentiellement causé par la dimension asymétrique de ce choc, la deuxième période courant depuis septembre venant progressivement lisser cet écart.

Ces données ne prennent pas en compte le début de l'année 2021, qui a notamment conduit à une circulation très importante d'un variant du virus au Royaume-Uni notamment (jusqu'à 30 décès par million d'habitants par jour) et dans les autres pays européens. L'impact sanitaire en France, autant dans l'absolu qu'en comparaison internationale, devrait ainsi évoluer très sensiblement.

Graphique 8 : Intensité de la crise dans chaque pays, en première et deuxième période



Source : Travaux de la Mission sur données de la JHU, année 2020.

Lecture : Plus un pays se situe à droite du graphique, plus la phase aigüe de la crise (nombre de jours au-dessus d'un décès par million d'habitants) a été longue ; plus un pays se situe en haut du graphique, plus le pic épidémique (nombre quotidien de décès par million d'habitants le jour le plus intense) a été élevé. La taille du cercle renvoie au nombre de décès cumulés par million d'habitants.

2. Comme dans la plupart des pays très affectés par le virus, la crise a eu un impact sanitaire direct et indirect massif sur toute la population, avec un fort gradient social

2.1. La Covid-19 aurait déjà infecté au moins 17% de la population française, avec de potentielles séquelles en cours de documentation

Alors que les cas confirmés représentent environ 5% de la population française (8,1% aux États-Unis, 5,7% au Royaume-Uni et 2,7% en Allemagne), les premières estimations de l'Institut Pasteur évaluent le nombre réel de personnes infectées à 17% de la population française¹⁵.

L'effet du virus sur les individus s'est révélé particulièrement variable, de l'absence de symptômes à des formes très graves entraînant le décès.

Les symptômes du SARS-Covid sont, pour la plupart, extrêmement aspécifiques, mimant par exemple un rhume ou une grippe banale. Cette caractéristique de la maladie incite tant les patients que les agents de santé à banaliser la situation, ce qui rend la détection des cas d'autant plus difficile et facilite la transmission, et donc les clusters. Par ailleurs, la maladie est contagieuse avant le début des symptômes, ce qui facilite sa propagation.

L'infection par ce virus entraîne, dans 20 à 30% des cas, des conséquences nombreuses pour les patients pourtant guéris. Il a donné lieu à des formes graves et en particulier de très nombreuses hospitalisations (près de 10% des cas confirmés en France depuis le début de l'épidémie, soit 300 000 personnes¹⁶), qui peuvent impliquer des séquelles pour les patients – en particulier après un passage dans un service de réanimation.

¹⁵ Cf. par exemple Institut Pasteur, proportion des personnes infectées par la Covid-19, février 2021.

¹⁶ SPF, 8 février 2021, indique un nombre d'environ 300 000 hospitalisations pour 3,3 millions de cas confirmés.

Encadré 1 : Le « covid long »

Le « Covid long »¹⁷ (ou PASC « Post-Acute Sequelae of COVID-19 »¹⁸, ou encore le Post-COVID-19 condition¹⁹) décrit les symptômes persistants à la suite d'une infection au SARS-CoV-2. Ces symptômes, qui par définition persistent au-delà de quatre semaines de l'infection, touchent entre 20 à 33%²⁰ des patients à 5 ou 6 semaines de la maladie, et environ 10% des patients à 12 semaines de la maladie²¹. Certaines études à 6 mois de l'infection mettent aussi en évidence une prévalence de symptômes chez 76% des personnes post-hospitalisation, et 33% des personnes traitées en soins ambulatoires²².

La fatigue, l'essoufflement, les céphalées, les troubles de la concentration, l'insomnie, la perte de goût et de l'odorat sont tous des symptômes persistants du COVID long et ont un impact significatif sur la qualité de vie²³, la reprise du travail, en plus des symptômes d'anxiété et de dépression qui peuvent être déclenchés par l'infection ou par la présence de symptômes sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

À ce jour, il est très important de reconnaître les symptômes du COVID long, d'être à l'écoute active des personnes qui en souffrent et d'essayer d'identifier les facteurs de risque en lien avec la persistance des symptômes. Il est nécessaire d'organiser l'offre de soins au niveau territorial pour prendre en charge ces patients dans un cadre multidisciplinaire, incluant en particulier²⁴ :

- ◆ des capacités de rééducation (rééducation respiratoire en cas de syndrome d'hyperventilation, rééducation olfactive en cas de troubles de l'odorat persistants ou réentraînement à l'effort) ;
- ◆ des capacités d'exploration de troubles anxieux et dépressifs, des troubles fonctionnels et la proposition d'un soutien psychologique.

Enfin, les questions scientifiques qui persistent concernant les aspects épidémiologiques, physiopathologiques et thérapeutiques doivent faire l'objet de travaux de recherche financés.

¹⁷ Nabavi N. Long covid: *How to define it and how to manage it*. BMJ. 2020 Sep 7.

¹⁸ National Institute of Health. NIH launches initiative to study "Long COVID", [Long-covid](#)

¹⁹ World Health Organization Update 3 in relation to the COVID-19. [Internet]. [cited 2021 Feb 11]; Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icd/covid-19/update-3-in-relation-to-the-covid-19_en.pdf?sfvrsn=2ac67589_3

²⁰ <https://www.ons.gov.uk/news/statementsandletters/theprevalenceoflongcovidssymptomsandcovid19complications>

²¹ Office of National Statistics The prevalence of long COVID symptoms and COVID-19 complications [Internet]. [cited 2021 Mar 3]; Available

from: <https://www.ons.gov.uk/news/statementsandletters/theprevalenceoflongcovidssymptomsandcovid19complications>

²² Logue JK, Franko NM, McCulloch DJ, McDonald D, Magedson A, Wolf CR, Chu HY. Sequelae in Adults at 6 Months After COVID-19 Infection.

²³ Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, et al. Characterizing Long COVID in an International Cohort: 7 Months of Symptoms and Their Impact. medRxiv 2020;2020.12.24.20248802

²⁴ Cf. Haute autorité de santé, Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte - Diagnostic et prise en charge, 12 février 2021.

Dans tous les pays affectés, les personnes les plus âgées ont été les victimes les plus nombreuses du virus (cf. Graphique).

Mesurés en excès de mortalité, les décès ont concerné uniquement les personnes de plus de 65 ans, et très majoritairement les plus de 85 ans :

- ◆ l'excès de mortalité des plus de 85 ans, considérable, présente des écarts conséquents largement liés à l'intensité de la pandémie dans les différents pays (« excès négatif » en Norvège versus 1 106 décès pour 100 000 habitants en Allemagne versus 1 861 aux États-Unis) ;
- ◆ cependant, des pays à l'impact sanitaire analogue présentent des excès de mortalité nettement différents pour les plus de 85 ans. Ainsi, par rapport à l'Espagne (2 887 décès pour 100 000 habitants chez les plus de 85 ans) et encore plus par rapport à la Pologne (3 829), la France (1 943) semble avoir réussi à contenir l'impact de la crise sanitaire sur les plus de 85 ans, même si d'autres pays beaucoup plus affectés (Royaume-Uni, États-Unis) présentent des excès de mortalité pour les plus de 85 ans du même ordre de grandeur.

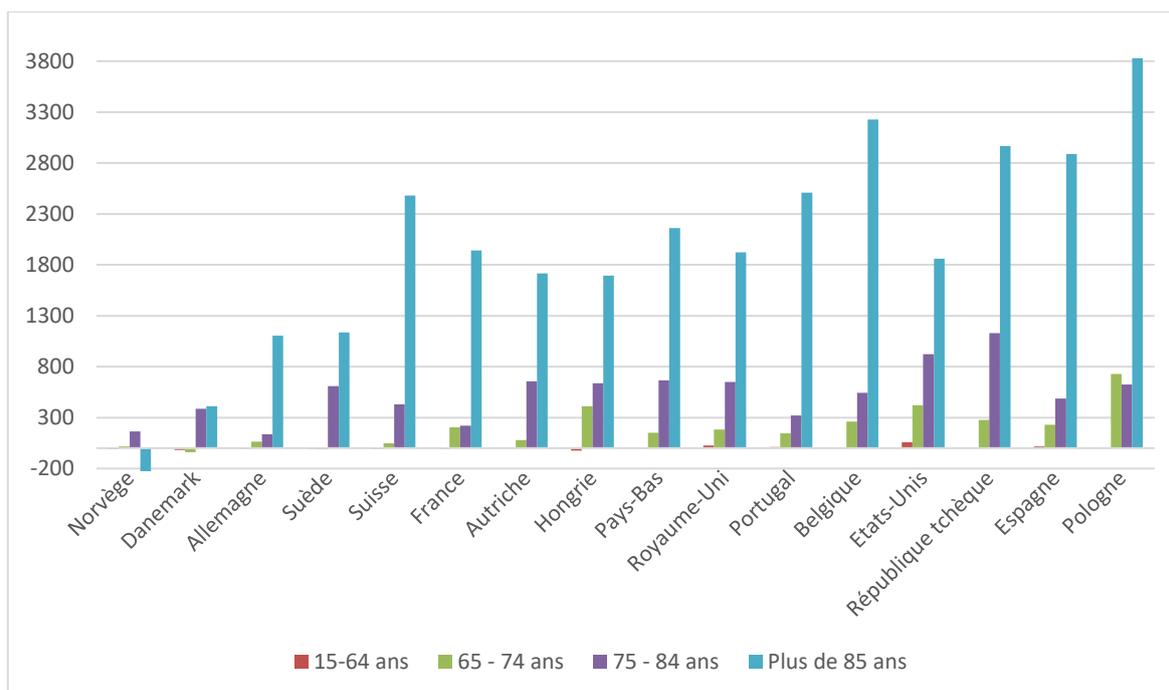
La France semble donc occuper une position médiane : à impact sanitaire équivalent, les plus de 85 ans ont été plus fortement affectés en France qu'au Royaume-Uni ou aux États-Unis, mais beaucoup moins qu'en Espagne ou en Pologne par exemple.

Pour les 65-74 et 75-84 ans en revanche, la France semble parmi les pays les moins affectés. Dans ces deux catégories de population, l'excès de mortalité est sensiblement inférieur en France par rapport aux pays à l'impact sanitaire analogue (Espagne, Suède) voire à l'impact sanitaire très inférieur (Autriche, Pays-Bas notamment).

Dans les pays les plus affectés, on observe également un excès de mortalité chez les 15-64 ans. Il n'est considérable qu'aux États-Unis (560 décès par million d'habitants, soit 120 540 décès), au Royaume-Uni (260, soit 11 230 décès) et dans une moindre mesure en Espagne (180, soit 5 558 décès).

Mais dans la quasi-totalité des autres pays considérés, l'excès de mortalité chez les 15-64 ans est « négatif », c'est-à-dire que la mortalité est inférieure en 2020 à la mortalité attendue. Ainsi, en France, on constate le recul de 1 956 décès, soit - 5 pour 100 000 habitants).

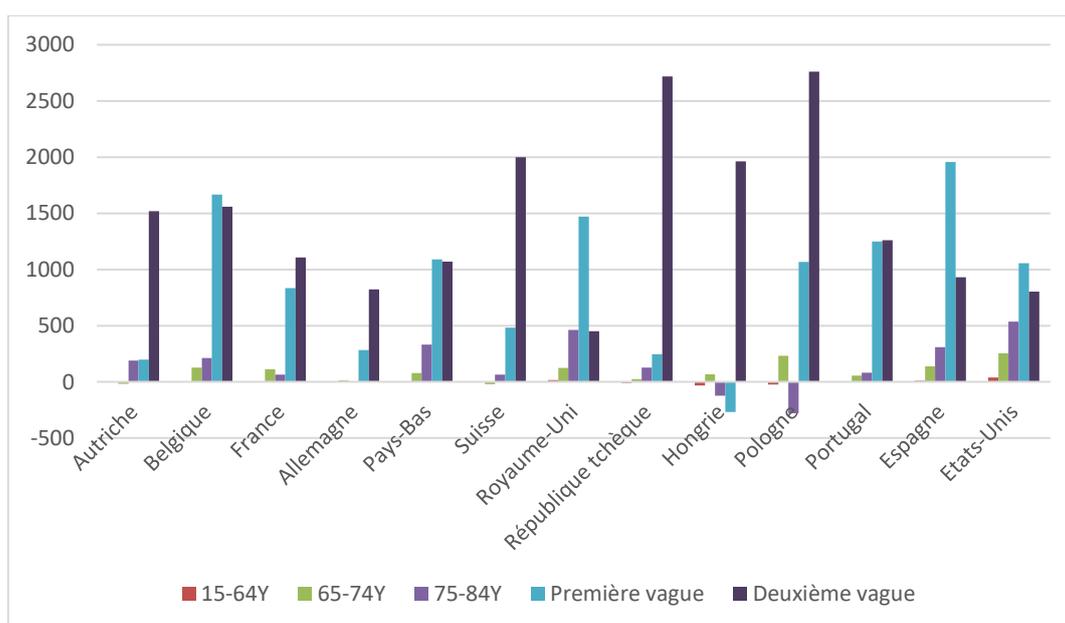
Graphique 9 : Excès de mortalité par catégorie d'âge au 31/12/2020



Source : Travaux de la Mission. L'excès de mortalité en ordonnée représente l'excès de mortalité au sein de chaque classe d'âge (décès en excès par rapport à 100 000 habitants de cette classe d'âge). Les pays sont classés de l'excès de mortalité total au sein de la population le plus faible (Norvège, - 4 pour 100 000 habitants) au plus élevé (Pologne, 200 pour 100 000 habitants), en passant par la France (99 pour 100 000 au 31 décembre 2020).

En France, contrairement aux autres pays qui avaient subi le choc initial, cette situation s'est dégradée lors de la deuxième période (cf. Graphique). Alors que les pays qui avaient connu un choc initial important ont connu un excès de mortalité analogue ou plus faible lors de la deuxième vague chez les plus de 85 ans (États-Unis, Espagne, Royaume-Uni), cet excès a augmenté en France.

Graphique 10 : Excès de mortalité pour 100 000 habitants chez les plus de 85 ans



Source : Travaux de la Mission. Cf. annexe 1.

Encadré 2 : La mortalité dans les EHPAD et résidences pour seniors

Les données de mortalité dans les EHPAD et établissements assimilés accueillant des personnes âgées, avec ou sans prise en charge médicalisée, demeurent rares et peu comparables.

En France, à l'image d'autres pays, le bilan sanitaire est sévère. Au 30 juin 2020, 50% des EHPAD avaient été touchés par l'épidémie (soit un résident en EHPAD sur quatre). L'impact de l'épidémie a été concentré sur les mois de mars à avril, 47% des établissements étant déjà touchés au 30 avril 2020. Au cours du premier semestre, 24% des établissements ont connu au moins un décès (11% ont connu au moins 5 décès), conduisant au total au décès de 4% des résidents en EHPAD.

En dépit des mesures prises, l'épidémie a eu un fort impact au cours du second semestre, particulièrement au cours des mois de septembre et octobre 2020. Au total au cours de l'année 2020, 79% des établissements ont connu au moins un cas de résident atteint par le COVID, 35% ont déploré au moins un décès et 22% au moins 5 décès, entraînant au total le décès de 6% des résidents.

Dans la plupart des pays pour lesquels des données récentes ont été communiquées, les ordres de grandeur semblent proches. Aux États-Unis, les travaux de l'AARP Nursing Homes Covid estiment que 36% des décès de la Covid-19 ont eu lieu dans les *nursing homes* américaines. L'Allemagne n'a pas présenté de statistiques consolidées au niveau fédéral.

Les données en comparaison internationale sur la mortalité par âge sont cohérentes avec les données nationales de Santé publique France : depuis le début de l'épidémie et sur la base des données disponibles en janvier 2021, les plus de 65 ans représentaient 93% des décès²⁵ et sur la seule base des certificats de décès rédigés par voie électronique (30 000 décès Covid, soit moins de la moitié des décès), l'âge médian au moment du décès lié au virus s'élevait à 85 ans. Sur cette même base de données, on peut observer que dans 65%, au moins une comorbidité est relevée (notamment : dans 35% des cas, une pathologie cardiaque, dans 22% une hypertension et dans 16% des cas, un diabète, l'obésité représentant seulement 6% des comorbidités mentionnées, soit deux fois moins que la proportion de personnes obèses en France)²⁶.

²⁵ Santé publique France, situation au 21 janvier 2021

²⁶ Santé publique France, situation au 21 janvier 2021

2.2. Au-delà de l'âge, la vulnérabilité face à la maladie dépend aussi de l'état de santé, des conditions de vie et du niveau socio-économique

Les inégalités préexistantes de conditions de santé et d'accès aux soins ont joué un rôle certain.

Les inégalités préexistantes de conditions de santé sont en partie dues à des différences de situations sociales, qui jouent donc un rôle dans la vulnérabilité face au virus. Les personnes les plus modestes seraient plus sujettes aux pathologies aggravantes de la Covid-19²⁷. Ainsi, on observe de fortes disparités socio-économiques et territoriales, avec une plus forte prévalence de l'obésité – surpoids – chez les personnes les moins diplômées, la sévérité du surpoids étant plus forte chez ces personnes²⁸.

Les inégalités dans l'accès aux soins peuvent aussi jouer un rôle important (cf. *infra*, chapitre 2 même si la grande majorité de la population française est couverte par une assurance de base), en particulier pour les populations exclues (personnes présentes illégalement sur le territoire, non-recourant à l'aide médicale d'État notamment). Les inégalités d'accès aux soins ou d'application des mesures de prévention (gestes barrières), du fait de difficultés de compréhension par exemple, n'ont pas encore été documentées.

Les conditions de vie ont eu un impact décisif dans la vulnérabilité face à la maladie.

Les premières études font ressortir l'importance cruciale du logement. En effet, du fait du mode de transmission de la maladie, la cohabitation des personnes dans des logements restreints, sans possibilité d'appliquer toutes les mesures barrières, joue un rôle clef. L'enquête Inserm-Epicov (135 000 personnes interrogées) estime que les personnes habitant un logement exigu ou « surpeuplé » sont 2,5 fois plus nombreuses à avoir été positives au Covid-19²⁹. Cette étude est cohérente.

Si l'ordre de grandeur doit être pris avec prudence, la corrélation entre taux de suroccupation des logements au niveau communal et excès de mortalité pendant la crise Covid-19 a été attestée par d'autres études (Brandily *et al.* 2020)³⁰.

²⁷ DREES, cartographie des pathologies 2017. L'étude montre un lien entre le fait d'être bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire et le fait de présenter des risques de pathologies aggravantes à la Covid-19. Quel que soit l'âge des individus (sauf après 80 ans, mais l'âge est en soi un facteur aggravant de la maladie), la fréquence de pathologies aggravantes est nettement plus élevée parmi les individus bénéficiaires de la couverture minimale

²⁸ La prévention et la prise en charge de l'obésité, Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Cour des comptes, novembre 2019

²⁹ Logement surpeuplé : moins de 18 m² par personne ou manque d'au moins une pièce pour celles qui partagent un logement. Cf. définitions, Insee

³⁰ Il résulte d'une augmentation d'un point de pourcentage de la part des logements suroccupés dans une commune en France, une augmentation de 5,6 point de pourcentage de l'excès de mortalité en avril 2020.

Au-delà des conditions de logements, la situation socio-professionnelle et le revenu des individus s'avèrent des facteurs différenciant dans l'exposition à la maladie. D'abord, ces différences correspondent à des inégalités socio-professionnelles, puisque 19% des ouvriers non qualifiés résident dans de tels logements, contre 11% des cadres seulement³¹. Ensuite, ces populations sont plus exposées professionnellement. Les résultats de l'étude épidémiologique ComCor sur les circonstances et les lieux de contamination par le virus SARS-CoV-2 présentés le 17 décembre 2020 (environ 30 000 répondants)³² permettent d'avoir une première vision de l'exposition au virus en fonction de la profession.

Certaines professions sont associées à un sur-risque : cadres administratifs et commerciaux, professions intermédiaires de la santé et du travail social, ouvriers dans l'industrie, chauffeurs. D'autres professions, au contraire, présentent un risque inférieur à la moyenne : enseignants, scientifiques, étudiants, agriculteurs notamment. La grande variabilité de l'exposition au virus au sein d'une même profession incite cependant à la prudence sur ce point³³. Ces deux facteurs (conditions de logement et exposition professionnelle) se combinent pour provoquer un effet global : ensemble, ils expliqueraient 77% des différences dans l'excès de mortalité observé entre les communes riches et pauvres en France³⁴.

Par ailleurs, le facteur de la densité de population joue aussi un rôle. Un lien émerge entre surmortalité et densité de population du fait du risque de contacts : pendant la première vague, dans les communes denses, le surcroît de mortalité aurait été de 49% contre 26% pour toute la France et 2% dans les communes très peu denses³⁵.

Enfin, probablement parce qu'elles cumulent ces situations, les populations immigrées, en particulier de certaines origines ethniques, apparaissent particulièrement affectées. Une étude menée par l'Insee sur la base des statistiques d'état civil entre 2018 et 2020 montre une hausse des décès (toutes causes confondues) en mars et avril 2020 plus forte pour les personnes nées en Afrique ou en Asie que pour celles nées en France. En particulier, la hausse des décès a été de 22% pour les personnes nées en France, contre 54% pour les personnes nées au Maghreb, 114% pour les personnes nées en Afrique subsaharienne et 91% pour les personnes nées en Asie³⁶. Dans les territoires cumulant ces facteurs géographiques, sociaux et d'origine, cette surmortalité relative se retrouve. D'après l'Insee, la surmortalité s'élèverait à 130% environ en Seine-Saint-Denis, contre 74% à Paris et 122% dans les Hauts-de-Seine, sur la période du 1^{er} mars au 19 avril 2020³⁷.

³¹ IRESP, Questions de santé publique, n° 40, octobre 2020, *Les inégalités sociales au temps du Covid-19*.

³² Galmiche et alii, Etude des facteurs sociodémographiques, comportements et pratiques associés à l'infection par le SARS-CoV-2 (ComCor), Institut Pasteur, 2020.

³³ Selon l'enquête Epicov / Inserm mentionnée *supra* et portant sur la première période, on observe deux phases : une phase initiale pendant laquelle les CSP+ sont davantage contaminées, puis une deuxième phase plus longue pendant laquelle la contamination des CSP - domine en relatif.

³⁴ Brandily *et al.*, 2020

³⁵ Sylvain Papon, Isabelle Robert-Bobée, Insee 2020. La densité répond aux critères fixés par l'Insee, qui donne quatre catégories de communes en fonction de la distribution de la population communale sur la surface de la commune.

³⁶ INSEE Focus n° 198, juillet 2020. Cette augmentation des décès concerne particulièrement les personnes de moins de 65 ans (3% pour les personnes nées en France, 30% pour les personnes nées au Maghreb, 96% pour les personnes nées en Afrique subsaharienne).

³⁷ *Ibidem*.

Encadré 3 : Le « gradient social » du virus en comparaison internationale

En croisant les données de mortalité avec les données socio-économiques des communes, l'institut national de statistiques du Royaume-Uni a dégagé dans des travaux réguliers un lien fort entre mortalité et taux de pauvreté de la zone considérée³⁸. Ainsi, en Angleterre, le taux de mortalité (standardisé par âge) était plus de deux fois supérieur dans les régions les plus défavorisées, par rapport aux régions favorisées³⁹.

Le même phénomène, dans le même ordre de grandeur (avec toutes les précautions requises pour ce type d'études et à ce stade de la crise), se trouve en France. L'étude EPI-PHARE publiée le 9 février 2021, qui porte sur la première vague épidémique (15 février - 15 juin 2020), conclut à un risque de décès deux fois plus élevé chez les personnes les plus défavorisées par rapport aux plus favorisées⁴⁰.

2.3. La crise a également un impact sanitaire « indirect » massif mais difficile à appréhender

Les données disponibles montrent une forte réduction de la consommation de soins, tant à l'hôpital qu'en ville, au cours des mois de mars, avril et mai 2020. Cette réduction de la consommation est la conséquence de la réduction de l'offre de soins (fermeture de cabinets et déprogrammation des soins hospitaliers hors COVID), et aussi du renoncement des patients, notamment par peur de la contamination et enfin de la réduction de la morbidité constatée : accidents de la route, mais aussi apparemment de maladies aiguës telles que par exemple les infarctus aigus du myocarde ou les accidents vasculaires (sans qu'il soit possible à ce stade d'en donner une explication).

Ainsi, l'activité médicale en ville était à la mi-novembre inférieure de 15% à celle de l'année précédente. Les reports de soins hospitaliers, concernant *a priori* des soins plus lourds, suscitent une inquiétude plus grande encore.

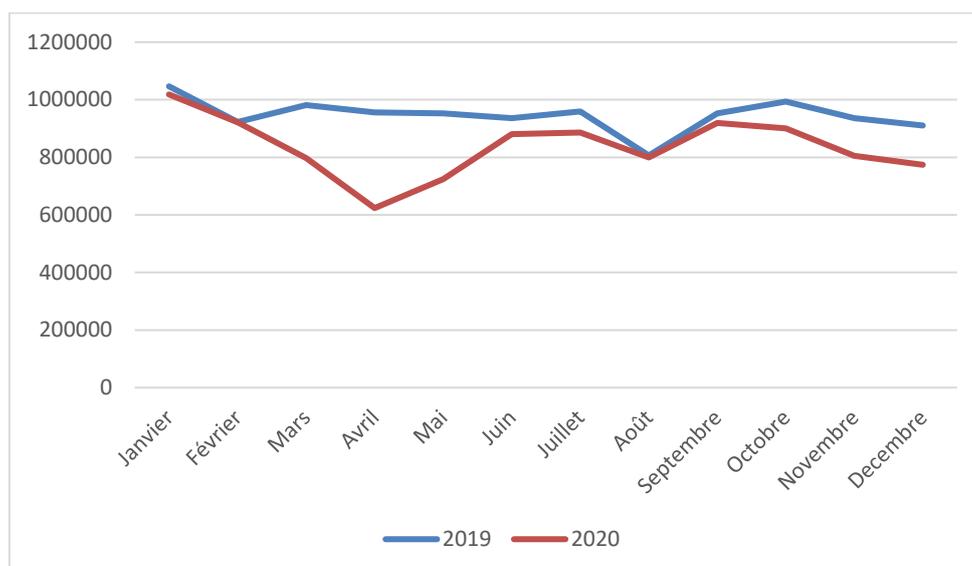
L'activité hospitalière s'est fortement contractée entre les mois de mars et de mai 2020 (moins 58% pour la chirurgie et moins 39% pour la médecine). La baisse est particulièrement sensible pour la chirurgie qui a subi une partie importante des déprogrammations. Le graphique 11 superpose les activités hospitalières des premiers semestres 2019 et 2020. Il montre clairement la chute d'activité, non encore compensée à la fin d'août 2020.

³⁸ Office for national statistics, Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation: deaths occurring between 1 March and 31 July 2020, 28 août 2020.

³⁹ Cette critérisation s'effectue à l'appui des taux d'emploi, de pauvreté, de criminalité, de qualité de l'environnement, etc.

⁴⁰ Cf. Semenzato et alii, « Maladies chroniques, états de santé et risque d'hospitalisation et de décès hospitalier pour COVID-19 lors de la première vague de l'épidémie en France : étude de cohorte de 66 millions de personnes », EPI-PHAREn GIS ANSM-CNAM, epi-phare.fr. Personnes de moins de 80 ans. L'étude s'appuie sur l'indice de défavorisation sociale (à l'échelle de la ville de résidence, l'indice se fonde sur (i) le revenu médian des ménages rapporté aux unités de consommation ; (ii) la proportion de diplômés du secondaire dans la population de 15 ans ou plus ; (iii) la proportion de travailleurs ouvriers dans la population active ; (iv) le taux de chômage dans la population active.

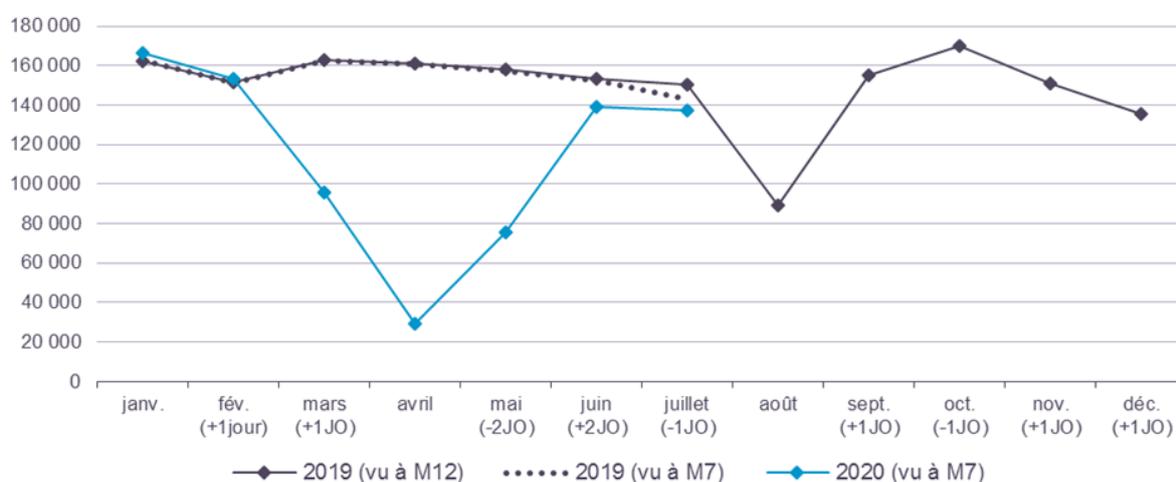
Graphique 4 : Activité hospitalière en 2020 par rapport à 2019 (nombre de courts séjours, hors hospitalisations de jour)



Source : Travaux de Carine Milcent, sur la base des données ATIH, données 2020.

La baisse de l'activité est également préoccupante si on se focalise sur les activités diagnostiques ou thérapeutiques liées à la cancérologie : Sur les sept premiers mois de l'année 2020, le nombre d'hospitalisations avec au moins un acte d'endoscopie digestive ou d'endoscopie bronchique/ORL a diminué respectivement de - 26,8% et de - 20,4% (cf. Graphique 12).

Graphique 12 : Nombre de séjours avec au moins un acte d'endoscopie digestive ou d'endoscopie bronchique/ORL par mois de sortie



Source : ATIH.

L'ensemble de ces données ne peut manquer de suggérer que des patients ont subi des pertes de chances susceptibles de générer une surmortalité différée⁴¹. Les spécialistes du SIDA signalent la réapparition de formes graves et de pathologies qu'on ne voyait plus, qu'ils attribuent à des décrochages des traitements antirétroviraux (au témoignage de membres de l'ANRS).

L'activité de greffe d'organes a également subi un quasi-arrêt au cours du confinement, le redémarrage de cette activité n'a pas permis de compenser le retard accumulé, conduisant à un recul de l'activité de greffe de 27% sur les neuf premiers mois de l'année 2020 par rapport à 2019.

⁴¹ Cf. article du BMJ 2020; 371 du 4 novembre 2020: Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis.

Encadré 4 : Les retards de diagnostic de cancer au Royaume-Uni

Dans un article publié en août 2020 dans la revue scientifique *The Lancet*, des chercheurs britanniques proposent une première évaluation de l'impact des reports de diagnostics et de quatre différents cancers sur la mortalité due à ces maladies, sur la base de données émanant d'environ 80 000 patients.

Les chercheurs estiment que ces reports pourraient provoquer une surmortalité entre 5 à 15% des patients selon les types de cancer dans les cinq ans à venir, soit au moins 3 000 décès uniquement pour les quatre formes les plus répandues de cancer⁴².

Par ailleurs, si les inégalités sanitaires sont forcément moindres dans les pays comme la France où la couverture des soins est large, le **renoncement aux soins** pourrait jouer à plein chez les populations les plus fragiles. Avant la crise, selon l'Insee, 27% des personnes renonçant à des soins font partie des personnes pauvres⁴³. Cette problématique du renoncement aux soins, rendu plus probable par la réduction de l'offre sanitaire, pourrait être renforcée par le phénomène de report de soins (40% des consultations en médecine générale et 50% des consultations maladies chroniques selon la DREES, 2020).

Enfin, l'impact de la crise sanitaire et des mesures de restrictions sur la **santé mentale** pourrait être fort et différencié selon les catégories de population⁴⁴. La détresse psychologique serait logiquement plus élevée pour les personnes confinées dans des logements sur-occupés, pour celles dont la situation financière s'est dégradée suite au confinement, et pour celles ayant eu recours à des soins de santé mentale au cours des 12 mois précédents. Les résultats du sondage européen « Living, working and COVID-19 » effectué pendant le premier confinement montrent que les jeunes ont été particulièrement affectés. En effet, alors qu'ils affichent habituellement des scores de bien-être mental plus élevés que le reste de la population, en avril 2020, environ 55% des personnes jeunes se déclaraient à risque de dépression contre 48% dans le reste de la population. Bien qu'une légère amélioration ait été observée en juillet, les moins de 30 ans conservent un taux supérieur de troubles psychologiques et déclarent davantage souffrir de la solitude et d'anxiété que leurs aînés.

⁴² C. Maringe *et alii*, "The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study", *The Lancet*, Volume 21, Issue 8, août 2020.

⁴³ Insee, 2017. La pauvreté désignée ici est la pauvreté en conditions de vie au sens de l'Insee.

⁴⁴ Gandré, Coldefy, 2020.

3. Les mesures de restriction de la mobilité, efficaces face au choc initial, atteignent progressivement leurs limites au regard de leurs conséquences économiques et sociales lourdes

Faute de respect des gestes barrières et de dispositifs de dépistage efficaces, la France a d'abord dû prendre des mesures drastiques de restriction de la mobilité.

Le nombre de facteurs rendent hasardeuse, en tout cas à ce stade, toute évaluation comparée de la pertinence et de l'efficacité des politiques mises en œuvre par les États pour endiguer la pandémie de Covid-19 : tous n'ont pas été affectés au même moment ni à la même intensité ; les situations nationales de départ étaient différentes, sur le plan sanitaire, politique et socio-économique ; les variables qui pourraient interférer sont nombreuses (situation géographique, épidémies précédentes, etc.).

Néanmoins, trois constats généraux peuvent être posés :

- ◆ Premièrement, dans le monde et en particulier en Asie, les pays qui ont réussi à endiguer la pandémie ont eu recours à des méthodes de dépistage, de traçage en amont et de mise en isolement, très élaborées et très strictes. Ces mesures se sont souvent accompagnées d'un contrôle strict aux frontières assorti de mesures de test voire de quarantaine. Le respect par la population de certaines mesures semble aussi intimement lié aux antécédents historiques d'exposition à des phénomènes épidémiques.
- ◆ Les pays européens, affectés dans des proportions diverses, ont globalement eu recours à des stratégies voisines de restriction de la mobilité et de l'activité, en particulier en réponse à la 1^{ère} vague. Ces stratégies ont eu un impact sur le taux reproducteur et donc sur la circulation du virus. Selon les pays, la combinaison de mesures obligatoires (et leur degré de restrictivité) ou d'incitation/recommandation peut varier significativement. L'adoption spontanée des gestes barrières est aussi fonction du niveau de perception des risques par la population (cf. chapitre 2).
- ◆ Les mesures très restrictives ne constituent que le dernier recours pour les autorités et, si elles semblent avoir montré des résultats significatifs, l'ampleur de leur efficacité et leur soutenabilité dans le temps (durée du confinement et nombre de confinements/déconfinements) interrogent, autant au regard de leurs conséquences économiques que de leur acceptabilité sociale. Se pose donc la question de l'optimisation du niveau de contrainte et du juste timing supposant à la fois une bonne capacité de collecte des données pertinentes (ex du séquençage) et une capacité de prise de décision suffisamment anticipée (et donc alors même que le risque n'est pas encore perçu par l'opinion publique). La durée d'une crise de cet ampleur, et ses perspectives de sortie, font aussi évoluer au fil du temps la notion de bénéfice/risque associée à ces différentes mesures de restriction.

Ces constats doivent être nuancés à la lumière de la distinction entre le choc initial subi par certains pays, victimes d'une vague épidémique dès le premier trimestre 2021, et la période qui a commencé à l'automne 2020 et qui dure depuis. Si l'effet de sidération dans les pays affectés lors de la première période, qui a conduit le plus souvent à la prise simultanée de nombreuses mesures de restrictions, rend difficile l'évaluation de l'impact individuel de ces mesures, la deuxième période devrait offrir davantage d'opportunités de mesurer l'effet des mesures décidées, en fonction de leur temporalité et de leur intensité.

Encadré 5 : Efficacité des INP : ce que dit la littérature scientifique

Les interventions non pharmaceutiques sont définies comme des actions – excluant une vaccination ou un traitement pharmaceutique – ciblant une personne ou une communauté, et visant à prévenir la transmission d'un agent pathogène.

Ces interventions sont appliquées au niveau national ou régional dans le contexte d'une stratégie de mitigation ou de suppression de la transmission du virus, selon les enjeux sanitaires, politiques, socio-économiques des pays. Si les stratégies de mitigation visent à ralentir la propagation du virus (ex : France, Italie ou Allemagne), les stratégies de suppression visent à éradiquer le virus du territoire (ex : Vietnam ou Australie) soit définitivement, soit jusqu'à ce que la majorité de la population soit vaccinée.

L'efficacité des mesures est difficile à évaluer, car celle-ci dépend de nombreux facteurs : contexte propre à chaque pays (démographie, densité de la population, modes de vie...), nature réelle et rythme de leur mise en œuvre, intensité du niveau de contrôle des autorités sur la population pour renforcer le respect des mesures imposées, niveau d'observance par la population, infrastructures mises en place (centres de quarantaine, système de santé), ainsi que de la situation économique et sociale. De plus, l'atteinte précoce de certains pays a pu entraîner une adaptation inégale du système de santé et des mesures non pharmaceutiques.

Il est important de noter que différentes mesures sont souvent regroupées dans un concept unique de distanciation physique ou de quarantaine, ce dernier terme recouvrant toute la stratégie de traçage des contacts. Or, cette stratégie comprend un large éventail d'éléments qui peuvent être appliqués de manières différentes et avec une intensité variable (voir annexe sanitaire 1B). Bien qu'utilisant des méthodes sophistiquées pour différencier l'impact des interventions, les études scientifiques revues concernent dans leur grande majorité la réponse à la première vague épidémique au cours de laquelle une grande majorité de pays a adopté simultanément des mesures similaires et peu espacées dans le temps, rendant difficile de démêler l'impact propre à chacune des mesures.

Enfin, les effets collatéraux de la mise en place de ces mesures, en particulier au plan socio-économique, ne sont généralement pas pris en compte dans les études analysées.

Avec les réserves qui précèdent, l'état des connaissances consensuelles à ce jour (mars 2021) converge pour apprécier positivement l'impact de certaines mesures comme la restriction des rassemblements, probablement d'autant plus efficace que le seuil défini est bas.

Les mesures de confinement (instructions de rester chez soi le plus possible) apparaissent efficaces pour réduire l'impact sanitaire lié au COVID-19. Leur efficacité varie cependant en fonction de leur précocité par rapport à l'émergence de l'épidémie (date de survenue du premier décès) et en fonction de leur caractère plus ou moins strict. Elles soulèvent néanmoins de nombreux problèmes sociaux liés notamment à l'inégalité des conditions de logement.

Le couvre-feu et le télétravail entraînent également une diminution significative du nombre de cas. La restriction des voyages internationaux a un impact bénéfique initial, mais s'avère rapidement moins significatif dès que le virus circule activement sur un territoire.

A l'opposé, la fermeture des transports publics n'offre pas de bénéfice supplémentaire sur l'incidence des cas, une fois que les autres mesures de distanciation physique ont été prises. La fermeture des magasins dits non essentiels semble efficace selon plusieurs études, mais cette évaluation demeure difficile, faute de données épidémiologiques précises mettant en évidence les risques de contamination associés à leur fréquentation.

S'agissant des écoles, le rôle des enfants dans la transmission au sein de la communauté n'est pas clairement établi. Certaines études montrent un effet favorable de la fermeture des écoles sur la baisse de l'incidence de l'épidémie. Néanmoins, la plupart des études sur cette question ne distinguent pas les effets de la fermeture en fonction des classes d'âge concernées alors que la dynamique de transmission est très différente, tant pour des raisons physiologiques (capacités du SARS-CoV-2 d'adhérer à la muqueuse oro-pharyngée) que de comportement. Cependant, l'émergence de nouvelles lignées (ou « variants »), telles que B.1.1.7, appelé communément le variant « anglais », pourrait modifier cette appréciation.

L'état des connaissances actuelles ne permet pas de prouver scientifiquement l'efficacité du port de masque au niveau populationnel pour contrôler l'épidémie. Toutefois, la combinaison du port de masque avec les autres interventions mentionnées ci-dessus, et sous réserve d'une observance adéquate des gestes d'hygiène des mains, et de façon générale à la distanciation physique, demeure l'approche la plus sûre, appliquée au nom du principe de précaution.

Comme il est classique en prévention du risque infectieux, les études montrent que la combinaison de plusieurs mesures (« faisceau de mesures ») accroît leur efficacité. La combinaison et le nombre optimal de ces mesures demeurent difficiles à établir avec précision.

Les différentes mesures n'ont évidemment pas le même effet selon l'intensité de l'épidémie et le moment de leur mise en place. Définir le tempo idéal de leur mise en œuvre et de leur levée reste encore du domaine de la recherche. Il en va de même pour la définition des meilleurs indicateurs de pilotage d'une situation donnée tant au plan du suivi de l'épidémie que des capacités de prise en charge sanitaire, sociale et économique des individus.

Si l'intensité des interventions non pharmaceutiques citées ci-dessus semblent avoir entraîné un contrôle adéquat de la crise dans la plupart des pays Européens, nous observons toutefois que certains pays Asiatiques ont obtenu de meilleurs résultats avec des interventions précoces, parfois moins nombreuses et d'une plus brève durée. Cette observation remet en question le paradigme actuel prônant l'application d'un confinement sévère. Des pays comme le Vietnam et la Corée du Sud sont parvenus à contrôler les transmissions communautaires par l'application d'un dépistage de masse précoce, et d'une politique parfois intrusive en termes de traçage et de méthodes d'isolement des cas contacts. L'application de ces mesures, facilitées par l'expérience antérieure du SARS et du MERS, doit être contextualisée au plan géographique, politique, et culturel spécifique.

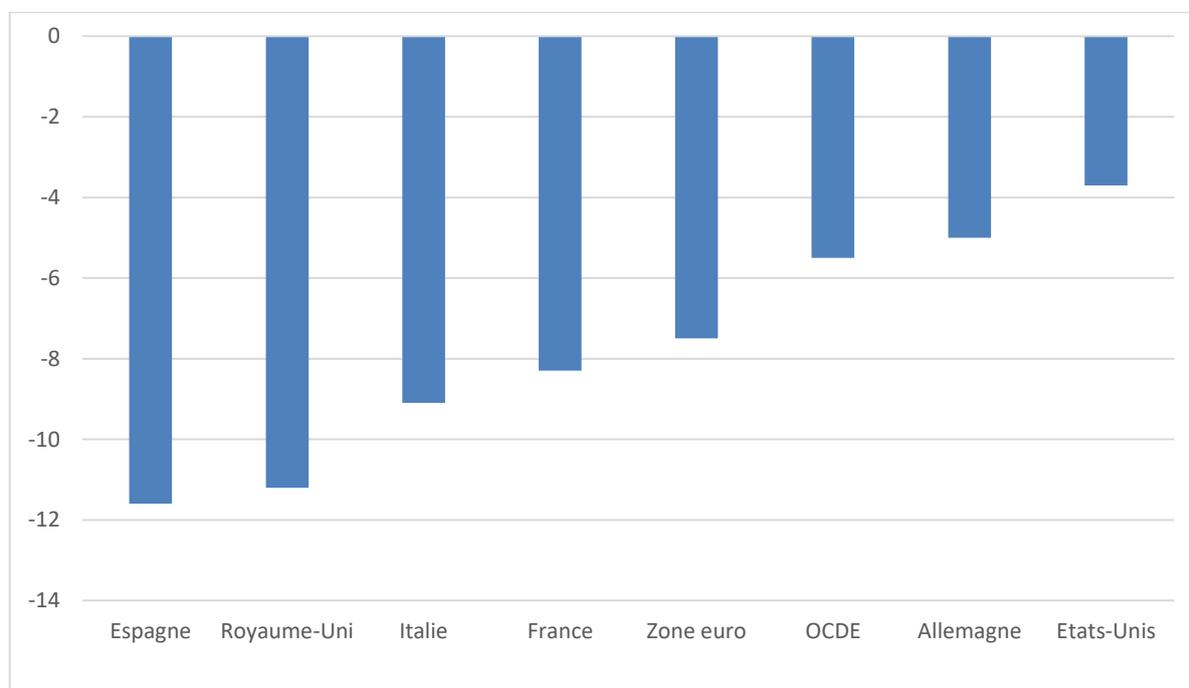
Si l'impact des interventions non pharmaceutiques est manifeste au plan de la réduction des décès liés à la COVID-19, les effets négatifs associés au plan social, économique ou encore sanitaire hors problématique de la COVID-19, tant à moyen qu'à long terme, n'ont pas été mesurés. L'exemple le plus emblématique est la fermeture des écoles, dont l'impact social est et sera très important, y compris sur le long terme. Les analyses à venir à partir des données de la deuxième vague qui a laissé davantage de place à des approches plus différenciées, devraient affiner la connaissance de l'efficacité respective des interventions et permettre de mieux calibrer les choix stratégiques dans le futur.

4. Ces mesures prises pour endiguer l'épidémie ont causé un choc économique inédit, particulièrement en France

Le choc sur l'activité en 2020 vient principalement des mesures de réduction de la mobilité (et de l'activité) prises pour endiguer la pandémie, et dans une moindre mesure du comportement des personnes face à l'épidémie. L'intensité de ces réponses, mesurée par l'*Oxford stringency index* (cf. annexe 2), se trouve d'ailleurs fortement corrélée à la chute de production subie par les pays concernés.

Cependant, si tous les pays affectés par la pandémie et qui ont pris des mesures de restriction fortes ont connu des contractions historiques, parmi les principaux pays comparables, la France présente, avec un produit intérieur brut (PIB) en baisse de 8,3% en 2020, une récession nettement plus forte que l'Allemagne (-5%), légèrement supérieure à la moyenne de la zone euro (-7,5%), mais inférieure à l'Espagne ou au Royaume-Uni (cf. Graphique 13).

Graphique 13 : Contraction du PIB en 2020 (estimations ou résultats)



Source : OCDE, 2021.

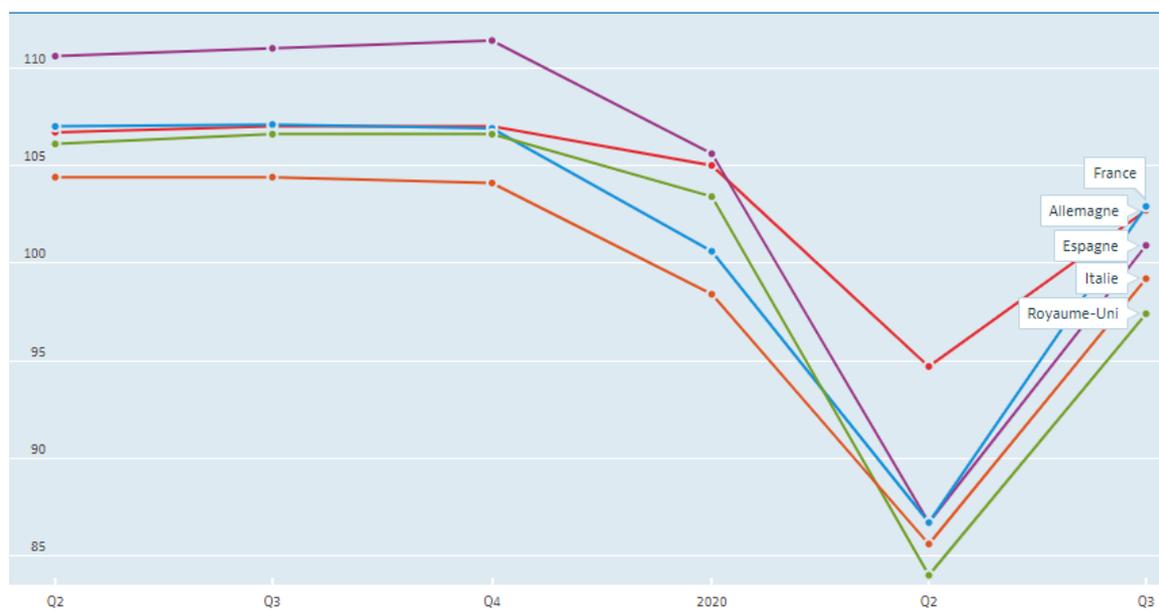
Pendant la première vague, la France a subi une perte économique sans précédent que le pays a ensuite réussi à limiter.

Comme l'ensemble des pays fortement touchés par la première vague de l'épidémie à partir de mars 2020, la France a enregistré une chute considérable de son PIB, avec une activité en retrait de près de 31% au mois d'avril, pendant le premier confinement et se traduisant par une baisse de 19% du PIB au deuxième trimestre 2020⁴⁵ – pour rappel, la plus forte contraction trimestrielle du PIB pendant la crise de 2008-2010 ne dépassait pas 2%.

⁴⁵ Insee, note de conjoncture, 15 décembre 2020.

Cette chute de la production a été plus importante qu'en Allemagne, mais moins qu'en Espagne, Italie et Royaume-Uni. En outre, la France a connu un « rebond » consécutif nettement plus important que dans des pays analogues, le plus fort des cinq pays cités au troisième trimestre 2020. Au total, l'activité à la fin du troisième trimestre était inférieure de 3% à celle de la fin 2019, comme en Allemagne (cf. Graphique 5).

Graphique 5 : Évolution du PIB depuis 2019



Source : OCDE, décembre 2020. Indices de volume.

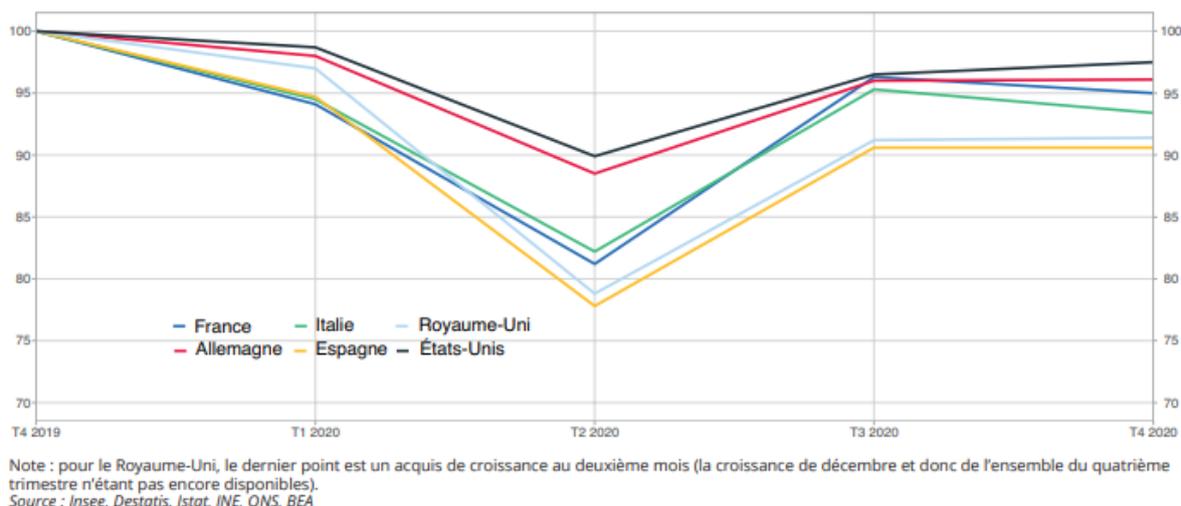
A la fin de l'année 2020, une récession marquée mais différenciée et des perspectives incertaines pour 2021.

Le début de la deuxième vague épidémique et le confinement conséquent ont provoqué un ralentissement de l'activité moins important que la première, même si la deuxième vague a affecté un tissu économique déjà fragilisé dans certains secteurs. Au début de l'année 2021, en France comme dans les principaux pays comparables, la plupart des secteurs de l'industrie (mais pas des services) avaient retrouvé leur niveau d'activité pré-crise (cf. Graphique 15).

Les services marchands s'avèrent logiquement beaucoup plus fragilisés ; la plupart des activités de services n'avaient pas retrouvé leur niveau pré-crise en janvier 2021 et deux d'entre eux, l'hôtellerie-restauration qui représentait environ 3% du PIB français en 2018 (activité réduite de 37%) et transport-entrepôt (activité réduite de plus de 15% au quatrième trimestre par rapport à la situation pré-crise, pour un total représentant 2% du PIB en 2018⁴⁶) se trouvaient dans un état de fragilité et d'incertitude majeur.

⁴⁶ Sources : Insee, valeur ajoutée brute sectorielle, services principalement marchands, données 2018. Insee, point de conjoncture, février 2021.

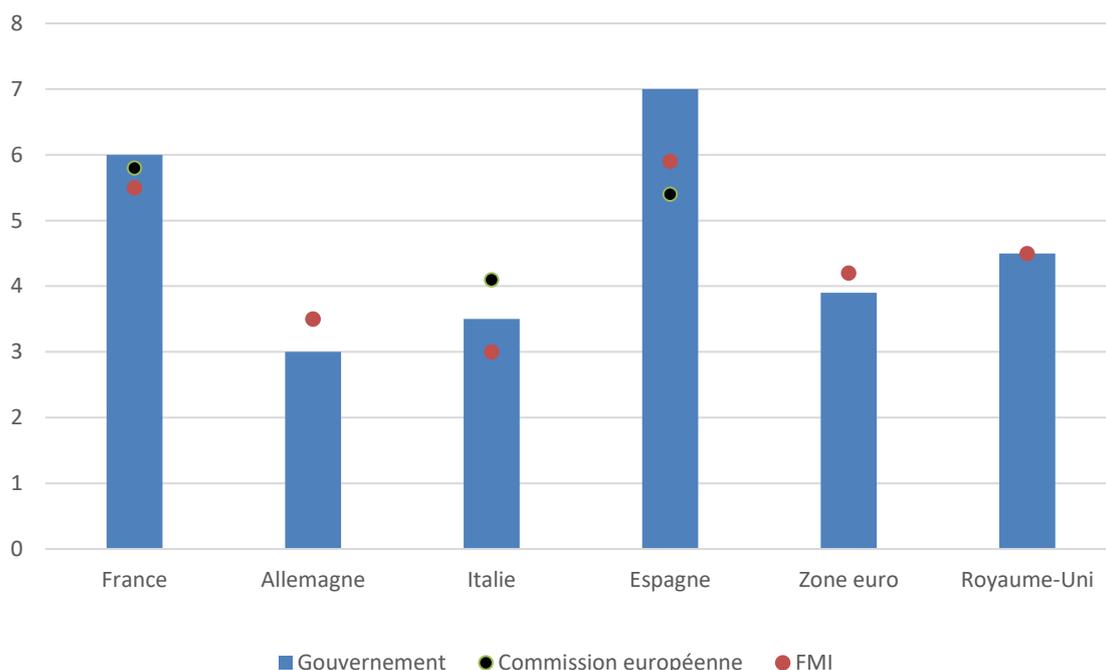
Graphique 15 : Activité économique en 2020 par rapport au 4^{ème} trimestre 2019 (base 100)



Source : Insee, 2021. Ecart d'activité par rapport au quatrième trimestre 2019, en %.

Alors que le lancement du processus de vaccination était de nature à réduire ou du moins encadrer dans le temps cette incertitude, l'apparition de plusieurs variants du virus à la contagiosité plus élevée, potentiellement résistants ou moins sensibles à certains vaccins, rend les perspectives sanitaires, et donc les prévisions d'activité économique, très incertaines. L'ampleur du rebond du PIB en 2021 dans chaque pays, assez mécanique, a correspondu à la réouverture d'une grande partie des activités fermées en 2020, et permis par les politiques qui ont préservé le tissu économique. Le Royaume-Uni offre une perspective un peu différente, pénalisé par la diffusion d'un variant au début de l'année 2021. Dans ce contexte, la croissance espérée pour la France en 2021 constituerait, si elle se concrétise, une bonne performance par rapport aux pays aussi fortement affectés par le virus, mais néanmoins en retrait de ceux ayant le mieux performés en Europe (cf. Graphique 16).

Graphique 16 : Prévisions de croissance pour 2021



Source : OCDE, Dernières mises à jour au 8 février 2021.

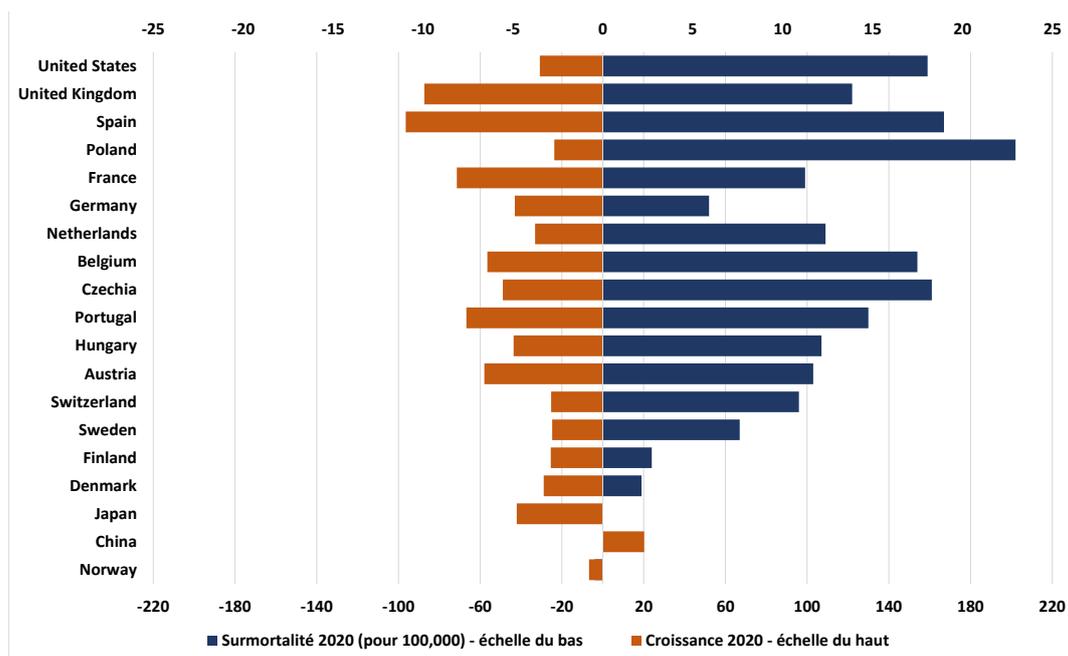
5. *In fine*, la France présente à la fois un bilan sanitaire et un bilan économique très marqués

A ce stade et sans préjuger des évolutions sanitaires et économiques des prochains mois, les bilans sanitaires et économiques apparaissent aller ensemble :

- ♦ **ou bien le pays appartient au groupe des pays épargnés par la crise sanitaire** (pays asiatiques notamment) et le bilan sanitaire faible ou nul va de pair avec peu ou pas de pertes économiques ;
- ♦ **ou bien le pays appartient au groupe des pays affectés par la crise sanitaire** (c'est-à-dire que le pays en question a évité le choc initial et subi une deuxième vague dans la moyenne et n'a donc pas eu à prendre de mesures réduisant drastiquement l'activité) – **auquel cas le double bilan sanitaire et économique s'avère limité en comparaison internationale** (Norvège par exemple, et dans une moindre mesure Allemagne : moins de 1 000 morts par million d'habitants, récession contenue en-deçà de 5%)
- ♦ **ou bien le pays appartient au groupe des pays très affectés par la crise (i.e. il a été confronté au choc initial et a subi la deuxième vague épidémique) – auquel cas le bilan sanitaire et économique est lourd en comparaison internationale (Royaume-Uni, Espagne, Italie). La France se situe dans cette catégorie.** Le cas des États-Unis est très spécifique et peu comparable, du fait de la taille du pays et des différences de situations entre les États fédéraux : le pays dans son ensemble présente une forte mortalité mais une activité globalement préservée.

In fine, comme la plupart des pays très affectés par le virus, la France présente un bilan lourd tant sur le plan sanitaire que sur le plan économique. A l'inverse, les pays peu affectés subissent logiquement un faible excès de mortalité et des pertes économiques limitées. En effet, les pays les plus affectés ont mis en place des mesures de restriction plus fortes qui ont pesé sur l'activité économique (cf. Graphique 17). Rétrospectivement, des mesures comme les fermetures totales des écoles et de certains commerces semblent avoir eu un coût économique et social excessif au regard de leur impact sur l'épidémie.

Graphique 6 : Chute du PIB et excès de mortalité



Sources : OCDE comptes nationaux, données d'excès de mortalité de la Human Mortality data base.

Note : Des révisions plus importantes que d'ordinaire sont susceptibles d'affecter la mesure du PIB.

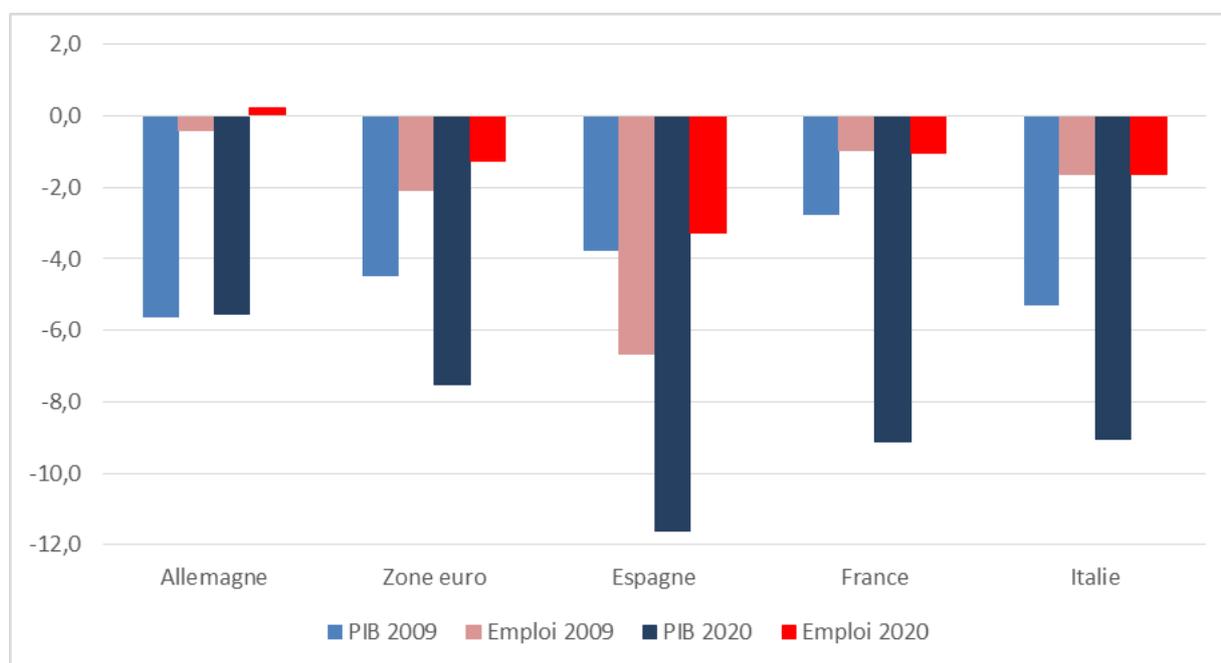
6. Les pays européens, et la France au premier chef, ont fait un effort public massif pour absorber une grande partie de ce choc économique

6.1. L'emploi et le revenu ont été très largement préservés en France comme dans la zone euro

En regard de ce choc inédit sur la production, l'emploi a globalement été préservé dans l'ensemble des pays cités et tout particulièrement en France. Cette situation est spécialement frappante lorsqu'elle est mise en regard de la dernière crise financière, qui avait causé une récession bien moindre en zone euro comme en France, mais une diminution de l'emploi bien supérieure.

Dans cette perspective, comme le montre le Graphique , la France a très bien préservé l'emploi au regard de la chute de production subie en 2020, y compris par rapport aux principaux pays comparables.

Graphique 18 : Chute du PIB versus chute de l'emploi, pendant la crise financière (2009) et celle de la Covid-19 (2020)



Source : Travaux de l'OCDE, 2021. Les barres bleues représentent la chute du PIB (bleu clair pour 2009, bleu foncé pour 2020). Les barres roses-rouges représentent la chute de l'emploi (rose pour 2009, rouge pour 2020).

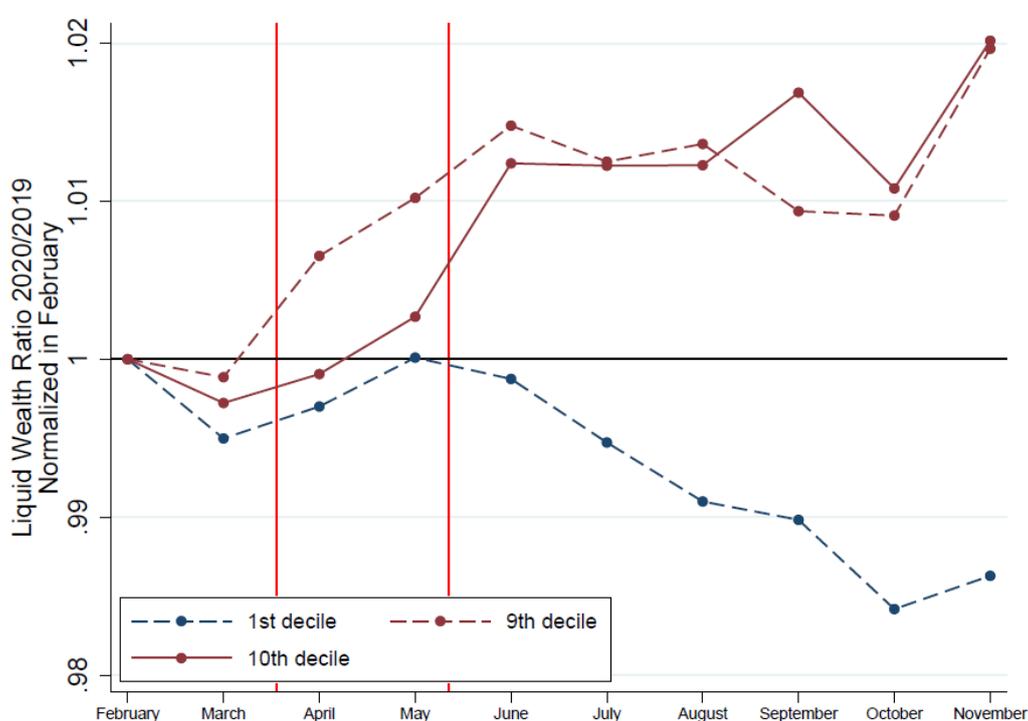
Conséquence de cette protection de l'emploi et des autres mesures de soutien, la France a été le pays de la zone euro qui a le mieux préservé le revenu des ménages par rapport à la chute de sa production. Au deuxième trimestre 2020, le revenu par habitant n'a baissé que de 2%, contre une baisse de plus de 13% du PIB par habitant, soit un écart de 11 points bien supérieur à l'Italie (5 points) ou l'Espagne (10 points). L'écart est aussi plus important qu'en Allemagne (8 points), mais dans ce pays, la chute de la production est moins forte.

6.2. Le patrimoine et la consommation des ménages ont évolué de façon contrastée suivant les niveaux de revenu

A la fin de l'année 2020 et en miroir des mesures de soutien du revenu, l'impact de la crise sur la situation financière des ménages est globalement contenu, mais surtout différencié en fonction du niveau de revenu des ménages.

Des études micro-économiques suggèrent une situation contrastée entre les ménages. Alors que les 10% aux revenus les plus modestes voient leur patrimoine diminuer quasi-continûment depuis le premier confinement, les 20% aux revenus les plus aisés, qui ont le plus réduit leurs dépenses, voient leur patrimoine augmenté au cours des restrictions (cf. Graphique 19).

Graphique 19 : Patrimoine liquide des ménages en 2020 par rapport au patrimoine de 2019



Source : Bounie et alii, 2020.

En miroir de cette évolution du patrimoine des ménages, le niveau d'endettement de ceux-ci a aussi évolué de manière différenciée : il a crû de 3% pour les 10% des Français aux revenus les plus faibles, alors qu'il a diminué du même ordre de grandeur pour les 20% des Français aux revenus les plus élevés⁴⁷. Cette évolution contribue à accentuer les inégalités pré-crise entre les ménages.

⁴⁷ Ibidem.

6.3. Les défaillances d'entreprises ont été contenues

L'ensemble des mesures prises (prêts garantis par l'Etat, activité partielle, aides ciblées) a permis de protéger largement le tissu économique⁴⁸, les faillites d'entreprises ont même baissé de 36% en 2020 par rapport à 2019.

Cependant, les entreprises pourraient être rapidement affectées. En effet, alors que le niveau d'endettement des entreprises françaises était déjà parmi les plus élevés parmi ses principaux partenaires, la crise a accentué ce phénomène : il augmente de près de 10 points de pourcentage en France au premier semestre 2020, atteignant 85% contre 67% en moyenne pour la zone euro et seulement 45% pour l'Allemagne.

Ce surcroît de dette accumulée, aggravé par les contraintes qui perdurent (restrictions persistantes de la mobilité et des horaires d'ouverture, fragilisation de la chaîne d'approvisionnement) pourrait ainsi engendrer une augmentation des défaillances d'entreprises du commerce de l'ordre de 25%, selon le Conseil national de la productivité⁴⁹. Ceci étant dit, le manque de données disponibles ne permet pas de distinguer entre celles, endettées mais avec un niveau de trésorerie élevée, et celles endettées et dans une situation difficile. Dans ce contexte, il est difficile d'augurer de la charge que des faillites éventuelles pourraient représenter en termes d'emplois, ou par secteurs, ainsi que les conséquences possibles sur le secteur bancaire.

6.4. Cet effort de solidarité va peser sur les finances publiques accentuant la position défavorable de la France en comparaison internationale

Les effets combinés du coût de la crise pour le système de santé, mais surtout des mesures de sauvetage et du plan de relance devraient avoir un impact inédit sur les finances publiques de la plupart des pays affectés, au-delà de celui de la crise financière.

À court terme, les finances publiques sont déjà affectées par les mesures d'urgence décidées par les autorités françaises en 2020, qui devraient avoir un impact direct sur les finances publiques de l'ordre de 2,9% du PIB et qui se sont déjà traduites par une augmentation de la dette. Les mesures de garanties de prêt à hauteur de 14,7% du PIB, font en outre peser un risque ultérieur significatif sur les finances publiques (les estimations actuelles du taux de défaut sur les prêts garantis par l'Etat seraient de l'ordre de 5%)⁵⁰.

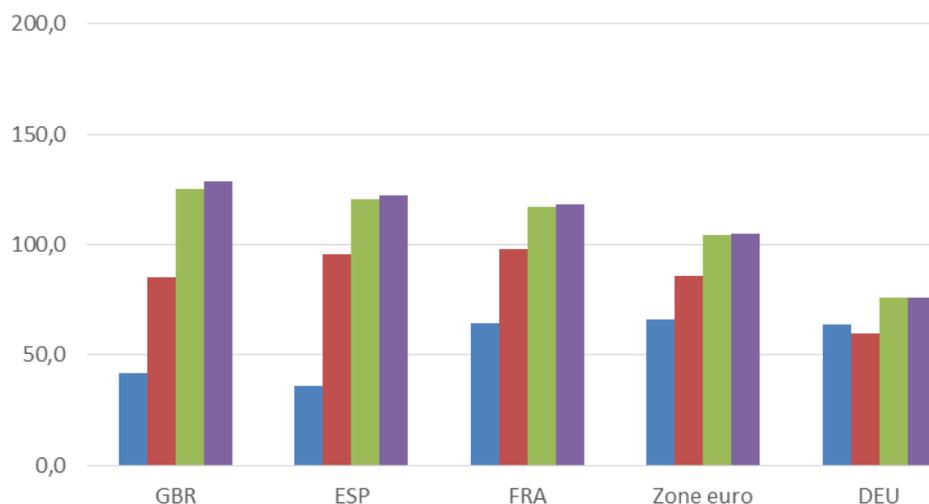
⁴⁸ Dans une étude publiée en décembre 2020, France Stratégie évoque même une « mise en hibernation » plutôt qu'une « zombification » des entreprises : selon l'estimation effectuée, l'impact différencié de la crise sanitaire sur la performance et l'endettement de l'entreprise joue peu par rapport aux facteurs propres de celle-ci.

⁴⁹ Conseil national de la productivité, *Les effets de la crise Covid-19 sur la productivité et la compétitivité*, janvier 2020.

⁵⁰ Rapport économique, social et financier 2021, Ministère de l'économie, des finances et de la relance.

S'il est difficile à ce stade, par manque de données comparables, d'estimer les effets de la crise sur les finances publiques, ils viendront néanmoins s'ajouter à la situation pré-crise des finances publiques de la France, qui, avec un endettement public proche de 100% du PIB en 2019 avant la crise, figurait dans le groupe des pays les plus endettés de la zone euro. Comme l'Italie, le Royaume-Uni et l'Espagne mais au contraire de l'Allemagne, la France a connu une augmentation conséquente de sa dette publique entre 2007 et 2019 (cf. Graphique 20).

Graphique 20 : Evolution de la dette publique entre 2007 et 2021/2022



Source : Travaux de l'OCDE, 2021. Projections pour 2021 et 2022. Dette maastrichtienne.

Cette situation doit cependant être mise en regard avec les politiques monétaires en vigueur et en particulier :

- ◆ le niveau des taux d'intérêts, qui devraient rester durablement bas et donc réduire la charge du remboursement de la dette ;
- ◆ le danger que représenterait pour la croissance une consolidation budgétaire trop précoce en sortie de crise.

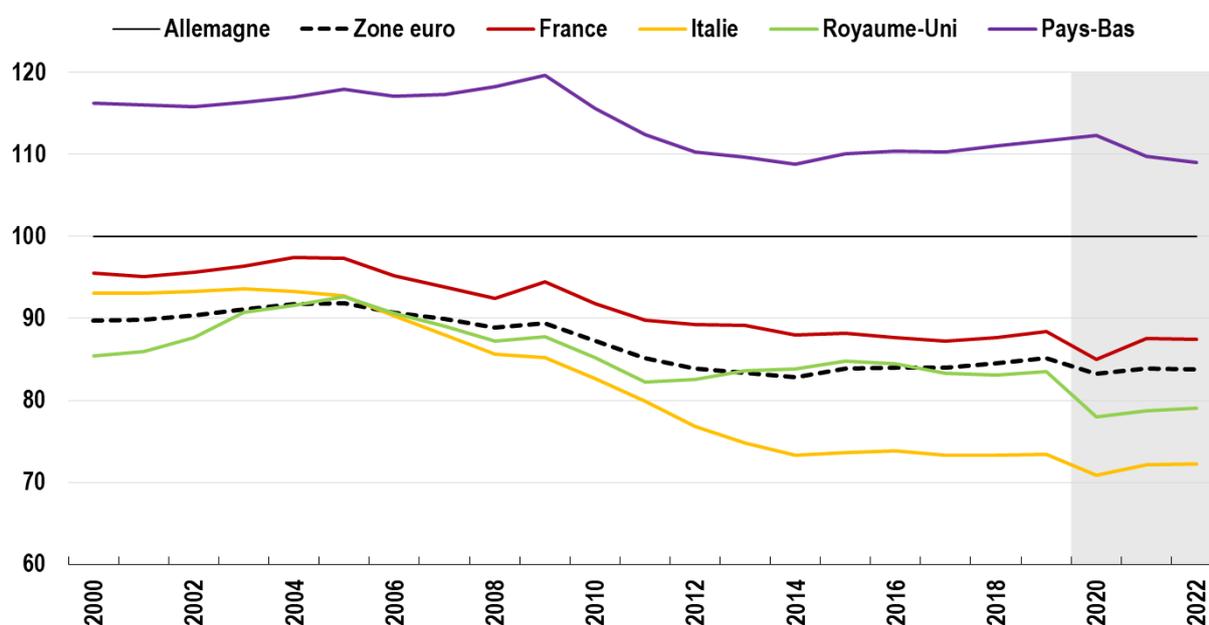
La situation des finances publiques françaises est le résultat de plusieurs décennies de gestion et pas spécifiquement de celle de la crise Covid.

6.5. L'impact différencié de la crise implique aussi un risque d'augmentation des écarts économiques au sein de la zone euro

Si les différences d'impact sanitaire et économique tendent à se résorber à mesure que la deuxième vague épidémique se prolonge, les prévisions pour l'année 2020 montrent que les déséquilibres macroéconomiques au sein de la zone euro devraient s'accroître (cf. Graphique) :

- ♦ d'un côté, des pays comme l'Allemagne ou les Pays-Bas, qui conjuguent une récession contenue autour de 3 à 5% du PIB (partie « haute » du graphique) et un déficit budgétaire entre 3 et 7% du PIB – dans un contexte de chômage faible, y compris pour les jeunes, ainsi que d'une augmentation du PIB par habitant ;
- ♦ d'un autre côté, la France, et plus encore l'Italie et l'Espagne, qui combinent une très forte récession (- 9% pour la France et l'Italie, - 12% pour l'Espagne) et un déficit record (10 à 12% du PIB) – dans un contexte de fort taux de chômage des jeunes (cf. *infra*) et de baisse de la richesse par habitant relativement aux pays cités ci-dessus.

Graphique 21 : Evolution de la richesse par habitant (PIB / tête) en comparaison avec l'Allemagne (base 100, ligne noire)



Source : OCDE, 2021.

Ces écarts entre pays de la zone euro pourraient s'accroître, en particulier si les pays présentant des excédents budgétaires et commerciaux n'investissent pas davantage pour stimuler la croissance de la zone euro.

7. La crise a déjà eu et aura un impact social multiple, durable et à ce stade encore incomplètement mesurable

Les effets de la crise sur le niveau de vie, la situation socio-professionnelle et le bien-être des individus devraient se poursuivre dans les mois, voire les années à venir.

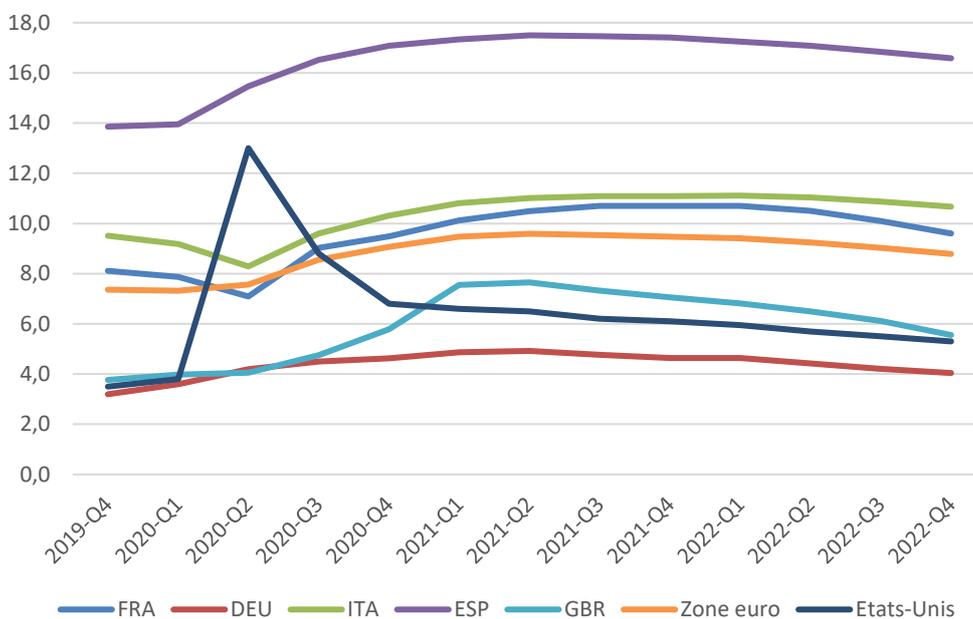
7.1. La crise devrait avoir des effets importants et durables sur l'emploi, la pauvreté et la santé publique

D'abord, même si à ce stade l'emploi a été largement préservé, la durée de la crise et la levée progressive des dispositifs de soutien à l'activité risquent d'engendrer une hausse considérable du chômage, dont les conséquences socio-économiques sont plurielles.

La France, qui présentait un taux de chômage légèrement plus élevé que la moyenne de la zone euro, devrait subir une augmentation du chômage jusqu'à près de 11% en 2021, dans le même ordre de grandeur que l'Italie, mais toujours bien davantage que l'Allemagne ou le Royaume-Uni (cf. Graphique).

Cette hausse attendue se fera en France dans un contexte pré-crise où près de la moitié des chômeurs cherchaient un emploi depuis un an ou plus – une proportion qui a cru de deux points entre fin 2019 et fin 2020. La situation et les perspectives économiques pèsent sur la probabilité que ces personnes trouvent un emploi.

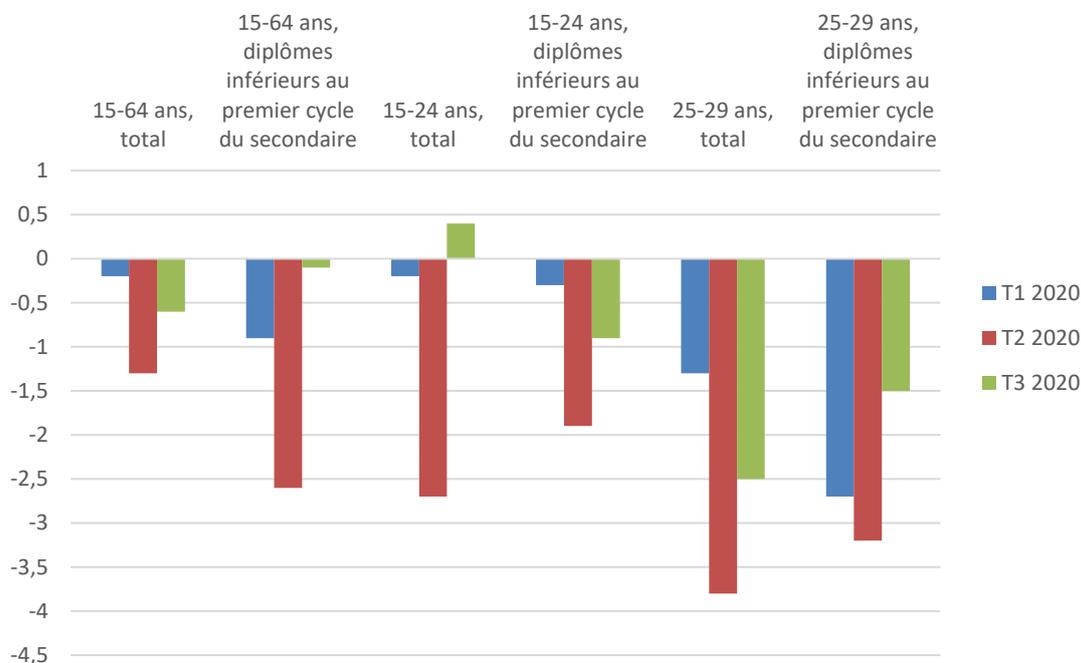
Graphique 22 : Évolution du taux de chômage aux prochains trimestres



Source : Résultats et projections, OCDE, 2020.

Les jeunes ont été et devraient être les premiers affectés par cette dégradation sur le marché de l'emploi, et en particulier les moins diplômés (cf. Graphique 23). Les trois premiers trimestres de l'année 2020 témoignent déjà d'une moindre entrée sur le marché du travail, qui se poursuit dans le temps et qui s'avère particulièrement forte pour les jeunes aux diplômes les moins élevés.

Graphique 23 : Baisse des taux d'emploi par rapport au 4^{ème} trimestre 2019



Source : Eurostat (2020), résultats trimestriels détaillés des enquêtes sur la force de travail.

L'ampleur et la durée de la crise pourraient faire perdurer ces effets sur l'emploi des jeunes. Si le filet de sécurité est plutôt large en France relativement aux autres pays de l'OCDE, l'expérience des crises précédentes montre néanmoins que ce sont ces travailleurs (jeunes, peu qualifiés, contrats précaires), qui souffrent le plus de récessions prolongées.

En outre, la crise a touché de manière plus forte les personnes non couvertes par les dispositifs de préservation de l'emploi, c'est-à-dire les titulaires de contrats de travail précaires, les indépendants, les travailleurs « informels ».

D'abord, ces types de statuts se retrouvent en grande partie dans les secteurs les plus affectés par la crise (hôtellerie, restauration, bâtiment, services à la personne en général). Ce sont aussi souvent les statuts de personnes exerçant des métiers dits essentiels, qui ont donc moins pu télétravailler et ont été ainsi plus exposés au virus que les autres professions pendant la première vague⁵¹.

D'autre part, ces personnes ont souvent un niveau de qualification inférieur à la moyenne et souffrent donc davantage d'un choc sur le marché du travail. L'intensité du choc est renforcée par le fait que ces personnes (autoentrepreneurs, travailleurs domestiques, emplois saisonniers) ne bénéficient souvent pas des dispositifs de préservation de l'emploi comme l'activité partielle et pas toujours des dispositifs de soutien à l'activité (fonds de solidarité par exemple).

⁵¹ Cf. enquête "Epicov" de l'Inserm pour la première vague épidémique.

En conséquence, la situation des plus vulnérables pourrait se détériorer. A titre illustratif, en France, le nombre d'allocataires du revenu de solidarité active a augmenté de 7,5% en 2020 essentiellement du fait que les sorties du revenu social d'activité sont beaucoup moins nombreuses dans le contexte économique actuel⁵².

De même, si les statistiques manquent pour mesurer l'impact sur la pauvreté réelle, des associations d'ampleur nationale ont indiqué que la distribution d'aide alimentaire avait augmenté de plus de 30% pendant la crise, à des niveaux inédits⁵³. Notons que le phénomène n'est pas unique à la France, étant identifié dans de très nombreux pays en Europe (Allemagne, Italie, Suisse...).

De manière générale, un choc économique majeur sur les ménages pourrait avoir lui-même un impact sanitaire conséquent quoique difficile à mesurer. D'abord, l'impact de la dernière crise financière de 2008-2010 en termes de mortalité a été documenté, notamment *via* le chômage provoqué par le choc économique. Selon certaines estimations, la crise de 2008 aurait été associée à 260 000 décès supplémentaires dans les pays de l'OCDE⁵⁴. L'impact du chômage sur la surmortalité a également été illustré en France, certains résultats montrant une corrélation entre situation de chômage et mortalité supplémentaire et multifactorielle (dont maladies cardiovasculaires, cancer, suicides, etc.)⁵⁵.

7.2. Ces effets ont été et devraient être très marqués pour certains publics en particulier, dont les jeunes, les personnes en marge de l'activité et les femmes

7.2.1. L'impact de la crise sur l'éducation et la formation des jeunes

Les jeunes se sont trouvés en première ligne, affectés par les différentes restrictions sanitaires et le choc économique.

La fermeture des établissements scolaires pendant la première vague pourrait avoir un impact de moyen terme sur le niveau de compétences, de diplômes et de revenu sur les élèves concernés.

Si le recul manque encore pour estimer les effets des restrictions sanitaires, une étude de la Commission européenne estime que les écoliers en cycle français auraient perdu environ 9% du total d'heures annuelles, une partie seulement de l'apprentissage étant compensée par l'enseignement à distance⁵⁶.

⁵² Drees, 26 février 2021. De même, entre mai et septembre 2020, le nombre d'allocataires de l'allocation de solidarité spécifique, perçue à l'épuisement des droits au chômage, a augmenté de 10%.

⁵³ "Restos du coeur", novembre 2020.

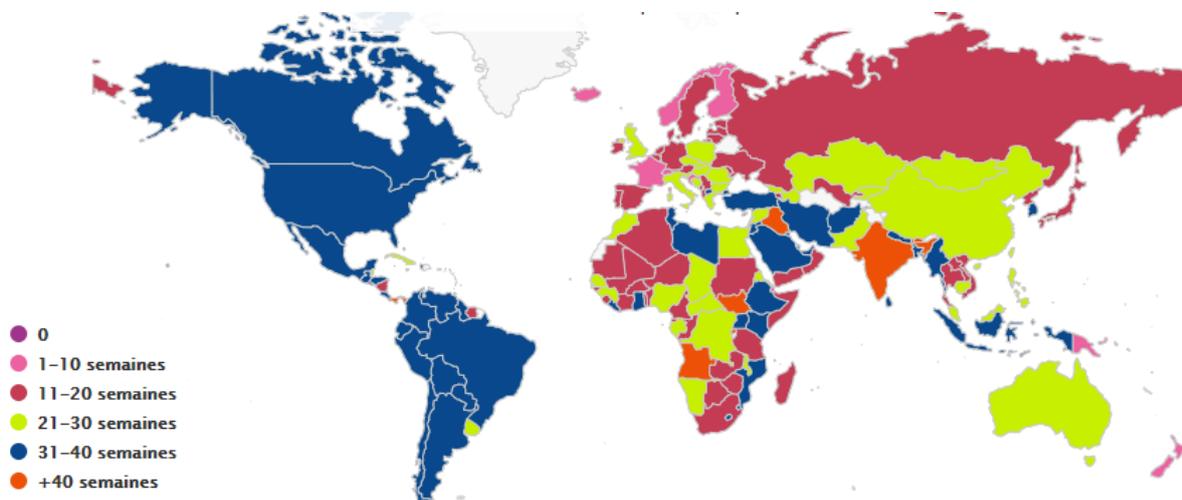
⁵⁴ Maruthappu et alii, "Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990–2010: a longitudinal analysis", *The Lancet*, Volume 388, 2016.

⁵⁵ Voir notamment Meneton et alii, "Unemployment is associated with high cardiovascular event rate and increased all-cause mortality in middle-aged socially privileged individuals", *Inserm, International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2015.

⁵⁶ Di Pietro G., Biagi F., Costa P., Karpiński Z. et Mazza J. (2020), *The Likely Impact of COVID-19 on Education: Reflections based on the Existing Literature and Recent International Datasets*. Publications Office of the European Union, Luxembourg

En comparaison internationale, il faut cependant souligner que la France fait partie des pays du monde qui ont fermé le moins longtemps les établissements scolaires depuis le début de la pandémie, alors même qu'elle fait partie des pays les plus affectés par le virus (cf. Graphique 7).

Graphique 7 : Durée des fermetures complètes ou partielles d'écoles



Source : UNESCO, 2021, données jusqu'en janvier 2021. Tous niveaux scolaires confondus.

La capacité des élèves à poursuivre les cours en mode dégradé et/ou distanciel dépendrait logiquement des ressources socio-culturelles de leurs familles – un suivi par le corps enseignant devenant alors crucial pour les élèves ne disposant pas de ce type de ressources. L'OCDE a publié de premières études sur le niveau de préparation des professeurs aux outils numériques et aux cours à distance, plaçant la France en-deçà de la moyenne de l'OCDE⁵⁷.

L'impact de cette perte d'heures sur le niveau des élèves n'apparaît pas clairement à ce stade, les tests effectués par le ministère de l'Éducation nationale français sur les enfants de CP, de CE1 et de sixième à la rentrée 2020⁵⁸ donnant des résultats ambivalents, difficilement interprétables. En revanche, les écarts de niveau semblent s'être accrus entre établissements défavorisés et établissements socialement avantagés.

Dans cette même perspective, d'autres enquêtes du ministère de l'Éducation nationale indiquent que les collégiens ayant été le moins suivis entre mars et mai 2020 seraient plutôt déjà absentéistes ou « décrocheurs » et/ou en situation sociale ou familiale difficile. De même, parmi les 20% des Français les moins aisés, la moitié déclarent avoir eu des difficultés pour le suivi scolaire de leurs enfants (contre 25% pour les 20% les plus aisés). Ceci n'est pas propre à la France : une étude allemande montre que si tous les élèves ont diminué leur temps d'apprentissage quotidien suite à la fermeture des écoles, cette diminution a été plus marquée chez les élèves les moins performants⁵⁹. Une tendance similaire est observable entre les élèves de familles les plus aisées et les moins aisées au Royaume-Uni⁶⁰.

⁵⁷ School education during Covid-19: were teachers and students ready, OCDE, 2020.

⁵⁸ Ministère de l'éducation nationale, DEPP, novembre 2020.

⁵⁹ Grewenig et al. 2020.

⁶⁰ Major et al. 2020

De son côté, la filière d'enseignement professionnel semble avoir bien résisté à la première vague épidémique, appuyée par la mise en place de formations à distance, du bénéfice possible du chômage partiel pour les apprentis et de la prime à l'embauche d'apprentis à la rentrée 2020. En 2020, le ministère du Travail a ainsi recensé la signature de 440 000 contrats (contre 353 000 en 2019).

Ce manque d'apprentissages dû à la situation pourrait avoir des conséquences de moyen terme. Dans son deuxième rapport, le Conseil national de la productivité souligne ainsi que par le passé, l'interruption d'une scolarité normale a eu des effets durables, des années après l'événement, sur le niveau des compétences et sur l'emploi – citant par exemple l'impact de grèves en Belgique ou de vacances scolaires allongées aux États-Unis⁶¹.

L'impact serait plus fort pour les élèves socialement peu favorisés, avec des conséquences sur la formation puis sur l'insertion professionnelle, dans un contexte de fort chômage des jeunes en France. Ce sont ces élèves qui seraient les plus affectés sur le moyen terme, du fait d'une accumulation de facteurs (érosion des compétences par manque de pratiques, démotivation accrue avec le retard accumulé, fléchissement des aspirations sociales et professionnelles).

7.2.2. L'impact fort mais peu mesurable pour les personnes à la marge de l'emploi et de la société

Les populations plus en marge de la société et donc moins protégées par la couverture santé et les aides d'urgence ont probablement souffert plus fortement de la crise. C'est tout particulièrement le cas des populations immigrées depuis peu sur le territoire, qui occupent en général une position plus fragile sur le marché du travail (moindre ancienneté en moyenne, possibles discriminations) et pour lesquels l'impact de la fermeture des écoles pendant le premier confinement est probablement plus défavorable à leurs enfants⁶².

D'autres publics comme les personnes sans domicile fixe (300 000 personnes en France en 2019 selon la Fondation Abbé Pierre) ont probablement été touchés de manière disproportionnée, à la fois parce qu'elles ont été plus infectées par le virus mais parce que les mesures de restriction (couvre-feu, gestes barrières) et le contexte économique ont encore fragilisé leur situation quotidienne. Là aussi, la France manque de suivi d'enquête ou données pour évaluer l'ampleur et la forme de ces phénomènes, mais dispose de « coups de sonde » qualitatifs.

⁶¹ Conseil national de la productivité, *Les effets de la crise Covid-19 sur la productivité et la compétitivité*, janvier 2020. Citation de l'étude de Meyers K. et Thomasson M. A. (2017), « *Paralyzed by Panic: Measuring the Effect of School Closures during the 1916 Polio Pandemic on Educational Attainment* », *NBER Working Paper Series*, 30.

⁶² Pour l'ensemble, cf. OCDE, *What is the impact of the Covid-19 pandemic on immigrants*, 19 octobre 2020.

Encadré 6 : De « nouveaux publics de l'aide alimentaire ? »

En juin 2020, l'Observatoire du Samu social de Paris a publié un rapport sur les guichets de l'aide alimentaire dans les départements de Paris et de la Seine-Saint-Denis entre avril et mai 2020. La dizaine de lieux observés, et les distributions alimentaires associées, ont permis d'effectuer un travail qualitatif qui fait état de « nouveaux publics » parmi les personnes qui se sont rendues à ces guichets, et en particulier des étudiants, intérimaires, entrepreneurs, ménages, retraités soudainement dans le besoin.

Les raisons de cet afflux inhabituel sont nombreuses, et reposent d'après l'observatoire sur :

- ◆ la disparition temporaire et soudaine de certains réseaux ou institutions assurant ces fonctions (restauration collective, petites associations contraintes d'arrêter leur activité ;
- ◆ le tarissement de sources de revenus, principales ou complémentaires, déclarées ou informelles, du fait des mesures de confinement.

7.2.3. Le renforcement des inégalités de genre

Alors que la dernière crise financière, en ayant un impact relativement plus fort sur l'industrie et la construction notamment, avait davantage touché les hommes⁶³, la crise actuelle ne présente pas les mêmes traits.

Même si les données demeurent sporadiques à ce stade, les femmes pourraient avoir été davantage affectées par la crise sur le plan socio-économique.

D'une part, les femmes sont surreprésentées, dans tous les pays de l'OCDE comme en France dans les secteurs de services (commerce de détail mais aussi hôtellerie-restauration)⁶⁴ les plus touchés par l'arrêt de l'activité et le choc économique qui s'ensuit. Elles constituent également la grande majorité des professionnels de soins (la profession infirmière est composée à 87% de femmes⁶⁵), dont les conditions de travail ont été particulièrement éprouvantes pendant la crise sanitaire.

Enfin, les inégalités de charge domestique de travail entre les femmes et les hommes, préexistantes à la crise, semblent avoir augmenté en 2020. Une étude de la chaire de sociologie de Sciences Po estime ainsi que les femmes ont consacré plus de temps qu'auparavant aux travaux ménagers et à « prendre soin de personnes fragiles ou vulnérables » pendant le premier confinement. Les auteurs soulignent notamment que 70% des femmes interrogées déclarent diriger quotidiennement le travail scolaire de leurs enfants, contre 32% des hommes⁶⁶.

⁶³ Women and recession revisited, Jill Rubery, Anthony Rafferty, 2013.

⁶⁴ COVID-19, employment and women in OECD countries, Monika Queisser, Willem Adema, Chris Clarke, 22 avril 2020.

⁶⁵ DREES, données 2018.

⁶⁶ Recchi et al. 2020.

CHAPITRE 2 :

EVALUATION COMPAREE DE LA GESTION DE LA CRISE

L'évaluation comparative de la gestion de la crise doit prendre en compte la dimension temporelle, pour deux raisons au moins.

D'abord, les connaissances ont évolué au fur et à mesure du temps. C'est non seulement le cas des connaissances scientifiques mais aussi de la compréhension de la situation que pouvaient avoir, à un instant donné, les pouvoirs publics obligés de décider en situation d'incertitude.

Ensuite, la dynamique de l'épidémie a imposé son propre calendrier aux décideurs publics. Les dates d'émergence de l'épidémie ont différé d'un pays à l'autre, leur laissant des délais plus ou moins importants pour analyser la situation et organiser les réponses. Une deuxième vague a ensuite émergé dans tous les pays quelle qu'ait été en amont la qualité de leur gestion de la première vague.

Ces observations ont conduit la Mission à découper la période d'observation de la gestion de la crise en cinq périodes :

- ◆ l'émergence de l'épidémie de janvier à février 2020 ;
- ◆ le confinement de mars à mai ;
- ◆ le plan de déconfinement et la tentative avortée de vivre avec un virus sous contrôle de mai à octobre ;
- ◆ le deuxième confinement de novembre à décembre 2020 débouchant sur une amélioration sensible de la situation épidémique mais insuffisante pour permettre une réouverture complète des activités économiques, sportives et culturelles ;
- ◆ la période de fin décembre à février 2021 caractérisée par l'émergence de nouveaux variants, conduisant à une modulation dans le temps des mesures d'endiguement, et par le début de la campagne de vaccination.

Le présent chapitre, essentiellement consacré à l'analyse des actions publiques conduites au cours de l'année 2020, étend ses investigations jusqu'au mois de février 2021, en étant toutefois conscient des limites inhérentes à une évaluation en quasi-temps réel.

1. Janvier-février 2020 : La dynamique de l'épidémie a été sous-estimée et le niveau de préparation s'est révélé insuffisant

La diffusion de l'épidémie n'a pas été correctement appréciée au cours des deux premiers mois de l'année. La survenue de l'épidémie en Chine puis l'apparition des premiers cas en France (24 janvier 2020) ont bien entraîné une mise en alerte du dispositif de gestion de crise. Mais la prise de conscience de la gravité de la situation n'est intervenue qu'aux environs du 10 mars 2020, conduisant le gouvernement à prendre une série de mesures pour endiguer l'épidémie, alors même que la situation sanitaire en Italie du Nord avait entraîné la mise en confinement d'une dizaine de villes dès le 21 février 2020.

Cette prise de conscience tardive trouve son origine dans la défaillance du dispositif de surveillance épidémiologique (de l'Organisation mondiale de la santé à la France en passant par l'Europe) et dans une mauvaise compréhension des signaux disponibles

Elle s'est accompagnée de la découverte d'un niveau de préparation insuffisant, dans un contexte où le faible niveau de confiance dans le gouvernement rendait plus complexe la gestion de la crise et la communication officielle.

1.1. Le système de veille et de surveillance a été pris en défaut et la gravité de la crise a été initialement sous-estimée

1.1.1. Les systèmes de veille et de surveillance ont été pris en défaut

La défaillance du système d'alerte se situe d'abord au plan international. La chronologie des décisions de gestion de crise au niveau international (cf. encadré *infra*) fait apparaître un décalage avec la cinétique de l'épidémie telle qu'elle pouvait être déduite des informations qui circulaient sur les réseaux d'information (réseaux sociaux et chaînes d'information).

Ce décalage concerne en premier lieu l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

- ◆ confirmation prudente par l'OMS de la contamination interhumaine le 21 janvier 2020 alors que celle-ci semblait avérée depuis plusieurs jours voire de façon plus ancienne encore si on prend en compte l'alerte adressée à l'OMS par les autorités de Taïwan le 31 décembre 2019 sur la transmissibilité du virus⁶⁷ ;
- ◆ déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale le 31 janvier 2020 alors que l'ampleur de l'épidémie avait conduit les autorités chinoises à confiner l'agglomération de Wuhan (20 millions d'habitants) le 20 janvier 2020 et que des vidéos diffusaient sur Internet des images de la construction en urgence de nouveaux hôpitaux dans cette même ville.

⁶⁷ Jean-Paul Sardon. De la longue histoire des épidémies au Covid-19. Les Analyses de Population & Avenir, 2020, 10.3917/lap.026.0001. hal-02557027

Sur le plan européen, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) ne produit que trois alertes au cours du mois de janvier :

- ♦ une note d'évaluation en date du 9 janvier 2020 relative à un cluster de pneumonies possiblement associées à un nouveau coronavirus à Wuhan (Chine) ;
- ♦ une première évaluation des risques liés au nouveau coronavirus, publiée le 17 janvier 2020⁶⁸ à destination principalement des voyageurs, qui mentionne une possibilité non établie formellement de contamination interhumaine ;
- ♦ deux avis des 22 et 26 janvier 2020 évaluant un risque modéré d'apparition de cas en Europe.

Sur un plan plus politique, au sein de l'Union européenne, la première réunion des ministres de la santé le 13 février 2020, essentiellement consacrée à la coordination des rapatriements de citoyens européens, n'a pas joué de rôle significatif dans la coordination des dispositifs d'alerte et de mise en œuvre des premières mesures d'endiguement au sein des différents pays successivement touchés.

⁶⁸ <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-cluster-pneumonia-cases-caused-novel-coronavirus-wuhan>

Encadré 7 : Le calendrier de l'alerte internationale⁶⁹

31 décembre 2019 : La Commission sanitaire municipale de Wuhan, dans la province de Hubei (Chine) signale un groupe de cas de pneumonies. Un nouveau coronavirus est ensuite identifié.

1^{er} janvier 2020 : L'OMS met sur pied une équipe d'appui à la gestion des incidents (IMST) aux trois niveaux de l'Organisation : siège, bureaux régionaux et bureaux de pays, plaçant l'Organisation en état d'urgence pour affronter la flambée.

4 janvier 2020 : L'OMS signale sur les médias sociaux l'existence d'un groupe de cas de pneumonies – sans décès – à Wuhan, dans la province du Hubei.

5 janvier 2020 : L'OMS publie son premier bulletin sur les flambées épidémiques consacré au nouveau virus. Elle comporte une évaluation des risques et des conseils, et se fait l'écho de ce que la Chine a indiqué à l'Organisation concernant l'état de santé des patients et la riposte mise en place en matière de santé publique face au groupe de cas de pneumonie à Wuhan.

10 janvier 2020 : L'OMS publie un ensemble d'orientations techniques ainsi que des conseils à l'intention de tous les pays sur la manière de détecter, de dépister et de prendre en charge les cas potentiels. Les données factuelles alors disponibles laissent penser qu'« il n'y a pas de transmission interhumaine ou que celle-ci est limitée ».

11 janvier 2020 : La Chine communique publiquement la séquence génétique du virus de la COVID-19.

14 janvier 2020 : L'OMS [signale](#) que, sur la base des données d'expérience accumulées sur les agents pathogènes respiratoires, le risque de transmission interhumaine parmi les 41 cas confirmés en République populaire de Chine existe : « il est certainement possible qu'il y ait une transmission interhumaine limitée ».

19 janvier 2020 : Selon un [tweet](#) du Bureau régional OMS du Pacifique occidental, les dernières informations reçues et l'analyse de l'OMS tendent à démontrer l'existence d'une transmission interhumaine limitée.

21 janvier 2020 : Selon un [tweet](#) du Bureau régional OMS du Pacifique occidental, il apparaît désormais très clairement qu'il existe bien « une certaine transmission interhumaine au moins », les cas d'infection constatés chez les soignants tendant à renforcer cette thèse.

22 et 23 janvier 2020 : première réunion du comité d'urgence de l'OMS.

30 janvier 2020 : Nouvelle réunion du comité d'urgence. Sur la base de l'avis du Comité, le Directeur général [déclare la flambée de nouveaux coronavirus une urgence de santé publique de portée internationale](#).

⁶⁹ <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

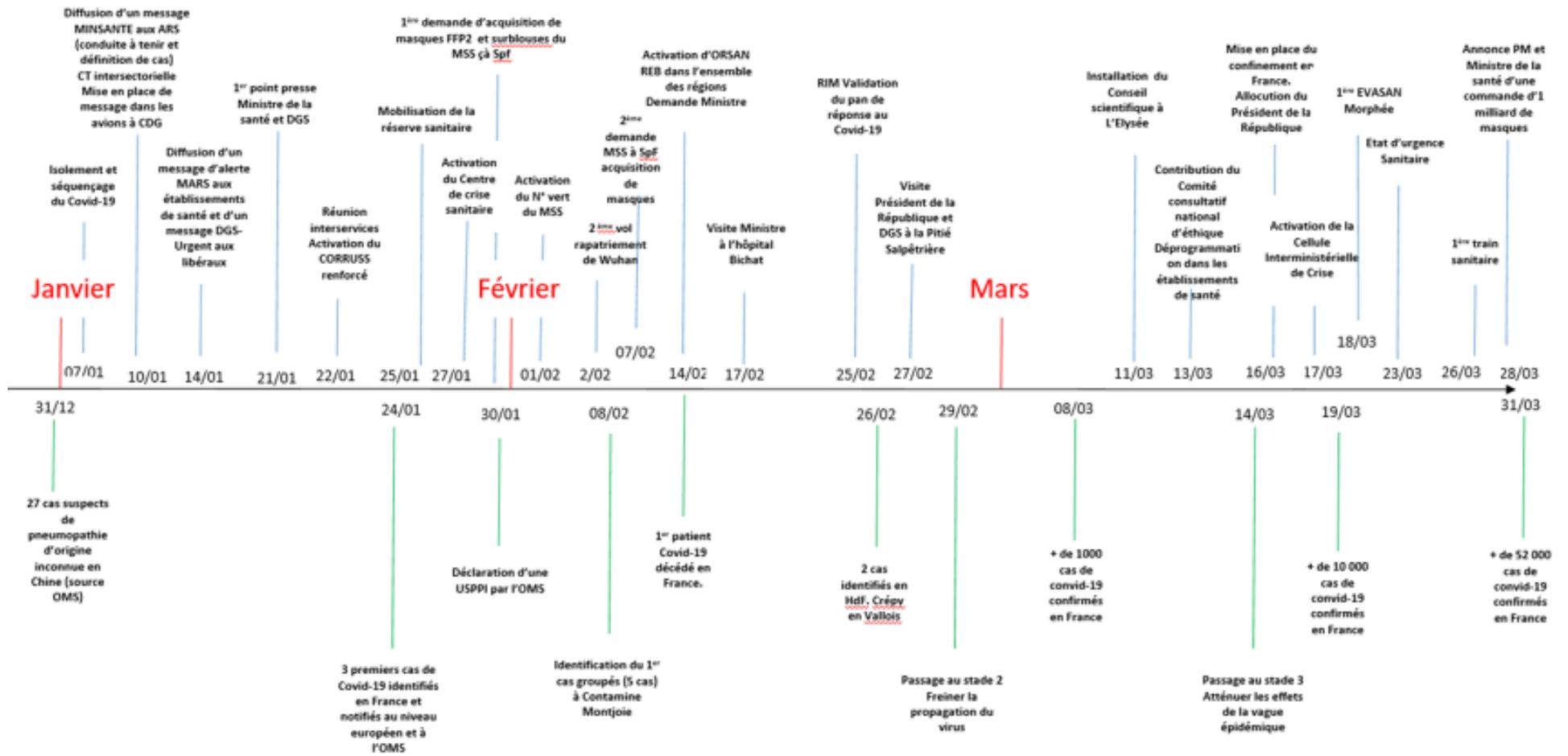
Sur le plan national, la mise en alerte du dispositif de gestion de crise est assez précoce. Dès le 2 janvier, et donc sans attendre la déclaration par l'OMS de l'urgence de santé publique de portée internationale, la France place en alerte de niveau 1, le Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) de la Direction générale de la santé (DGS). Cette mise en alerte intervient bien avant la première déclaration de cas de patients atteints du coronavirus le 24 janvier 2020 (cf. Graphique 25).

Encadré 8 : Les trois niveaux d'alerte en gestion de crise

De la gestion courante des alertes sanitaires à la gestion d'une situation exceptionnelle, le centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) dispose d'une organisation proportionnée :

- ◆ Niveau 1 : « veille opérationnelle », pour la gestion courante des alertes sanitaires ;
- ◆ Niveau 2 : « CORRUSS renforcé », qui implique une équipe exclusivement dédiée à la gestion d'un événement particulier à l'impact sanitaire significatif ;
- ◆ Niveau 3 : « activation du centre de crise sanitaire » en situation sanitaire exceptionnelle, avec mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire pouvant compter jusqu'à 40 personnes.

Graphique 85 : Chronologie de la gestion de crise au cours du premier trimestre 2020



Source : Ministère des Solidarités et de la Santé

À partir de la mise en alerte⁷⁰, conformément à la doctrine de gestion des épidémies (cf. *infra* le paragraphe sur le plan pandémie grippale), des actions visent à endiguer l'épidémie en freinant l'introduction (phase 1) puis la diffusion du virus (phase 2) sur le territoire. Elles se caractérisent par un renforcement des contrôles aux frontières, la recherche et l'isolement des patients diagnostiqués et de leurs cas contacts. Cette stratégie a été conduite avec succès par les ARS et les équipes de SPF (avec notamment la gestion efficace du cluster des Contamines-Montjoie apparu le 7 février 2020) jusqu'à l'émergence non maîtrisée de deux clusters dans l'Oise (fin février, un premier décès survenant le 25 février 2020) et surtout dans la région de Mulhouse consécutif au rassemblement évangélique (du 17 au 21 février 2020).

L'échappement de l'épidémie au contrôle n'a cependant pas été perçu immédiatement et la diffusion du virus ne semble pas avoir été correctement mesurée en raison de trois éléments qui se sont combinés :

- ◆ Les caractéristiques propres de la maladie, aujourd'hui bien connues :
 - La fréquence des formes asymptomatiques ;
 - Le délai existant entre la contamination initiale et l'apparition de formes sévères justifiant une hospitalisation rendant la maladie visible par les systèmes d'information disponibles ;
 - L'existence d'une phase contagieuse pré-symptomatique inhabituellement longue (2 à 3 jours).
- ◆ L'absence de capacités de test à grande échelle ne permettant pas de mesurer la progression des contaminations (en dehors des patients hospitalisés) ;
- ◆ La mauvaise compréhension de la situation par les autorités sanitaires, la prise de conscience des risques de débordement des capacités hospitalières n'étant pas venue des canaux « normaux » de surveillance sanitaire, mais d'initiatives individuelles (à partir du 10 mars 2020) de médecins cliniciens (en particulier en contact avec des collègues italiens), appuyés par des travaux de modélisation, notamment ceux de l'*Impérial College* (Londres) et de quelques experts de l'AP-HP et de l'Institut Pasteur.

Si les caractéristiques propres de la maladie constituent une donnée sur laquelle les décideurs publics n'ont pas de prise directe, les deux autres facteurs traduisent une faiblesse de la gestion de la crise.

L'insuffisance des capacités de test en février et mars découle de plusieurs facteurs détaillés plus loin (cf. *infra*) qui relèvent non seulement de difficultés techniques mais aussi de l'absence de doctrine claire d'utilisation des tests à des fins de diagnostic et de dépistage, qui aurait permis d'orienter la mobilisation des ressources⁷¹.

Les auditions de la Mission ont fait apparaître rétrospectivement l'existence de signaux faibles et précoces observables dès le mois de janvier, que les systèmes de surveillance ne permettaient pas de capter : observations par des généralistes de départements de l'Est de la France de « gripes atypiques », présence dans plusieurs services de réanimation de Syndromes de détresse respiratoires sévères (SDRA) d'origine indéterminée chez des patients jeunes, imageries scanner mettant en évidence des pneumonies atypiques ou IRM cérébrales réalisées pour suspicion de tumeur sur des patients atteints d'agueusie ou d'anosmie.

⁷⁰ Le niveau de mobilisation du CORRUS passant lui-même au niveau 2 (renforcement des équipes) le 23 janvier et en niveau 3 (transformation en centre de crise sanitaire) le 26 janvier 2020.

⁷¹ L'action publique face à la crise du COVID-19. Institut Montaigne. Note de juin 2020.

Ces remontées rétrospectives ne mettent évidemment pas en cause d'éventuelles défaillances ni ne désignent de responsables, mais elles suggèrent l'intérêt qu'il pourrait y avoir à développer à l'avenir un dispositif de surveillance et d'analyse des signaux faibles recueillis notamment en médecine de ville dans le prolongement par exemple des réseaux Sentinelles⁷².

1.1.2. La mauvaise compréhension des signaux relatifs à la gravité de la crise

La mauvaise compréhension de la gravité de la crise au début du mois de mars trouve une partie de sa source dans un déficit d'expertise⁷³ : des capacités de modélisation mobilisables limitées en raison de la dissémination des compétences entre différentes équipes, toutes de dimension réduite, aussi bien que la faiblesse des ressources d'épidémiologie de terrain (au sein des ARS et des équipes déconcentrées de SPF). De plus, la dispersion de l'expertise scientifique répartie principalement entre SPF, l'institut Pasteur, le HCSP, le COREB et divers laboratoires hospitaliers ou de recherche a pu rendre plus difficile la mise en commun des connaissances et la synergie des compétences.

Cependant, la mauvaise compréhension initiale de la situation n'est pas propre à la France⁷⁴ et a fait l'objet de travaux d'analyse, notamment de la part des sociologues⁷⁵ qui donnent plusieurs types d'explications :

- ◆ L'existence de biais cognitifs : difficulté à appréhender une croissance exponentielle, inexpérience de précédents comparables aux épidémies de SRAS vécues dans les pays asiatiques, « biais d'endogroupe » conduisant à penser être meilleur que les autres pays précédemment atteint (en particulier en France par rapport à l'Italie) ;
- ◆ Des difficultés de cadrage, c'est-à-dire de compréhension des caractéristiques de l'épidémie, celle-ci étant considérée à la fois comme une maladie bénigne (« une grippette » selon une expression employée parfois au début de l'épidémie) dans la grande majorité des cas et une maladie grave pour une minorité de cas entraînant une hospitalisation, le cas échéant en réanimation⁷⁶. La présence de nombreux experts développant sur ce point des avis contradictoires sur les plateaux de télévision, dans la presse écrite ou sur les réseaux sociaux a déclenché un débat dans l'opinion publique sur la gravité du virus⁷⁷, et a contribué à minorer l'urgence de la situation et à réduire l'acceptabilité des mesures⁷⁸.

⁷² Le réseau Sentinelles (www.sentiweb.fr) est un réseau de recherche et de veille en soins de premiers recours (médecine générale et pédiatrie) en France métropolitaine. Créé en 1984, il est développé sous la tutelle conjointe de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ([Inserm](http://www.inserm.fr)) et de [Sorbonne Université](http://www.sorbonne-universite.fr).

⁷³ De façon plus structurelle, la faiblesse de la santé publique, constitue une sorte de toile de fond qui contribue à expliquer les défauts de préparation et de vigilance: faible culture de la population, absence de relai dans les écoles ou les entreprises

⁷⁴ Cf. Gérer le COVID-19, un tour d'Europe. Fondation Robert SCHUMAN, printemps 2020

⁷⁵ Voir notamment : Le système hospitalier français dans la crise du Covid-19 par H DUMEZ et E MINVIELLE. Centre de recherche en Gestion de l'Ecole Polytechnique. Juillet 2020

⁷⁶ Entraînant, compte tenu du grand nombre de cas, un nombre important de décès.

⁷⁷ "C'est un virus bénin, on nous le présente comme un tueur, on ne fait que présenter des chiffres de mortalité", Pr François Bricaire, ancien chef de service à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, sur BFMTV, le 9 mars.

"Les chiffres de la grippe saisonnière : 10 000 morts par an, soit 1 000 morts par semaine en plein pic d'épidémie. On n'est pas du tout dans cette mesure-là avec le coronavirus", médecin urgentiste Gérald Kierzek, dans l'émission C dans l'air, le 29 février. (informations AFP)

⁷⁸ Selon le SIG, le sentiment d'urgence n'est devenu majoritaire dans le grand public qu'à la mi-mars.

- ◆ Des difficultés de cadrage, c'est-à-dire de compréhension des caractéristiques de l'épidémie, celle-ci étant considérée à la fois comme une maladie bénigne (« une gripette » selon une expression employée parfois au début de l'épidémie) dans la grande majorité des cas et une maladie grave pour une minorité de cas entraînant une hospitalisation, le cas échéant en réanimation⁷⁹. La présence de nombreux experts développant sur ce point des avis contradictoires sur les plateaux de télévision, dans la presse écrite ou sur les réseaux sociaux a déclenché un débat dans l'opinion publique sur la gravité du virus⁸⁰, et a contribué à minorer l'urgence de la situation et à réduire l'acceptabilité des mesures⁸¹.

1.2. Le début de la crise a révélé un niveau de préparation insuffisant

1.2.1. Malgré un plan pandémie français de qualité, un manque de préparation opérationnelle et logistique à une crise épidémique

Conformément aux recommandations de l'OMS, dans le contexte de l'adoption du Règlement Sanitaire International (RSI)⁸², la France s'est dotée d'un plan de préparation à une pandémie grippale en 2005. Il a été actualisé en 2006 puis en 2007 et 2009, prenant en compte les résultats d'exercices, notamment un exercice réalisé en 2008 ayant impliqué un nombre important d'établissements de santé et aussi scolaires. Mis en œuvre en réponse à l'épidémie de grippe H1N1 de 2009, le plan a ensuite été révisé sensiblement en 2011, dernière version à ce jour.

L'analyse⁸³ par la Mission du plan pandémie de 2011 montre un degré de complétude comparable à ceux d'autres pays développés (cf. fiche technique 1). Avec un score de 35 points sur 42, le plan français couvre bien les champs d'intervention attendus : la planification, la stratégie de préparation, la gestion des risques, les outils de commandement, de coordination et de suivi, la communication, les moyens d'alerte, d'évaluation des risques et de surveillance, les médicaments, la préparation du système de santé, les mesures non pharmaceutiques, les services essentiels, la continuité d'activité, les spécificités liées à des populations particulières, la phase de reprise et de transition et enfin, l'interopérabilité internationale (cf. Graphique 26).

⁷⁹ Entraînant, compte tenu du grand nombre de cas, un nombre important de décès.

⁸⁰ "C'est un virus bénin, on nous le présente comme un tueur, on ne fait que présenter des chiffres de mortalité", Pr François Bricaire, ancien chef de service à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, sur BFMTV, le 9 mars.

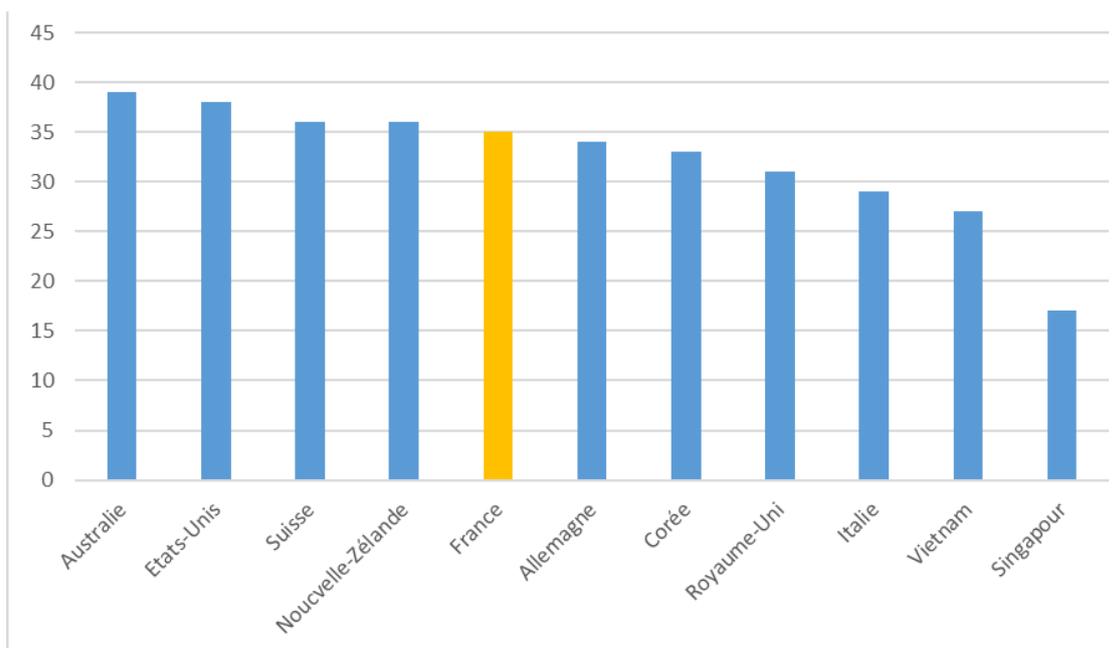
"Les chiffres de la grippe saisonnière : 10 000 morts par an, soit 1 000 morts par semaine en plein pic d'épidémie. On n'est pas du tout dans cette mesure-là avec le coronavirus", médecin urgentiste Gérald Kierzek, dans l'émission C dans l'air, le 29 février. (informations AFP)

⁸¹ Selon le SIG, le sentiment d'urgence n'est devenu majoritaire dans le grand public qu'à la mi-mars.

⁸² Les recommandations de l'OMS étant elles-mêmes consécutives d'une part à plusieurs épisodes de grippe aviaire H5N1 survenus dans différents pays d'Asie, ayant entraîné des contaminations humaines graves (avec un fort taux de létalité) faisant redouter une possible contamination interhumaine prélude à une pandémie gravissime, d'autre part à l'épidémie de SRAS finalement contenue après quelques semaines de forte inquiétude au plan international.

⁸³ La Mission a utilisé un modèle de scoring proposé par une équipe de chercheurs qui explore le contenu des plans en vérifiant la présence de 42 points d'attention, permettant ainsi d'évaluer le degré de complétude du plan. Une description plus complète de la démarche est donnée en fiche technique 1.

Graphique 96 : Comparaison des scores de complétude des plans pandémie grippale



Source : Travaux de la Mission.

La réduction de la fréquence des exercices et des mises à jour à partir de 2011 par rapport à la période 2005-2009 témoignent en revanche d'une réduction de l'attention portée à ce sujet par les pouvoirs publics : aucune mise à jour d'ensemble n'est en effet intervenue depuis 2011, même si certaines fiches auxquelles revoit le plan ont pu être amendées, et le dernier exercice pandémie grippale a eu lieu en 2013. Un exercice lié à une hypothèse d'introduction d'une autre épidémie virale a toutefois eu lieu en 2019.

La réduction de l'effort de préparation paraît avoir plusieurs origines :

- ◆ Les épidémies de coronavirus (SRAS 2003 et MERS 2012) et d'Ébola (2014) ont été contenues en dehors du territoire national, empêchant de capitaliser les enseignements à la différence de certains pays d'Asie fortement touchés par ces virus à l'époque ;
- ◆ L'épisode de la grippe H1N1 de 2009-2010 à la suite de laquelle les pouvoirs publics de l'époque ont été accusés d'avoir sur-réagi au regard de la gravité réelle de la pandémie, conduisant à un gaspillage d'argent public (achats de vaccins et de masques en excès) ;
- ◆ La priorité en matière de gestion de crise semble avoir été donnée au risque terroriste qui s'est dramatiquement concrétisé lors des attentats de 2015 et 2016.

Encadré 9 : Une explication au manque de préparation

L'analyse sociologique développée par H Bergeron et al.⁸⁴ fournit un complément d'explication plus structurel en pointant deux causes principales, observables dans d'autres secteurs publics :

- ◆ La dérive organisationnelle qui conduit à accepter l'émergence d'écarts croissants à la norme, repoussant de façon progressive les limites du risque acceptable, par exemple en réduisant le niveau des stocks d'EPI disponibles. Les auteurs soulignent que cette dérive a été facilitée par les « fausses alertes » précédentes (SRAS et H1N1) et par l'émergence d'autres risques mobilisant davantage l'attention (attentats) ;
- ◆ La notion de risque scélérat qui traduit une mauvaise appréciation du risque réel conduisant au sentiment indu de pouvoir gérer le risque avec les moyens disponibles. Cette appréciation s'applique en l'espèce à la surestimation du degré réel de préparation à la gestion de l'épidémie émergente. Le degré de préparation a en outre été d'autant moins éprouvé que les exercices ont vu leur fréquence se réduire et que les scénarios testés ont souvent, selon les mêmes sociologues, eu un caractère linéaire et convenu. Centrés sur la vérification de la connaissance des outils et des procédures, ils ne simulent pas des situations critiques de désordre ou de chaos, renforçant le sentiment de fausse sécurité des acteurs. Les auteurs soulignent également la dissociation entre les acteurs chargés de la gestion de crise et ceux qui participent aux exercices, généralement d'un rang hiérarchique inférieur, réduisant ainsi l'effet d'apprentissage.

Des éléments issus de la préparation ou de l'expérience de la gestion des attentats ont cependant été utiles pour la gestion de la crise de Covid-19, avec notamment la création du système d'information SI-VIC destiné à recenser les victimes (utilisé pendant la crise de Covid-19 pour suivre les patients hospitalisés ainsi que les décès hospitaliers) et l'expérimentation du transfert de patients lourds par TGV.

Le plan pandémie grippale n'a pas fait l'objet d'un déclenchement formel, les pouvoirs publics s'étant finalement appuyés sur le plan Orsan-REB (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles pour le risque épidémique et biologique) qui a été déclenché le 14 février 2020. De nombreuses mesures du plan ont été cependant mises en œuvre :

- ◆ le phasage de la lutte structurée en trois étapes correspondant au stade ou au degré de contrôle de l'épidémie (respectivement les 14 février 2020, 29 février 2020 et 14 mars 2020) ;
- ◆ les mesures figurant dans le plan, telles que la promotion des gestes barrières, l'interdiction des rassemblements, le déclenchement des plans de continuité d'activité ou la possibilité de fermer certains commerces ou services non essentiels.

En revanche, les mesures les plus importantes, qui ont été décidée *in fine*, telles que le couvre-feu, le confinement ou la place donnée à une stratégie du type « tester, tracer, isoler », au-delà de la phase initiale de freinage, n'étaient pas prévues dans le plan pandémie français, pas plus que dans celui des autres pays étudiés. Ceci s'explique par la durée de la crise Covid, l'absence de traitements médicamenteux et de perspective rapide de vaccination qui diffèrent de la pandémie grippale telle que l'anticipait le plan pandémie.

⁸⁴ COVID-19 : une crise organisationnelle par H BERGERON, O BORRAZ, P CASTEL et F DEDIEU. Presses de Sciences Po. Septembre 2020

Au niveau communal et intercommunal, la préparation a notamment consisté en l'anticipation de la mise en place des consignes nationales, en la sécurisation de la continuité du service public en mettant à jour les Plans de continuité des actions (PCA)⁸⁵ et à trouver des solutions pour assurer la distribution de masques et d'Équipements de protection individuelle (EPI) aux personnels essentiels de leur localité⁸⁶.

1.2.2. Conséquence de ce manque de préparation opérationnelle, la pénurie de masques a en outre souffert des hésitations sur leur doctrine d'emploi et d'insuffisances graves de gestion

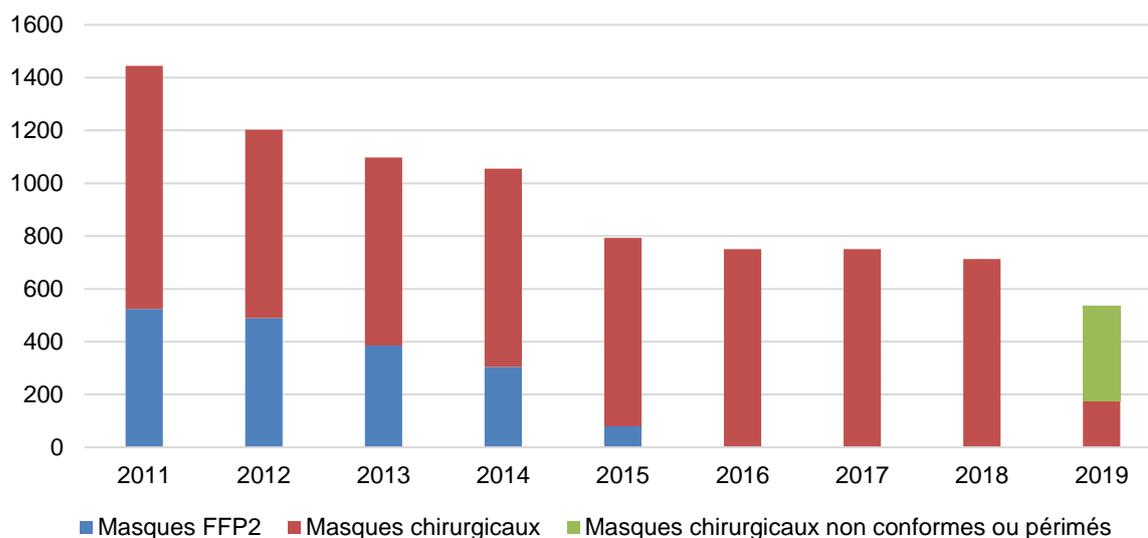
Les premiers mois de la crise ont également mis en exergue le défaut de préparation en matière d'EPI et de masques en particulier. La pénurie qui a caractérisé les premiers mois de 2020 résulte d'une combinaison de facteurs :

- ◆ Dans le cadre du plan pandémie de 2005, un stock stratégique de masques a été constitué à destination tant de la population générale que des professionnels de santé, mais aussi des professionnels exerçant des métiers indispensables au contact du public. En 2010, le stock s'établissait à 1 milliard de masques chirurgicaux destinés au grand public et 700 millions de masques FFP2 destinés aux professionnels. Deux décisions ont ensuite fortement impacté le calibrage des besoins :
 - le 1^{er} juillet 2011, le HCSP a rendu un avis visant à réserver l'usage des masques FFP2 à certains actes soignants, réduisant sensiblement le besoin.
 - le 16 mai 2013, le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN) a publié une « *Doctrine de protection des travailleurs face aux maladies hautement pathogènes à transmission respiratoire* », qui renvoyait aux employeurs, y compris les établissements de santé, l'obligation d'assurer la protection de leurs salariés par la fourniture de masques et de constituer des stocks à cet effet.La conjugaison de ces deux décisions conduisait à ne réserver le stock stratégique qu'à la détention de masques chirurgicaux à destination du grand public. En 2018, le rapport Stahl établissait ce besoin à 1 milliard de masques chirurgicaux.
- ◆ La gestion des stocks stratégiques de masques (et d'autres produits) a été confié à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) créé par la loi du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur. L'EPRUS a ensuite été intégré en 2016 au sein de Santé publique France, nouvelle agence réunissant l'Institut national de veille sanitaire (INVS) et l'INPES. Le principe retenu de la constitution d'un stock dormant exposait mécaniquement à la nécessité de renouvellements réguliers pour combler la dégradation éventuelle de certains équipements, l'apparition de nouvelles normes ou l'existence de date de péremption (masques FFP2). La survenue de ces différents événements et le volume insuffisant des acquisitions ont conduit à une réduction progressive du niveau des stocks effectivement disponibles ainsi qu'en témoigne le graphique 27.

⁸⁵ Les retours d'expérience et plan locaux H1N1 ont servi de base à ce travail de préparation

⁸⁶ Informations transmises par les associations de collectivités locales, sollicitées par contribution écrite

Graphique 10 : Évolution du niveau des stocks stratégiques



Source : Travaux de la Mission à partir de données du rapport de la mission d'information de l'Assemblée Nationale sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de coronavirus Covid-19.

Note : Stock au 1^{er} janvier de chaque année, en million. Les stocks non conformes en 2019 correspondent au constat de non-conformité et pas forcément à la date de péremption réelle. Les stocks des années précédentes contenaient une proportion de masques non conformes qui ne peut être déterminée précisément.

Selon les chiffres transmis par SPF, le stock de masques chirurgicaux à la fin de l'année 2019 atteignait 534,5 millions d'unités. Dans ce chiffre, étaient inclus 360 millions de masques déclarés non conformes en octobre 2018, qui avaient donc vocation à être détruits, ainsi que 72 millions de masques arrivant à péremption fin 2019.

Le nombre de masques utilisables au début de l'année 2020, en incluant les masques dont la date de péremption venait juste d'être franchie, s'élevait donc à 174,5 millions, et à 102,5 millions sans les inclure. En outre, 100 millions de masques commandés en 2019 étaient en instance de livraison au début de l'année 2020. Enfin, aucune donnée n'était disponible au début de l'année 2020 sur l'état des stocks que les établissements et les professionnels de santé étaient censés détenir en application de la doctrine SGDSN de 2013 qui semble en outre ne pas avoir donné lieu à une instruction spécifique par le Ministère chargé de la Santé⁸⁷.

- ◆ Enfin, Les décisions de remise à niveau des stocks ont été très progressives, reflétant une remise en cause implicite de l'objectif d'équipement en masques de protection de la population générale, l'intérêt du port du masque n'apparaissant pas scientifiquement justifié aux yeux des autorités de santé.

⁸⁷ Audition de M^{me} Katia Julienne, directrice générale de l'offre de soins, par la commission d'enquête Evaluation des politiques publiques face aux pandémies, le 3 septembre 2020

La forte augmentation des besoins en masques pour les personnels soignants, dans un contexte de brutales tensions sur les marchés internationaux d'approvisionnement, a amené les pouvoirs publics à utiliser les stocks stratégiques au profit des établissements et professionnels de santé, jugés légitimement prioritaires. Le niveau initial des stocks, les difficultés rencontrées dans les circuits logistiques et les délais d'importation de masques en quantité massive (près de 4 milliards de masques commandés au total au 15 juin 2020) ont conduit à ce que les besoins des professionnels de santé, en particulier dans les EHPAD, ne soient couverts de façon satisfaisante qu'à partir du milieu du mois d'avril⁸⁸.

Sans exonérer la tutelle de ses responsabilités dans ces constats, il apparaît assez clairement que l'intégration des missions de l'EPRUS au sein de SPF a nui à la bonne prise en compte des enjeux logistiques, le nouvel ensemble étant dominé par une culture et des préoccupations d'ordre plus scientifique.

Dans ce contexte, les hésitations sur la doctrine d'emploi des masques ont donné lieu à une communication difficilement compréhensible. S'il convient de ne pas nier l'existence d'un débat scientifique sur l'absence de preuve de l'efficacité du port du masque en population générale⁸⁹, le discours tranché des autorités sur l'inutilité du port de masque n'a pas manqué d'apparaître comme un argument destiné à masquer la pénurie⁹⁰. Le changement de doctrine dès la sortie du confinement, bien que formellement fondé sur l'avis du Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) du 24 avril 2020, dans un contexte où les masques étaient désormais largement disponibles, n'a pu que renforcer cette perception.

1.2.3. Les capacités françaises de tests sont restées longtemps très inférieures aux pays comparables

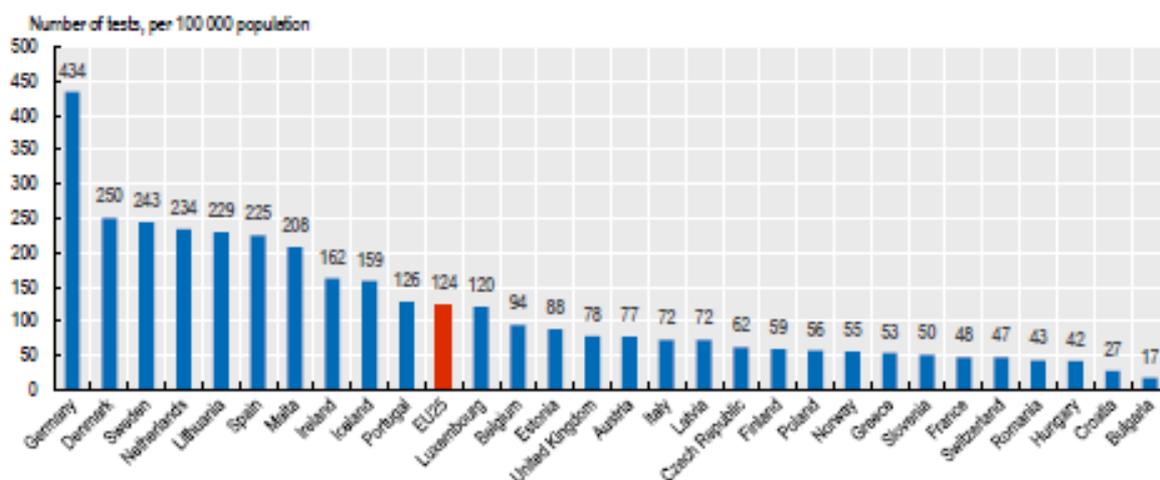
La montée en charge des capacités de test au cours des premiers mois de l'année 2020 a été trop lente pour permettre de dépister les cas à large échelle empêchant de mesurer la progression réelle de l'épidémie, et de la contrôler en isolant les personnes contaminées et les cas contacts. Les comparaisons internationales objectivent le retard français. Le Graphique 11 rapporte le nombre de tests journaliers pour 100 000 habitants, 30 jours après qu'un pays a atteint un taux de mortalité de 10 décès par million d'habitants.

⁸⁸ Ces difficultés n'ont pas été l'apanage de la France ; ainsi, aux États-Unis, la *Federal Emergency Management Agency* (FEMA) a abordé la crise avec une réserve fédérale à un niveau très bas de 25 millions de masques.

⁸⁹ « Pour les personnes asymptomatiques, le port d'un masque, quel qu'il soit, n'est pas recommandé » OMS, 27 février 2020

⁹⁰ « Réserver les masques aux soignants, c'était, mécaniquement, refuser de les distribuer à d'autres : c'est un choix difficile, c'est un choix contesté, c'est un choix que j'ai estimé nécessaire. » Edouard Philippe à l'Assemblée Nationale le 28 avril

Graphique 11 : Nombre de tests réalisés par jour pour 100 000 habitants, 30 jours après qu'un pays ait atteint le seuil de 10 décès par million d'habitants



Note: The EU average is unweighted. In order to mitigate daily fluctuations in reporting, values displayed correspond to an average of the daily number of tests performed on the week of analysis. The analysis covers the period between February and June 2020.
Source: Roser et al. (2020[20]), "Our World in Data", <https://ourworldindata.org/coronavirus>.

Source : OCDE. Health at a glance. Europe. 2020

Même s'il convient de tenir compte du fait que la France (comme l'Italie) a connu une émergence précoce de l'épidémie, sa performance apparaît très médiocre, loin derrière l'Allemagne.

Plusieurs explications peuvent être données à cette lente montée en charge alors même que l'Institut Pasteur a su développer des kits diagnostics parmi les premiers (24 janvier 2020), une semaine après l'Hôpital de la Charité en Allemagne (17 janvier 2020).

D'abord, les pouvoirs publics français avaient une mauvaise connaissance d'ensemble du secteur de la biologie, et par exemple ne disposaient pas, contrairement aux exigences du RSI, d'une cartographie⁹¹ des sites susceptibles de pratiquer des examens biologiques qui nécessitent des plateaux techniques particuliers et des compétences spécifiques. Cette difficulté a été aggravée par la dispersion des compétences au sein de l'administration (réglementation relevant de la Direction générale de la santé, laboratoires hospitaliers de la Direction générale de l'offre de soins, tarification pilotée par l'assurance maladie) et la diversité des interlocuteurs du secteur (syndicats de biologistes, responsables des groupes de biologie médicale, responsables des plateformes analytiques). De plus, d'autres ressources mobilisables, telles que les laboratoires de recherche et surtout les laboratoires vétérinaires, ont été ignorées au début de la crise.

Ensuite, les autorités ont eu une vision restrictive du déploiement des tests, d'abord réservés aux laboratoires hospitaliers de référence de niveau 3⁹² puis à un ensemble plus vaste de laboratoires hospitaliers de niveau 2. Le nombre de laboratoires hospitaliers en mesure de réaliser un test virologique par RT-PCR est passé de 6 au 31 janvier 2020, à 20 le 21 février 2020, à 38 le 28 février 2020 et à 43 le 7 mars 2020. Ce n'est qu'à partir de la fin mars 2020 que le déploiement des capacités de tests sur l'ensemble des laboratoires publics et privés ainsi que, après quelques délais, des laboratoires vétérinaires, ont pu être organisés sous l'égide d'une *taskforce* dédiée.

⁹¹ Exigence par ailleurs requise par le respect du Règlement Sanitaire Internationale.

⁹² Les laboratoires de biologie sont classés en quatre niveaux (de 1 à 4), déterminant des degrés croissants de sécurité en fonction de la nature des agents pathogènes qu'ils sont autorisés à prendre à charge.

La création de cette *taskforce*, à côté de la cellule de gestion de crise, n'est en effet intervenue que fin mars 2020, sa feuille de route initiale étant centrée sur l'évaluation et le déploiement des tests sérologiques et non sur le déploiement des capacités de tests RT-PCR (diagnostiques) correspondant à la mise en évidence directe du virus. C'est finalement dans le cadre de la préparation du déconfinement qu'un objectif de déploiement a été fixé par les pouvoirs publics sur la base d'une évaluation de SPF de l'ordre de 700 000 tests hebdomadaires dans le cadre de la stratégie « tester, tracer et isoler ».

Enfin, la montée en charge des laboratoires privés s'est elle-même heurtée à plusieurs difficultés :

- ◆ La lourdeur du processus technique et administratif préalable à la réalisation et la facturation des actes de biologie, même s'il a bénéficié, s'agissant de l'inscription à la nomenclature, de délais exceptionnellement réduits⁹³ ;
- ◆ Le faible développement préexistant des technologies de RT-PCR, les examens correspondants étant plus rarement réalisés en ville faute d'inscription à la nomenclature ;
- ◆ La dépendance vis-à-vis des fournisseurs, les laboratoires privés s'appuyant sur des solutions majoritairement « propriétaires »⁹⁴, ou « fermées »⁹⁵, dans lesquelles les automates imposent de recourir aux consommables de la même marque.

⁹³ Avis favorable de la HAS pour l'inscription à la nomenclature le 6 mars suivi de l'arrêté d'inscription des tests RT-PCR à la NABM le 7 mars 2020.

⁹⁴ Ces solutions, plus automatisées, étant moins consommatrices de ressources humaines

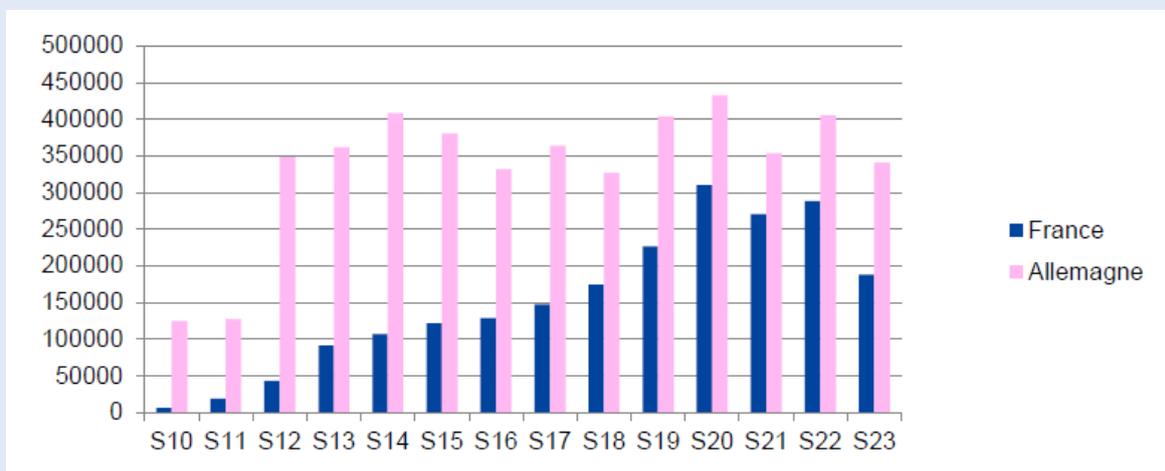
⁹⁵ Par opposition à des systèmes ouverts pouvant fonctionner avec des réactifs de diverses origines

Encadré 10 : Les avantages de l'organisation allemande en matière de biologie médicale

- ◆ La présence dans les laboratoires allemands de plateformes ouvertes, aptes à accueillir des sondes de diverses origines, par rapport à un parc de machines fermées en France ;
- ◆ L'existence d'un secteur privé très concentré et « industrialisé » en Allemagne et fortement équipé en biologie moléculaire, à la différence du secteur privé français moins concentré sur un plan géographique et peu impliqué dans les examens de biologie moléculaire réalisés quasi-exclusivement en milieu hospitalier.

La capacité de tests était de l'ordre de 100 000 tests par semaine dès le début du mois de mars (contre 13 000 tests réalisés en cumulés en France au 17 mars⁹⁶) et de 400 000 au début du mois d'avril.

Graphique 29 : Comparaison du nombre de tests RT-PCR réalisés en France et en Allemagne entre mars et juin 2020



Source : Rapport de la commission d'enquête du sénat pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la Covid-19 et de sa gestion

⁹⁶ Source : Rapport de la Mission d'information de l'Assemblée Nationale relative à l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus Covid-19.

1.2.4. Les systèmes d'information ne permettaient pas une couverture complète des besoins d'information pour la gestion de la crise

La gestion de la crise a pâti d'un déficit dans l'architecture des systèmes d'information (SI) qui laissait de nombreux « trous » au regard des besoins de pilotage de la gestion de crise. Sans prétendre à l'exhaustivité (cf. fiche technique 2 relative aux systèmes d'information), les principaux manques concernaient quatre enjeux majeurs :

- ♦ La connaissance des cas de COVID : les besoins de recensement des cas n'ont pu être couverts que partiellement par la mobilisation du SI préexistant SI-VIC, conçu pour la remontée de données relatives aux victimes d'attentat ou d'accident, événements plus localisés et limités dans le temps et concernant un nombre de personnes plus réduit. Ce système d'information par nature hospitalier ne permettait pas de connaître les cas recensés en EHPAD, ni bien sûr, à domicile. Pour les EHPAD, une réponse n'a été apportée qu'à la fin du mois de mars avec la mise à disposition du SI VOOZANOO développé par SPF ;
- ♦ Aucun système d'information n'existait en début de crise pour consolider les résultats des tests de diagnostic, confirmant le faible degré de mobilisation initiale sur cet enjeu. Le SI SIDEP n'a été mis en service qu'à partir du 13 mai 2020, même s'il faut souligner la célérité remarquable de son développement ;
- ♦ La connaissance en temps réel des capacités disponibles en lits de réanimation s'est révélée un enjeu majeur de la gestion de la crise. Conçus sur une base régionale et habituellement inégalement renseignés, les Répertoires Opérationnels des Ressources (ROR) ont dû bénéficier dans l'urgence d'un travail de consolidation permettant d'automatiser une synthèse nationale indispensable au pilotage de l'offre de soins, mais dont l'actualisation quotidienne des données s'est avérée encore insuffisante pour un pilotage optimal en temps réel ;
- ♦ Le recensement des besoins et la gestion des approvisionnements en équipements de protection individuelle (EPI) ou en médicaments ne bénéficiait d'aucun système d'information support⁹⁷, conduisant à appuyer la gestion des approvisionnements sur des échanges de tableaux Excel (et la mise à disposition inaboutie d'un système d'information dédié), et celle des médicaments en tension sur la création *ex nihilo* au début du mois d'avril 2020 d'un outil *ad hoc*, « MaPUI.fr » puis « EPI stock » déployé par la DRESS fin 2020.

⁹⁷ A l'exception du SI de gestion des stocks tactiques, SIGESSE, qui ne semble pas avoir été mobilisé

2. Mars-mai 2020 : Un premier confinement très restrictif qui a réussi à freiner l'épidémie au prix de lourdes conséquences économiques et sociales et de reports de soins préoccupants

2.1. Une décision de confinement prise tardivement mais nécessaire et efficace sur la circulation du virus

La prise de conscience de la gravité de la situation et la forte augmentation des patients hospitalisés en région Grand-Est et en Ile-de-France, en l'absence de solution pharmaceutique, ont conduit au début du mois de mars 2020 à une série de décisions visant à endiguer le développement de l'épidémie. Parmi elles, on peut souligner l'interdiction des rassemblements de plus de 1 000 personnes le 8 mars, la fermeture des établissements scolaires et universitaires le 12 mars, l'interdiction des rassemblements de plus de 100 personnes le 13 mars, la fermeture des bars et restaurants le 15 mars, la mise en place du confinement le 17 mars qui sera prolongé jusqu'au 11 mai 2020 (cf. Graphique). En complément, la décision de déclencher le plan blanc⁹⁸ sur l'ensemble du territoire a été prise le 6 mars 2020, permettant un redéploiement des capacités hospitalières au profit des patients Covid.

Le manque de confiance envers le gouvernement préexistant à la crise a sans doute réduit le degré de crédibilité *a priori* de la parole gouvernementale. Les crises successives des gilets jaunes puis la contestation de la réforme des retraites avaient contribué à éroder la confiance de la population envers le gouvernement français, plaçant ce dernier dans une posture difficile pour faire partager ses analyses et expliquer les mesures de gestion de la crise. Un tiers seulement des répondants français indiquaient début 2020 avoir confiance dans leurs autorités, un niveau comparable et même légèrement supérieur aux citoyens britanniques, espagnols et italiens (moins de 30%) mais nettement inférieur aux citoyens allemands (40%), finlandais ou norvégiens (plus de 60%)⁹⁹. De même, selon des travaux menés en avril 2020 les Français semblaient éprouver une plus grande défiance vis-à-vis des recommandations de l'OMS que ses principaux voisins (Allemagne, Italie, Royaume-Uni par exemple)¹⁰⁰.

Le changement de Ministre de la santé au cours du mois de février 2020 et le débat sur le maintien des élections municipales, alors que se mettaient en place les premières mesures fortes d'endiguement, ont contribué à renforcer la défiance en étant porteurs de messages contradictoires sur la gravité de la crise qui se préparait et sur la capacité du gouvernement à y faire face¹⁰¹.

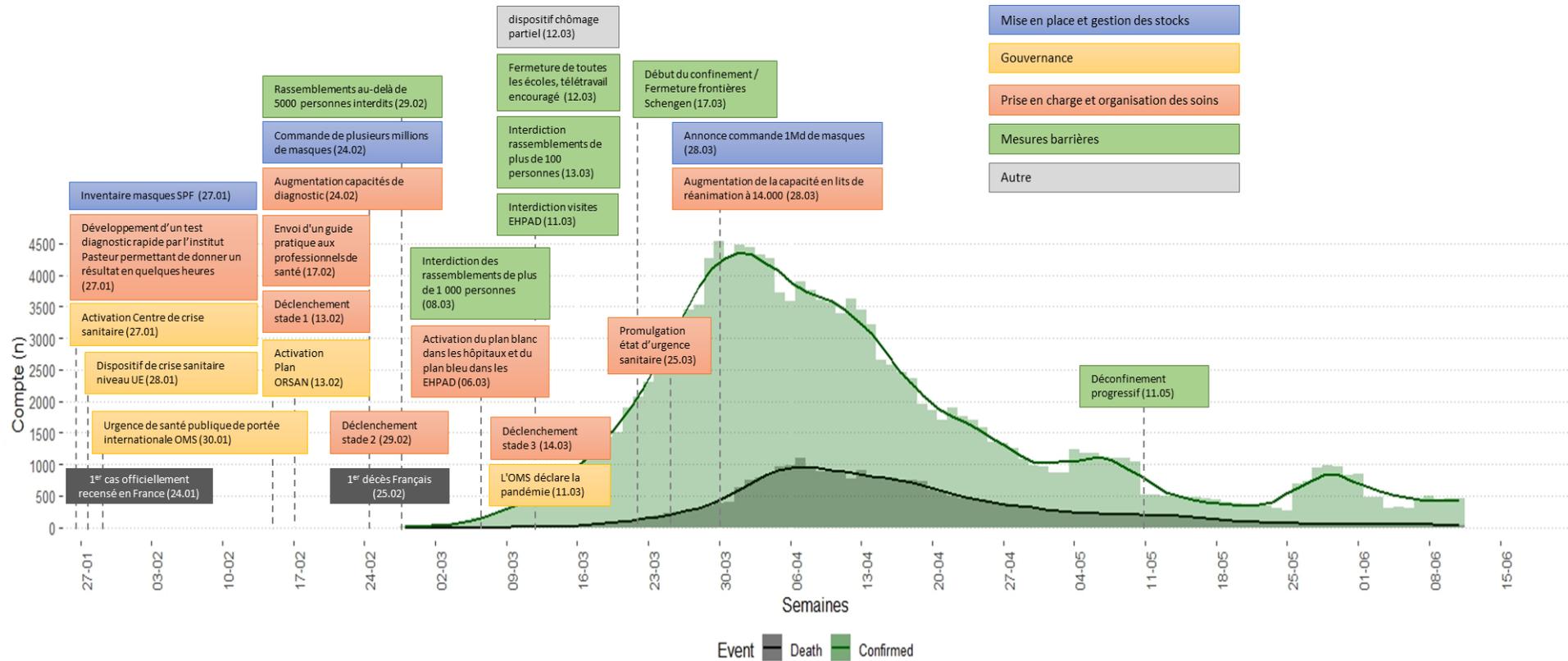
⁹⁸ Le plan blanc est un dispositif de crise qui permet aux hôpitaux de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont ils disposent en cas d'afflux de patients, ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Ceci peut conduire à déprogrammer des prises en charge de patients non urgents.

⁹⁹ World Value Survey, 2020.

¹⁰⁰ Center for economic policy research, "Risk communication during COVID-19: A descriptive study on familiarity with, adherence to and trust in the WHO preventive measures" 48, septembre 2020.

¹⁰¹ Ce contexte pénalisant n'est cependant pas d'installation récente comme l'ont très bien décrit en 2007 Yann Algan et Pierre Cahuc dans un ouvrage intitulé : « LA SOCIÉTÉ DE DÉFIANCE - Comment le modèle social français s'autodétruit »

Graphique 30 : Séquence des interventions gouvernementales en matière sanitaire (France)



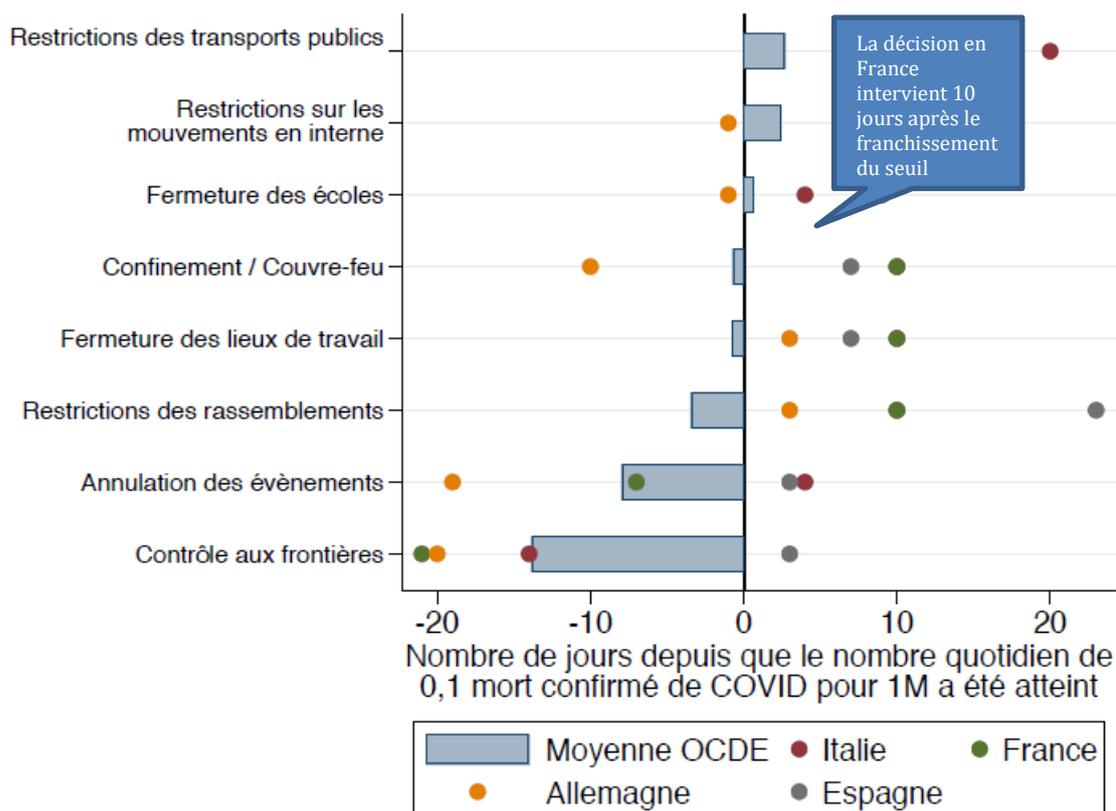
Sources: ECDC

Source : Travaux de la Mission. Données ECDC

Note : Nouveaux cas journaliers de Covid-19 (vert clair), décès liés au Covid-19 (vert foncé) et principales interventions classées par groupe de mesures : mise en place et gestion des stocks (bleu), gouvernance (orange), prise en charge et organisation des soins (rouge), mesures barrières (vert), autres (gris).

Si les mesures prises pour limiter les rassemblements et les contrôles aux frontières ont été prises de manière très anticipée par rapport aux pays de l'OCDE, la décision de confinement apparaît plus tardive au regard de la dynamique de l'épidémie (cf. Graphique 31). Les comparaisons internationales permettent de fonder ce diagnostic en calculant pour chaque pays, le nombre de jours écoulés entre l'émergence de la crise (repérée sur la base du premier jour à partir duquel on enregistre plus de 0,1 décès confirmé du COVID par million d'habitants) et la date d'entrée en vigueur des différentes mesures dont le confinement.

Graphique 31 : Ecart (en jours) entre les dates de mises en œuvre des mesures de restriction de la mobilité et la date de flambée de l'épidémie



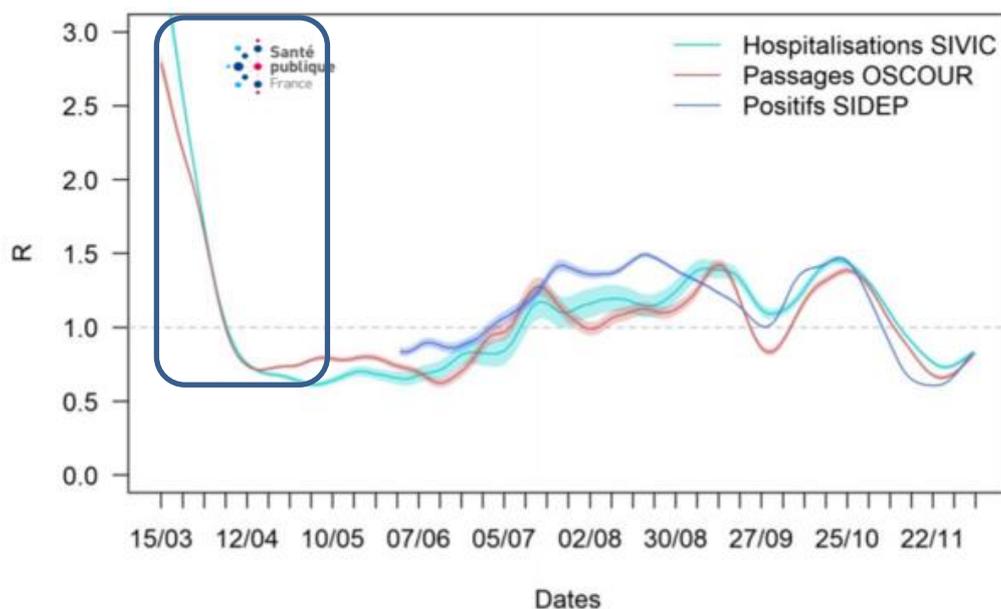
Source : Travaux de la Mission (cf. annexe 2).

Le constat d'un retard à la décision doit cependant être relativisé, du fait du délai relatif limité dont la France a disposé pour réagir (comparativement à l'Allemagne, mais la France a bénéficié d'un délai d'alerte plus favorable que l'Italie). En outre, intervenant plus précocement, l'émergence de l'épidémie s'est produite alors que les connaissances sur les caractéristiques de la maladie étaient plus réduites et les incertitudes plus grandes.

La décision de confinement à compter du 17 mars a permis d'éviter la saturation du système hospitalier et surtout de réduire la mortalité qui aurait résulté de la poursuite des contaminations au rythme constaté début mars (taux de reproduction effectif >3) (cf. Graphique 32). Celle-ci aurait en outre été majorée par l'impossibilité d'admettre en réanimation tous les patients en relevant. Si les estimations sur le nombre de décès évités sont variables, il semble qu'il se chiffre en centaines de milliers, sans parler des séquelles à moyen et long terme atteignant une partie des malades guéris.

Pour autant, cette appréciation sur les résultats obtenus laisse de côté les interrogations qui persistent sur le nombre de décès qu'aurait pu éviter un confinement plus précoce d'une semaine. De plus, la rigueur des mesures qui se sont imposées n'est pas sans lien avec la nécessité de briser la trajectoire très ascendante des hospitalisations. Une intervention plus précoce aurait peut-être pu (cf. les enseignements du deuxième confinement et des mois qui ont suivis) permettre un confinement moins strict et moins pénalisant pour l'économie (cf. *supra*).

Graphique 122 : Evolution du taux de reproduction effectif (Re) au cours du confinement et au-delà



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC.

Source : Santé publique France

2.2. La réactivité du système hospitalier a permis de répondre à l'afflux brutal de patients, mais la médecine de ville a été laissée de côté et la réponse aux besoins des EHPAD a tardé

La réactivité et l'adaptabilité du système hospitalier doivent être saluées. La pression sur le système hospitalier a toutefois été accentuée par le choix initial d'une réponse sanitaire hospitalo-centrée qui a laissé de côté la médecine de ville et a tardé à apporter l'appui requis par les EHPAD. Le « succès sanitaire » du confinement s'est toutefois accompagné de lourdes conséquences économiques et sociales, en dépit de mesures d'accompagnement très importantes. Il s'est accompagné d'un report massif de soins, susceptible d'entraîner des effets préoccupants à moyen terme.

2.2.1. La réactivité de l'offre hospitalière

2.2.1.1. La réorganisation de l'offre et la mobilisation des équipes

Près de 100 000 patients ont été hospitalisés pour la prise en charge de la COVID entre le 1^{er} mars et le 31 mai 2020, 20% d'entre eux ayant requis un passage en réanimation.

Pour y faire face, la réorganisation de l'offre hospitalière a été remarquable, s'appuyant sur la décision de déclenchement du plan blanc généralisé le 12 mars 2020. La capacité en lits de réanimation a ainsi été portée d'environ 5 000 à près de 10 000 lits permettant d'accueillir tous les patients qui relevaient de cette prise en charge. Le poids culminant de la crise a été atteint autour du 8 avril avec 7 148 patients hospitalisés en réanimation, en-deçà des capacités totales installées. Pour autant, la saturation des capacités dans les régions les plus touchées n'a été évitée que grâce à l'organisation de 660 transferts des régions en tension vers d'autres régions¹⁰², y compris à l'étranger.

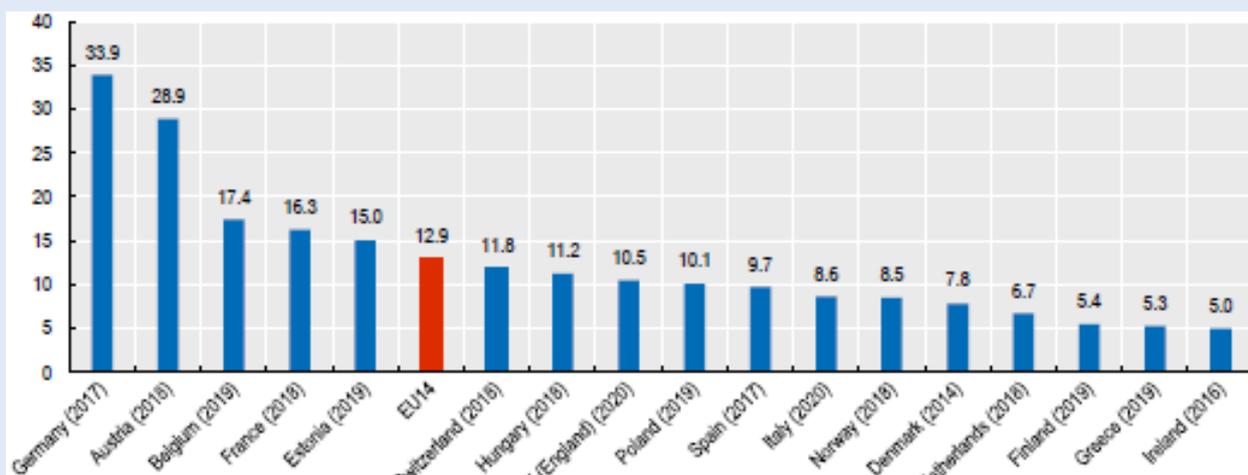
Encadré 11 : Comparaisons internationales relatives aux capacités de soins critiques

Les débats en France ont beaucoup porté sur l'insuffisance des lits de réanimation par comparaison avec l'Allemagne tendant à y trouver une des explications de la meilleure performance allemande en matière de mortalité.

Les comparaisons internationales montrent (cf. Graphique 33) que la France se situe plutôt parmi les pays les mieux équipés de l'OCDE, l'Allemagne et l'Autriche apparaissant à des niveaux significativement plus importants. Ces comparaisons semblent toutefois fragiles en raison des difficultés rencontrées pour harmoniser les définitions et le périmètre des comparaisons.

Les échanges que la Mission a pu avoir avec les autorités allemandes aussi bien qu'avec les services du Ministère de la Solidarité et de la Santé n'ont toutefois pas permis de s'assurer de la totale comparabilité des chiffres en raison d'une organisation différente des spécialités médicales concernées, des difficultés à identifier les niveaux d'encadrement respectif des différents types d'unités et enfin des incertitudes qui entourent la connaissance du nombre de lits réellement ouverts en lien notamment avec l'existence d'emplois vacants.

Graphique 13 : Nombre de lits en soins intensifs pour 100 000 habitants



Source : OCDE. La moyenne de l'UE n'est pas pondérée. Les différences de définition des « lits en soins intensifs » selon les pays sont de nature à affecter la comparabilité des données. Les données françaises par exemple, excluent les lits en soins continus et dans les unités pédiatriques. Données issues des instituts statistiques nationaux ou des ministères de la santé.

¹⁰² Dont 322 réalisées à l'initiative de la région Grand-Est.

La coopération entre les secteurs public et privé paraît avoir été globalement fluide, même si elle a été variable selon les régions, privilégiant – non sans tensions initiales – la création de capacités (autorisation de réanimation éphémères) au sein des cliniques plutôt que la mise à disposition du personnel de celles-ci auprès des hôpitaux publics.

Cet effort de réorganisation de l'offre hospitalière s'est traduit, pour faire face aux urgences vitales, par la création de lits de réanimation, dits éphémères, mais aussi par l'extension ou la reconversion de services d'hospitalisation (en court séjour avec l'extension des capacités en maladies infectieuses ou en pneumologie puis en soins de suite et de réadaptation notamment respiratoire).

L'ensemble de ce mouvement a retenti au premier chef sur les personnels médicaux et soignants qui ont dû apprendre et s'adapter à des modes de prises en charge inédits. La mobilité des personnels soignants a également été géographique puisque près de 900 personnels soignants et médicaux sont venus en renfort d'autres régions auprès des hôpitaux franciliens et du Grand Est.

Outre les renforts de personnels venant d'autres régions, les établissements et les ARS ont développé des plateformes permettant de mettre en relation les besoins et des offres de professionnels volontaires. La plateforme *#Renforts Covid* de l'ARS Ile-de-France a ainsi permis de recenser plus de 16 000 personnes¹⁰³ au profit des établissements de santé et médico-sociaux de la région. Conçu pour des phénomènes d'ampleur plus limitée, le dispositif de la réserve sanitaire géré par SPF s'est révélé partiellement inadapté, ne fournissant au total qu'environ 1 000 agents¹⁰⁴ médicaux et soignants (alors que 42 000 personnes y sont inscrites). En effet, ce dispositif n'était pas conçu pour des phénomènes de cette ampleur et reposait sur un effectif de professionnels volontaires la plupart du temps spécialisés.

L'investissement personnel des agents hospitaliers s'est aussi traduit en termes d'heures supplémentaires et de reports de congés, mais aucune donnée consolidée n'a pu être transmise à la Mission pour en mesurer l'ampleur.

Enfin, cet engagement a eu aussi un prix en termes de santé se traduisant notamment par la contamination de nombreux soignants, sans qu'il soit possible de rattacher catégoriquement ces contaminations à leur exercice professionnel, ni directement à l'activité de soins, les contaminations pouvant aussi s'être produites sur le lieu de travail en dehors des temps de soins :

- ◆ 64 541 le nombre de professionnels en établissement de santé (PES) infectés pour la période du 1^{er} mars 2020 au 25 janvier 2021 ;
- ◆ 19 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2 ont été recensés depuis le 1^{er} mars 2020¹⁰⁵.

¹⁰³ Rapport de la mission d'information de l'Assemblée Nationale *relative à l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19*,

¹⁰⁴ Rapport de la mission d'information de l'Assemblée Nationale *relative à l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19*,

¹⁰⁵ : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/recensement-national-des-cas-de-covid-19-chez-les-professionnels-en-etablissements-de-sante>

2.2.1.2. Cette grande réactivité des hôpitaux a pu s'appuyer sur des dispositifs de soutien financier, l'adaptation des modes de financement et les aides en trésorerie

Les établissements de santé ont bénéficié de plusieurs dispositifs de soutien financier qui leur ont permis à la fois de mobiliser les moyens requis par la prise en charge des patients et de déprogrammer les soins non urgents sans crainte des conséquences financières de cette réduction d'activité. La mise en place d'une garantie de financement quelle que soit le niveau réel d'activité et la compensation des surcoûts engendrés pour les établissements en charge de l'accueil des patients COVID ont constitué les principales mesures. Le dispositif a ensuite été complété par une mesure de compensation par l'assurance maladie des pertes de recettes liées à la moindre facturation des tickets modérateurs et des forfaits journaliers en lien avec la réduction de l'activité.

2.2.1.3. Le management

Exposé à de fortes tensions depuis plusieurs années avant la crise, l'hôpital public aurait pu voir celles-ci s'amplifier au cours de la crise. A l'évidence, c'est l'inverse qui s'est produit. Les informations recueillies par la Mission convergent pour souligner que la gestion de la crise a été l'occasion en beaucoup d'endroits d'une collaboration étroite entre les équipes médicales, soignantes et administratives. Les soignants ont souvent indiqué avoir retrouvé « l'esprit de leur métier » centré sur les soins, débarrassés des contraintes administratives et bénéficiant d'une très grande réactivité des équipes administratives.

Il est difficile d'avancer avec certitude l'explication de ces constats. Il est possible néanmoins, en écho avec les premières observations et les premiers retours d'expériences, d'en lister un certain nombre qui ont favorisé ce climat :

- ◆ La suppression de la contrainte de ressources (déclinaison hospitalière du « quoi qu'il en coûte »), source habituelle de conflits entre soignants et gestionnaires, a permis à tous les acteurs de l'hôpital de se mobiliser autour de la seule prise en charge des patients ;
- ◆ Le sentiment d'urgence partagé par tous les acteurs a incité chacun à agir vite et à s'inscrire dans un cadre collectif ;
- ◆ La mise en place de cellules de crise et la désignation dans ce cadre d'un directeur médical de crise ont servi de support à la gestion interne de la crise. La cellule de crise s'est substituée de fait à toutes les autres instances médicales ou de dialogue social au sein de l'hôpital, instituant un dialogue direct et concret entre tous les acteurs.

Au-delà de l'expérience particulière de la crise, il est difficile de dégager les enseignements susceptibles d'orienter l'action future. Selon l'équipe du Centre de recherche en Gestion de l'Ecole Polytechnique (CRG) qui a analysé le fonctionnement du système hospitalier pendant la crise, deux points d'attention semblent toutefois se dégager :

- ◆ L'importance du management de proximité, exercé par les cadres soignants et médicotechniques, qui s'intercale entre les soins proprement dits et le management plus stratégique de l'hôpital dans son ensemble ;
- ◆ La demande d'autonomie renforcée et de réduction des dispositifs de régulation trop intrusifs et prescriptifs a été portée aussi bien par les médecins et présidents de comités médicaux d'établissement que par les directeurs d'établissement¹⁰⁶.

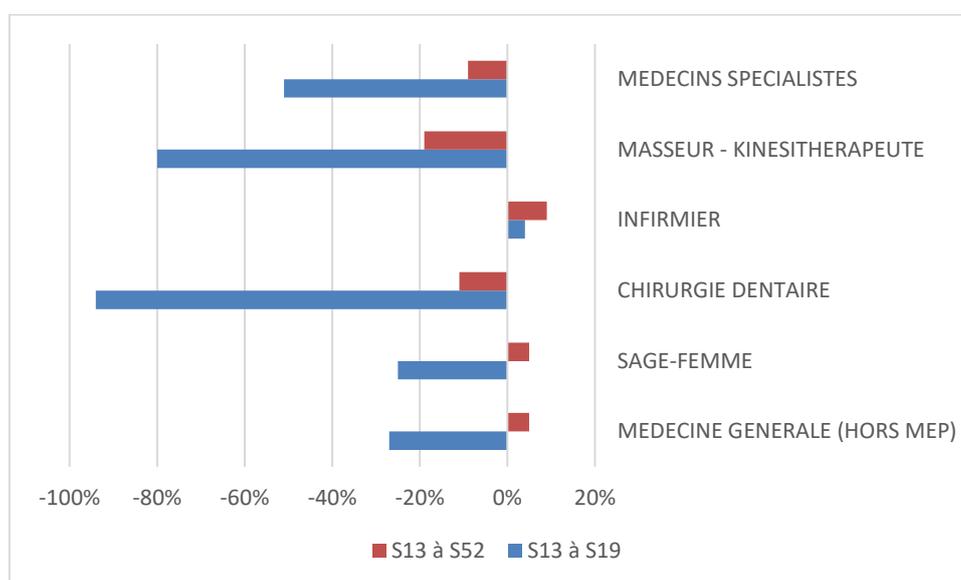
¹⁰⁶ Voir aussi Stéphane VELUT. Le langage comme symptôme. Gallimard, 2000

2.2.2. Le recours aux soins de ville a été fortement réduit en dépit de la forte progression des téléconsultations

Paradoxe apparent, la crise sanitaire a entraîné une réduction de l'activité de soins ambulatoires.

Le Graphique compare les évolutions d'activité de différentes professions médicales et non médicales pendant la période du confinement et sur l'ensemble de la période allant du début du confinement jusqu'à la mi-novembre au regard des périodes identiques de l'année 2020. La réduction d'activité des médecins, toutes spécialités confondues, est de 46% pendant le confinement et de 15% sur l'ensemble de la période témoignant d'un rattrapage incomplet. Seuls les infirmiers ont maintenu leur activité au même niveau qu'en 2019.

Graphique 34 : Activité des professionnels de santé libéraux pendant le premier confinement (S13 à S19) et sur l'ensemble de la période du 15 mars au 31 décembre 2020



Source : CNAM

La baisse de l'activité des professionnels de santé libéraux trouve plusieurs explications :

- ◆ La prise en charge principalement hospitalière des cas de COVID, la consigne pour les cas bénins étant de rester chez soi ;
- ◆ Le manque d'équipements de protection individuelle, l'inquiétude (notamment pour les médecins eux-mêmes à risque en raison de leur âge ou d'une maladie chronique) ou la maladie du médecin atteint par la COVID qui a pu conduire à la fermeture du cabinet. Dans une enquête sur un panel de médecins généralistes réalisée entre le 9 et le 21 avril 2020, la DREES observe que 95% des médecins généralistes étaient à leur cabinet la semaine précédant l'enquête, la moitié des 5% restants n'ayant pas travaillé parce qu'ils étaient malades¹⁰⁷. Le temps de travail s'est en revanche fortement réduit (entre 13 et 24%) pour 90% d'entre eux.
- ◆ L'inquiétude des patients face au risque de croiser un patient COVID dans la salle d'attente du médecin.

¹⁰⁷ 5 000 médecins ont dû interrompre leur activité étant eux-mêmes atteints par la COVID et 46 en sont décédés au cours de cette période. Source : CSMF

L'analyse plus fine de l'activité des médecins généralistes et spécialistes révèle une forte chute de leur activité au cours des 15 premiers jours du confinement, suivie d'une phase de remontée progressive sous l'effet notamment de la correction des messages¹⁰⁸ invitant les patients à consulter leur médecin en cas de signes cliniques non graves et non plus de faire appel systématiquement au SAMU, l'activité ne retrouvant son niveau initial de début mars qu'à partir de la mi-mai 2020.

Le développement des téléconsultations a été spectaculaire pendant cette période, 70% des médecins généralistes y ayant eu recours. Les téléconsultations sont ainsi passées de moins de 5 000 par semaine avant la crise à près de 600 000 à 650 000 par semaine au plus fort du confinement, pour redescendre ensuite à des niveaux plus bas (100 000 par semaine) mais significativement au-dessus de leur niveau d'avant la crise.

Cette forte croissance, également observable dans de moindres proportions chez les autres spécialistes, n'a toutefois pas compensé la réduction des consultations en cabinet. En outre, la plupart des téléconsultations se sont déroulées par téléphone ou par visioconférence. Elles ne sauraient par conséquent bénéficier du même niveau de garantie qu'une consultation en présentiel. Elles ont néanmoins permis de maintenir un lien et un suivi du patient qui auraient sinon totalement disparus.

À la différence des cabinets médicaux et paramédicaux (hors IDE), les pharmacies ont été fortement mobilisées dans la prise en charge des patients COVID et même au-delà, s'agissant des officines qui ont servi notamment de point relais pour la distribution de masques aux professionnels de santé libéraux au cours des mois de mars à juin.

2.2.3. La prise en compte tardive du secteur médico-social

Le plan bleu¹⁰⁹ de gestion des situations de crise dans les établissements pour personnes âgées a été déclenché dans l'ensemble des établissements à la demande du ministre le 6 mars, en même temps que le déclenchement du plan blanc dans les établissements de santé. La mesure de restriction des visites a été prise au plan national le 11 mars, suivie le 13 mars par une décision demandant aux établissements d'organiser un secteur COVID en leur sein. Entre le 3 et le 10 mars 2020, une relation directe entre le cabinet du ministre, la DGCS d'une part et les fédérations professionnelles du secteur d'autre part a été instaurée.

Ces mesures, qui n'ont précédé la mesure de confinement général que d'une semaine, auraient gagné à être davantage anticipées, au regard du degré élevé de gravité de la maladie pour les personnes âgées. Par comparaison, il apparaît que le Groupe ORPEA, averti grâce à ses implantations chinoises, a pris une mesure de report des visites dès le 29 février 2020¹¹⁰.

De plus, confrontés à un manque de masques, les EHPAD n'ont été intégrés dans le circuit d'approvisionnement par SPF via les groupements hospitaliers de territoires (GHT) qu'à partir du 22 mars.

¹⁰⁸ Message DGS-Urgent du 14 mars 2020

¹⁰⁹ Elaboré et déclenché par le directeur de l'établissement, le plan bleu doit prévoir l'ensemble des dispositions à prendre pour organiser le fonctionnement de l'établissement en situation de crise résultant d'un événement climatique (canicule) ou sanitaire (pandémie grippale).

¹¹⁰ Source : rapport du Sénat

La politique de tests a été également initialement restrictive, limitant ceux-ci aux trois premiers cas symptomatiques. La pratique de tests généralisés à l'ensemble des résidents et des personnels n'a commencé à se mettre en place que vers la fin du mois d'avril 2020.

Les difficultés initiales de recours à l'hospitalisation des résidents infectés sur certains territoires ont conduit les EHPAD à une forme d'autocensure dans le recours ultérieur à cette filière comme le montrent les données d'appel au SAMU.

Enfin, ce n'est qu'à partir du 31 mars 2020 qu'une instruction ministérielle instaure un certain nombre de dispositifs d'appui sanitaire aux EHPAD :

- ◆ Permanence téléphonique d'un référent gériatrique ;
- ◆ Mise en place d'équipes mobiles de soins gériatriques ;
- ◆ Organisation d'une filière d'accès direct à l'hôpital prévoyant une concertation pluridisciplinaire pour décider des modalités de la prise en charge ;
- ◆ Mobilisation des structures d'Hospitalisation à domicile (HAD) ;
- ◆ Appui en matière de soins palliatifs par la mise en place d'une astreinte d'un référent compétent par territoire.

2.3. Malgré une mobilisation remarquable des personnes, la gestion de crise a souffert d'une gouvernance administrative très perfectible

L'organisation et la gouvernance du dispositif de gestion de crise se sont installées progressivement en fonction de la lecture de crise, la mise en place dans un deuxième temps du niveau interministériel ayant laissé subsister une cellule de crise santé imparfaitement intégrée. Pour autant, il convient de souligner la mobilisation exceptionnelle de l'expertise scientifique mais aussi des services de l'Etat comme des collectivités territoriales.

2.3.1. Une gouvernance de crise évolutive et très perfectible

Le dispositif de crise s'est déployé par étapes au fur et à mesure de la compréhension de sa nature et des urgences à traiter.

Le centre de crise du ministère des affaires étrangères a été activé dès le 23 janvier 2020, essentiellement pour organiser les rapatriements de Français dans des pays affectés par l'épidémie. Quatre jours plus tard, le 27 janvier 2020, c'est le centre de crise santé (CCS) qui a été activé, en s'appuyant sur le réseau des agences régionales de santé (ARS).

Mais c'est seulement le 17 mars 2020, soit le jour même de l'entrée en vigueur du confinement général en France, que le centre interministériel de crise (CIC) a été installé, tout en maintenant parallèlement dans son fonctionnement le CCS, les ARS et les préfets de région étant chargés de la gestion territoriale de la crise. Cette organisation s'est éloignée du dispositif prévu par les circulaires interministérielles du 2 janvier 2012 et du 1^{er} juillet 2019 qui prévoyaient un CIC activé dès le début de la crise et placé sous l'autorité d'un ministre désigné en fonction de la nature de celle-ci.

Le dispositif bicéphale, qui a prévalu, a conduit à mobiliser fortement le directeur de cabinet du premier ministre, présidant quotidiennement une instance dite « CIC-synthèse », amenant à traiter en son sein un grand nombre de décisions opérationnelles qui n'auraient pas dû lui remonter. Dans un contexte de crise très mouvant, cette instance a néanmoins assuré une véritable interministérialité et a constitué un facteur de réassurance pour les administrations.

Maintenu « à côté » du CIC, le centre de crise santé (CCS) a subi de nombreuses évolutions de son organisation interne, ainsi qu'en témoignent les organigrammes successifs. Au-delà de ces évolutions, deux éléments retiennent l'attention :

- ◆ L'absence tout au long de la crise d'une fonction anticipation clairement identifiée, celle-ci étant répartie entre les différentes cellules constitutives du CCS ;
- ◆ La coexistence à côté de la CCS de plusieurs taskforces ou cellules autonomes en charge de la gestion de certains dossiers. C'est notamment le cas de deux instances importantes :
 - la cellule de coordination interministérielle de logistique (CCIL) qui s'est largement substituée à Santé publique France (hors la phase formelle de passation des marchés) afin d'assurer l'approvisionnement en EPI des professionnels de santé;
 - la cellule interministérielle en charge du déploiement des tests, pilotée par le directeur de cabinet de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Cette organisation a généré des difficultés de coordination, des redondances et a nui à la lisibilité par les acteurs impliqués localement dans la gestion de la crise.

Sur le plan territorial, l'organisation initiale du pilotage s'est essentiellement appuyée sur les préfets de région et les directeurs généraux des ARS, divergeant là encore du dispositif planifié de gestion de crise mobilisant les préfets de départements (avec l'appui des ARS) sous l'autorité des préfets de zone.

La mise en place du confinement puis les étapes qui ont suivi le déconfinement, enfin plus tard la mise en œuvre localisée de mesures de réduction ou de fermeture d'activités en lien avec la situation épidémiologique ont fait davantage basculer le centre de gravité de gestion de la crise vers les préfets de département.

De nombreux interlocuteurs rencontrés par la Mission ont souligné la faiblesse des moyens alloués aux délégations territoriales des ARS limitant la capacité des préfets de départements à s'appuyer sur elles. Ces mêmes délégations départementales semblent en revanche avoir été l'interlocuteur naturel des conseils départementaux notamment pour organiser la mise à disposition de masques auprès des structures d'hébergement (EHPAD, foyers logement) ou d'aide auprès des personnes âgées (services à domicile).

Encadré 12 : Les demandes formulées aux ARS en situation de crise

Les agences régionales de santé (ARS) sont chargées du pilotage régional du système national de santé. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population. Elles sont l'interlocuteur unique de tous les acteurs de santé en région. A ce titre, elles jouent un rôle de régulateur, mobilisant pour cela les principaux outils que sont la planification, le financement, la contractualisation et enfin le contrôle et l'inspection. Elles ne sont que rarement productrices directes de services à la population, ou en situation de coordonner directement la mise en place de services nouveaux.

La gestion de la crise a exigé des ARS de mettre en œuvre des fonctions d'opérateurs opérationnels (approvisionnements en EPI) et de coordination directe de l'offre de service (organisation des déprogrammations, montage de centres diagnostic ou, dans la période la plus récente, de centres de vaccination). Ces fonctions nouvelles pour les ARS, exigeant des compétences qui n'étaient pas toujours présentes au sein de leurs équipes, ont nécessité un temps d'apprentissage variable selon les agences. Ces nouvelles exigences de nature plus opérationnelles ont également mis en évidence l'insuffisante déconcentration des ARS et la faiblesse de leurs moyens de conduite de projet au niveau départemental.

L'appréciation de la mobilisation des autorités de santé par les représentants des professionnels et établissements sanitaires et médico-sociaux reflète le niveau de proximité des administrations concernées avec les différents secteurs d'activité. Ainsi les fédérations d'établissements hospitaliers et médico-sociaux se félicitent globalement des relations de travail établies au niveau central et régional, avec toutefois une réserve du secteur médico-social sur le retard avec lequel cette collaboration s'est engagée comparativement au secteur hospitalier. Du côté des professionnels de santé libéraux, l'appréciation apparaît plus critique vis-à-vis des services de l'Etat et des ARS, les services de l'Assurance maladie bénéficiant d'une évaluation plus positive de leur action.

Les collectivités territoriales ont pointé les difficultés qu'elles ont rencontrées pour obtenir les informations dont elles avaient besoin. Les consignes de dépistage des personnels des EHPAD et de l'aide à domicile ont semblé manquer de clarté, alors que les capacités de tests étaient limitées. L'élargissement des publics prioritaires pour la garde d'enfant (forces de l'ordre nationales et locales, agents essentiels des services publics, travailleurs de la chaîne alimentaire) a tardé.

La réponse à la crise a bénéficié d'un engagement exceptionnel des agents publics, de l'appui de nombreux volontaires et du tissu associatif ainsi que des acteurs institutionnels et du monde économique allant au-delà de leur champ de compétence habituel.

La gestion de la crise a mobilisé de nombreux acteurs au-delà de ceux habituellement en charge des sujets de santé ou au-delà de leur champ de compétence habituel.

Sans prétendre à l'exhaustivité, quelques grandes illustrations peuvent être données de la diversité de l'effort collectif de mobilisation.

Premièrement, la cellule de crise et les équipes des administrations centrales ont été fortement mobilisées. Elles ont reçu, sur la base du volontariat, des renforts importants (130 personnes supplémentaires en moyenne chaque jour entre la mi-avril et mi-mai) venant d'autres administrations moins exposées ou des corps d'inspection¹¹¹. En matière économique, la mise en place extrêmement rapide de mesures très nombreuses (reports, création de dispositifs) a reposé sur l'engagement des agents des ministères économiques et financiers, qui ont non seulement conçu et créé des dispositifs mais ont aussi accompagné les entreprises dans leurs démarches.

Deuxièmement, si les conseils départementaux ont joué un rôle important dans la gestion de la crise conformément à leurs prérogatives, l'intervention des régions a constitué une nouveauté. Plusieurs d'entre elles se sont engagées dans la recherche et l'achat d'équipements (5 millions de masques achetés en Occitanie par exemple) ainsi que dans la sollicitation des entreprises de leurs territoires pour lancer des productions d'équipements de protection individuelle ou de gel hydro-alcoolique par exemple. 90% des intercommunalités ont participé à cet effort en achetant également ou en faisant fabriquer des masques en lien avec leurs communes en s'appuyant pour partie sur la mobilisation de bénévoles (200 000 bénévoles mobilisés selon une estimation de l'Association des Communes de France). Les collectivités locales ont été fortement mobilisées pour assurer la continuité de l'activité des services publics essentiels, mission qu'elles avaient pu préparer dans le cadre des plans pandémie. Enfin, les différentes collectivités locales ont mobilisé des ressources pour participer au soutien des entreprises et des commerces par des exemptions de taxes ou de loyer ainsi que par le versement d'aides.

Troisièmement, de nombreuses associations se sont mobilisées pour offrir des services diversifiés, par exemple d'écoute téléphonique ou d'aide aux personnes en premier lieu pour garantir l'accès aux biens de première nécessité. Elles ont ainsi permis de faire face à une partie des problèmes alimentaires engendrés par les limitations de la mobilité, qui empêchaient de rejoindre des grandes surfaces et obligeaient à faire ses courses dans des petits magasins de quartier plus chers, ainsi que par la fermeture des marchés populaires et des cantines scolaires. Les entretiens conduits par la Mission ont mis en évidence le rôle joué par des associations laïques ou religieuses réunissant des adultes jeunes qui ont pu prendre le relais d'autres associations animées traditionnellement par des bénévoles âgés qui ont dû se mettre en retrait.

Quatrièmement, la mobilisation de l'effort industriel a été significative pour répondre aux pénuries d'équipements (respirateurs) et de protections individuelles (masques). Les autorités publiques françaises (Agence Nationale de la Sécurité du Médicament, Direction générale de l'armement, Direction générale des entreprises) ont su en un temps court définir le concept de « masques barrières en tissus » et qualifier, puis afficher officiellement, leurs performances. De façon concomitante, l'Association française de normalisation (Afnor) a proposé un cadre technique pour la conception de ces masques et leur fabrication, y compris par le grand public. De nombreux tutoriels Internet à succès ont vu le jour autour de ces concepts. Cet effort s'est poursuivi plus largement, sous l'égide de la direction générale des entreprises, afin de renforcer la production nationale de masques chirurgicaux et FFP2. La question du bon dimensionnement de cette offre industrielle reste cependant posée, compte tenu de l'écart massif de consommation de masques constaté entre les périodes « normales » et la période de la crise, avec une consommation multipliée par plus de 10.

¹¹¹ Au total, près de 1000 agents ont été reconnus comme pouvant bénéficier de la prime COVID.

La réactivité des pouvoirs publics et des acteurs industriels comme des pharmacies à usage intérieur des hôpitaux a également été bénéfique pour compenser la pénurie de solutions hydro-alcooliques (SHA) pour l'hygiène des mains consécutive à un problème initial d'alerte infectieuse, faite par le principal fournisseur du marché français, sur un produit de nettoyage non conforme dont la gestion a eu des répercussions sur la production de solutions hydro-alcooliques. Partant de cette situation défavorable, couplée à un accroissement massif de la demande, les autorités sanitaires ont su réagir de façon innovante en publiant dès le 6 mars un arrêté dérogatoire permettant la fabrication de ces produits par les pharmacies selon la formulation de l'OMS, tout en encadrant son prix de vente rapidement pour éviter les excès. Divers textes complémentaires ont suivi pour diversifier au mieux les sources possibles de fabrication sur le territoire national et réduire les tensions en approvisionnement.

2.3.2. La mobilisation importante et nécessaire de l'expertise scientifique pose la question de sa coordination

L'organisation de l'expertise scientifique en santé est répartie principalement entre :

- ◆ des agences spécialisées (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Santé publique France, Haute autorité de santé) ;
- ◆ des instances telles que les sociétés savantes, à titre individuel ou fédérées au sein de la mission nationale COREB, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) ou la Conférence nationale de santé (CNS) ainsi que le Comité REACTing, intégré au sein d'AVIESAN (Alliance pour les sciences de la vie et de la santé) et chargé de coordonner la recherche sur les maladies infectieuses émergentes.

S'agissant des agences, force est de constater que si SPF a été fortement mobilisée pour la production de données de surveillance épidémiologique, la HAS et l'ANSM l'ont peu été au cours de cette période. Le premier avis de la HAS consacré à la prise en charge des patients non-COVID, est intervenu seulement au mois d'avril. L'ANSM est pour sa part essentiellement intervenue dans la régulation des médicaments sous tension et dans le processus d'autorisation d'essais cliniques. Il est par ailleurs étonnant que l'instance de coordination des agences que préside le DGS (CASA ou Comité d'Animation du Système des Agences) n'ait pas été réunie pendant la crise (sa première réunion consacrée à un retour d'expérience sur la gestion de la crise s'étant tenue le 23 septembre 2020).

Il faut en revanche souligner la forte mobilisation du HCSP qui a émis plus de 100 avis et recommandations sur des questions précises durant la crise. Cette structure a répondu dans des délais très courts à de multiples saisines, sur la base de l'engagement individuel de ses experts bénévoles, ayant par ailleurs un autre emploi, malgré une faiblesse structurelle liée à des moyens propres réduits. Si la capacité de réponse réactive doit être soulignée, elle ne doit pas masquer les faiblesses, d'un dispositif qui repose sur la qualité et l'engagement personnel de ses membres sans que l'organisation dans laquelle ils s'insèrent, n'offre une totale garantie sur les conditions d'élaboration des avis (parties consultées, délibération collective, procédure de gestion des conflits d'intérêt).

L'éclatement de l'expertise mais aussi la nouveauté, l'ampleur et la complexité des questions posées par la gestion de la crise expliquent que, dans une optique d'aide à la décision publique, le besoin soit apparu de disposer d'une interface scientifique plus directement chargée d'opérer la synthèse des connaissances et de contribuer dans des délais très brefs à la préparation des décisions publiques.

Ceci a conduit à la création de trois instances spécifiques :

- ◆ Le Conseil scientifique installé le 11 mars 2020,
- ◆ Le Comité analyse, recherche et expertise (CARE) créé le 24 mars 2020,
- ◆ Le Comité scientifique sur les vaccins Covid-19 mis en place le 4 juin 2020.

Composé d'un nombre limité d'experts scientifiques, associant plusieurs disciplines, le conseil scientifique semble avoir compensé les rigidités institutionnelles existantes grâce à un fonctionnement agile et réactif. Entre le 12 mars et le 28 février 2021, il a produit 35 avis ou notes qui ont joué un rôle essentiel pour éclairer la décision publique, celle-ci découlant selon les situations, directement des avis du conseil (confinement du mois de mars) ou s'en inspirant plus progressivement. Il en a été ainsi par exemple de la mise en œuvre très graduelle des décisions de restriction de la mobilité au cours des mois de septembre à novembre 2020 ou de la réorientation de la stratégie tester/tracer/isoler prenant mieux en compte l'enjeu essentiel de l'isolement.

Sa mise en place, dans l'urgence, à côté des agences sanitaires aurait pu être à l'origine de dysfonctionnements. La compétence et l'engagement de ses membres ainsi que l'association dans un second temps à ses travaux des présidents ou dirigeants d'autres instances telles que le HSCP et SPF, ont permis de garantir la cohérence du dispositif d'expertise. A l'opposé, d'autres pays tels que les Etats-Unis¹¹², l'Allemagne¹¹³ ou la Suède¹¹⁴ se sont directement appuyés sur l'expertise des agences nationales. Au Royaume-Uni, le comité SAGE (Scientific Advisory Group for Emergencies) créé, comme en France pour répondre aux enjeux de la crise, intègre les représentants des agences aux côtés des experts désignés.

Enfin, l'absence de personnalités de la société civile et d'interlocuteurs exprimant les besoins de la population, regrettée par le Conseil scientifique lui-même, a pu gêner l'appropriation de ses avis par les citoyens.

Le Comité analyse recherche et expertise (CARE) a été installé le 24 mars 2020, avec pour objectifs :

- ◆ d'éclairer les pouvoirs publics dans des délais très courts sur les suites à donner aux propositions d'approches innovantes scientifiques, technologiques et thérapeutiques formulées par la communauté scientifique française et étrangère pour répondre à la crise sanitaire du Covid-19 et vérifier que les conditions de déploiement et de portage sont réunies ;
- ◆ de solliciter la communauté scientifique pour faire des propositions sur des thématiques identifiées par le Ministère des Solidarités et de la Santé ou le Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

¹¹² CDC et NIH

¹¹³ RKI

¹¹⁴ Folkhälsomyndigheten

Il a efficacement, dans l'urgence et en bonne intelligence avec les structures de recherche existantes, fourni un avis sur un grand nombre de projets scientifiques, technologiques et thérapeutiques potentiellement innovants avant de les orienter vers des sources de financement et a rédigé des notes stratégiques, y compris sur la structuration de la recherche. Il est toutefois regrettable que ces travaux n'aient été que faiblement diffusés et que très peu utilisés à ce stade par les ministères concernés.

La recherche s'est mobilisée précocement avec l'installation dès le mois de janvier 2020, du Conseil scientifique REACTing chargé de fédérer les recherches en matière de maladies infectieuses et émergentes. Quelques dizaines de projets de recherche ont pu être ainsi accompagnés à l'aide de crédits du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et du Ministère chargé de la Santé. En matière d'essais cliniques sur les thérapeutiques, cette instance n'a pas réussi à concentrer l'effort de recherche autour de quelques projets mobilisant un nombre important de sujets inclus. La multiplication des projets et des hypothèses testées (avec notamment de nombreux essais consacrés à l'hydroxichloroquine) n'a pas permis d'atteindre des effectifs suffisants (avant que la décrue de la première vague ne réduise rapidement le nombre de patients hospitalisés) pour disposer de conclusions rapides et solides en matière de thérapeutique. On notera à cet égard que l'article de référence sur l'apport majeur de la Dexaméthasone dans le traitement des formes graves a été publié au Royaume-Uni qui a réussi à inclure des effectifs importants.

Enfin, la communication de l'expertise scientifique (indépendante ou rattachée au service de l'État) a été l'occasion de débats répétés et parfois houleux sur les différentes antennes ce qui a compliqué la lisibilité du message des autorités sanitaires et ébranlé la confiance des citoyens dans la science¹¹⁵, déjà altérée par diverses « affaires » de santé publique.

2.4. Face à la réduction drastique de la mobilité et la chute de l'activité, des mesures de couverture et de sauvetage ont été rapidement décidées et mises en œuvre

2.4.1. La situation initiale pré-crise de l'économie française restait relativement fragile malgré des améliorations depuis plusieurs années

Le choc des mesures de confinement sur l'activité économique a eu lieu dans un contexte particulier pour l'économie française. Fin 2019, certains indicateurs témoignaient d'une amélioration générale, avec notamment :

- ♦ une croissance stable depuis plusieurs années (respectivement 2,4% en 2017, 1,7% en 2018 et 1,3% en 2019), faisant en 2019 de la France le premier contributeur de la croissance en zone euro ;
- ♦ un taux de chômage qui atteignait son point le plus bas depuis 10 ans à la fin de l'année 2019 ;
- ♦ un soutien général de l'activité économique par l'investissement des entreprises, en progression, et en particulier une augmentation significative des investissements étrangers en France.

¹¹⁵ Les chiffres transmis par le Cevipof montrent une tendance claire avec un niveau de confiance initial à près de 90% qui diminue tout au long de la période pour arriver à près de 70%, tout en sachant que ces enquêtes comportementales fournissent des résultats qui demandent une exégèse soignée.

Du point de vue des finances publiques, avec un déficit public de 3% et un niveau de dette publique (certes en cours de stabilisation avant crise) de 98,1% fin 2019, la situation française apparaissait ne pas offrir des marges de manœuvre budgétaire de grande ampleur.

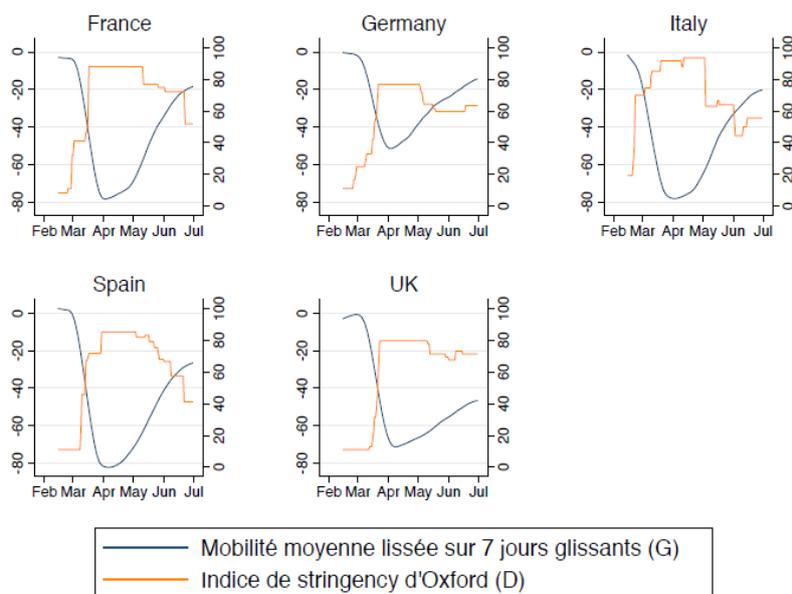
Par ailleurs, le marché du travail français demeurait fragilisé dans trois dimensions au moins :

- ◆ une forte prégnance du chômage des jeunes et du chômage de longue durée, malgré la baisse enregistrée ces dernières années ;
- ◆ un marché relativement dual, avec une très forte proportion d'embauches en contrats à durée déterminée ;
- ◆ un climat social relativement dégradé, marqué, après les « gilets jaunes », par les grèves de l'hiver 2019-2020 concernant le projet de réforme des retraites, qui ont pesé sur la croissance au quatrième trimestre 2019 et ont en particulier fragilisé les petits commerces.

2.4.2. Les mesures de confinement ont eu un impact économique proportionnellement plus élevé en France que dans de nombreux autres pays

La majorité des pays d'Europe a vu une diminution drastique des déplacements suite à la mise en place de mesures restrictives sur la mobilité. La rigueur de ces restrictions a cependant été variable entre les pays, à la fois en termes d'intensité et de durée (cf. Graphique 35). Parmi les pays ci-dessous, la France apparaît assez analogue à l'Italie ou à l'Espagne, avec des restrictions très importantes et une chute de la mobilité de même ampleur, même si la France se singularise quelque peu par la vitesse à laquelle les restrictions ont été levées.

Graphique 35 : Corrélation entre indice mesurant le confinement et la mobilité moyenne pendant la première vague épidémique



Source : Travaux de la Mission.

Note : Les graphiques ci-dessus présentent le lien existant entre la rigueur des mesures restrictives décidées (mesurée par l'Oxford stringency index, cf. annexe 2) et la chute associée de la mobilité mesurée grâce aux données Google.

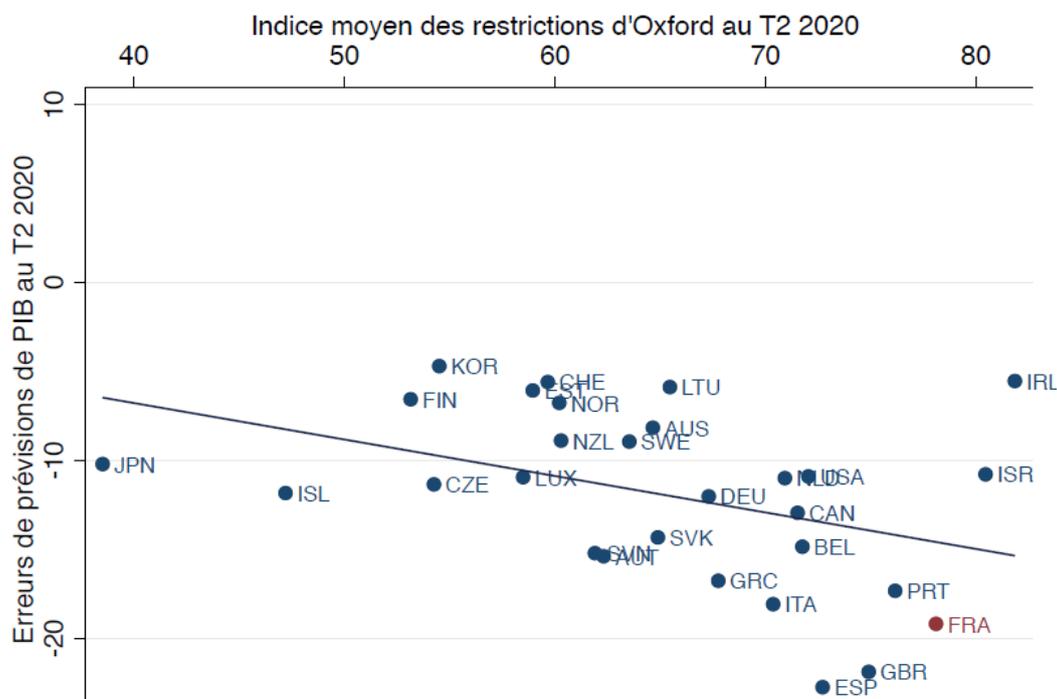
À ces mesures s'ajoute une réduction « volontaire » de la mobilité, parfois particulièrement importante comme aux États-Unis ou en Suède en réaction à l'augmentation du nombre de décès Covid.

Au total, l'effet négatif sur l'économie n'est pas direct, au sens où il viendrait directement de l'épidémie, mais indirect, au sens où l'activité économique est surtout affectée par les mesures non-pharmaceutiques (restrictions de mobilité) prises pour endiguer l'épidémie, qui ont un impact direct sur les déplacements, y compris sur les lieux de travail, et donc sur l'activité économique. C'est particulièrement le cas pour la première vague épidémique.

Or la mobilité apparaît comme une bonne manière d'appréhender l'activité économique, ces deux variables étant si bien corrélées que de nombreux instituts statistiques l'ont utilisée pour évaluer l'ampleur de la contraction de l'activité économique en temps quasi réel (cf. annexe 2, travaux économiques sur la corrélation entre mobilité et activité économique, figure 1).

Les écarts de perte de production entre pays semblent ainsi liés, pour l'essentiel, à l'intensité des mesures de confinement (durée, périmètre et ampleur). Les performances économiques des pays de l'OCDE sont assez variables et la différence est marquée entre les États-Unis et l'Allemagne d'une part et d'autres pays européens d'autre part. Les écarts de perte de production entre pays semblent liés, pour l'essentiel, à l'intensité des mesures de confinement, dans une moindre mesure à la spécialisation sectorielle du pays et, selon les pays, à la réaction des acteurs économiques aux mesures de confinement. On observe une corrélation négative entre l'ampleur des restrictions imposées par les gouvernements, mesurées par l'indicateur de restriction d'Oxford¹¹⁶, et l'écart de production entre le premier semestre 2020 et le deuxième semestre 2019 (cf. Graphique 14).

Graphique 14 : Chute du PIB et ampleur du confinement au premier semestre 2020



Source : Oxford stringency index, OCDE Comptes nationaux

¹¹⁶ Cet indice définit la rigueur des mesures nationales de confinement entre 0 (pas de restrictions) et 100 (niveau maximum de restrictions au cours du premier semestre 2020) : <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker>. L'OCDE fournit également un regard détaillé, et cohérent, avec cet indicateur pour un grand nombre de pays : <https://www.oecd.org/coronavirus/country-policy-tracker/>

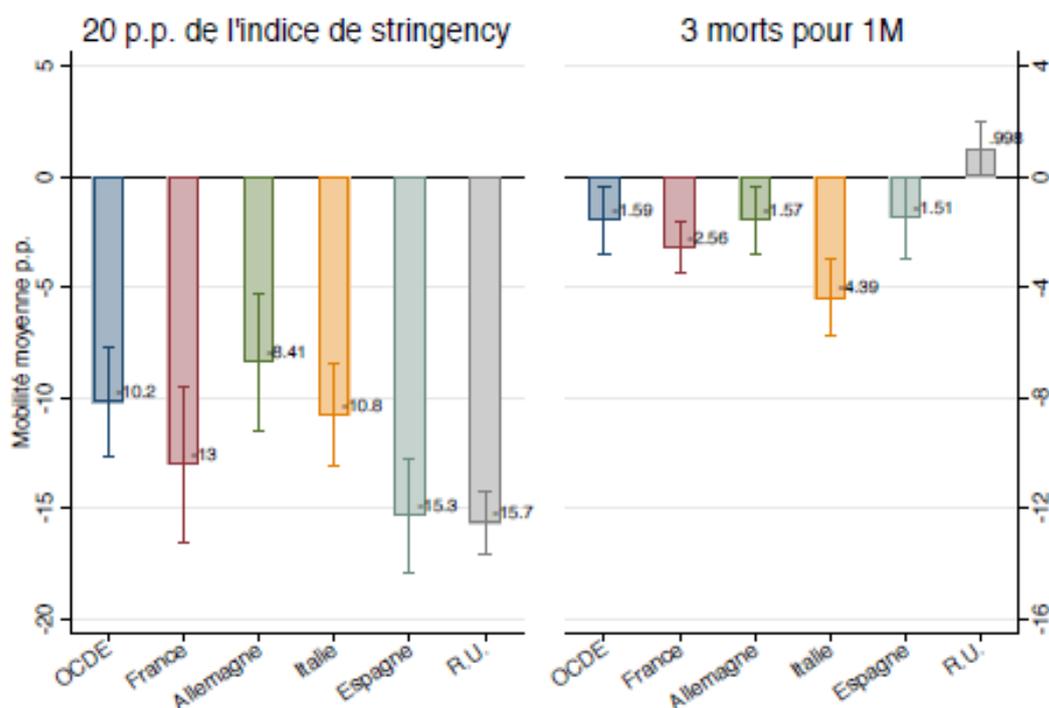
Le graphique met en regard l'ampleur du confinement, c'est-à-dire la période et la rigueur des mesures de restrictions à la mobilité, et la chute du PIB au cours du deuxième trimestre 2020. L'ampleur du confinement est mesurée par l'indice « *stringency* » construit par l'université d'Oxford. Une corrélation apparaît entre le confinement et la chute du PIB. La France ayant mis en place un confinement avec des mesures fortes de restriction à la mobilité, similaires mais non semblables à l'Espagne, l'Italie ou le Royaume-Uni, subit une chute de l'activité de même ordre que ces pays.

Néanmoins, pour ces quatre pays, la chute d'activité apparaît sensiblement plus importante que suggéré par l'intensité du confinement.

En particulier, les craintes portant sur l'évolution de l'épidémie semblent avoir contribué à ralentir les déplacements. Le Graphique 15 présente ainsi l'impact d'une augmentation de même ampleur des mesures de restriction sur la mobilité de chaque pays. Les résultats, détaillés en annexe 2, suggèrent un impact de ces mesures sur la mobilité plus fort en France que dans la moyenne des pays de l'OCDE, mais moindre qu'en Espagne et au Royaume-Uni.

De même, la réaction de la population face à l'ampleur perçue de la crise sanitaire, reflétée par la mortalité quotidienne, explique une partie, plus modeste, du ralentissement de l'activité économique. En Italie et en France, les populations semblent avoir plus réagi aux nouvelles de mortalité liée au virus qu'ailleurs, peut-être parce que ces deux pays ont été les premiers touchés en Occident (cf. *supra*).

Graphique 15 : Impact d'une augmentation de la sévérité des mesures de restriction et d'une annonce de morts par millions d'habitants sur la mobilité moyenne lors de la première vague



Source : Travaux de la Mission. Données de la première vague épidémique (du 14 février au 30 juin 2020).

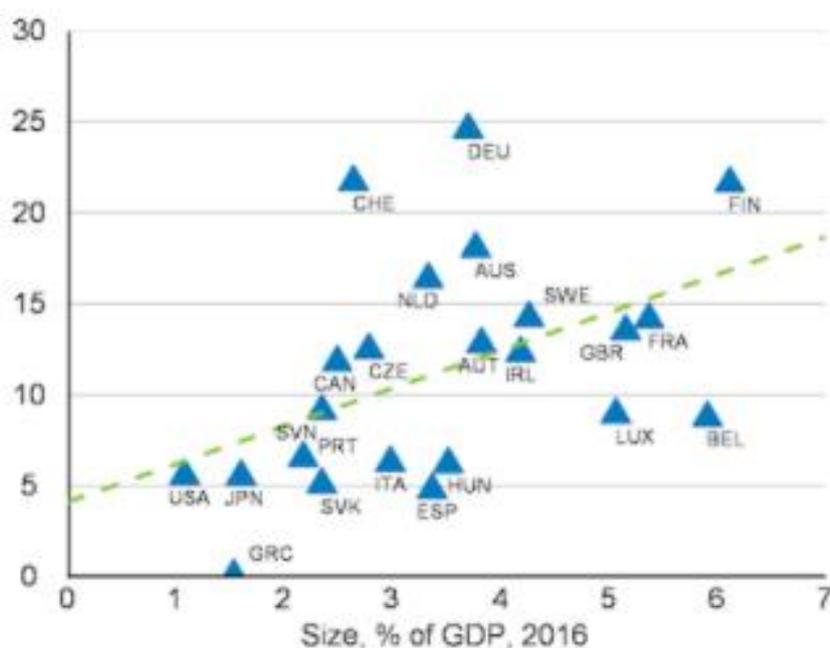
Note : Ces travaux ont également été effectués pour un seuil de 5 décès pour 1 million d'habitants, et les résultats s'avèrent très similaires. Le résultat obtenu pour le Royaume-Uni (qui pourrait laisser croire à tort que l'augmentation du nombre de morts conduit à une hausse de la mobilité) n'est pas significatif.

Ces observations au cours de la première vague épidémique tendent à montrer que la baisse de la mobilité en France a été plus forte, à mesures de confinement égales, que dans d'autres pays comme l'Espagne ou l'Allemagne, probablement du fait d'une « prise de conscience » plus marquée et qui a davantage affecté la mobilité. Cette baisse de mobilité se retrouve dans la chute de l'activité.

2.4.3. Mais la France a pu s'appuyer sur un système de protection sociale et des stabilisateurs automatiques puissants

En comparaison internationale, la France est dotée de stabilisateurs automatiques (taxes et impôts ; prestations sociales emploi, logement, famille ; sécurité sociale) en mesure d'absorber une partie importante d'un choc économique. C'est en particulier le cas de la partie des stabilisateurs qui relèvent des prestations sociales, les plus à mêmes de compenser un choc sur l'activité et les revenus. Celles-ci représentent une part importante du PIB en France et, corrélativement, sont en mesure d'absorber environ 15% du choc sur les revenus (cf. Graphique 38).

Graphique 16 : Efficacité des prestations sociales par rapport à leur poids dans le PIB



Source : OCDE. Les ordonnées représentent l'efficacité des prestations pour stabiliser les revenus en cas de choc.

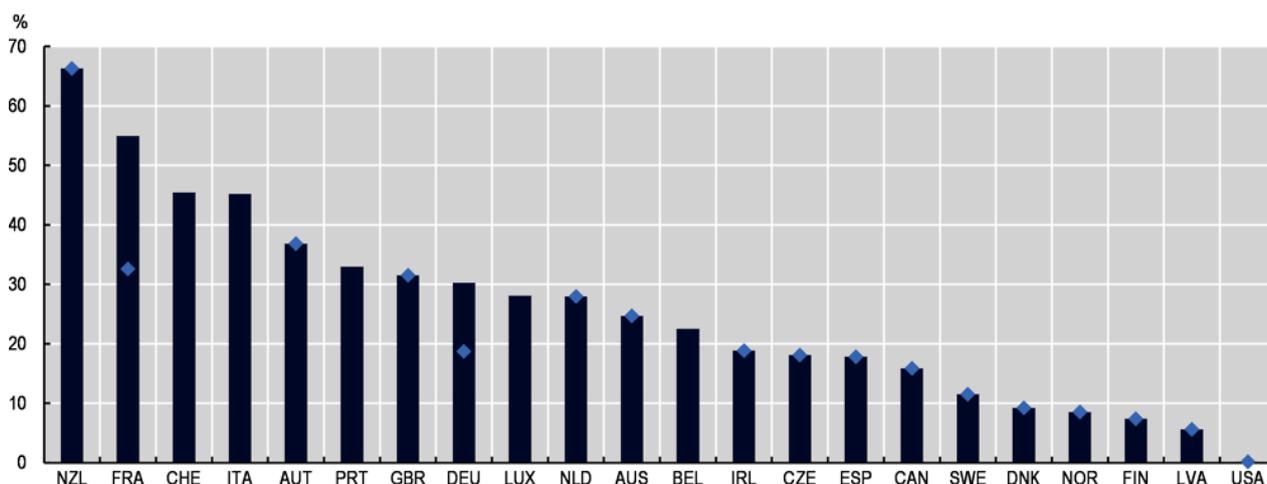
Alors qu'au premier semestre 2020, l'emploi salarié a diminué de 715 000 (- 2,8%), cette baisse reste très inférieure à la baisse de l'activité grâce aux dispositifs d'activité partielle (cf. infra). Les conséquences de cette baisse ont par ailleurs été amorties par l'indemnisation du chômage.

En particulier, le dispositif d'activité partielle déjà existant, inspiré du dispositif allemand qui a fonctionné pendant la crise de 2008, a été largement étendu et de manière **rétroactive** pour l'ensemble des demandes effectuées à partir du 1^{er} mars 2020. Outre des assouplissements procéduraux conséquents, **les deux mesures les plus fortes** ont été :

- ♦ la majoration du taux de l'allocation versée à l'employeur à 70% du salaire brut (environ 84% du salaire net), soit la prise en charge totale par l'Etat du dispositif (les salariés en activité partielle recevant en effet 84% de leur salaire net, versé par l'employeur), ce qui a permis de préserver l'emploi dans les entreprises en affectant le moins possible le revenu des salariés ;
- ♦ l'extension du dispositif à l'ensemble des types de contrats : temps partiel, intérimaires, CDD, certains saisonniers, emploi à domicile etc. En outre, le système de protection sociale français en matière de santé assure une couverture importante, autant dans l'absolu (en soins hospitaliers comme ambulatoires) que relativement aux principaux pays de l'OCDE.

Cette grande latitude a fait du dispositif français l'un des plus ouverts et généreux parmi les pays de l'OCDE, avec des demandes couvrant 50% des salariés français. Seuls 30% des salariés ont cependant effectivement été placés sous ce dispositif, signe du calibrage large et nécessaire en temps de crise et d'incertitude. La proportion reste sensiblement supérieure à l'Allemagne (30% en demandes, 20% en bénéficiaires) (cf. Graphique 39).

**Graphique 17 : Proportion de salariés en activité partielle en mai 2020
(demandes déposées et utilisation effective)**



Source : OCDE, 2021. Les barres indiquent la proportion de salarié à partir des demandes déposées à la fin du mois de mai 2020, tandis que les losanges donnent cette proportion à partir des utilisations effectives du dispositif.

Le dispositif de protection sociale a également joué un rôle important à destination des personnes les plus précaires. Le nombre de bénéficiaires du RSA a fortement augmenté pour dépasser le seuil de 2 millions à la fin de l'année 2020. Dans ce contexte, des mesures de simplification ont été prises notamment par l'ordonnance du [9 décembre 2020](#) qui a prolongé automatiquement les droits des bénéficiaires du RSA jusqu'au 30 avril 2021. Enfin, les bénéficiaires du RSA ont reçu une aide exceptionnelle de 154 € à la fin de l'année 2020.

En outre, la protection sociale se retrouve en matière de santé, *via* l'un des plus hauts niveaux de couverture publique (en proportion) des dépenses de soins, en particulier hospitaliers (cf. Tableau 3). Pour autant, la crise du COVID a souligné l'inadéquation des règles d'exonération du ticket modérateur pour les séjours en médecine ou en réanimation, l'exemption n'intervenant qu'au-delà du trentième jour (ou en cas de réalisation d'actes techniques lourds). Pour les patients sans complémentaire, le reste à charge à l'issue d'un séjour en réanimation peut ainsi atteindre plusieurs milliers d'euros.

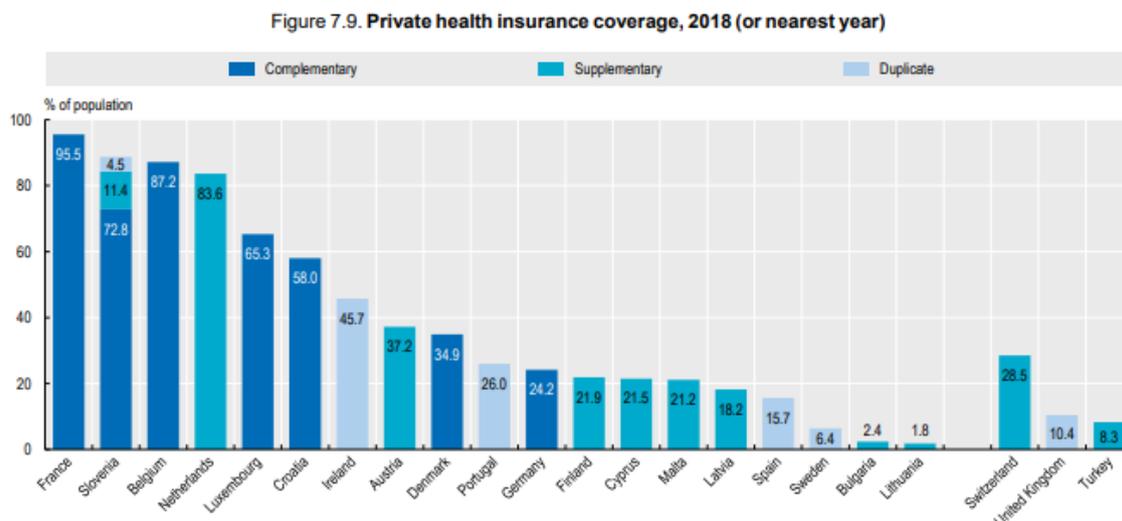
Tableau 3 : Couverture des dépenses publiques – obligatoires par rapport à l'ensemble des dépenses

Pays	Soins hospitaliers	Soins de ville	Médicaments
UE 27	88%	74%	56%
France	96%	78%	81%
Allemagne	96%	90%	82%
Italie	96%	59%	63%
Espagne	89%	70%	69%
Royaume-Uni	94%	84%	57%

Source : OCDE, Health at a Glance, 2020.

En complément, la France apparaît de plus comme le premier pays en termes de couverture de la population par les complémentaires santé. Il ressort de cette combinaison qu'en 2017, le reste à charge des dépenses de santé après assurance maladie obligatoire était inférieur à 240 euros (soit 20 euros par mois en moyenne) pour la moitié des patients ayant eu recours à des soins remboursables, ce qui suggère une bonne couverture des soins liés à la Covid (cf. Encadré 13)¹¹⁷.

Graphique 40 : Couverture de la population par les assurances complémentaires de santé



Note: This excludes primary PHI. PHI can be both complementary and supplementary in Denmark and Germany.
Source: OECD Health Statistics 2020; and Voluntary health insurance in Europe, Observatory Studies Series, 2016, for non-OECD countries.

Source : OCDE, Health at a Glance, 2020.

¹¹⁷ En dehors des séjours hospitaliers non exonérés et des assurés non couverts par une complémentaire.

Encadré 13 : La prise en charge des soins pendant la crise

En plus de la prise en charge ordinaire de la Sécurité sociale (remboursement des consultations médicales, traitement au paracétamol remboursé, prise en charge de 80% des frais d'hospitalisation), des mesures spécifiques ont été prises :

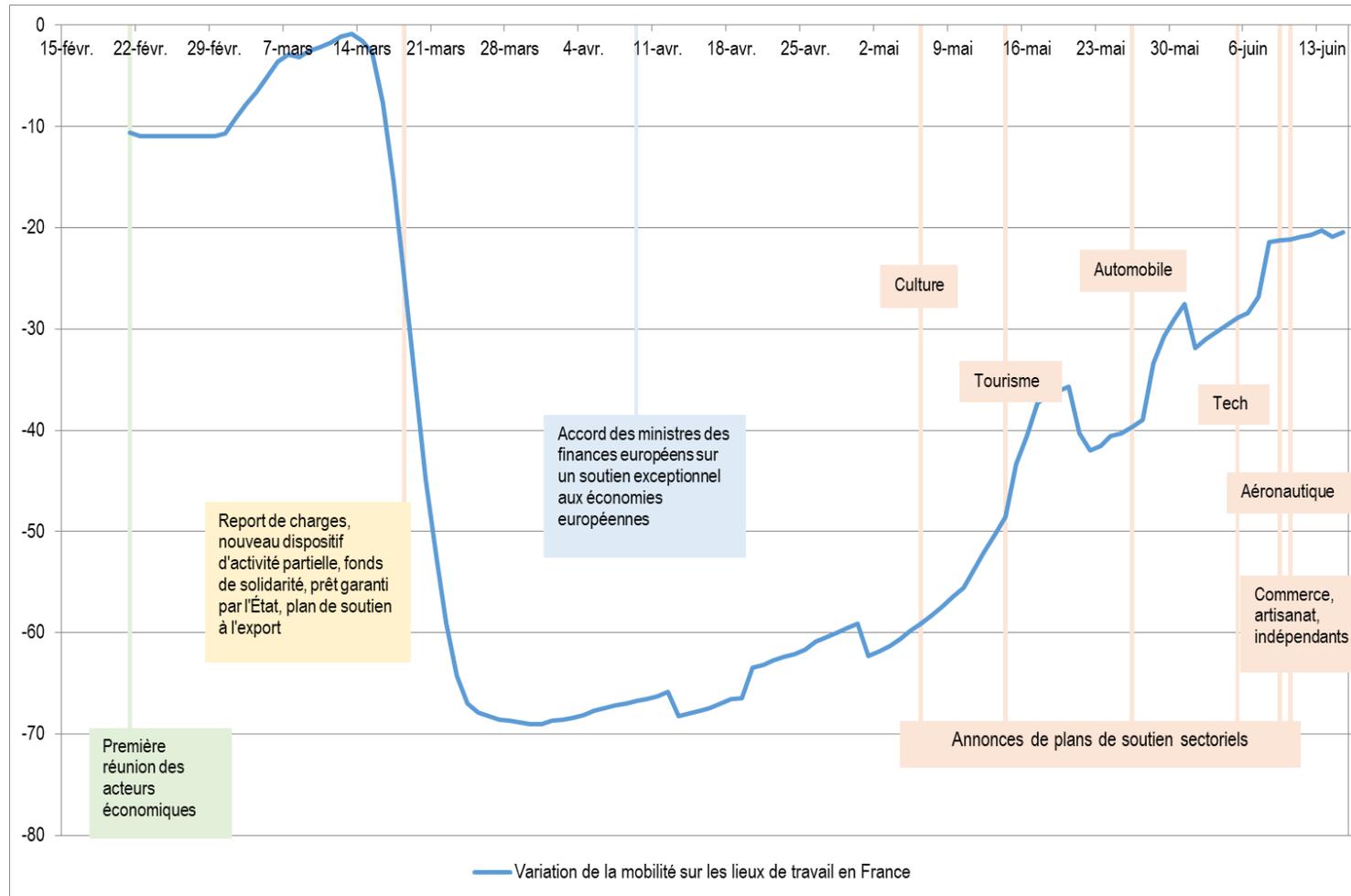
- ◆ En matière de téléconsultation, à partir du 20 mars 2020 et à ce jour jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire :
 - les téléconsultations ont été prises en charge à 100% par l'Assurance maladie (mesure reconduite jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire) ;
 - les téléconsultations par téléphone ont été autorisées pour les patients vivant dans une zone non desservie par un réseau internet ;
 - une personne infectée ou suspecte de Covid-19 peut s'adresser par téléconsultation à un autre médecin que son médecin traitant par téléconsultation ;
- ◆ En matière de prescription, l'Assurance maladie a permis à titre dérogatoire le renouvellement des ordonnances médicales en pharmacie sans consultation ;
- ◆ Depuis le 25 juillet 2020, aucune ordonnance n'est nécessaire pour bénéficier d'un test pris en charge à 100% par l'Assurance maladie

2.4.4. Des mesures de soutien discrétionnaires de grande ampleur prises rapidement en France dans des proportions comparables aux autres pays

Faute de connaissances précises sur les modes de circulation du virus et en particulier faute de données permettant de connaître les lieux de contamination, les mesures non pharmaceutiques décidées ont conduit à un confinement généralisé, associées à des mesures de compensation de grande ampleur pour en limiter l'impact économique et social. Le graphique 41 illustre la séquence de centaines des interventions gouvernementales en matière économique au cours du premier semestre 2020.

En s'appuyant sur l'expérience de la crise financière de 2008-2010, le gouvernement français a pris ces mesures discrétionnaires, en plus des stabilisateurs automatiques qui ont joué à plein leur rôle (cf. paragraphe précédent), avec une grande réactivité. On peut notamment citer le soutien aux entreprises *via* des exonérations et reports de cotisations, prêts garantis par l'État à 90% avec différé de remboursement pendant une année ; le fonds national de solidarité pour les indépendants, le plan de soutien ou de sauvetage à certains secteurs comprenant à la fois les dispositifs d'activité partielle, d'exonérations ou de reports et des aides supplémentaires ciblées (automobile, aéronautique, tourisme, commerce et artisanat, culture, technologie).

Graphique 18 : Séquence des interventions gouvernementales en matière économique (France)



Source : Données Google de mobilité sur les lieux de travail.

Note : La variation de mobilité est la différence par rapport à la valeur de la médiane, pour un jour donné, calculée sur la période de cinq semaines comprise entre le 3 janvier et le 6 février 2020. La moyenne mobile sur sept jours est ensuite calculée.

Ces mesures nationales, et en particulier l'activité partielle, le fonds de solidarité, les prêts garantis par l'Etat et le report de contributions sociales, ont été abondamment utilisées par les entreprises, en particulier les plus petites. Fin septembre 2020, environ 3,7 millions d'entreprises avaient bénéficié d'une de ces quatre mesures, pour un montant de près de 161 Mds €, dont 70 Mds € à des PME et 57 Mds € à des TPE. Pour la première vague, les TPE représentent ainsi 50% des reports de cotisation, 27% des montants dépensés au titre de l'activité partielle et un tiers des prêts garantis par l'Etat. Les demandes se sont essentiellement concentrées au mois de mars et avril, même si les reports de cotisations ont encore été demandés par de nouvelles entreprises en mai¹¹⁸.

En la matière, les comparaisons internationales s'avèrent très délicates, du fait notamment que les montants d'aides annoncés par les Etats ne sont pas immédiatement dépensés, et que parfois l'écart entre annonces et réalisation semble déjà considérable. Les données statistiques de la Commission européenne sur les aides d'Etat accordées par les pays demeurent trop parcellaires pour donner une indication précise sur le sujet.

Enfin, toutes ces mesures nationales ont été rendues possibles par une réaction rapide et adaptée des institutions de l'Union européenne.

Dès le 12 mars 2020, la Banque centrale européenne a annoncé le rachat de 120 milliards € de dette publique et privée supplémentaire et l'assouplissement des obligations imposées aux banques en matière de fonds propres. Le 18 mars, a lancé un « programme d'achat urgence pandémique » à hauteur de 750 milliards € (en plus de son programme de *Quantitative Easing* déjà en cours) un dispositif plus souple que les précédents qui permet notamment, en s'écartant de la clef de répartition pour chaque Etat Membre, de davantage soutenir les Etats les plus affectés par l'épidémie.

En outre, également dès le 12 mars 2020, la Commission européenne a adopté des mesures inédites pour lever les règles budgétaires contraignant les Etats et changer temporairement les règles en matière d'aides d'Etat et permettre aux Etats membres de soutenir directement, par voie de garanties, prêts, subventions ou avantages, le tissu économique.

En parallèle, de nombreuses initiatives locales

Des initiatives locales de soutien ont largement contribué au sauvetage des entreprises. Il a s'agit de proposer, au niveau des localités et spontanément, des reports de charges et exonérations de loyers pour les entreprises contraintes à la fermeture¹¹⁹. Des fonds locaux ont été mis en place¹²⁰, ainsi que des initiatives de contact pour s'assurer de toucher les chefs des petites entreprises en difficulté et dont l'accès aux aides est limité pour diverses raisons.

¹¹⁸ Cf. comité de suivi et d'évaluation des mesures de soutien aux entreprises confrontées à l'épidémie de Covid-19, 2 février 2021, statistiques sur le recours aux dispositifs de mai à septembre 2020, document préparé par le secrétariat conjoint.

¹¹⁹ A titre d'exemple, La ville de Montpellier estime ces efforts combinés à 50 millions €

¹²⁰ A titre d'exemple, la Vendée a créé (avec la CCI) un fonds de secours d'urgence destination à titre personnel des artisans, commerçants et indépendants du tourisme. <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/vendee/vendee-pourquoi-le-departement-refuse-d-obeir-la-prefecture-6816933>

2.5. Une réponse institutionnelle efficace pour la grande urgence qui s'est révélée insuffisante pour les populations qui étaient avant la crise en dehors du champ d'intervention des acteurs sociaux

La situation sociale et psychique des personnes en grande précarité ou en détresse s'est révélée particulièrement dramatique pendant le premier confinement. En l'absence de données quantitatives, la Mission s'est plus particulièrement intéressée au département de la Seine-Saint-Denis, pour réaliser des observations sur les réponses apportées aux populations en situation de précarité. A ce titre, ces premières observations qualitatives ne sauraient prétendre fournir un diagnostic national (cf. annexe 3).

Il ressort de ces observations que la priorité a été accordée par les services sociaux à la prise en charge des populations en situation de grande précarité et en premier lieu des personnes à la rue en vue de permettre leur mise à l'abri.

D'ailleurs, au niveau national, près de 8 000 places supplémentaires d'hébergement avaient été ouvertes au 31 mars 2020, et des chèques « service » ont été distribués pour aider environ 60 000 personnes, à raison d'une aide journalière de 7 euros¹²¹.

En Seine-Saint-Denis, certaines catégories de la population sont ainsi restées dans un premier temps en dehors du champ d'intervention des institutions : les personnes qui subvenaient à leurs besoins avec difficulté et qui ont basculé dans la pauvreté, ou les personnes désaffiliées et en insécurité pour raison de mal-logement, d'emploi précaire, de violences familiales ou de chômage.

Outre l'effet de nouveauté du basculement des populations concernées dans une situation plus précaire, deux facteurs contribuent à expliquer le retard apporté à répondre aux besoins de cette population :

- ◆ La fracture numérique, le manque d'équipement et de maîtrise des outils informatiques ayant empêché une partie des personnes dans le besoin de pouvoir effectuer les démarches administratives ;
- ◆ Le télétravail qui a isolé l'administration en l'empêchant de bien cerner la situation sur le terrain.

¹²¹ Ministère de la cohésion des territoires.

3. Mai-Octobre 2020 : La préparation et la sortie du confinement marquent une évolution positive en termes de stratégie et de gouvernance, mais la tentative de reprise de contrôle de l'épidémie par une meilleure anticipation a échoué, alors même que l'activité économique enregistrait un rebond

3.1. La préparation et la sortie du confinement marquent une évolution positive en termes de stratégie et de gouvernance

La préparation du déconfinement par la mission conduite par M. Jean Castex et sa mise en œuvre marquent une évolution sensible par rapport aux deux premières phases de l'épidémie :

- ◆ L'inscription de l'action des pouvoirs publics dans une démarche d'anticipation et non plus de réaction dans l'urgence ;
- ◆ L'adoption d'une démarche transversale qui traite de façon globale et synchronisée les aspects sanitaires, économiques et sociaux, à l'inverse de la phase précédente qui avait vu une première étape de décision à caractère exclusivement sanitaire suivie par un ensemble de décisions visant à en limiter les conséquences économiques et sociales ;
- ◆ La préparation de ce plan de déconfinement est prise en charge par une équipe unique, clairement identifiée et expérimentée, incluant notamment deux anciens directeurs généraux de la santé, s'appuyant sur les différents départements ministériels ;
- ◆ Les enjeux d'acceptabilité et de bonne adoption des comportements (respect des gestes barrières) sont identifiés et pris en compte en s'appuyant notamment sur le recours à une spécialiste des sciences cognitives intégrée au sein de l'équipe ;
- ◆ Le déploiement des capacités de test se voit assigner un objectif précis (700 000 tests par semaine) dans le cadre d'une stratégie visant à tester, tracer et isoler les patients et leurs cas contacts afin de briser les chaînes de contamination.

Le plan fixe les conditions sanitaires de reprise de l'activité en indiquant, activité par activité (école, transport, travail, etc...) les règles applicables pour concilier le maintien des règles de distanciation sociale avec les caractéristiques et les risques propres à chacune d'elles.

Afin de soutenir cette stratégie, deux systèmes d'information sont construits dans l'urgence pour enregistrer les cas positifs diagnostiqués (SI-DEP) et supporter le dispositif de *contact tracing* (Contact Covid, SI développé par l'Assurance maladie à partir d'Ameli Pro).

Le rapport de la Mission identifie bien la nécessité pour la stratégie de déconfinement, de disposer d'indicateurs de pilotage pour suivre la dynamique de l'épidémie, mais sans préciser leur définition.

En particulier, à la différence d'autres pays (cf. infra l'exemple italien : encadré 9), la Mission ne propose pas de véritables « règles du jeu » (critères et seuils) permettant de faire partager la prise de conscience en cas de reprise épidémique et d'alerter par avance sur les mesures éventuellement graduées qui seraient mises en œuvre. Il y a sur ce point un défaut d'anticipation qui conduira ensuite le gouvernement à déterminer au fil de l'eau les indicateurs de pression épidémique (indicateurs épidémiologiques et de pression de l'offre de soins) et les seuils d'alerte entraînant des mesures d'endiguement calibrées également au fur et à mesure.

3.2. La tentative de reprise de contrôle de l'épidémie par une meilleure anticipation a échoué, alors même que l'activité économique enregistrerait un rebond

En dehors des mesures autoritaires de restriction de la circulation des personnes (de la fermeture de certains lieux jusqu'au confinement généralisé) et en l'absence de traitement ambulatoire simple, le contrôle de l'épidémie repose sur deux ensembles de mesures :

- ◆ Le comportement des citoyens qui, grâce au respect des gestes barrières réduisent le risque de transmission du virus et donc diminuent sa vitesse de circulation ;
- ◆ Les actions visant à casser les chaînes de transmission qui reposent sur le triptyque visant à tester, tracer et isoler les patients et leurs cas contacts.

Alors qu'un rebond économique fort se profilait à l'été, comme dans les autres pays comparables, la mise en œuvre insuffisante de ces mesures n'a pas permis de maîtriser durablement l'évolution de l'épidémie. Cela a conduit à des mesures restrictives successives qui n'ont pas empêché le retour à une mesure de confinement : fermeture totale ou partielle des bars et restaurants à Marseille (26 septembre 2020) puis à Paris et dans une dizaine d'autres villes (28 septembre 2020), mise en place d'un couvre-feu partiel (21h - 6h) à Paris et petite couronne et une huitaine de villes (17 octobre 2020), étendu ensuite (22 septembre 2020) à 38 départements regroupant 46 millions d'habitants. Enfin, un confinement généralisé a été mis en place à compter du 30 octobre 2020.

3.2.1. Un manque d'anticipation qui a rendu impossible la maîtrise de l'épidémie

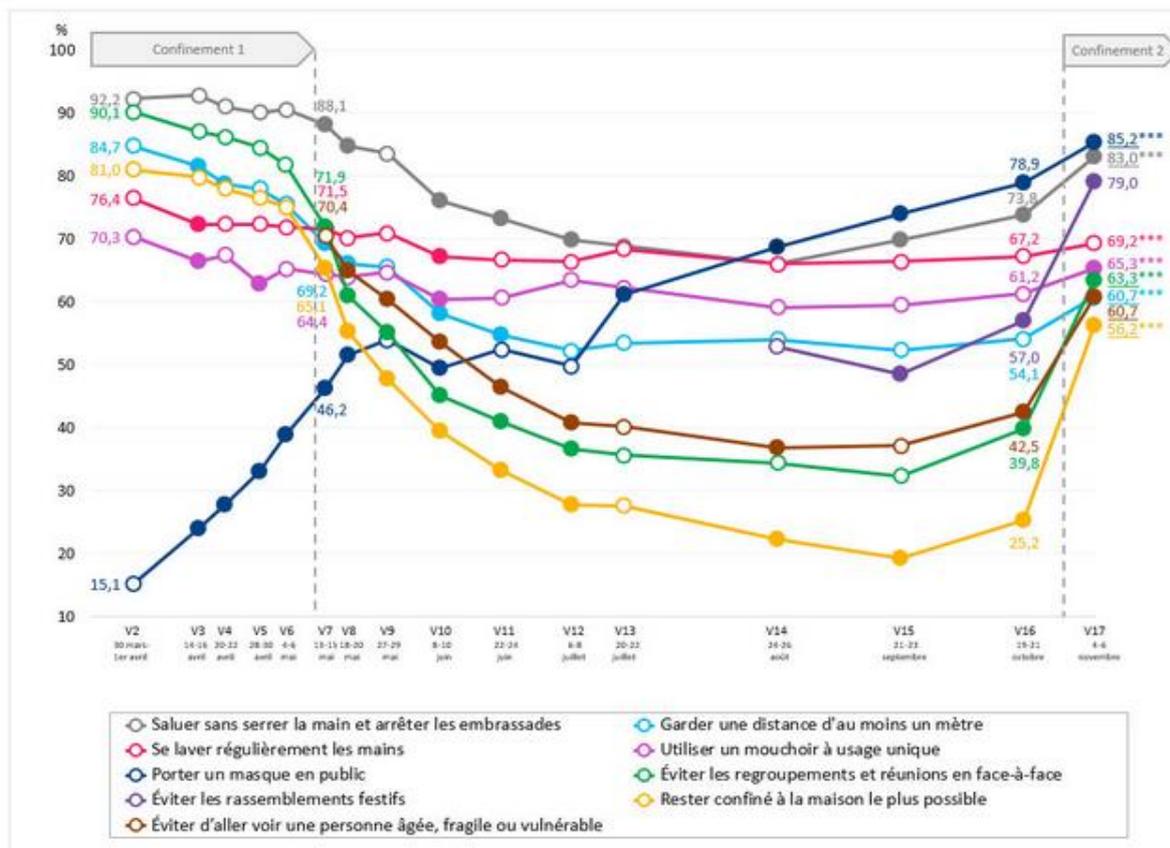
3.2.1.1. Une démobilisation trop rapide de la vigilance et des ressources de gestion de crise à l'issue du déconfinement

La sortie du confinement s'est accompagnée d'une relative démobilisation des équipes de gestion de crise. La mission CASTEX a été dissoute, une fois sa mission accomplie, les renforts affectés auprès des administrations centrales concernées et auprès du centre de gestion de crise ou des task-forces associées (logistiques, tests) ont été retirés et reversés dans leurs administrations d'origine. Un certain nombre de responsables dédiés à la gestion de crise ont été légitimement remplacés pour pouvoir se reposer, entraînant des pertes d'expérience. Enfin, la fin de la mission CASTEX a marqué le retour à une organisation plus éclatée de la gestion de la crise.

3.2.1.2. Un moindre respect des gestes barrières

L'enquête conduite à intervalles réguliers par SPF témoigne d'un recul du respect des gestes barrières depuis la sortie du confinement jusqu'au début du mois d'octobre, période à partir de laquelle l'observance s'améliore probablement sous l'influence d'un sentiment croissant d'inquiétude, la mise en place du deuxième confinement venant enfin renforcer cet effet. Seul le port du masque montre une nette croissance pendant quasiment l'ensemble de la période, ceux-ci n'ayant été disponibles sur le marché qu'à compter de la fin du confinement. Les mesures de distanciation (évitement des regroupements, éviter d'aller voir une personne vulnérable et respect de la distance d'un mètre) sont celles qui ont le plus souffert de la période estivale et post-estivale. La pratique déclarée du lavage régulier des mains apparaît en revanche relativement constante (aux environs de 70%) (cf. Graphique 42).

Graphique 192 : Déclarations d'adoption des gestes barrières

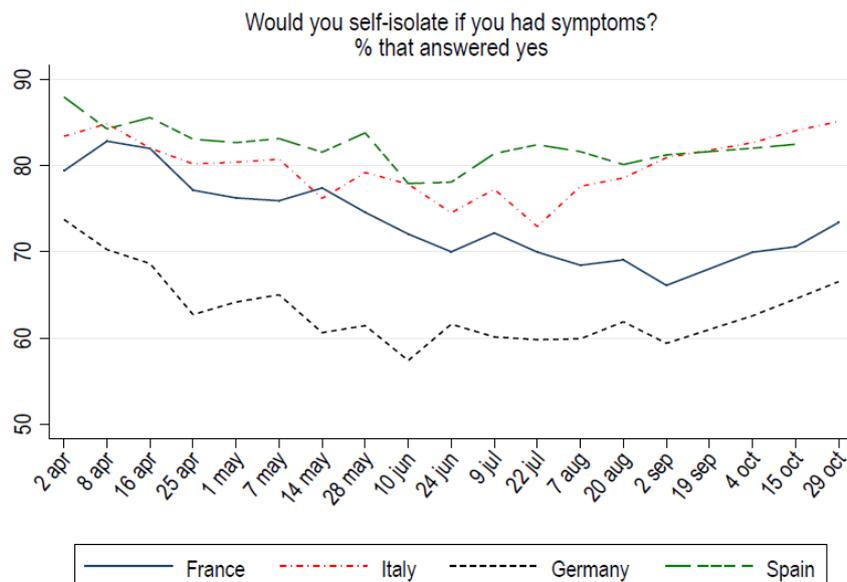


Source : SPF : enquête CoviPrev

Ces résultats à caractère déclaratif doivent être nécessairement interprétés avec prudence s'agissant du niveau réel d'observance. On peut cependant considérer que les évolutions tracent assez fidèlement la réalité. Toutefois des automatismes simples comme une désinfection des mains en entrant et en sortant d'un supermarché n'ont pas été spontanément acquis par la plupart malgré la mise à disposition de distributeurs de solutions hydro-alcooliques. Les efforts et les progrès, par rapport à la situation pré-pandémique, sont par contre indéniables et significatifs.

La comparaison avec les voisins européens de la France montre une observance moindre qu'en Italie ou en Espagne, mais meilleure qu'en Allemagne, sur l'ensemble des gestes barrières, l'écart étant particulièrement significatif sur l'isolement. Au-delà des mesures plus ou moins prescriptives des pouvoirs publics, le degré d'inquiétude de la population lui-même lié à la gravité de la pandémie dans les différents pays contribue à expliquer ces résultats.

Graphique 20 : Respect de la consigne d'isolement dès l'apparition de symptômes

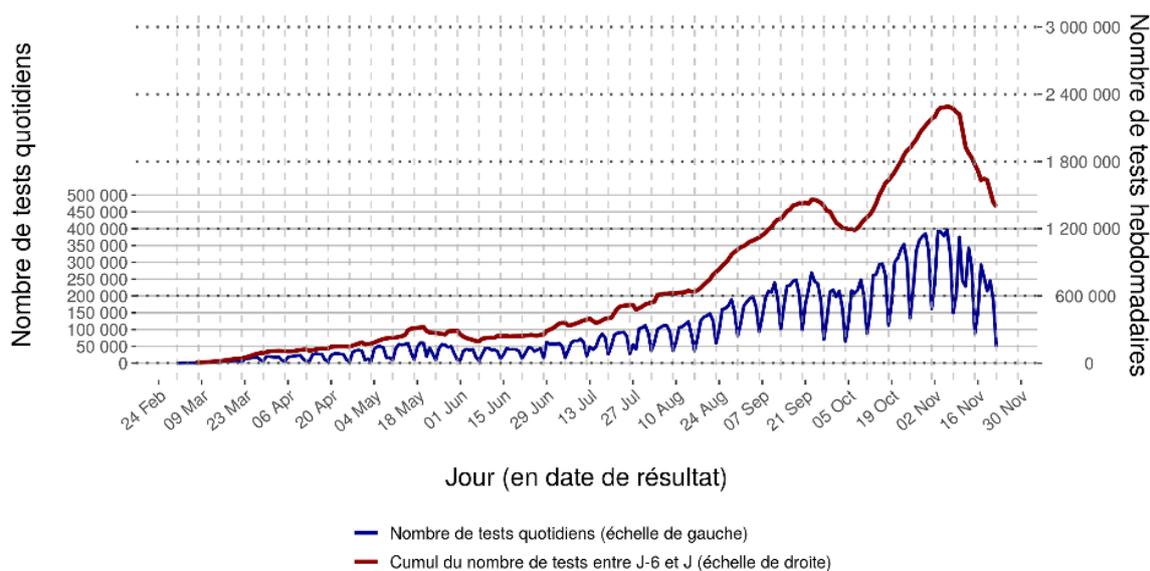


Source : YouGov.

3.2.1.3. L'efficacité insuffisante du dispositif « Tester, Tracer, Isoler » devenu « Tracer, Alerter, Protéger »

Le nombre de tests réalisés hebdomadairement s'est accru rapidement au cours de la période qui a suivi la sortie du confinement (cf. Graphique 44). Passant de 300 000 tests hebdomadaires à la mi-mai à 600 000 fin juillet, le nombre de tests a atteint un « rythme de croisière » de l'ordre de 1 200 000, avec une pointe à 2 400 000 début novembre au début du deuxième confinement.

Graphique 21 : Nombre de tests RT-PCR effectués par jour / semaine



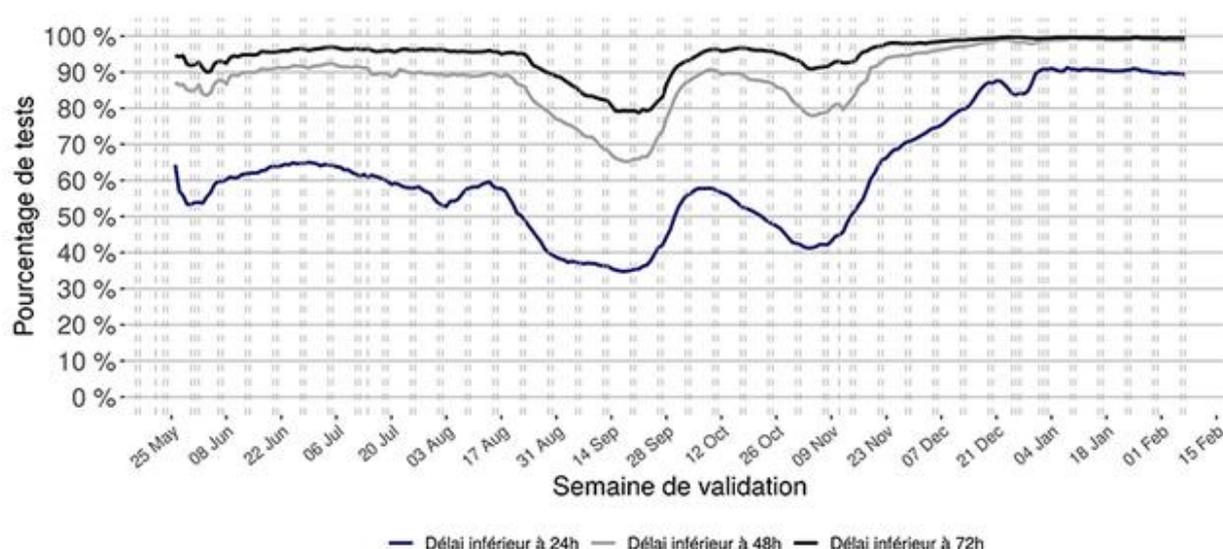
Source : DREES, 2020. Semaine glissante.

La réalisation de tests en quantité importante ne constitue cependant qu'un élément du triptyque destiné à contrôler l'épidémie. La réalisation de l'objectif de casser les chaînes de contamination suppose d'identifier, par les tests, les cas positifs mais aussi d'identifier leurs cas contacts et surtout de pouvoir organiser l'isolement des uns et des autres pour éviter d'autres contaminations.

Au regard de cette vision globale, le dispositif s'est révélé insuffisant pour plusieurs raisons :

- ◆ Les délais de restitution des résultats ont été insuffisamment maîtrisés jusqu'au mois de novembre 2020 : Les délais de rendus des résultats se sont sensiblement accrus au mois de septembre, période durant laquelle, moins de 40% des résultats étaient rendus en moins de 24 heures, alors que 20% étaient rendus au-delà de 72 heures. Cette vision était en outre partielle puisque ne tenant pas compte du délai entre la demande de tests et la réalisation du prélèvement ;

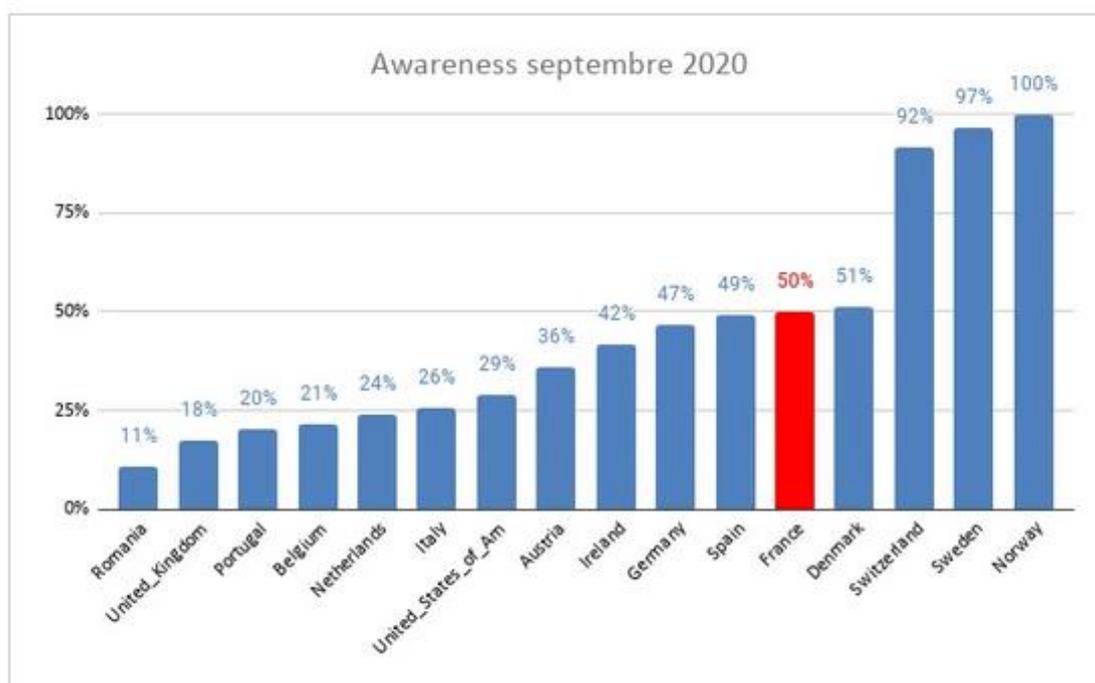
Graphique 45 : Evolution des délais de restitutions des résultats de test



Source : DREES, 2020, d'après SIDEPE. Champ : tests RT-PCR remontés dans les envois SIDEPE jusqu'au 9/02/21

- ◆ Le nombre de cas détectés ne représente qu'une partie des cas réels, une part importante des cas positifs restant ignorés soit du fait du défaut du *tracing*, soit du fait de l'absence de recours au test par les personnes qu'elles soient symptomatiques ou non. Selon les calculs de la Mission et du Conseil Scientifique, le rapport entre le nombre de cas réels et le nombre de cas détectés s'établissait autour de deux au mois d'octobre, ce qui signifie que seulement 50% des cas (au plus) étaient détectés. Ce constat n'est cependant pas propre à la France qui se situe au regard de cet indicateur dans la moyenne des pays européens (cf. Graphique 46) ;

Graphique 226 : Taux de détection par rapport au nombre de cas estimés de personnes COVID+



Source : <https://tcrouzet.com/2020/10/08/covid-ou-en-est-vraiment-la-france/>

- ◆ L'approche purement quantitative des pouvoirs publics n'a pas permis de s'interroger sur la façon d'obtenir un meilleur ciblage des populations, plutôt que de s'en remettre à la seule demande spontanée de test. Dans sa note du 27 juillet 2020, le Conseil scientifique avait ainsi identifié plusieurs stratégies possibles alternatives ou complémentaires, qui sont restées sans suite ;
- ◆ Le dispositif de tracing mis en place à cette période ne parvient que partiellement à identifier les cas contacts. Le nombre de cas contacts par cas index s'est rapidement établi autour de deux, avec 40% des cas index ne déclarant aucun contact. C'est ainsi que, dans son bilan épidémiologique du 15 octobre, SPF ne dénombrait que 27% de cas contacts connus parmi les nouveaux cas identifiés ;
- ◆ Le dispositif de tracing ne visait qu'à recenser les cas contacts sans investiguer l'origine présumée de la contamination du cas index comme le font d'autres pays (Singapour par exemple). Cette absence de tracing rétrospectif constitue une faiblesse importante puisqu'elle empêche de documenter les circonstances et notamment les lieux de contamination¹²². Elle ne permet pas non plus le repérage de proche en proche de « superspreaders » qui sont évidemment à l'origine d'un grand nombre de contamination ;

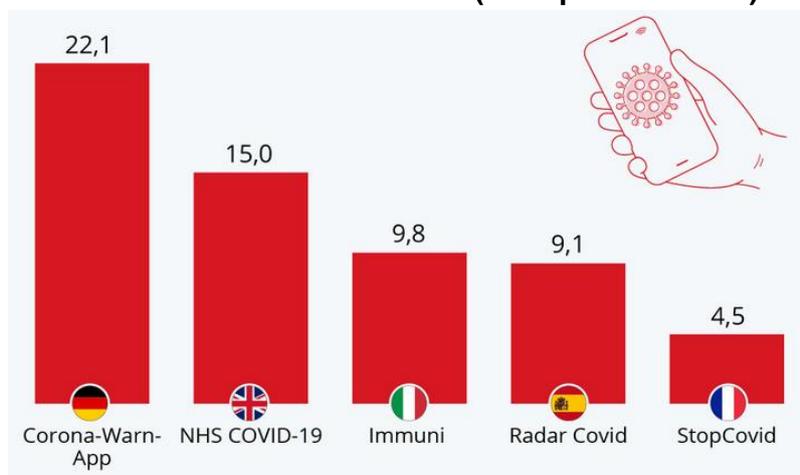
¹²² La première indication documentée a été fournie au mois de décembre 2020 par l'étude épidémiologique ComCor, menée par l'Institut Pasteur, en partenariat avec la CNAM, SPF et l'institut IPSOS.

- ◆ L'observance de l'isolement a fait l'objet d'un pilotage insuffisant. Plusieurs sondages ont montré l'inadéquation des consignes, par exemple s'isoler après le résultat du test, et non immédiatement en attendant le résultat et leur incompréhension par une part importante de la population. Les propositions d'accompagnement par téléphone pilotées par les ARS ayant été refusées par près des deux tiers des personnes contactées, aucune donnée n'était disponible pour rendre compte du respect de la mesure. Le nombre limité de contacts identifiés par le contact tracing ainsi que les difficultés rencontrées par les plateformes téléphoniques des ARS en matière d'offre d'accompagnement illustrent les limites d'un dispositif fondé exclusivement sur des appels téléphoniques recourant à un script standard restreignant les possibilités de réponses. Sans en faire le mode unique d'intervention, notamment en raison de son coût, il est dommage que le dispositif COVISAN, porté par l'AP-HP sur certains territoires de la région Ile-de-France, n'ait pas été davantage déployé pour apporter des réponses notamment à des catégories de population perplexes devant la situation, moins autonomes ou devant faire face à des situations plus complexes¹²³. COVISAN a en effet montré tout l'apport d'un contact plus personnalisé en présentiel et d'une écoute tenant compte des contextes, permettant une pédagogie adaptée et un accompagnement qui facilite réellement le respect de l'isolement.

L'ensemble de ces constats explique largement l'inefficacité globale du dispositif qui s'est révélé en outre particulièrement coûteux pour l'Assurance maladie (90 millions € par semaine sur la base de 1 200 000 tests hebdomadaires). En réponse à ce constat, le dispositif de tarification a été modifié à compter du 15 décembre avec l'introduction d'un tarif dégressif en fonction du délai de rendu du résultat.

Enfin, en septembre 2020, le dispositif numérique d'aide au *tracing*, « StopCovid » avait été peu téléchargé (moins de 2 millions de téléchargements nets), à l'inverse notamment de l'Allemagne ou du Royaume-Uni (cf. Graphique 47) réduisant d'autant sa contribution potentielle à l'identification des cas contacts. Son lancement au mois de juin dans un contexte de décrue épidémique et de polémique sur la sécurité des données en lien avec le choix d'une architecture centralisée et la communication discrète des pouvoirs publics, sur un sujet considéré comme sensible, ont fortement contribué à cet échec initial.

Graphique 23 : Nombre de téléchargements pour 100 habitants des applications de lutte contre la circulation du virus (en septembre 2020)



Source : Statista, 2020.

¹²³ Les évolutions du dispositif annoncées entre décembre 2020 et janvier 2021 vont dans ce sens (Cf infra)

Une nouvelle version « Tous AntiCovid » a été lancée le 22 octobre. Plus riche en services, fournissant notamment des données quotidiennes sur l'épidémie, cette version, à la différence de la précédente, a fait l'objet d'un véritable accompagnement par les pouvoirs publics. Sans atteindre à ce jour les scores allemands ou britanniques, le nombre de téléchargements atteste d'un plus grand succès avec près de 13 millions de téléchargements nets au début du mois de février 2021. Le nombre de cas signalés à travers l'application reste cependant modeste (125 000 cas déclarés, ayant entraîné l'alerte de 70 000 personnes cas contacts, au 4 février 2021). Ce faible taux d'alerte a conduit les pouvoirs publics à réviser les critères de signalement d'un contact¹²⁴, dans un sens moins restrictif. Depuis l'arrêté du 27 novembre, il correspond à deux situations :

- ♦ soit un contact à une distance inférieure ou égale à un mètre pendant cinq minutes,
- ♦ soit un contact à une distance supérieure à un mètre et inférieure ou égale à deux mètres pendant quinze minutes.

3.2.1.4. Une confiance érodée combiné avec le manque d'indicateurs ont accentué la difficulté des pouvoirs publics à imposer des décisions de restriction de la mobilité suffisamment en amont du seuil de saturation des lits de réanimation

L'augmentation progressive du nombre de cas positifs détectés ne pouvait manquer d'alerter sur les conséquences attendues à terme de quelques semaines sur le taux d'occupation des services de réanimation, et d'appeler à la mise en œuvre de nouvelles mesures de restriction de la mobilité des citoyens.

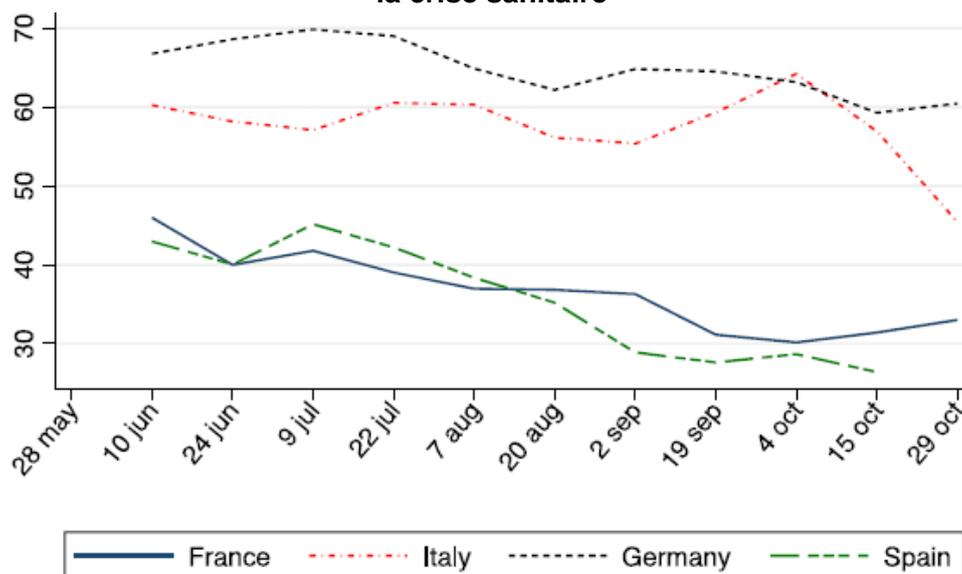
Pourtant, chacune des mesures de fermeture des activités ou de couvre-feu s'est accompagnée de contestations plus ou moins fortes de leur bien-fondé soit au regard d'une évaluation jugée excessivement alarmiste (notamment au regard du nombre d'hospitalisations), soit en raison de leur caractère jugé infondé en termes d'impact sanitaire.

Cette contestation, qui a objectivement compliqué la tâche des autorités gouvernementales, trouve son origine dans plusieurs facteurs :

- ♦ L'état général de l'opinion manifestant une faible confiance dans les décisions de l'exécutif comme dans l'efficacité des mesures annoncées (cf. Graphique 48) ;
- ♦ Il est probable que la multiplication des interventions « d'experts » sur les chaînes d'information en continue exposant des avis souvent tranchés et contradictoires a contribué au développement de la défiance dans le choix et la nécessité des mesures pour ceux (les « rassuristes ») qui jugeaient les autorités excessivement alarmiste.

¹²⁴ Plus de 15 minutes à moins d'un mètre

Graphique 24 : Degré de confiance dans les capacités du gouvernement à gérer la crise sanitaire



Source : YouGov, 2020. Réponse à la question : « Comment jugez-vous la gestion de la crise par votre gouvernement ? Pourcentage de personnes ayant répondu très bonne ou bonne.

- ♦ L'absence de « règles du jeu » explicites et clairement annoncées à l'avance a privé les acteurs de lisibilité rendant les décisions imprévisibles et n'incitant pas la population à adopter des comportements suffisamment préventifs. Au contraire, les critères et les seuils de décisions sont apparus instables et les décisions entraînées toutes aussi variables et perçues comme arbitraires. Une tentative de formalisation des critères et des règles de décision a permis d'annoncer le 23 septembre trois différents niveaux d'alerte des départements en fonction du niveau de circulation du virus. Ce dispositif s'est trouvé cependant rapidement dépassé par la mise en œuvre d'autres types de mesures appliquées au niveau des métropoles ou des départements avec notamment des horaires différenciés de fermeture des restaurants puis ensuite des mesures de couvre-feux (les 17 et 21 octobre).

Encadré 14 : Les mesures entraînées par les différents niveaux d'alerte

En **zone alerte**, baisse de la jauge des rassemblements à 30 personnes et mesures complémentaires à la discrétion du préfet

En **zone alerte renforcée**, jauge des rassemblements portées à 1000 personnes, interdiction des grands évènements déclarés comme les fêtes locales ou fêtes étudiantes, interdiction des rassemblements de plus de 10 personnes dans l'espace public, fermeture partielle des bars, de toutes les salles de fêtes et salles polyvalentes pour activités festives et associatives.

En **zone alerte maximale**, fermeture totale des bars et restaurants, fermeture de tout établissement recevant du public sauf s'il existe un protocole sanitaire déjà en place.

Source : DGS.

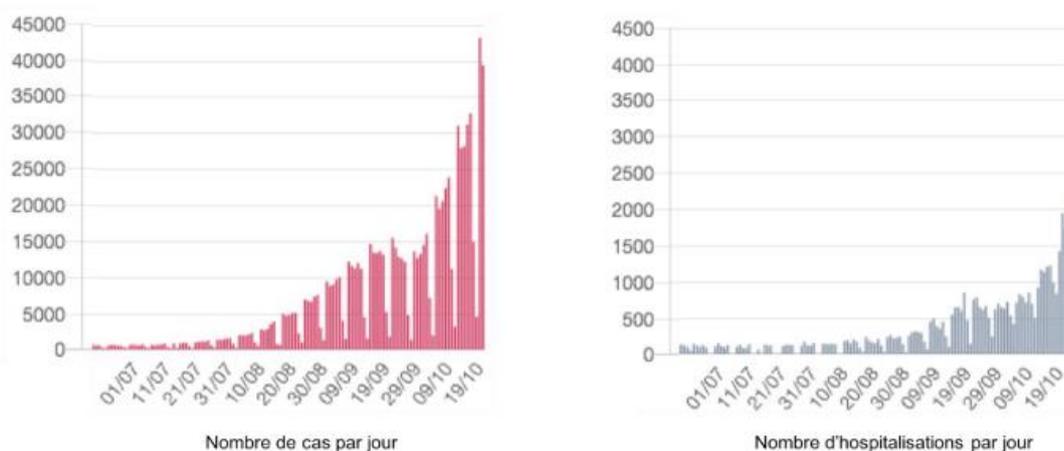
- ◆ A l'inverse, d'autres pays ont su se doter de telles règles.

Par exemple, l'Italie a défini quatre niveaux d'alerte, fondés sur 21 indicateurs, chaque niveau d'alerte correspondant à un ensemble de mesures restrictives croissant. Ces paramètres sont regroupés en trois catégories : (i) les indicateurs de la capacité de suivi (date d'apparition des symptômes des cas symptomatiques, antécédents d'hospitalisation, nombre d'établissements, etc.) ; (ii) les indicateurs de la capacité de diagnostic et de gestion des cas contacts (pourcentage de tests positifs par mois sur le total des tests effectués, délais entre le début des symptômes et la date du diagnostic, etc.) et (iii) les indicateurs de la stabilité de la transmission et de la résilience des services de santé (nombre de cas signalés en 14 jours, indice de transmissibilité du virus (R_t), nombre de cas par semaine et par jour, taux d'occupation des lits en et hors thérapie intensive, etc.). Les régions sont classées selon quatre zones : vert (risque minimal), jaune (risque modéré), orange (risque élevé) et rouge (risque très élevé). Chaque niveau entraîne la mise en œuvre de mesures de restriction croissantes, les mesures propres à un niveau s'ajoutant à celle du niveau inférieur.

- ◆ Enfin, il est clair que l'ampleur des conséquences économiques et sociales engendrées par le confinement et le freinage brutal de l'économie ont constitué tout au long de l'automne une préoccupation importante invitant à peser au plus juste les décisions de réduction de l'activité économique ou sociale (écoles).

Au total, faute de maîtrise de l'épidémie, le nombre de cas positifs a sensiblement progressé en suivant une courbe de type exponentiel, peu observable au mois de juillet et d'août puis de plus en plus évidente (cf. Graphique 49). Le niveau atteint fin octobre, menaçant de conduire à une saturation des capacités de réanimation, un nouveau confinement a été décidé à compter du 31 octobre.

Graphique 49 : Nombre de cas positifs diagnostiqués et nombre d'hospitalisations pour COVID par jour



Source : Avis du Conseil Scientifique en date du 26 octobre 2020.

3.2.2. Les faiblesses d'un pilotage toujours trop vertical, insuffisamment stratégique et anticipatif et sollicitant peu la société civile

Un manque d'anticipation

Quoique de façon moins marquée, l'expérience de la première phase ayant été prise en compte, le pilotage de crise est resté dominé par un manque d'anticipation et de maîtrise stratégique.

Le pilotage de la politique de test : une illustration du déficit d'anticipation

La suppression de l'obligation de prescription intervenue le 31 juillet 2020, a entraîné une forte augmentation de la demande insuffisamment anticipée. La congestion des capacités de tests et l'augmentation des délais du rendu des résultats ont mis en péril l'efficacité du dispositif dès lors qu'une partie importante des résultats arrivaient après la période de contagiosité. Les réponses ont ensuite été apportées en plusieurs étapes, passant par l'extension des professionnels autorisés à prélever (arrêtés des 10, 24 juillet et 17 septembre 2020), et la remise en place de critères de priorisation (15 septembre 2020).

En raison du manque d'anticipation et de participation à la décision, les acteurs des différents domaines ont à leur tour eu des difficultés à anticiper les effets des décisions.

Il s'agit en premier lieu des élus locaux. Afin de freiner la reprise de l'épidémie à la sortie de l'été, diverses mesures de fermetures totales ou partielles ont été prises et appliquées à l'échelle locale des agglomérations ou des départements (cf. *supra*). Théoriquement négociées entre le préfet de département et les élus locaux, ces mesures paraissent avoir davantage fait l'objet d'une information que d'une véritable concertation. Si les réactions de certains élus locaux ont semblé relever parfois davantage de la posture que de volonté de partager les responsabilités, il n'en demeure pas moins que l'absence de données épidémiologiques (cf. *supra*) permettant de justifier le choix des mesures ne pouvait manquer de placer ces élus dans une situation difficile.

L'absence de règles du jeu associant signaux relatifs à la circulation du virus et mesures de restriction de la mobilité a aussi placé les agents économiques concernés dans des situations difficiles faute de pouvoir anticiper (par exemple en matière de gestion de leurs stocks) les mesures de restriction ou de fermeture de leur activité.

De façon plus générale, c'est l'ensemble de la société civile qui n'a pas été appelée à participer aux décisions à la hauteur de ses attentes. Les instances de la démocratie sanitaire ont été mises entre parenthèses pendant le confinement – ce que l'urgence pouvait justifier – mais aussi tout au long de la gestion de crise s'écoulant de l'été à la décision du deuxième confinement. On notera ainsi qu'aucune saisine n'a été adressée à la Conférence Nationale de Santé¹²⁵ tout au long de la crise, même si celle-ci a adressé spontanément différentes contributions aux pouvoirs publics.

¹²⁵ La CNS a fait en revanche remonter plusieurs avis auprès de la DGS et du cabinet du ministre. Elle a également, par le biais de son président établi des liens informels avec le conseil scientifique.

Les réflexions conduites à l'occasion du Ségur de la Santé, intégrant notamment les retours d'expériences des acteurs régionaux ont néanmoins mobilisé les instances territoriales (CRSA) et régionales de la démocratie sanitaire (CTS). S'il y a bien eu des concertations bilatérales nombreuses entre les autorités régionales ou nationales et telle ou telle association, il n'en demeure pas moins que la majorité des acteurs rencontrés par la Mission regrettent l'absence d'une organisation assurant un lien permanent entre les pouvoirs publics et les représentants de la société civile.

Encadré 15 : Confiance et implication des citoyens, les leçons du VIH (par Anne-Marie Moulin, membre de la Mission)

Apparu au début des années 1980, le VIH a produit la plus grande épidémie du siècle : à ce jour, plus de 75 millions de personnes ont été contaminées par le VIH et 32 millions d'entre elles sont décédées, notamment dans les pays du Sud. Sans pouvoir ni souhaiter faire une comparaison directe, le virus de la Covid-19 partage avec le VIH sa diffusion mondiale, avec des proportions inversées entre Nord et Sud : il a contaminé à ce jour (fin février) plus de 60 millions de personnes et causé un million et demi de morts.

Le 7 avril 2020, un groupe de militants et praticiens issus des associations françaises de lutte contre le VIH dénonce dans une tribune¹²⁶ « l'oubli » des « leçons du VIH » par les politiques de gestion de l'épidémie du Covid-19. À la gestion verticale de la crise, la tribune oppose la « participation des citoyens », le lien entre « santé publique et droits de l'homme », et « l'inclusion des populations minoritaires, démunies ou ostracisées ». La déclaration est adressée au président du Conseil scientifique Jean-François Delfraissy et à la présidente du CARE Françoise Barré-Sinoussi, deux figures majeures dans l'histoire de la lutte contre le VIH, qui répondent en revendiquant leur adhésion aux valeurs portées par la lutte contre le VIH¹²⁷. Cet épisode érige la lutte contre le VIH en référence incontournable des politiques de santé et, en particulier, de gestion de crise.

L'un des soucis majeurs des autorités publiques est aujourd'hui de s'assurer de la confiance des citoyens envers le système médical et la politique. En même temps, les mesures prises pour contrer le Covid-19, notamment le confinement, prônent au fond une défiance du citoyen envers les autres. Or la « leçon du VIH » va à l'encontre de ces dernières manières de faire et de penser, et relance et reformule l'impératif de la confiance, qui implique d'être à l'écoute de la diversité des expériences et libère la capacité d'initiative d'en bas sur la longue durée. En effet, à partir des années 1990, la participation des malades et des associations citoyennes aux décisions, incluant des populations minoritaires, a construit petit à petit une confiance par des échanges, des négociations, sans craindre d'aller jusqu'aux conflits, et il est possible de s'en inspirer pour repenser les politiques du Covid-19.

¹²⁶ <https://blogs.mediapart.fr/edition/les-invites-de-mediapart/article/070420/lettre-ouverte-francoise-barre-sinoussi-et-jean-francois-delfraissy>

¹²⁷ Par exemple : <http://www.journaldusida.org/dossiers/lutte-contre-le-vih/democratie-sanitaire/pr.-jean-francois-delfraissy-il-faut-sortir-de-cette-crise-avec-une-vision-renouvelee-de-la-democratie-sanitaire.html> et <https://www.mediapart.fr/journal/france/051020/francoise-barre-sinoussi-face-au-covid-faites-participer-la-societe>

Cette dynamique politique a fait considérablement gagner en efficacité à la lutte contre le VIH, et elle a remis en question les restrictions des libertés associées à certaines mesures de santé publique. Sa conséquence principale a été le désenclavement de la biomédecine, avec la reconnaissance du savoir propre des malades, la contestation du pouvoir exclusif détenu par les scientifiques et le refus de l'autonomie du champ médical par rapport aux « usagers de soins ». L'implication des citoyens dans la recherche – par exemple, la participation des patients aux essais contrôlés – a signifié la prise en considération de leurs problèmes et de leurs besoins au quotidien et le renforcement de leur autonomie.

En conclusion, l'implication des citoyens ne saurait se réduire à la simple adhésion de la population aux mesures prises par les autorités. Associations et collectifs citoyens sont les meilleurs connaisseurs de la diversité des milieux sociaux, et des catégories de la population qui échappent aux statistiques publiques et à l'action de l'État. D'un côté, ils peuvent comprendre, interpréter et faire remonter les problèmes et les attentes du terrain ; de l'autre, ils sont à même d'organiser les réponses locales aux situations de crise sanitaire, d'élaborer des initiatives innovantes, notamment en direction des catégories les plus démunies de la population. Ils peuvent ainsi désamorcer leur méfiance à l'endroit des élites et des scientifiques et éviter l'émergence d'une « contre-société ». Une note du think tank Santé mondiale 2030¹²⁸ insiste ainsi sur l'importance de la participation citoyenne pour appuyer la « démocratie sanitaire » par la « leçon du VIH ».

La leçon principale du VIH pour le Covid-19 est qu'il n'est pas de solution aux épidémies contemporaines qui ne passe par l'écoute des griefs et des controverses, dans tous les lieux où la société s'exprime, partage et propose des expériences et réagit. L'histoire du VIH rappelle la richesse potentielle de la critique des citoyens sur la gestion de la pandémie du Covid-19 et de la santé publique en général. Seule l'immersion dans la complexité des problèmes humains peut donner tout leur sens aux mots du Covid-19 et aux politiques menées à l'heure actuelle.

3.3. Un rebond économique post-confinement et l'annonce d'un plan de relance de grande ampleur

Signe à la fois de la préservation du tissu économique pendant la première vague épidémique et du retour d'une forme de confiance, la France a connu un rebond considérable de son activité au troisième trimestre, qui la plaçait dans une bonne position relative économique par rapport à la moyenne de l'Union européenne et de l'OCDE. Sur les trois premiers trimestres de l'année 2020, elle enregistrait ainsi une baisse de 4,1% du PIB contre 4,2% pour l'Allemagne, 4,5% pour l'Italie et 9,7% pour le Royaume-Uni (cf. chapitre 1).

Cette situation favorable se retrouvait dans les différents indicateurs dont la consommation : en juin, elle n'était plus que 3% inférieure à son niveau d'avant crise, indicateur de la relative préservation des revenus pendant le confinement.

¹²⁸ Jean-François Delfraissy *et al.*, « Inclusion et participation de la société à la réponse au Covid-19. Éléments de réflexion », <http://santemondiale2030.fr/wp-content/uploads/2020/04/Note-inclusion-soci%C3%A9t%C3%A9-face-au-Covid-19-1.pdf>

C'est dans ce contexte d'apparente « reprise en V » que les autorités françaises ont élaboré et annoncé un plan de relance, selon une temporalité dépendant du choc sanitaire et économique vécu. Si l'Allemagne a ainsi présenté son plan de relance dès le 4 juin 2020, la France le fait le 3 septembre et l'Espagne le 7 octobre par exemple.

Une comparaison directe des plans de relance s'avère très délicate, à la fois parce que les chocs qui ont affecté les différents pays ont été variables, mais aussi et surtout car les mesures (et en particulier les dépenses) annoncées devront être mises en regard des mesures mises en œuvre et des dépenses effectivement décaissées. Une comparaison plus complète ne sera possible que lorsqu'une partie substantielle des plans annoncés sera mise en œuvre, ce qui ne saurait intervenir à très court terme (hors baisse d'impôts et investissements prêts à être mis en œuvre) du fait de la situation sanitaire et de l'incertitude qui entoure toujours les prochains mois et entrave les projets d'investissements. Les mesures d'urgence sont en outre poursuivies soutenant le tissu économique.

Par ailleurs, en termes de coordination entre les Etats, le plan de relance européen a marqué une progression inédite de la solidarité européenne pour faire face à la crise, avec notamment une enveloppe globale de 750 milliards € dont 390 milliards € de subventions aux pays les plus affectés par la pandémie, dont 40 milliards pour la France ainsi que la décision d'un endettement commun (temporaire) de l'UE, effectué par la Commission européenne.

4. Novembre-décembre 2020 : Un deuxième confinement mieux calibré, entraînant néanmoins une nouvelle dégradation de la situation économique

4.1. Un deuxième confinement décidé tardivement au regard des enjeux sanitaires mais moins restrictif

Faute d'avoir pu maîtriser la diffusion de l'épidémie, une nouvelle décision de confinement a dû être prise. Elle a été annoncée par le Président de la République le 30 octobre 2020. Si l'arrivée d'une deuxième vague était en théorie évitable, la comparaison avec les autres pays d'Europe montre qu'en pratique la quasi-totalité des pays y a été confrontée à des dates variables.

La décision de confinement apparaît cependant tardive au regard de la croissance du nombre de cas diagnostiqués qui s'établissait à près de 50 000 (soit au minimum 100 000 cas quotidiens compte tenu de la part de la population non testée) à la veille de l'annonce de la décision de confinement. La décision apparaît également plus tardive que lors de la première vague, alors que la première décision de confinement avait été prise dans un contexte de plus grande urgence et de surprise. Le nombre de jours passés au-dessus de seuil d'un décès attribuable au COVID par million d'habitants a été de 66 lors de la première vague contre 98 lors de la deuxième (au 31 décembre 2020, cf. annexe 1). Ce décalage peut être observé dans le Graphique 49 qui superpose la courbe de mesure de l'intensité des mesures d'endiguement (stringency Index) avec la courbe du nombre de décès quotidiens par millions d'habitants. On voit que dans le cas français, l'élévation de l'index précède davantage la montée du nombre de décès lors de la première vague que lors de la deuxième.

La décision apparaît également tardive par comparaison avec d'autres pays. Dans le même graphique, on voit que lors de la deuxième vague, la montée des décès précède l'élévation du niveau de restriction (confinement) en France ou en Belgique. Comparativement, le durcissement des mesures de restriction de la mobilité apparaît plus précoce en Allemagne ou en Autriche (cf. annexe 1B)

De façon plus simple, le Graphique 50 montre le décalage en jours entre la date à laquelle le taux de mortalité atteint le seuil d'un mort pour 100 000 habitants et la date à laquelle sont arrêtées des mesures nationales d'endiguement. Sont reprises ici les mesures de restriction des mouvements en interne (recommandations ou interdictions de ne pas se déplacer entre certaines villes/ou régions) d'une part, de mesures nationales de couvre-feu ou de confinement d'autre part. Le délai de décision de la France est plus long que celui de la moyenne des pays de l'OCDE, il atteint ainsi plus de 30 jours au regard du franchissement du seuil de 0,1 décès du COVID pour 100 000 habitants pour la décision de confinement.

Figure 50A : Interventions non pharmaceutiques implémentées à partir Février 2020 et en rapport avec la mortalité quotidienne attribuable au COVID-19 en Europe Centrale

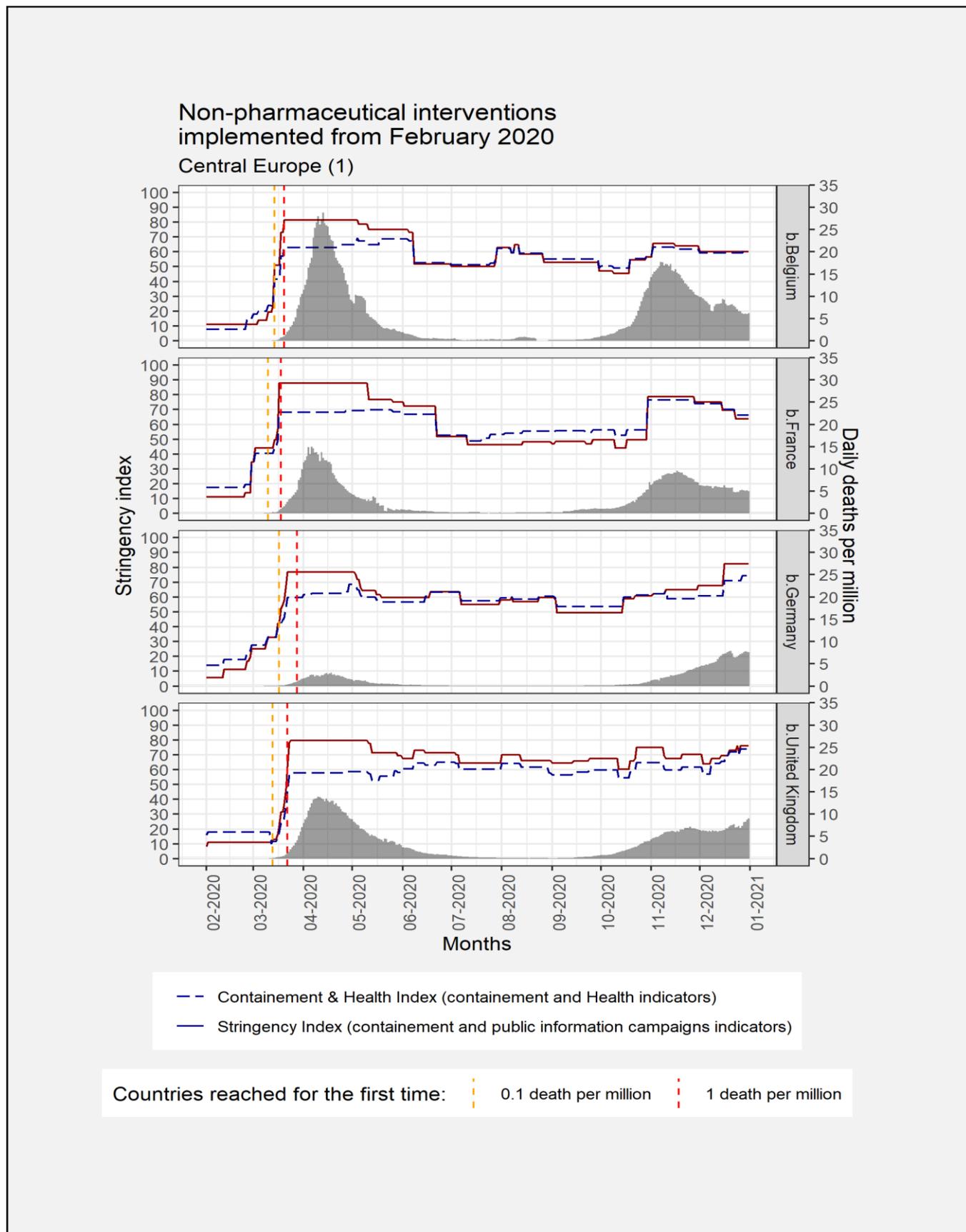
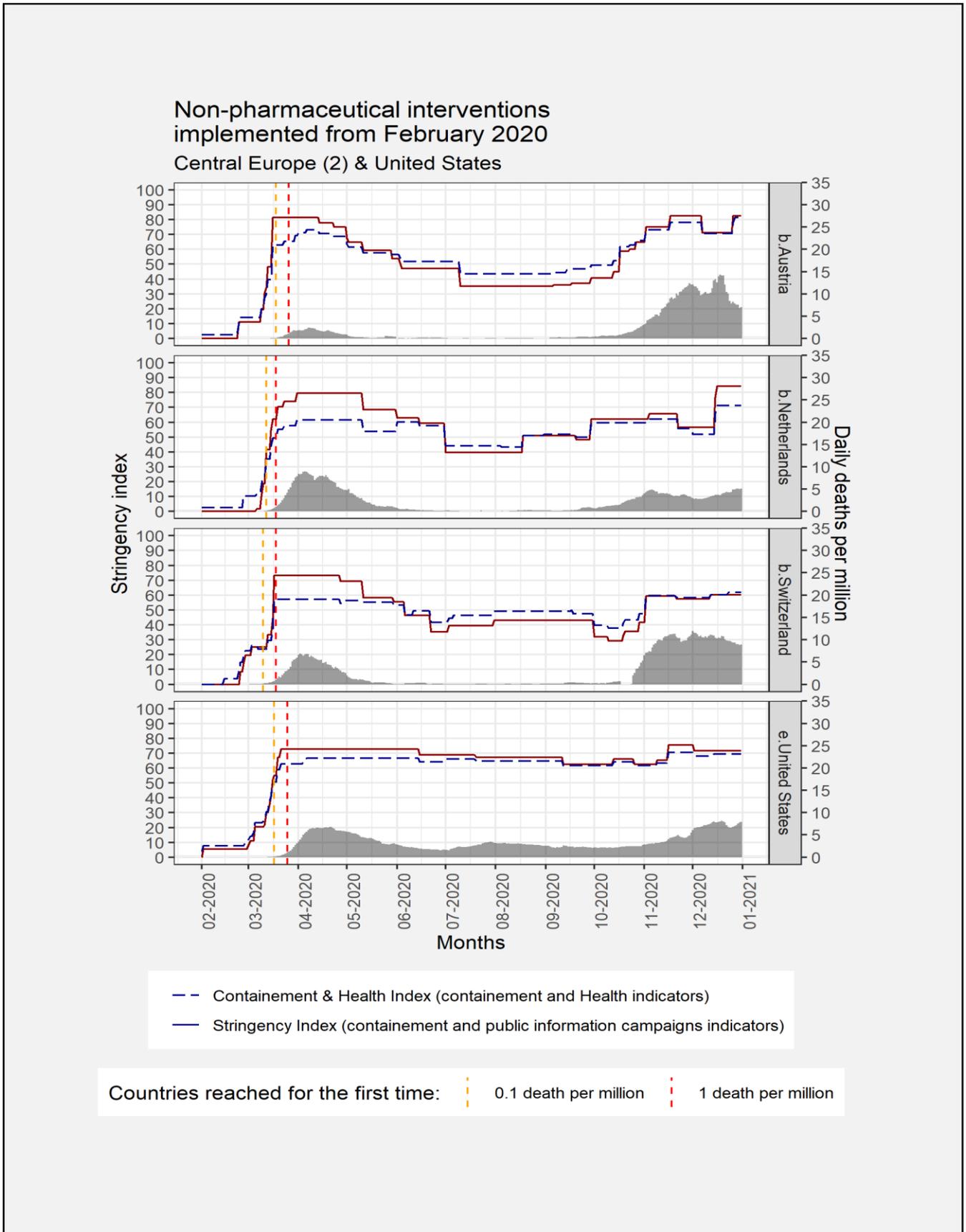
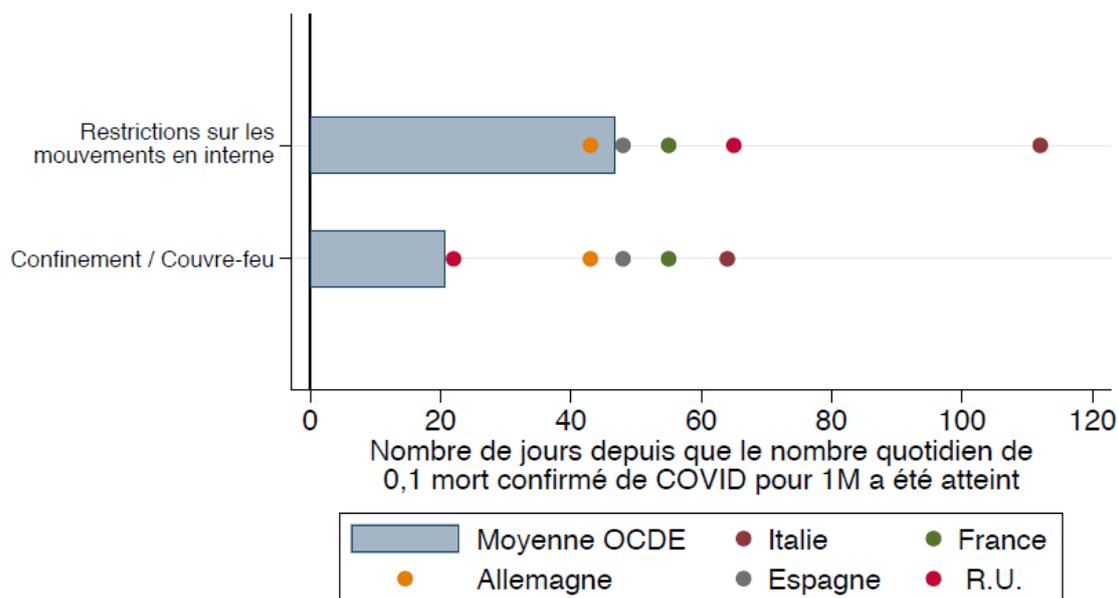


Figure 50B : Interventions non pharmaceutiques implémentées à partir Février 2020 et en rapport avec la mortalité quotidienne attribuable au COVID-19 en Europe Centrale et aux États-Unis



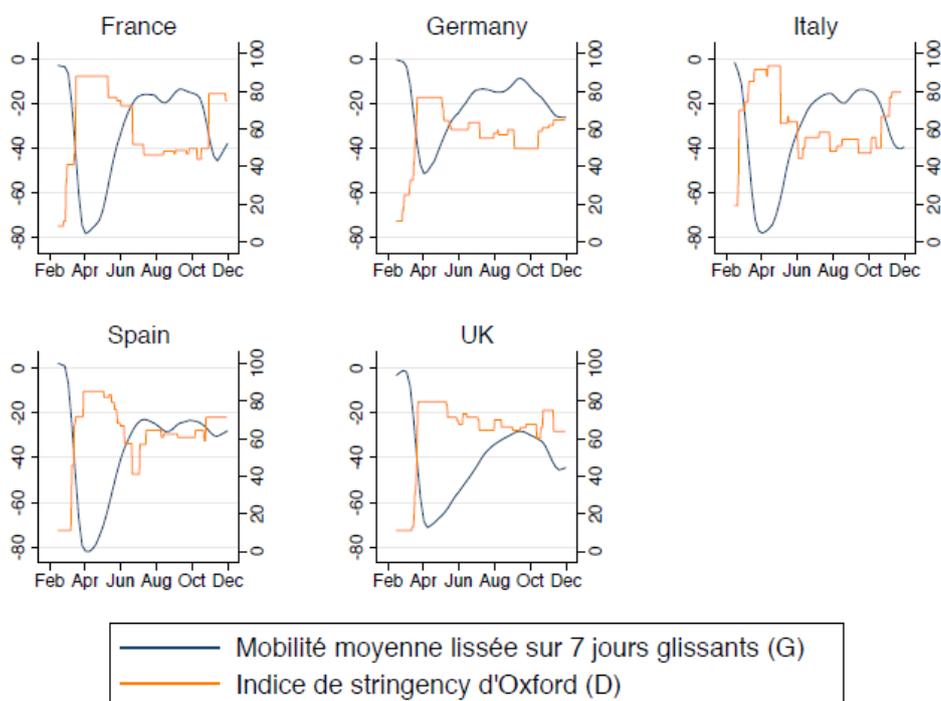
Graphique 51 : Nombre de jours écoulés entre la date de franchissement du seuil de 0,1 décès confirmé du COVID par million d’habitants et la date de mise en œuvre des mesures nationales de réduction de la mobilité



Source : Travaux de la Mission.

Reflet des mesures décidées (ouverture des écoles, possibilité de travailler en présentiel notamment), le deuxième confinement entraîne des restrictions de mobilité moindre que le premier dans l’ensemble des pays considérés (cf. Graphique).

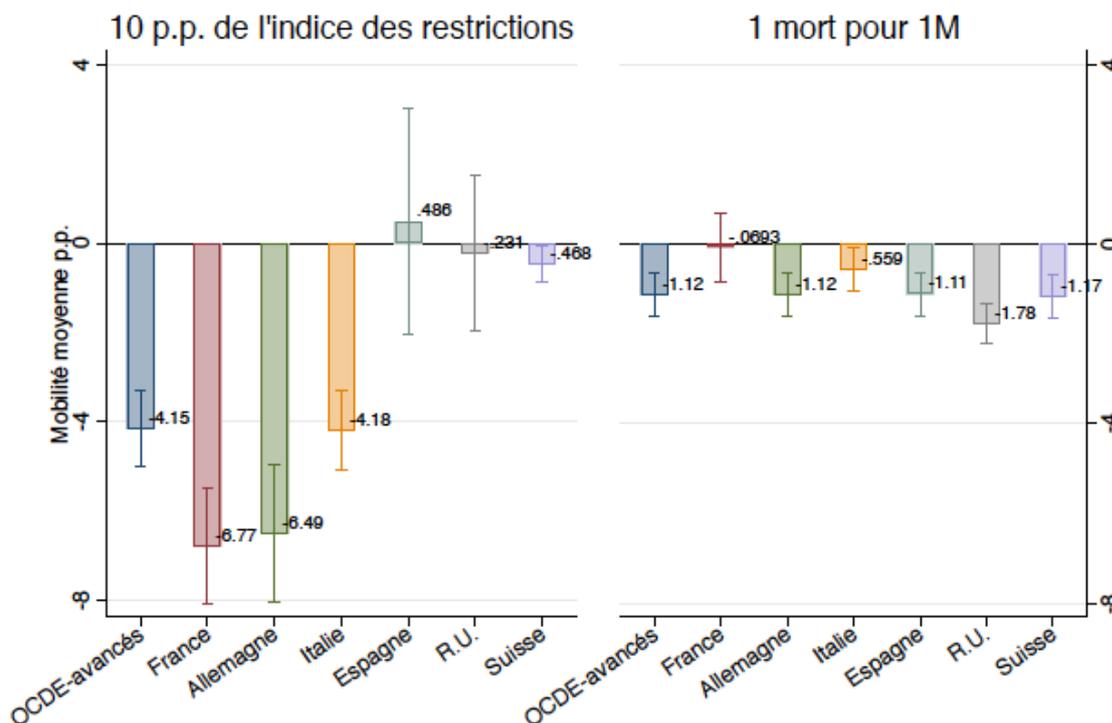
Graphique 52 : Degré de restriction et mobilité moyenne pendant la deuxième vague, en comparaison avec la première vague



Source : Travaux de la Mission (cf. annexe 2).

En France, au-delà du fait que les mesures de restriction ont été moins contraignantes, cette moindre baisse de la mobilité pourrait trouver une explication dans une forme d'adaptation à la situation sanitaire, comme le montre le Graphique 3. En effet, alors que le nombre de décès par million d'habitants était fortement corrélé avec la mobilité des Français lors de la première vague, ce lien semble s'affaiblir, comme en Italie et à la différence des autres pays¹²⁹.

Graphique 53 : Impacts des interventions non pharmaceutiques d'une part et du nombre de décès d'autre part sur la mobilité moyenne pendant la deuxième vague



Source : Travaux de la Mission (cf. annexe 2).

Par ailleurs, au regard du premier confinement, plusieurs différences doivent être soulignées :

- ◆ Grâce au développement des capacités de tests (et en dépit des délais de restitution des résultats trop longs pour permettre un *tracing* efficace), le développement de l'épidémie a pu être mieux suivi permettant de décider du confinement dans un contexte moins aigu (avec notamment une valeur du R effectif aux environs de 1,5 en entrée de confinement contre plus de 3 lors du premier confinement). Comme le montre les données du chapitre 1, la croissance des décès observée a été plus progressive lors de la deuxième vague ;
- ◆ Le souci de limiter l'impact sur les autres patients a conduit à éviter une déprogrammation généralisée au profit d'un dispositif gradué et plus finement piloté par les ARS ;

¹²⁹ Cf. annexe 1.

- ◆ Grâce aux progrès de la prise en charge mais aussi à une meilleure anticipation du rebond épidémique, le recours à la réanimation a pu être réduit, les traitements d'oxygénothérapie pouvant être conduits pour partie en ambulatoire et pour partie en hospitalisation hors réanimation. Le nombre total de lits de réanimation occupés s'est établi en pointe à 4 900, répartis en outre sur un plus grand nombre de régions, contre plus de 7 000 lors de la première vague ;
- ◆ Les écoles ont pu rester ouvertes, là encore en prenant en compte d'une part l'expérience acquise au plan pédagogique avec les effets délétères du premier confinement sur une partie des élèves, d'autre part les connaissances acquises quant au caractère faiblement contaminant des jeunes enfants.

Malgré tout, certaines mesures, reproduisant parfois celles du premier confinement (sorties limitées à un kilomètre et à une heure) ou nouvelles (la jauge de 30 personnes pour les offices religieux quelle que soit la taille du lieu de culte¹³⁰), sont apparues arbitraires car difficiles à justifier rationnellement.

Le changement le plus notable est celui consistant à annoncer un calendrier et un objectif chiffré (5 000 contaminations par jour) autorisant la sortie du confinement. L'annonce de cet objectif a permis à la population d'anticiper les décisions à venir dès lors qu'il est apparu qu'il ne serait pas atteint, ce qui a clairement facilité l'acceptation du ralentissement du calendrier de retour à la normale.

4.2. Un impact économique conséquent, surtout pour les secteurs des services, mais *in fine* plus limité que lors du premier confinement

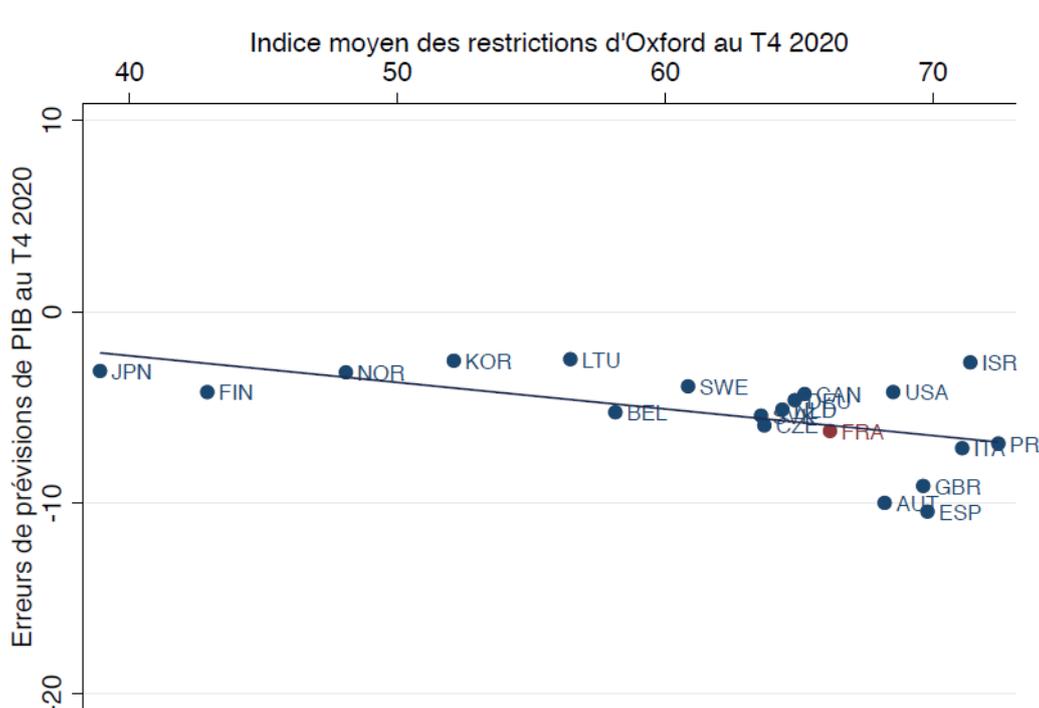
Les mesures de couvre-feu puis de confinement (entre le 30 octobre et le 14 décembre 2020) ont eu un impact économique important, mais beaucoup plus faible qu'au printemps 2020. Si la chute de l'activité économique a atteint 8% en novembre (par rapport au niveau d'avant-crise), elle n'était plus que de 4% en décembre.

Cette perte d'activité moins importante (et moins importante que les premières prévisions le laissaient penser) peut être en partie attribuée à un « effet d'apprentissage » par rapport au premier confinement, les mesures prises restreignant moins fortement l'activité tout en permettant la baisse du taux reproducteur du virus et donc le ralentissement de la circulation. En particulier, le fait que les écoles n'aient pas été fermées et que le télétravail ait été aménagé pour les employés par rapport au mois de mars a probablement encouragé l'activité, sans impact majeur sur la circulation du virus.

Ce constat se retrouve en comparaison internationale : alors que la France apparaissait plus fortement affectée du point de vue économique à niveau de restrictions équivalent (cf. ; *infra*), le graphique 53 montre que le pays se situait au quatrième trimestre en position intermédiaire, avec des pertes d'activité inférieures à celles de l'Espagne, de l'Italie ou du Royaume-Uni, et du même ordre que l'Allemagne. La combinaison mesures de restriction - perte d'activité en France correspondait au niveau moyen observé parmi les différents Etats considérés.

¹³⁰ Cette dernière décision a du reste été annulée par le Conseil d'Etat

Graphique 54 : Degré de restrictivité des mesures et chute du PIB au quatrième trimestre 2020

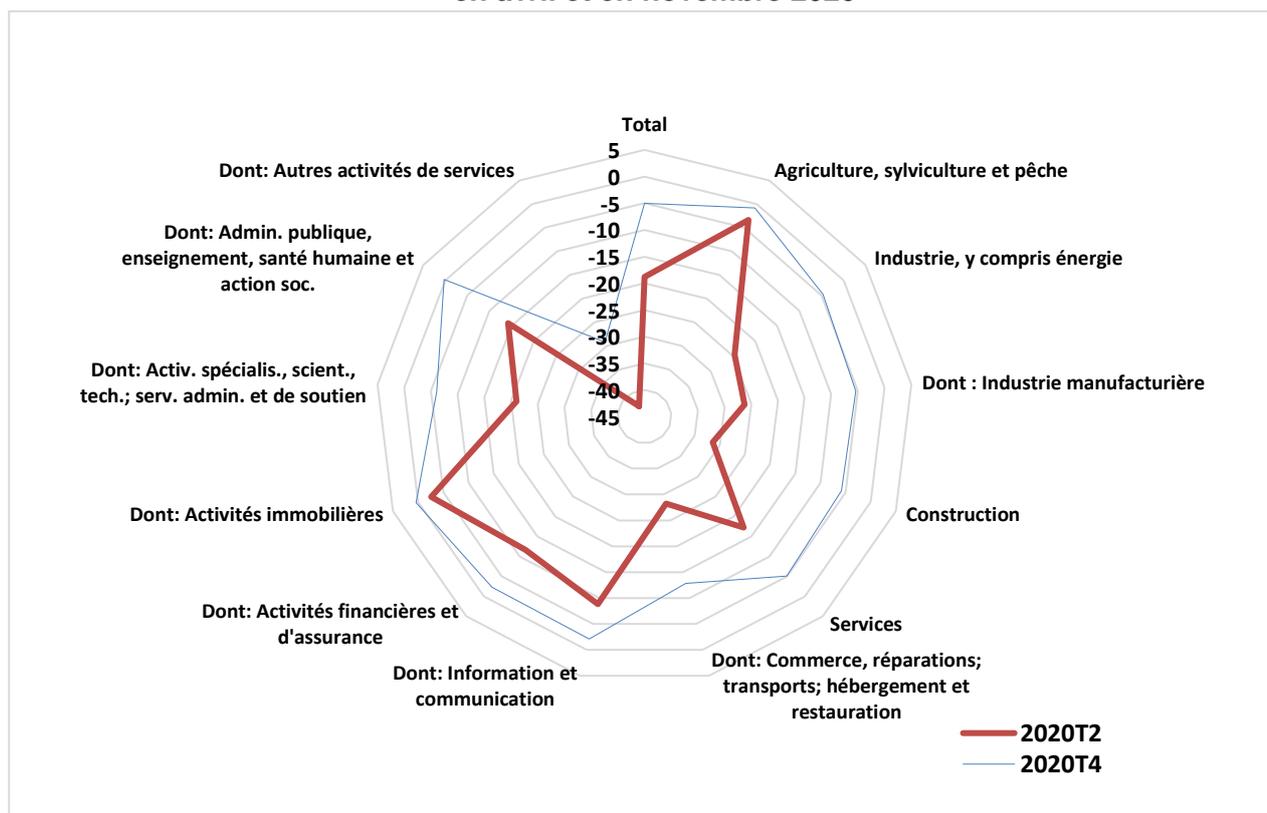


Source : Travaux de la Mission. Données Google, comptes nationaux, OCDE.

En France, comme le montre le graphique 55 ci-après, la perte d'activité en novembre est plutôt homogène entre les secteurs (pertes d'activité analogues dans le secteur agricole, industriel, dans la construction) et globalement faible – la préservation de l'activité dans la construction en novembre par rapport au printemps, et dans une moindre mesure celle du secteur industriel dans son ensemble, crée un écart très net.

La situation au sein du secteur des services est logiquement plus contrastée : les secteurs du commerce, des réparations, des transports, de l'hébergement et restauration sont les plus fortement affectés (autour de - 15% dans le transport-entrepôt et - 37% dans l'hébergement restauration), tandis que les autres catégories de services n'enregistrent quasiment aucune perte d'activité.

Graphique 55 : Perte d'activité dans les différents secteurs économiques en avril et en novembre 2020



Source : Mission, d'après données de l'Insee.

Note : Les « autres activités de services » sont une catégorie résiduelle (environ 3,5% des services) qui regroupe les activités des organisations professionnelles, religieuses, et les petits services de réparation notamment.

4.3. L'absence de données exploitables a néanmoins conduit à un manque de rationnel sanitaire, en particulier en matière de restrictions de l'activité

Les mesures de restrictions de la mobilité et de l'activité, plus limitées qu'en mars 2020, ont donc eu un moindre effet sur l'activité économique. Cependant, certaines de ces décisions, largement commentées, témoignent d'une insuffisante coordination entre les volets sanitaire et économique de la gestion de crise, du fait d'un manque de données sur la circulation du virus :

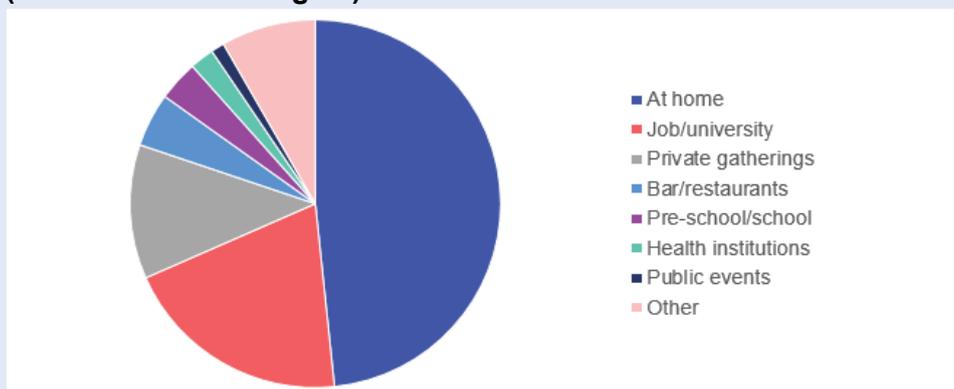
- ♦ La fermeture de l'ensemble des commerces dits « non essentiels », puis la fermeture de certains rayons de supermarchés, ne se sont pas appuyées sur des données permettant de justifier les choix opérés ;
- ♦ Ces mesures sont par ailleurs, du point de vue de la politique de la concurrence, de mauvaise administration puisque (i) elles réduisent l'offre proposée aux consommateurs ; (ii) elles peuvent avoir un effet durable sur les comportements des consommateurs qui pourraient recourir aux plateformes de commerce électronique et garder cette habitude après le confinement, au détriment des commerces physiques.

Ce manque de données, s'il pouvait être compréhensible et s'il était largement partagé dans la plupart des pays pendant la première vague, apparaît plus spécifique pour la France pendant la deuxième vague et interroge sur la capacité à accéder aux données pertinentes dans des délais raisonnables, même dans des circonstances extraordinaires. Dans la même perspective, la fermeture complète et uniforme de tous les lieux culturels, sans condition de jauge et sans données à disposition, peut aussi interroger.

Encadré 16 : L'exemple norvégien, des données imparfaites mais éclairantes

Sur la base de données anonymisées de personnes testées, l'Institut de santé publique norvégien publie chaque semaine les lieux de contamination et les métiers des personnes infectées (cf. illustration *infra*). Une telle approche contient forcément des biais méthodologiques importants (exemple : surestimation des personnels de santé puisqu'ils sont davantage testés), mais a le mérite de donner aux citoyens et aux pouvoirs publics un premier éclairage qui permet d'orienter la prise de décision.

Illustration (traduction du norvégien) d'un tableau de bord des lieux de contamination



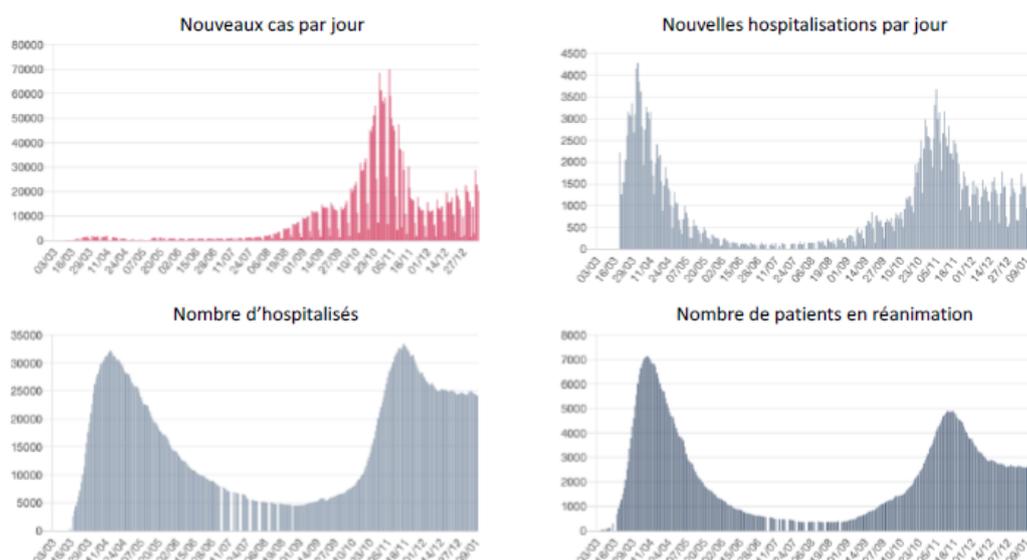
Source : Institut de santé publique norvégien, traduction libre. **Méthodologie de construction des données** : cf. Magnusson K, Nygård K, Vold L, Telle K. Occupational risk of COVID-19 in the 1st vs 2nd wave of infection¹³¹.

4.4. Le confinement a réussi à freiner rapidement la dynamique de l'épidémie pour ensuite se heurter à une forme de plateau

Les données issues de SPF montrent clairement l'effet du confinement, et sans doute aussi des mesures antérieures de couvre-feux, sur le ralentissement de l'épidémie mesuré par le taux d'incidence, le R effectif, le taux d'occupation des réanimations ou le taux de positivité des tests. Il met aussi en évidence l'apparition d'un effet de plateau à partir du début du mois de décembre comme le montre le graphique ci-après.

¹³¹ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.29.20220426v1.full-text>.

Graphique 56 : Evolution des indicateurs de suivi de l'épidémie



Source : Avis du conseil scientifique en date du 12 janvier 2021.

Note : Il convient de noter que les politiques de tests étant très différentes au cours de la première et de la deuxième vague, le graphique des « nouveaux cas par jour » sous-estime de manière très significative les cas illustrés au cours de la première vague.

4.5. Une gestion plus fine des déprogrammations et de la montée en charge des capacités de réanimation

Mieux anticipée, la mobilisation du système hospitalier pour faire face à la deuxième vague a été plus finement ajustée dans le temps et selon les territoires à l'augmentation des besoins de lits de réanimation afin de réduire les déprogrammations. Le besoin d'ouverture de lits de réanimation a de plus été réduit par l'évolution des traitements et des prises en charge impliquant davantage la médecine de ville (oxygénothérapie à domicile) et les soins hospitaliers en dehors de la réanimation (oxygénothérapie à haut débit sans intubation).

Selon la Fédération Hospitalière de France (FHF), la baisse de l'activité de chirurgie n'a ainsi été « que de 15% » lors du deuxième confinement (données provisoires sur 85% des établissements hospitaliers publics), contre une baisse de 70% enregistrée lors du premier, qui avait conduit à la déprogrammation de deux millions d'actes.

4.6. Une complexité à gérer ensemble de front les activités de soins Covid et non Covid

La nécessité de ne pas renouveler les pertes de chances constatées lors de la première vague a amené les établissements de santé à gérer l'ensemble de leur activité en intégrant des patients ou secteurs Covid au sein des unités de soins. La limitation des hospitalisations en chambre double initialement préconisée n'a pas résisté longtemps aux besoins croissants de prise en charge constatés avec le retour des patients dans les filières de prise en charge habituelle. Les visites extérieures ont été souvent aménagées mais maintenues alors que la densité des porteurs de virus augmentait progressivement en population générale.

En conséquence, de nombreux clusters nosocomiaux de Covid-19 ont été identifiés dans les établissements de santé. Dans son point épidémiologique du 14 février 2021, SPF recensait, via le système e-SIN, 3 212 signalements de cas de Covid-19 nosocomiaux, c'est-à-dire survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un établissement de santé. Ils impliquaient 23 528 patients (1 décès liés), 15 547 professionnels et 10 visiteurs. Parmi les cas groupés (au moins 3 cas liés), lorsque l'information est disponible (n=1 697), pour plus de la moitié des épisodes (n=955, 56%), le cas index est un patient, un professionnel pour 35% (n=596) ou un visiteur/la famille pour 7% (n=91). L'origine du cluster est parfois multifactorielle.

Ce phénomène n'est cependant pas propre au système de santé français, son importance dépendant en outre largement de l'intensité des investigations réalisées au sein des structures sanitaires pour détecter le phénomène.

4.7. Une réorganisation de la gouvernance avec une amélioration progressive des capacités d'anticipation

La gouvernance du dispositif de crise au sein du ministère en charge des affaires sociales et de la santé a été revue afin de mieux prendre en compte les fonctions de stratégie et d'anticipation. Un nouvel organigramme a été arrêté distinguant la direction de crise des fonctions de direction scientifique, de direction opérationnelle et d'anticipation.

En outre, comme la Mission l'avait recommandé dans son rapport d'étape, les sujets clefs que sont l'organisation du triptyque tester/alerter/protéger (TAP) et la préparation de la campagne de vaccination font l'objet de deux équipes dédiées. Par comparaison notamment avec l'Allemagne ou le Royaume-Uni, la mise en place d'une équipe dédiée à l'organisation de la campagne de vaccination apparaît cependant très tardive (cf. *infra*).

5. Janvier-février 2021 : Une stratégie de maîtrise durable de l'épidémie, dans le contexte encore incertain du déploiement de la vaccination ?

5.1. Les incertitudes relatives à l'évolution de la situation sanitaire requièrent un pilotage plus fin et plus réactif des mesures d'endiguement dans le cadre de règles de décision annoncées à l'avance.

Le discours du Président de la République le 24 novembre 2020 a posé les termes d'une nouvelle période de retour progressif à une vie économique et sociale « normale » de cohabitation avec le virus, s'appuyant sur le respect des gestes barrières par la population et sur un renforcement du dispositif TAP, mais aussi sur la campagne de vaccination à venir.

La mise en évidence d'un objectif chiffré ou du moins d'un niveau d'indicateur (5 000 cas nouveaux par jour et entre 2 500 et 3 000 personnes hospitalisées en réanimation) autorisant la poursuite du processus de réouverture des activités, a constitué une nouveauté positive, donnant les moyens notamment aux acteurs économiques d'anticiper les décisions à venir en fonction des données disponibles. L'évolution moins favorable que souhaitée des indicateurs (maintien puis remontée du nombre de cas et du nombre d'hospitalisations) a montré l'intérêt pédagogique de fixer de tels points de repères : tant les médias que l'opinion publique et les acteurs économiques concernés ont anticipé le maintien des restrictions annoncées lors de la conférence de presse du Premier ministre le 11 décembre 2020. Ces dernières ont été de ce fait globalement bien comprises par l'opinion publique.

La recherche du plus juste dosage possible entre les enjeux sanitaires et économiques et sociaux dans le cadre d'un suivi rapproché et d'une communication régulière constituent une amélioration par rapport à la conduite de l'action publique dans les périodes précédentes. Le souci de transparence et de pédagogie semble marquer davantage la communication des pouvoirs publics ainsi que le souci d'une plus grande décentralisation de la concertation donnant un rôle de leader clairement identifié aux préfets de département.

De nouvelles mesures ont été décidées, avec l'allongement de la période de couvre-feu à partir de 18h dans les départements concernés puis son extension à l'ensemble du territoire national à partir du 16 janvier 2021. Il n'était alors évidemment pas certain que les décisions prises se révèlent *a posteriori* suffisantes, le Conseil scientifique ayant, dans son avis du 12 janvier 2021, exprimé sa préférence pour des mesures plus strictes incluant un confinement régionalisé voire national sur le modèle de celui mis en œuvre au mois de novembre 2020. Mais dans une situation de décision dans l'incertitude, les pouvoirs publics ont assumé leurs responsabilités politiques et les risques qui s'y attachent.

Ces mesures pèsent logiquement sur l'activité économique. D'abord, il s'avère difficile d'estimer de manière robuste la perte d'activité associée au couvre-feu à partir de 18h, qui seraient autour de 0,6 point de PIB par mois. En particulier, l'impact de l'avancée du couvre-feu de 20h à 18h n'apparaît pas significative à ce stade, même si sa fiabilité doit être prise avec prudence. A ces pertes économiques s'ajoutent le coût budgétaire des mesures prises pour limiter l'impact sur l'emploi, le revenu des ménages et la situation des entreprises. Selon le Ministère de l'Economie et des Finances, le coût mensuel du couvre-feu renforcé tel qu'appliqué au début de l'année 2020 serait de l'ordre de 6 milliards €.

Elles sont cependant à mettre au regard du coût économique et budgétaire bien supérieur qu'entraînerait un nouveau confinement strict. Les mesures de couvre-feu prolongé ont notamment pour objectif de maintenir la circulation du virus à un niveau maîtrisable et donc d'éviter d'avoir à recourir à un confinement strict, dont les premières données montrent qu'il pourrait induire des pertes économiques de l'ordre de 2 points de PIB (sur le modèle du confinement du printemps) et un coût budgétaire de l'ordre de 15 milliards € par mois.

Ces considérations sont cependant à relativiser du fait de la diffusion sur le territoire français de variants susceptibles de faire augmenter très rapidement la circulation du virus et de nécessiter, quoi qu'il arrive, un nouveau confinement.

En tout cas, les pertes économiques et le déficit budgétaire engendré par les mesures en vigueur incitent à accélérer autant que possible le processus de vaccination, dont le coût (1,5 milliard € dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2021) est extraordinairement faible par rapport aux bénéfices attendus.

Encadré 17 : Une stratégie d'éradication du virus serait-elle envisageable ?

En France, comme en Allemagne notamment, la proposition d'une stratégie visant la disparition ou du moins la quasi-disparition de la circulation du virus a été formulée au cours des dernières semaines, à l'initiative d'épidémiologistes et/ou d'économistes, s'inspirant des modèles des pays asiatiques (Chine, Corée ou Vietnam) ou d'Océanie (Nouvelle-Zélande et Australie). Celle-ci passerait en théorie par une phase de confinement strict de 4 à 8 semaines, voire davantage encore, permettant d'atteindre un niveau de circulation du virus suffisamment réduit pour permettre d'en reprendre le contrôle jusqu'à sa quasi-disparition. Une telle stratégie impliquerait de satisfaire au moins à quatre conditions :

- ◆ Un strict contrôle aux frontières des personnes entrant sur le territoire ;
- ◆ Un dispositif de type « tester, tracer, isoler » capable de détecter tous les cas et de remonter rapidement et exhaustivement les chaînes de contamination ;
- ◆ La capacité, à l'exemple de certains pays étrangers de prendre des mesures rapides et strictes de reconfinement(s) localisé(s) en cas de réémergence sous la forme de clusters ;
- ◆ Une aptitude à augmenter très significativement la couverture vaccinale durant la période de confinement total pour faciliter le contrôle de l'épidémie lors du déconfinement.

Il apparaît en premier lieu que la mise en œuvre d'un strict contrôle aux frontières serait probablement difficilement réalisable au sein de l'espace européen où les mouvements transfrontaliers sont importants et indispensables au fonctionnement normal des économies. Une telle stratégie devrait donc être appliquée à l'intérieur des frontières de l'Union européenne requérant pour ce faire l'accord de l'ensemble de ses membres.

En second lieu, cette stratégie serait techniquement difficile à réaliser compte tenu des exigences relatives, d'une part, à l'exhaustivité requise en matière de dépistage et de tracing, d'autre part, en matière de respect et de faisabilité des mesures d'isolement. De façon corrélative, la mise en place d'un confinement strict de plusieurs semaines suivie d'un processus de dépistage et de *tracing* forcément intrusif paraissent difficilement acceptables socialement et de surcroît, soulèvent à nouveau la question de leur impact économique.

L'apport de la vaccination est un atout indéniable à ce stade mais les perspectives d'approvisionnement dans les semaines à venir ne permettent pas d'espérer en faire un élément décisif d'une stratégie à très court terme.

Enfin, si le bénéfice économique d'une stratégie de quasi-disparition semble établi dans les pays qui ont pu ou su adopter cette stratégie dès le début de la pandémie (Chine, Australie), on ne dispose pas à ce jour d'observations permettant de mesurer rigoureusement l'impact qu'aurait l'application de cette stratégie dans un pays, comme la France, où l'épidémie est largement répartie sur l'ensemble du territoire. En l'état des connaissances, la faisabilité d'une stratégie d'éradication à l'échelle européenne apparaît donc très incertaine tant au plan technique que social et il n'existe pas d'évidence démontrée sur les bénéfices économiques.

Compte tenu des incertitudes qui continuent de peser sur la capacité de la vaccination à grande échelle (proche des 50% associés spéculativement à l'établissement d'une « herd immunity » ou immunité de groupe) à permettre un contrôle suffisant de l'épidémie pour autoriser une véritable « réouverture économique et sociale », il apparaît indispensable de mieux définir le contenu concret d'une stratégie visant la quasi-disparition du virus et d'en évaluer avec précision la faisabilité, les conséquences et les impacts potentiels.

5.2. Les adaptations du dispositif « tester, alerter, protéger »

Parallèlement, une évolution du dispositif « tester/alerter/isoler » devenu « tracer/alerter/protéger » a été amorcée afin de répondre aux faiblesses de l'étape d'isolement soulignées notamment par le Conseil scientifique :

- ◆ Les campagnes de communication ont été revues pour davantage centrer le message sur l'étape d'isolement ;
- ◆ Depuis le 10 janvier 2021, afin de faciliter l'auto-isolement des personnes présentant les symptômes du COVID-19 et qui ne peuvent pas télétravailler, un téléservice de l'Assurance maladie a été mis en place permettant aux personnes de s'auto déclarer dès qu'elles s'isolent dans l'attente des résultats de leur test, bénéficiant d'un arrêt de travail de 4 jours maximum sans délai de carence. Les premiers résultats semblent montrer le « succès » du dispositif (entre 3 000 et 5 000 arrêts journaliers) en même temps que l'absence d'abus manifestes ;
- ◆ Dans l'esprit du dispositif COVISAN, le dispositif d'accompagnement des personnes positives et des cas contacts a été renforcé, avec la formation de « médiateurs de lutte anti-Covid¹³² » aptes à réaliser les prélèvements, à délivrer des messages de sensibilisation individuelle sur les conduites à tenir (organisation de l'isolement, gestes barrières...) et à collecter les informations nécessaires au contact *tracing*. En outre, une visite à domicile d'un infirmier libéral est systématiquement proposée aux personnes contaminées lors du premier appel par les services de l'Assurance maladie. Depuis la mise en œuvre de ce dispositif, 24 000 personnes avaient choisi d'en bénéficier au début du mois de février. L'émergence de nouveaux variants a conduit à renforcer l'accompagnement des patients, la mise en évidence de la présence d'un nouveau variant, entraînant un rappel du patient pour renouveler la consigne d'isolement.

L'impact de ces évolutions est à ce jour difficile à apprécier dans un contexte de forte circulation virale : avec plus de 20 000 nouveaux cas journaliers auxquels s'ajoutent en moyenne 40 000 cas contacts (2 par patient index en moyenne), il semble peu réaliste d'imaginer un *tracing* exhaustif, d'autant plus que toutes les personnes potentiellement porteuses du virus n'ont pas recours au dépistage (cette proportion était estimée aux environs de 50% à la fin de l'année 2020).

L'émergence de nouveaux variants du virus a mis en évidence l'insuffisante organisation des capacités de séquençage génomique limitant les possibilités de suivi en temps réel de la diffusion des différentes souches. Si un palliatif a été mis en œuvre en réalisant un séquençage par échantillonnage et en diffusant des tests PCR plus adaptés, l'insuffisance des capacités de séquençage fragilise le pilotage de la gestion de la crise, en réduisant les capacités à anticiper en détectant précocement de nouvelles émergences. La Mission n'a pas le temps matériel au moment de la rédaction du présent rapport d'investiguer de manière plus approfondie cette question.

¹³² Arrêté du 24 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

5.3. La campagne de vaccination

Le début de la campagne de vaccination symboliquement à la fin du mois de décembre 2020 et plus réellement début janvier 2021 marque une étape majeure dans la lutte contre l'épidémie et représente un espoir en dépit des incertitudes consécutives à l'émergence de nouveaux variants du virus, susceptibles de rendre les vaccins disponibles ou en cours de développement moins, voire non efficaces.

Le bon déroulement de la campagne de vaccination dépend de quatre facteurs :

- ◆ L'organisation des approvisionnements en vaccins dans un contexte de forte concurrence internationale pour avoir accès aux quantités suffisantes dans les meilleurs délais possibles ;
- ◆ La définition d'une stratégie de vaccination définissant notamment les publics prioritaires et le calendrier de vaccination ;
- ◆ L'organisation de la vaccination proprement dite de la phase d'acheminement des vaccins jusqu'à la vaccination des personnes ;
- ◆ L'incitation à la vaccination peut enfin justifier une politique de communication adaptée en fonction de l'état de l'opinion et de la disponibilité des vaccins.

5.3.1. L'approvisionnement en vaccins

La France s'est mobilisée dès le début du mois de mai pour sécuriser ses approvisionnements pour les futurs vaccins. Une taskforce a été constituée sous l'égide de la secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'Economie et des Finances. Très rapidement, les pouvoirs publics ont fait le choix de s'inscrire dans un cadre européen, tout d'abord dans le cadre de « l'alliance européenne inclusive pour un vaccin » avec l'Allemagne, l'Italie et les Pays-Bas, puis ensuite dans le cadre de l'Union européenne.

C'est ainsi que les états membres de l'UE ont délégué à la Commission européenne associée à un groupe de sept états (ceux de l'Alliance, plus l'Espagne, la Suède et la Pologne) la charge de négocier avec les laboratoires pharmaceutiques, des précommandes de vaccins alors encore en phase de développement. Appuyée par différents comités scientifiques émanant des pays négociateurs, la Commission a privilégié une négociation avec les laboratoires présentant *a priori* les meilleures garanties en termes de mise au point d'un vaccin et de capacité de production. Six contrats de précommandes ont été signés entre le 27 août et le 25 novembre 2020 avec les laboratoires Pfizer-BioNTech, Moderna, AstraZeneca, Janssen, Sanofi-GSK et CureVac. A ce jour, deux autres contrats sont en cours de négociation avec Novavax et Valneva. Au total, près de 2,5 milliards de doses ont été précommandées en plusieurs temps (y compris les commandes supplémentaires effectuées à hauteur de 300 millions chacune en 2021 auprès de Pfizer et Moderna), soit de quoi vacciner environ trois fois la population européenne, sans tenir compte d'éventuelles défaillances ni surtout prendre en compte les incertitudes qui entourent aujourd'hui le rythme des livraisons ni tenir compte des besoins du reste du monde.

Par comparaison avec les États-Unis, le Royaume-Uni ou le Canada, l'UE semble cependant aux yeux de certains avoir adopté une posture moins volontariste qui s'est traduite par un moindre engagement initial en termes de volumes de réservation et par un portefeuille de réservation laissant une place plus réduite aux vaccins à ARN qui ont été les premiers disponibles.

De plus, les négociations des prix, qui semble avoir été plus serrée en Europe, ou encore le refus de clauses d'exemptions de responsabilité des fabricants en cas d'effets indésirables graves comme au Royaume-Uni, ont probablement retardé les dates de signature des contrats.

Enfin, les questions industrielles visant à fédérer les partenaires pour pouvoir produire en plus grandes quantités sur le sol européen les premiers vaccins efficaces disponibles n'ont pas été suffisamment anticipées. Certaines de ces faiblesses (retard apporté à l'autorisation de mise sur le marché, excès d'optimisme quant aux capacités de production des laboratoires au respect de leurs engagements en matière de calendrier de livraison) ont été reconnues par la Présidente de la Commission lors de son intervention devant le parlement européen, le 10 février 2021.

En dépit de ces limites, le dispositif mis en œuvre témoigne d'un effort de solidarité entre les pays qui doit être souligné et poursuivi dans le futur en optimisant les mécanismes. Cette coopération est d'autant plus exemplaire qu'elle tranche positivement avec la concurrence à laquelle s'étaient livrés les pays européens pour acquérir des vaccins en 2009, lors de l'épidémie de grippe H1N1.

5.3.2. La définition de la stratégie vaccinale

La stratégie vaccinale s'appuie en premier lieu sur la définition de priorités vaccinales par la HAS. Les populations définies comme prioritaires sont peu différentes entre les différents pays européens qui privilégient la protection d'une part des personnes les plus fragiles, d'autre part des personnes à fort risque d'exposition (personnels soignants et autres professions essentielles et en contact avec la population). Selon les pays, l'ordre respectif des différentes catégories peut varier, modifiant en particulier la place des soignants dans l'ordre des priorités. Si la plupart des pays distinguent une seule catégorie de soignants, la France a introduit une sous-catégorie en priorisant les soignants de plus de 50 ans ou porteurs de facteurs de risque.

Tableau 4 : Comparaison des stratégies vaccinales en Europe

Pays	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5
Allemagne	Phase 1A : Vaccination ciblée et centralisée (groupes à risque) Phase 1B : Vaccination élargie et centralisée (groupes à risque et personnes principalement exposées au virus en raison de leur emploi, notamment le personnel hospitalier)	Vaccination élargie et décentralisée (reste de la population – à partir du printemps 2021)			
Espagne	1/ Les résidents et le personnel de santé et « socio-sanitaire » des établissements pour personnes âgées et handicapées / dépendantes 2/ Le personnel sanitaire en première ligne. 3/ Le reste du personnel sanitaire et socio-sanitaire 4/ Les personnes handicapées/dépendantes qui ont besoin d'une assistance renforcée (grands dépendants hors institutions)	Autres publics, priorités non établies			
Italie	1/ le personnel médical et médico-social et les résidents en EHPAD (2 millions de personnes)	D'avril à juin, les personnes de plus de 80 ans (4,5 millions)	Les personnes dont l'âge est compris entre 60 et 79 ans et les personnes atteintes d'au moins une maladie chronique. Puis toutes les autres personnes, avec une priorité donnée au personnel éducatif et aux forces de l'ordre	Toutes les personnes de plus de 16 ans qui n'ont pas encore été vaccinées lors des phases précédentes	

Tableau 4 : Comparaison des stratégies vaccinales en Europe

Pays	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5
Suisse	<p>1/ les personnes vulnérables (en priorisant dans l'ordre, les plus de 75 ans, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes âgées de 65 à 74 ans puis les personnes atteintes de certaines maladies et âgées de moins de 65 ans), hormis les femmes enceintes</p> <p>2/ le personnel de santé en contact avec des patients et le personnel accompagnant les personnes vulnérables ;</p> <p>3/ les contacts étroits (membres du ménage) des personnes vulnérables</p> <p>4/ les personnes résidant dans une institution communautaire qui présente un risque d'infection et un potentiel de flambée ainsi que le personnel.</p>	<p>Enfin, dans un second temps, la vaccination s'adressera à tous les autres adultes qui voudraient se faire vacciner.</p>			
Royaume-Uni	<p>1/ vaccination à l'ensemble des résidents de care homes d'ici fin janvier.</p>	<p>2/ vaccination à l'ensemble des quatre premiers groupes prioritaires d'ici mi-février</p>	<p>3/ vaccination à l'ensemble des personnels de santé et médico-sociaux du NHS d'ici fin février</p>	<p>4/ vaccination à l'ensemble des groupes prioritaires</p>	<p>5/ Toutes personnes souhaitant se faire vacciner</p>
Suède	<p>1/Résidents d'EHPAD et des personnes âgées qui reçoivent une aide à domicile, personnels en EHPAD et d'aide à domicile, ménage des personnes âgées qui reçoivent une aide à</p>	<p>2/Personnes de 70 ans et plus, personnels de soins et de santé, adultes en situation de handicap qui reçoivent une aide à domicile ou vivent en institutions spécialisées</p>	<p>3/ Personnes de 18 à 69 ans qui appartiennent à un groupe à risque</p>	<p>4/Reste de la population adulte</p>	

Tableau 4 : Comparaison des stratégies vaccinales en Europe

Pays	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5
France	<p>1/Les résidents d'établissements accueillant des personnes âgées et résidents en services de longs séjours (EHPAD, USLD ...)</p> <p>2/Les professionnels exerçant dans les établissements accueillant des personnes âgées (en premier lieu en EHPAD, USLD) présentant eux-mêmes un risque accru de forme grave/de décès (plus de 65 ans et/ou présence de comorbidité(s))</p>	<p>1/Les personnes âgées de plus de 75 ans, en commençant par les plus âgées/présentant une ou plusieurs comorbidité(s)</p> <p>2/les personnes âgées de 65-74 ans, en priorisant celles présentant une ou plusieurs comorbidité(s)</p> <p>3/les professionnels des secteurs de la santé et du médico-social âgés de 50 ans et plus et/ou présentant une ou plusieurs comorbidité(s) (quel que soit le mode d'exercice)</p>	<p>1/Les personnes à risque du fait de leur âge (50-65 ans) ou de leur(s) comorbidité(s) non vaccinées antérieurement</p> <p>2/Les professionnels des secteurs de la santé et du médico-social non vaccinés antérieurement</p> <p>3/Les opérateurs/professionnels des secteurs « essentiels »</p>	<p>1/Les personnes vulnérables et précaires (sans domicile fixe...), vivant en collectivité (prisons, établissements psychiatriques, foyers...) non vaccinés antérieurement du fait de leur âge ou comorbidité</p> <p>2/Les professionnels prenant en charge les personnes vulnérables dont les travailleurs sociaux, non vaccinés antérieurement du fait de leur âge ou comorbidité(s)</p> <p>Les personnes vivant dans des hébergements confinés ou encore travaillant dans des lieux clos favorisant l'acquisition de l'infection (ouvriers du bâtiments, abattoirs, etc) non vaccinés antérieurement du fait de leur âge ou comorbidité(s)</p>	<p>Autres tranches de la population susceptibles d'être infectées (18-50 ans) et non ciblées antérieurement</p>

Source : Travaux de la Mission à partir des données transmises par les Conseillers aux affaires sociales

Si les pays de l'Union européenne prévoyaient un calendrier de vaccination démarrant majoritairement début janvier (hors la vaccination symbolique de quelques personnes en décembre 2020), le Royaume-Uni, les Etats-Unis et Israël ont lancé leur campagne de vaccination respectivement les 8, 14 et 19 décembre en s'appuyant sur leur propre calendrier d'autorisation de mise sur le marché des vaccins. Inversement, la Corée du Sud et le Japon, qui ont bien maîtrisé l'épidémie, n'ont planifié le début de leur campagne de vaccination qu'au mois de février.

Au regard des calendriers prévisionnels, les pouvoirs publics affichent une volonté d'accélération, en raison de l'émergence de nouveaux variants et de la pression de l'opinion publique. Ceci a conduit la France, comme plusieurs autres pays, à remettre en cause le phasage séquentiel pour permettre d'avancer le calendrier de vaccination de certaines populations, vaccinées en parallèle des populations initialement prioritaires. Ceci concerne notamment les résidents en maison de retraite dont le niveau de priorité effective a été revu au Portugal et en Autriche, ou les personnels de santé dont le niveau de priorité a été avancé en Norvège, en Suède ou en France. Cette accélération est cependant fortement entravée par les difficultés d'approvisionnements et des retards annoncés par les laboratoires fournisseurs.

5.3.3. L'organisation de la vaccination de la population

L'acheminement des vaccins depuis les laboratoires jusqu'aux structures de vaccination constitue un défi logistique inhabituel en raison des conditions particulières de conservation des deux premiers vaccins à ARN autorisés (-70° pour Pfizer-BioNTech et -20° pour Moderna). L'obligation de respecter strictement les exigences de la chaîne de froid se combine avec le caractère multi-doses des flacons qui oblige à ajuster le plus précisément possible les livraisons avec le nombre de personnes vaccinées quotidiennement dans chacun des centres.

Le rythme des livraisons, la qualité de cet ajustement et l'organisation de la vaccination proprement dite constituent des éléments essentiels de la performance que la Mission n'avait pas les moyens d'évaluer de façon rigoureuse. En outre, le manque de recul pourrait donner une part excessive aux dysfonctionnements initiaux relativement inévitables.

A la fin février, trois observations peuvent être néanmoins faites.

Premièrement, sans exclure que des réflexions et des travaux aient été menés en amont, l'organigramme de gestion de crise ne fait apparaître un responsable de la logistique de la vaccination que vers la fin du mois de novembre alors que, par exemple l'Allemagne était en état de publier une version en anglais de sa stratégie de vaccination dès le 8 novembre. De même, l'avis de la HAS conditionnant une partie de la planification logistique n'est intervenu que le 30 novembre 2020. Au regard des meilleures pratiques, et alors que l'arrivée des vaccins était une réalité prévisible et attendue, il est regrettable que la France n'ait pas mis en place « une taskforce intégrée » dès la phase de préparation des approvisionnements pour prendre également en charge l'organisation de la campagne de vaccination à l'exemple notamment des équipes anglaises ou américaines.

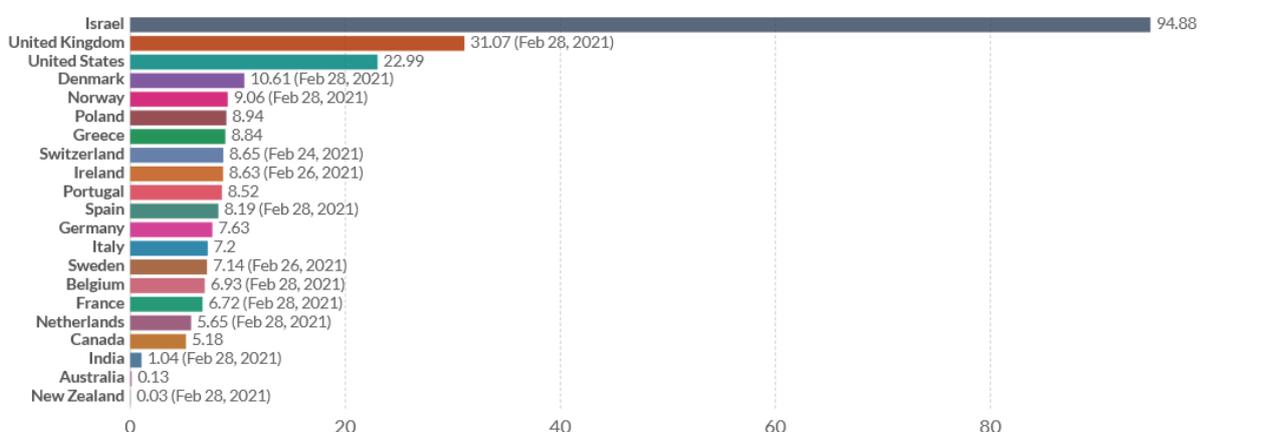
Deuxièmement, validée par les pouvoirs publics, la stratégie de vaccination a été modifiée dans l'urgence passant d'une planification séquentielle à une planification en parallèle de deux puis trois catégories de population (résidents en EHPAD, professionnels de santé de plus de 50 ans, puis les personnes âgées de plus de 75 ans et les personnes atteintes de certaines maladies). Cette modification du calendrier a imposé, non sans une certaine confusion initiale, la création dans l'urgence de centres de vaccination d'abord pour les professionnels de santé à l'initiative des ARS puis pour les personnes âgées de plus de 75 ans à l'initiative des préfets. On peut souligner à nouveau les capacités d'adaptation des professionnels et établissements de santé à ces stratégies évolutives et le déploiement agile de structures hospitalières ou extrahospitalières de vaccination.

Ce changement de calendrier peut être considéré comme une réponse adaptée et opportune à l'évolution de l'opinion publique. L'avancée des calendriers de vaccination de certaines populations a posé néanmoins des problèmes opérationnels, entraînant notamment des difficultés de coordination d'où des incohérences entre la planification des rendez-vous et le calendrier des livraisons. De plus, le nombre de doses restant limité, un arbitrage en termes de priorités demeure indispensable. Au lieu d'être réalisé centralement par les pouvoirs publics, ceux-ci le délèguent de fait aux échelons locaux à qui revient la responsabilité de gérer les files d'attente.

Si l'ajustement des calendriers vaccinaux a permis une accélération du rythme de vaccination, il n'est donc pas sans risque de remettre en cause les priorités définies. Ce sujet a notamment justifié l'expression d'un point de vigilance dans l'avis de la Conférence nationale de santé du 29 janvier 2021. La réservation des doses qui semble avoir été effectuée au profit des EHPAD constitue à ce titre une garantie que les résidents de ces établissements ne seront pas pénalisés par l'accélération du calendrier vaccinal des personnels soignants.

Troisièmement, en termes de comparaisons internationales, le rythme de vaccination apparaît à ce stade encore en retrait par rapport aux autres pays, y compris par rapport aux Etats membres de l'UE qui bénéficient du même rythme de livraison (cf. Graphique 57). Ce léger retard trouve cependant une partie de son explication dans la priorité effective donnée aux personnes âgées plus difficiles à mobiliser que par exemple les personnels soignants. L'âge moyen des personnes vaccinées, selon les données du Ministère des Solidarités et de la Santé, se situe ainsi en France aux environs de 72 ans contre respectivement 67, 57 et 53 en Allemagne, en Espagne et en Italie.

Graphique 57 : Nombre de doses administrées pour 100 habitants au 28 février 2021



Source : ourworldindata.org

En raison de la contrainte pesant sur les volumes et les rythmes de livraison, les taux de vaccination devraient progressivement converger en particulier au sein de l'Union européenne, l'ensemble des pays étant engagés dans un accord qui échelonne les livraisons à un rythme identique sur la base de volumes proportionnels à la population de chacun. Sauf à disposer d'une organisation qui dysfonctionnerait, le rythme des livraisons constitue le plafond sur lequel devrait se caler les organisations vaccinales.

5.3.4. Un discours prudent des pouvoirs publics au lancement de la campagne de vaccination

La présentation de l'ouverture de la campagne de vaccination en France a été marquée par la très grande prudence des autorités politiques et mêmes scientifiques visant à rassurer la population sur le strict respect du consentement et le rejet de toute forme de pression indirecte (passeport vaccinal) ainsi que par la mise en place d'un dispositif d'identification rapide et transparent des effets indésirables des différents vaccins. Cette posture s'explique par la prise en compte d'un taux d'adhésion à la vaccination estimé particulièrement faible en France comparé à la plupart des pays économiquement avancés. Dans ce contexte, la France, à la différence des autres pays européens, n'a pas mis en place de campagne d'incitation à la vaccination à destination de la population.

La communication des pouvoirs publics a également visé à se prémunir des critiques des médecins libéraux, au regard de ce qui aurait pu ressembler à la promotion de vastes centres de vaccination, remettant en cause la vaccination en cabinet. Ce souci de la perception des médecins de ville trouve son origine dans l'échec de la campagne de vaccination contre le H1N1 en 2009, qui avait vu les centres pilotés par les préfectures, boudés par les patients, sous le double effet d'une gravité de la maladie moindre qu'attendu et d'une attitude de réserve ou du moins de faible encouragement à la vaccination chez les généralistes.

Cette posture prudente, justifiant une montée en charge très progressive et séquentielle de la campagne de vaccination, s'est révélée inadaptée. Les professionnels de santé et l'opinion publique se sont au contraire émus du rythme trop lent de la vaccination. Dans le même temps, l'opinion publique a fortement évolué dans son adhésion à la vaccination, probablement en raison des peurs suscitées par la pandémie, confirmant ainsi que le diagnostic d'une France gagnée aux « anti-vax » devait être fortement révisé ou au moins modulé.

5.3.5. Perspectives

Au 28 février, la situation sanitaire reste incertaine et instable. La conduite de la crise par les autorités reste centrée sur le suivi de l'évolution épidémique et l'ajustement des mesures de freinage d'une part, sur l'accélération de la campagne de vaccination d'autre part. Quel que soit le scénario qui se matérialisera de façon préférentielle, la poursuite de la gestion de l'épidémie nécessitera une forte capacité d'anticipation pour prévoir les différents aléas possibles et identifier précocement les enjeux stratégiques associés à chacune des phases encore à venir.

CHAPITRE 3 :

PROPOSITIONS DE LA MISSION

Une partie des difficultés rencontrées dans la gestion de crise et identifiées dans le chapitre 2 trouvent leur explication dans des faiblesses préexistantes du système de santé :

- ♦ Au niveau central, faible attractivité des emplois ; gouvernance éclatée entre les principales directions ; perte d'expertise consécutive à la création des agences sanitaires, insuffisance des capacités stratégiques, faible capacité à piloter le réseau d'agences ;
- ♦ Des capacités et des ressources largement orientées vers les soins curatifs plutôt que vers la prévention, alors que la crise a fait ressortir le rôle des facteurs aggravants (surpoids, maladies chroniques notamment) dans la vulnérabilité au virus ;
- ♦ Un système de soins hospitalo-centré, qui s'appuie insuffisamment sur la médecine de ville, ce qui s'est souvent traduit en 2020 par une demande focalisée sur l'hôpital et un manque de maillage territorial ;
- ♦ Des établissements sociaux et médico-sociaux insuffisamment adaptés dans leur organisation, leurs ressources et leurs relations avec le sanitaire au regard des nécessités de la prise en charge des personnes âgées très dépendantes.

Il n'appartient pas à la Mission de résoudre ces difficultés identifiées de longue date, même si elles constituent les premiers leviers pour améliorer la réactivité et la résilience face aux crises.

La Mission se limite donc à proposer des réponses aux problématiques les plus urgentes en matière de gestion de crise, de renforcement de la santé publique et d'évaluation de l'impact et des réponses face à la crise ; ce travail ne peut constituer qu'une des nombreuses contributions au retour d'expérience.

La Mission pense que la crise Covid 19 doit provoquer un nouvel essor de la santé publique en France. Elle souligne l'importance, dans un contexte où la plupart des nouvelles pandémies virales naissent de zoonoses, de mieux anticiper les risques et de pousser à un renouveau de la veille sanitaire. La crise qui a rappelé la place de la prévention à côté du soin, doit par ailleurs conduire à mieux valoriser la santé publique dans les études et la recherche.

1. Se préparer aux prochaines crises

1.1. Préparer les institutions

1.1.1. Anticipation

Si la France disposait d'un plan pandémie depuis plusieurs années, la Mission a pu constater que celui-ci avait été élaboré de manière trop peu opérationnelle (ex. faible fréquence des exercices et des mises à jour, aspects pratiques et logistiques négligés, etc.). Si certaines des mesures prévues ont été appliquées, le plan dans son ensemble n'a *de facto* pas été mis en œuvre, preuve du manque d'appropriation des services de l'État voire de son inadaptation.

Proposition n° 1 : Revoir, sous la responsabilité du SGDSN, le plan pandémie en s'assurant que ce plan :

- ♦ Soit élaboré avec l'ensemble des parties prenantes (ex. ministères, entreprises, élus locaux, associations) ;
- ♦ Traite précisément les aspects opérationnels (gestion des stocks stratégiques notamment) ;
- ♦ Fasse l'objet d'exercices périodiques, généraux et particuliers (ex. *stress tests* sur les capacités logistiques) aux niveaux français, européen et international se traduisant par des objectifs concrets d'évolution dont l'atteinte est contrôlée ;
- ♦ Soit régulièrement révisé et actualisé, de même que ses fiches techniques ;
- ♦ Offre un phasage détaillé à la lumière des retours d'expérience des crises récentes (ex. enclenchement d'une phase massive de tests dès le séquençage du virus réalisé).

Au cours de la crise, les sciences humaines et sociales ont fourni un appui important aux autorités, en éclairant leur décision ou en les conseillant sur leur organisation. La Mission considère que le SGDSN gagnerait à mieux les exploiter dans ses rôles d'anticipation des menaces et de définition d'une organisation institutionnelle apte à répondre aux crises.

Proposition n° 2 : Développer une collaboration continue entre le SGDSN et les organismes de recherche en sciences humaines et sociales, spécialisés dans l'analyse organisationnelle de la gestion des crises.

1.1.2. Préparation des capacités

En 2020, la crise sanitaire a mis en évidence l'absence de maîtrise de la gestion de crise au sein de l'encadrement des ministères, en dépit de l'engagement individuel des agents. Pour faire face aux prochaines crises, il convient de créer une véritable culture commune, à l'échelle interministérielle, de la gestion du risque sanitaire, environnemental, industriel ou numérique. Cette mission pourrait être confiée au SGDSN qui coordonnerait ainsi l'action de préparation des administrations, en s'assurant de la formation et du maintien des compétences de l'encadrement dans le temps.

Proposition n° 3 : Engager un processus de travail continu, relatif au volet ressources humaines de la gestion de crise entre le SGDSN et les secrétaires généraux de chaque ministère. Il devrait viser à cartographier les besoins et les compétences, à identifier et à délivrer les formations requises et à garantir dans le temps le maintien des compétences de gestion de crise de l'encadrement.

La fusion de l'ex-Eprus au sein de l'établissement public SPF n'a pas permis de maintenir les compétences exigées en contrôle pharmaceutique et en logistique, dans un contexte marqué d'une part par la prédominance des enjeux scientifiques de veille et d'éducation en santé, d'autre part par un pilotage insuffisant des stocks stratégiques par la Direction générale de la santé. Il apparaît aujourd'hui à la Mission que SPF doit se concentrer sur ses missions scientifiques. Les missions de l'ex-Eprus concernant la gestion des stocks stratégiques nationaux de produits de santé devraient être confiées à un opérateur unique, chargé de constituer et de gérer les stocks stratégiques de tous les ministères, en prévision des crises à venir.

Proposition n° 4 : Confier la constitution et la gestion des stocks stratégiques ainsi que la supervision des opérations logistiques à un unique opérateur, placé sous la responsabilité du SGDSN. La gestion des stocks devrait faire l'objet d'une information publique régulière et transparente, sous réserve des impératifs de sécurité nationale.

Dans sa forme actuelle, la réserve sanitaire a été créée en 2007, à l'occasion de l'épidémie de Chikungunya à La Réunion. Animée par Santé Publique France, la réserve a été mobilisée dès le début de la crise pour l'accueil et l'accompagnement des ressortissants français de retour des pays affectés. Le bilan de son action en appui du système de soins est plus limité, puisque seul un millier de volontaires ont pu être effectivement mobilisés.

Le renforcement de son caractère opérationnel et de son attractivité constitue un impératif qui implique l'organisation de cycles réguliers de formation, voire de périodes de mise en situation des professionnels de santé volontaires.

Proposition n° 5 : Refonder le dispositif de réserve pour l'ensemble de la filière de soins (i.e. identification, maintien en condition opérationnelle et mobilisation), avec le concours notamment des ordres et des fédérations d'établissements de santé.

Pour les soins de ville, l'enjeu est de tirer les leçons du premier et dans une moindre mesure, du deuxième confinement afin de définir un véritable plan de continuité d'activité pour éviter les reports massifs du recours aux soins observés au printemps 2020.

Il conviendrait de mobiliser les acteurs de la santé de ville, de les cartographier plus finement, de les mettre à jour périodiquement et de les intégrer sur un projet territorial commun de résilience à la crise. Il est pour cela nécessaire de les intégrer aux exercices d'anticipation afin de mieux évaluer les besoins d'équipement, d'animation de l'offre de soins et d'appui aux services hospitaliers, pour mieux bénéficier de leur appui en période de crise.

Proposition n° 6 : Définir, sous l'égide des délégations territoriales des ARS et en s'appuyant sur les ordres de professionnels de santé et leurs organisations représentatives, un dispositif s'apparentant à un plan blanc dédié aux soins de ville.

1.1.3. Prise de décision

La gouvernance de crise a laissé peu de place aux fonctions de communication et surtout d'anticipation qui n'ont quasiment jamais été identifiées et dotées de moyens conséquents au sein de l'organigramme de gestion de crise. Les fonctions d'anticipation ont ainsi été confondues avec les fonctions d'analyse, voire parfois simplement délaissées. A l'inverse, la préparation du déconfinement a constitué un bon exemple de démarche anticipative. La nécessité d'appuyer la gestion de crise sur les quatre fonctions du pilotage – analyse, décision, communication, anticipation – doit être réaffirmée.

Proposition n° 7 : Veiller à établir, en gestion de crise, un pilotage stable et unifié, identifiant les responsables de chacune des fonctions suivantes : analyse de la situation ; décision ; communication ; anticipation.

1.2. Améliorer l'appareil statistique et la capacité de résilience économique

1.2.1. Appareil statistique

L'impact de la crise ainsi que des politiques de soutien sur les ménages les plus précaires demeure trop peu mesuré, en particulier dans un contexte d'apparition de nouveaux phénomènes de pauvreté. Les travaux initiés par la DREES¹³³ et l'INSEE portant sur la mesure de l'impact de la crise sanitaire sur les bénéficiaires des prestations de solidarité gagneraient à être élargis et approfondis, en s'appuyant par exemple sur les acteurs associatifs au contact des publics les plus précaires et en marge des dispositifs les plus répandus.

Proposition n° 8 : Sous l'égide conjointe de la DREES et de l'INSEE et en coordination avec les associations de terrain, renforcer l'appareil statistique de mesure de l'impact socioéconomique de la crise sur les populations les plus modestes, ainsi que sur les publics les plus en marge ou à la limite des dispositifs traditionnels d'insertion et de rémunération, en menant des enquêtes « haute fréquence ».

1.2.2. Capacités de résilience

La crise sanitaire et les réponses nationales apportées ont soulevé la question de la sécurité des approvisionnements, et pas uniquement des produits de santé. Cette crise incite à développer une stratégie de résilience économique, notamment au regard des biens essentiels. Elle implique (i) la diversification des sources d'approvisionnement, (ii) la constitution de stocks et (iii) une planification ambitieuse, étudiant la flexibilité au niveau de l'approvisionnement et du montage en urgence de capacités de productions nationales.

Proposition n° 9 : Mettre en place un dispositif permettant de suivre régulièrement et de façon approfondie la résilience des chaînes de production et d'approvisionnement en biens de santé essentiels aux échelles françaises et en coordination avec le niveau européen.

¹³³ Plus de 2 millions d'allocataires du RSA fin octobre 2020, Etudes et résultats (Décembre 2020, numéro 1175), Pierre-Yves Cabannes, Mathieu Calvo, Opale Echegu, DREES

En parallèle, la protection de l'ensemble des actifs doit être améliorée au regard des chocs économiques qui pourraient advenir à nouveau. En la matière, la protection des travailleurs indépendants, de plus en plus nombreux, constitue un enjeu important, tant en matière de solidarité nationale que d'efficacité économique. Si des dispositifs *ad hoc* comme le fond de solidarité ont été montés dans l'urgence, une réflexion sur des dispositifs plus pérennes doit être engagée, tout en prenant en compte la diversité des situations et des besoins de ces actifs.

Proposition n° 10 : Mettre à l'étude l'extension des dispositifs de protection de l'emploi aux indépendants en lançant une concertation qui permette d'appréhender l'hétérogénéité des situations et des besoins (artisans, travailleurs des plateformes, saisonniers, etc.).

1.3. Partager les informations et coordonner les réponses à l'échelle européenne et internationale

Dans le cadre du règlement sanitaire international (RSI, 2005, 196 pays), les États s'engagent à renforcer leur capacité de détection, évaluation et notification des événements de santé publique – avec l'appui de l'OMS. Le comité d'examen du RSI a mis en place, en 2015, une composante obligatoire (obligation annuelle de rendre compte des avancées) ainsi qu'une composante facultative comprenant :

- ♦ une « analyse après action »,
- ♦ des simulations,
- ♦ une évaluation externe conjointe.

Ce dernier outil s'organise autour de quatre axes : prévention, détection, riposte, autres événements et points d'entrée. Fin 2017, 67 pays avaient demandé à accéder à cet outil qui implique une participation volontaire, une approche multisectorielle, un partage d'informations et une diffusion du rapport d'évaluation. À ce jour, en Europe, seules la Belgique, la Finlande, la Lettonie, la Lituanie, la Serbie, et la Suisse ont fait l'objet de cette évaluation externe conjointe.

Par ailleurs, à la suite de la communication de la Commission européenne du 11 novembre 2020,¹³⁴ une autorité pour la réaction aux urgences sanitaires (*Health Emergency Response Authority* – HERA) devrait être créée. Dans le cadre de ses fonctions de planification, elle sera amenée à rédiger un plan européen de préparation aux pandémies, en lien avec les plans nationaux qui lui seront communiqués. Il est de plus primordial de coordonner efficacement les initiatives dans la préparation et le suivi des crises sanitaires ; cet effort doit s'appliquer entre États européens à travers une revue transparente et rigoureuse des plans pandémie, en cohérence avec l'action entreprise à l'initiative de l'OMS de vérification du respect des engagements du RSI.

Proposition n° 11 : Renforcer et fiabiliser les dispositifs d'anticipation et de gestion de crise au travers d'une double démarche de revue externe par les pairs :

- ♦ Dans le cadre de l'OMS pour l'évaluation du RSI ;
- ♦ Dans la cadre de l'UE ou, à défaut, d'initiatives bilatérales pour l'évaluation périodique des plans pandémie et de leurs exercices de mise en œuvre.

¹³⁴ Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, *Construire une Union européenne de la santé : renforcer la résilience de l'UE face aux menaces transfrontières pour la santé*, 11 novembre 2020

2. Renforcer la santé publique, l'expertise scientifique et le pilotage de l'offre de soins

2.1. Renforcer la santé publique

2.1.1. Formation

La crise Covid-19 doit provoquer un nouveau développement pour la santé publique en France. Le caractère pluridisciplinaire de la santé publique doit être renforcé et la discipline doit être mieux valorisée auprès des futurs professionnels de santé.

Proposition n° 12 : Concevoir un plan d'actions visant à accroître la place de la santé publique dans la formation des professionnels de santé. Ce plan devrait permettre de renforcer la discipline et son attractivité dans sa dimension universitaire, de favoriser l'intégration en son sein de disciplines non médicales (sciences sociales et humaines mais aussi mathématiques et sciences de l'ingénieur) et de contribuer à la diffusion d'une forte culture de santé publique auprès des professionnels de santé.

2.1.2. Recherche

Face à l'accroissement du risque pandémique et notamment celui que constituent les zoonoses, la Mission appelle à coordonner et intensifier la recherche autour de quelques thématiques de travail relevant de la prévention et du contrôle de l'infection.

Proposition n° 13 : Structurer des équipes de recherche autour d'un programme prioritaire de recherche sur la prévention et le contrôle de l'infection, sous l'égide d'un ou plusieurs instituts thématiques multi-organismes de l'INSERM et en lien avec la nouvelle ANRS - Maladies infectieuses émergentes.

Sur les aspects sanitaires et économiques, la crise a été l'occasion de fortement exploiter les outils numériques en matière de modélisation, de traitement massif de données et d'exploitation des réseaux sociaux. Il importe donc de préparer dès maintenant la gestion des prochaines crises majeures en soutenant des projets de recherche autour du numérique et du traitement de données massives.

Proposition n° 14 : Soutenir le financement de chaires universitaires et de bourses doctorales autour de projets innovants en matière de modélisation et de traitement de données massives dans le champ de la santé publique. Permettre des échanges de personnels entre les agences sanitaires et les structures de recherche dans le cadre de projets.

La veille et la surveillance épidémiologique existantes n'ont pas été en mesure d'anticiper et d'apprécier l'ampleur de la menace pandémique. La Mission relève l'intérêt de favoriser l'innovation technique dans le champ de la veille et de renforcer les réseaux médicaux de veille. À titre illustratif, le projet Paris Santé Campus, dédié à l'usage de l'intelligence artificielle et du numérique en santé, offre un cadre favorable au développement d'initiatives dans ce sens.

Proposition n° 15 : Orienter la recherche en science des données et en intelligence artificielle, avec le concours notamment de SPF, du Health Data Hub, de la CNAM et de l'INRIA, vers le repérage des signaux précoces d'émergence et de surveillance de crise et travailler à la construction d'indicateurs précoces d'alerte.

2.1.3. Veille

Le réseau Sentinelles, qui a participé de manière notable à la lutte contre la pandémie grippale, n'a pas été en mesure de contribuer à l'alarme épidémique dans les premiers stades de la crise sanitaire. Il devrait être renforcé au travers notamment de recrutement de nouveaux professionnels de santé, de conventionnement avec des laboratoires et de rapprochement avec d'autres réseaux (ex. épidémiologie-surveillance animale *via* le réseau ESA, etc.). Il conviendrait enfin de faciliter la participation des professionnels de santé, en simplifiant les modalités de remontée des données à partir des logiciels métiers des praticiens.

Proposition n° 16 : Renforcer le réseau national Sentinelles en augmentant sa représentativité territoriale :

- ♦ en dynamisant son animation,
- ♦ en y intégrant les spécialités de la biologie et de l'imagerie,
- ♦ en reconnaissant mieux l'investissement des professionnels y participant,
- ♦ en simplifiant les remontées de données.

De manière complémentaire et afin de renforcer les modalités d'alerte et leur traitement, il convient de renforcer, au-delà du corps médical, l'expertise appliquée en prévention et contrôle de l'infection.

Proposition n° 17 : Créer par analogie avec la formation spécialisée transversale (FST) médicale, une pratique avancée infirmière en prévention et contrôle de l'infection.

Depuis 1994, les services de Santé publique France en région (ex-Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE)) assurent les missions de veille et l'alerte sanitaire en région. Ces services constituent des antennes de Santé publique France et travaillent en appui des ARS sur des missions d'expertise scientifique opérationnelle. La crise Covid-19 a cependant conduit à mettre en évidence les difficultés de coopération entre les équipes de SPF et celles des ARS.

La Mission propose d'unifier le dispositif au plan territorial en rattachant ces cellules d'intervention en région de Santé publique France aux ARS. Dans ce contexte, SPF garderait son rôle de garant des méthodes et de leur diffusion par l'animation et la formation des agents des nouvelles cellules unifiées.

Il paraît enfin important de maintenir au sein des effectifs de l'Assurance maladie impliqués dans le *contact tracing*, un réseau de professionnels volontaires experts à même de faciliter la réactivation d'un appareil de gestion de crise.

Proposition n° 18 : Réorganiser l'épidémiologie de terrain aux niveaux national et territorial et à cette fin :

- ♦ rattacher les cellules d'intervention en région de Santé publique France aux ARS au sein d'équipes dédiées à l'épidémiologie d'intervention tout en pérennisant leurs liens fonctionnels avec SPF ;
- ♦ conforter leurs moyens et leur couverture du territoire ;
- ♦ maintenir une compétence en *contact tracing* au sein de l'Assurance maladie.

2.1.4. Acquis de la prévention

La crise Covid a permis une prise de conscience et une meilleure compréhension par la population des actes et stratégies de prévention du risque infectieux. Il faut consolider cet acquis.

Pour ce faire, il conviendrait de mieux observer et comprendre les comportements de la population en matière de respect des gestes barrières et de vaccination afin de (i) renvoyer aux citoyens une image plus fidèle de leurs comportements et (ii) mieux adapter les stratégies de communication et d'éducation à la santé. Cette mission pourrait être confiée à un observatoire qui associerait les associations d'usagers.

Proposition n° 19 : Créer sous l'égide de SPF, un observatoire permanent des pratiques de prévention du risque infectieux au sein de la population générale, associant à ses travaux des représentants d'usagers du système de soin.

2.2. Améliorer l'expertise scientifique en santé publique

2.2.1. Expertise réactive et indépendante

La très forte mobilisation du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), qui a émis plus de 116 avis (au 28 février) et recommandations sur des questions précises durant la crise, doit être soulignée. Cette structure a répondu dans des délais très courts à de multiples saisines, sur la base de l'engagement individuel de ses experts bénévoles, ayant par ailleurs un autre emploi et malgré une faiblesse structurelle liée à des moyens propres réduits (peu de parties consultées, délibération collective, procédure de gestion des conflits d'intérêt). Le rattachement du HCSP à la HAS permettrait de répondre à ces limites, tout en simplifiant le paysage de l'expertise. Il doit s'accompagner de la mise au point d'une procédure de traitement accélérée pour certaines saisines.

Proposition n° 20 : Renforcer les moyens du HCSP et conforter son indépendance, en le rattachant à la HAS ; préserver sa réactivité, en mettant en place une procédure de traitement accéléré de certaines saisines.

L'expertise scientifique a été très fragmentée dès les débuts de la crise entre les autorités sanitaires les différentes agences de l'État (dont Santé publique France, Haute autorité de santé, Agence nationale de sécurité du médicament, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, Institut national du cancer, etc.) et les différentes instances scientifiques (notamment Haut conseil de santé publique, Comité analyse recherche et expertise, Mission nationale coordination opérationnelle risques épidémiques et biologiques, Centres nationaux de références, etc.), ce qui a conduit à la création d'un conseil scientifique *ad hoc* dédié au conseil aux autorités et qui a pu rendre des avis circonstanciés. Ce conseil a permis de faire la synthèse de la recherche et de l'expérience de scientifiques sur le terrain et d'éclairer la décision publique face à une situation inédite dans son ampleur. Un tel conseil n'a pas vocation à être pérennisé en temps « ordinaires » mais pourrait être recréé dès lors que les crises ont une dimension inédite.

Proposition n° 21 : Au cas où la nature de la crise sanitaire justifierait la mise en place d'un conseil *ad hoc* indépendant chargé de synthétiser les travaux scientifiques disponibles et d'éclairer la prise de décision par les autorités politiques, veiller à ce que ce conseil intègre au minimum :

- ♦ des représentants des différentes disciplines (santé, économie, sciences sociales) ;
- ♦ des représentants des instances et agences d'expertise existantes.

2.2.2. Renforcer Santé Publique France

Santé Publique France est aujourd'hui une agence qui effectue à la fois des missions d'expertise scientifique et des missions logistiques mais souffre d'un déficit de légitimité sur ces deux volets. La Mission propose de confier le volet logistique à un opérateur *ad hoc* (cf. proposition n° 4) et corrélativement de recentrer SPF sur son volet d'expertise scientifique en renforçant son attractivité et ses ressources.

Pour ce faire, la possibilité d'accueillir des praticiens universitaires de manière permanente (et non ponctuelle, en mobilité), constitue un moyen de renforcer le prestige et la qualité des productions de l'institution. Ceci permettrait : (i) d'intensifier et structurer ses liens avec les universités et les organismes de recherche, notamment dans le cadre d'équipes mixtes de recherche ; (ii) de garantir, stimuler et anticiper la production de connaissances et l'innovation en santé publique en réponse aux besoins en termes d'appui aux politiques publiques de protection et d'amélioration de la santé des populations ; (iii) d'accélérer le transfert des résultats de la recherche pour la décision (recherche translationnelle en santé publique) ; (iv) de prendre en compte les déterminants sociaux et contextuels de l'état de santé pour adapter les politiques au plus près des territoires.

Proposition n° 22 : Renforcer la légitimité de Santé publique France en matière d'expertise scientifique de santé publique, ce qui impose de :

- ♦ Donner la possibilité pour l'agence d'accueillir de manière permanente des praticiens hospitalo-universitaires en position normale d'activité ;
- ♦ Ouvrir cette possibilité à des universitaires d'autres disciplines (sociologie, économie, etc.) ;
- ♦ Doter l'agence des moyens permettant de définir, mettre en œuvre et financer des appels à projets de recherche scientifique et technique dont la finalité est la protection et l'amélioration de la santé des populations.

2.2.3. Expertise en matière de risque infectieux

La virologie est une discipline insuffisamment soutenue en France. Au-delà de la recherche fondamentale, il conviendra de renforcer la capacité de réponse aux crises pour ce qui concerne notamment la mise au point, la validation ou la diffusion de nouveaux tests. Ceci passe par notamment des liens plus réguliers entre les centres de références, la biologie de ville et l'industrie des équipements et des dispositifs dans le respect des principes de transparence et de déclaration des liens d'intérêt. Le renforcement des collaborations à l'échelle européenne serait également nécessaire.

Proposition n° 23 : Conforter l'expertise nationale en virologie en augmentant les moyens et les capacités de réaction des centres nationaux d'expertise en cas de pathogènes émergents, et se donnant les moyens d'une industrialisation plus rapide des tests diagnostiques à l'issue de leur mise au point.

La Mission constate que le sujet de la prévention, de la détection et du contrôle de l'infection ne bénéficie pas d'un portage suffisant. Il conviendrait de renforcer ces capacités au niveau national, en nommant un délégué chargé de ce dossier ainsi que de l'antibio-résistance, qui aurait pour mission : (1) d'intégrer ces sujets dans l'agenda des directions du ministère chargé de la Santé, (2) de promouvoir ces enjeux auprès des autres ministères concernés (ex. ministères chargés de l'Agriculture, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, de l'Environnement), (3) d'accompagner le renforcement de l'expertise auprès des institutions concernées (ex. Santé publique France, Assurance maladie, Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques – DREES – , etc.) et (4) de nourrir les échanges entre l'expertise et la société civile, notamment en ce qui concerne la prévention en santé publique.

Proposition n° 24 : Créer auprès du directeur général de la santé, une fonction de délégué pour la prévention et le contrôle du risque infectieux, intégrant la mission actuelle antibio-résistance et simultanément accroître les effectifs du ministère dédiés à la prévention et au contrôle des infections.

2.3. Renforcer le pilotage de l'offre de soins

2.3.1. Le pilotage national du secteur de la biologie

Les premiers mois de la crise ont mis en évidence les difficultés de pilotage du secteur de la biologie par les pouvoirs publics – des difficultés qui ont été à l'origine de la lenteur de la montée en charge des capacités de test.

Ceci s'explique d'une part, par l'éclatement des fonctions de pilotage entre plusieurs administrations (Assurance maladie et directions du ministère chargé de la santé), d'autre part par la méconnaissance relative par les autorités sanitaires de la réalité de l'organisation du secteur, aujourd'hui fortement concentrée autour de quelques groupes. Les responsables de ces groupes ne sont souvent pas directement impliqués dans les échanges avec les pouvoirs publics qui reposent plus traditionnellement sur les sociétés savantes et les syndicats de biologistes.

Proposition n° 25 : Réarmer et réorganiser les services du ministère de la Santé et de l'Assurance maladie en matière d'expertise de la filière de la biologie médicale.

2.3.2. Organisation territoriale

Dans l'ensemble, les ARS ont pu répondre aux enjeux de la gestion de crise au niveau local en adaptant leur organisation et leurs procédures à une situation exceptionnelle. Il demeure que leur organisation interne s'est révélée trop concentrée en particulier dans les régions les plus étendues, suscitant des incompréhensions avec les acteurs locaux.

Il convient donc de renforcer les échelons territoriaux en particulier en nommant à leur tête des responsables aptes à dialoguer avec les responsables du département (préfets et élus) et à coordonner la conduite de projets en relation avec ces mêmes acteurs. Il ne s'agit pas à l'inverse de disperser les fonctions d'expertise et de stratégie qui doivent rester au niveau régional.

Proposition n° 26 : Mettre en place un plan de renforcement des ARS au niveau départemental et à cette occasion, doter les délégations territoriales de moyens humains adaptés sur le plan qualitatif. Cette évolution doit s'accompagner d'une clarification sur le schéma de gestion de crise, rappelant le rôle de coordination du préfet de département.

La prévention en santé fait l'objet de politiques publiques renforcées depuis plusieurs années. La crise du COVID a montré le rôle aggravant de certaines pathologies chroniques (obésité, diabète par exemple) et rappelé leur inégale distribution sociale aux dépens des populations les plus défavorisées, alors même que de nombreux travaux ont montré que ces populations sont moins sensibles aux messages de prévention.

Le renforcement de l'effort de prévention doit davantage tenir compte de cette réalité et privilégier les actions ciblées aux dépens des approches plus transversales. Il convient de privilégier des approches du type « aller vers » (identification des personnes les plus éloignées des dispositifs traditionnels et démarches proactives d'information, de sensibilisation et d'offre de services).

Proposition n° 27 : Renforcer l'effort de réduction des facteurs de risques (ex. obésité, alcoolisme, tabagisme, sédentarité, etc.) selon une logique d'« aller vers », auprès des populations les plus exposées aux infections émergentes.

La question de l'évolution des EHPAD et plus généralement de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie est inscrite dans le débat public à travers la question de la prise en charge de la dépendance. Cette question dépasse largement le champ du rapport de la Mission. Néanmoins, au regard des difficultés soulevées dans la gestion de la crise, il apparaît à la Mission que certains points doivent faire l'objet d'un réexamen prioritaire :

- ◆ le renforcement de la prise en charge médicale, qui ne peut plus s'appuyer sur le rôle quasi-exclusif et partiellement fictif du médecin traitant. Le rôle du médecin coordonnateur doit être clarifié et leurs effectifs renforcés ;
- ◆ l'intégration dans un réseau d'appui hospitalier doit être systématisé aussi bien pour faciliter des prises en charges individuelles que pour appuyer l'organisation collective des prises en charge et notamment la gestion du risque infectieux ;
- ◆ la lourdeur des pathologies des résidents des EHPAD justifie un renforcement du temps soignant. Le dispositif d'infirmières en pratiques avancées pourrait trouver au sein des EHPAD, un lieu privilégié de déploiement
- ◆ les modalités du contrôle externe de la qualité (ex. contrôle des ARS, certification, etc.) doivent être revues afin d'offrir plus fiabilité et de régularité.

Proposition n° 28 : Améliorer le dispositif de prise en charge des personnes âgées en établissement et en particulier :

- ◆ **Renforcer la médicalisation des EHPAD (ex. renforcement des effectifs et du rôle des médecins coordonnateurs, rôle des infirmières en pratiques avancées gériatriques, etc.) ;**
- ◆ **Systematiser l'appui hospitalier (ex. gardes, astreintes sur la filière gériatrique, filières d'admission, support d'équipes mobiles multidisciplinaires, etc.) ;**
- ◆ **Définir un référentiel d'exigences sur les soins faisant l'objet d'une certification externe et régulière ;**
- ◆ **Renforcer, en liaison avec les départements, la programmation périodique des contrôles par les ARS, dont les procédures seront simplifiées pour en accélérer l'exécution.**

2.3.3. Systèmes d'information

Les systèmes d'informations se sont révélés insuffisants, particulièrement au début de la crise pour permettre un pilotage efficace. Un effort important a été entrepris pour développer de nouveaux systèmes d'information majeurs tels que SI-DEP ou SI-Vaccin dans des délais particulièrement contraints ou pour fiabiliser des systèmes existants tels que SI-VIC ou le répertoire opérationnel des ressources.

Il convient sur la base de l'expérience acquise et des développements réalisés de revoir la construction d'ensemble du système d'information de gestion de crise dans le cadre d'une approche de type schéma directeur permettant d'identifier les besoins de données, d'indicateurs et de traitements à couvrir. Il conviendra aussi de s'appuyer sur un renforcement de l'usage des systèmes d'information de partage et d'échanges de données de santé qui devraient constituer le socle du système d'information de gestion de crise.

Proposition n° 29 : Sous l'égide de la direction interministérielle du numérique (DINUM), organiser un recensement des outils et des besoins apparus lors de la crise Covid pour construire un schéma directeur des systèmes d'information de la gestion de crise sanitaire. Il conviendra de s'assurer de :

- ◆ Leur interopérabilité ;
- ◆ Leur niveau de précision, afin de disposer de données les plus détaillées (localisation géographique notamment) possibles sans atteinte aux données personnelles ;
- ◆ La mise à jour des objectifs du répertoire opérationnel des ressources (ROR) pour en faire rapidement un outil national utile aux décideurs (ministère, ARS, SPF) tant en matière de veille sur des indicateurs de tension et d'alerte (ex. nombre de lits en soins critiques et en réanimation disponibles, etc.) qu'en tant qu'outil pour des communications aux professionnels de terrain (ex. protocoles d'aiguillage en fonction de la disponibilité des lits, etc.) ;
- ◆ Du bon déploiement des usages des systèmes d'information qui permettent l'échange et le partage de données entre patients et professionnels de santé ainsi qu'entre les professionnels de santé eux-mêmes, sur lesquels les systèmes d'information de gestion de crise doivent davantage s'appuyer.

2.3.4. Traitement des données

La crise a montré l'importance de disposer de données et projections s'appuyant sur des modélisations et des outils de *big data*. Il apparaît donc essentiel de développer la recherche dans ces champs.

De ce point de vue, le réseau américain, *Models of Infectious Disease Agent Study*, composé de chercheurs, praticiens ou étudiants en maladies infectieuses issus de nombreuses disciplines, constitue un modèle dont la France pourrait s'inspirer. Il développe et utilise des modèles informatiques, statistiques et mathématiques pour améliorer la compréhension de la dynamique des maladies infectieuses en ce qui concerne la pathogenèse, la transmission, les stratégies de contrôle et les prévisions. Il diffuse ses compétences et sa vision au travers de formations pour les étudiants et jeunes chercheurs.

Proposition n° 30 : Renforcer les capacités françaises en matière de modélisation, par une politique volontariste d'orientation de la recherche. A l'appui de cette démarche, créer, à l'instar du *Models of Infectious Disease Agent Study (MIDAS) Network*, un réseau qui réunirait des experts en matière de modélisation et de science des données, au niveau français puis européen.

De manière complémentaire, la crise a fait ressortir les délais induits par les procédures d'autorisation d'accès ou de collecte des données. Sans remettre en cause le régime de protection des données personnelles de santé organisé par le règlement général de protection des données européen, il apparaîtrait utile d'accélérer les délais d'instruction des demandes par la Commission nationale informatique et libertés (CNIL), par la mise à disposition par exemple de procédures simplifiées du type des engagements de conformité.

Proposition n° 31 : Développer avec la CNIL des procédures et outils permettant d'accélérer l'instruction des demandes d'autorisation de traitement de données de santé en période d'urgence sanitaire, à des fins tant opérationnelles que de recherche.

3. Organiser un retour d'expérience à l'échelle des institutions et de la société

3.1. Impliquer l'ensemble des acteurs publics

La crise a mis en évidence des dysfonctionnements ponctuels ou systémiques mais elle a aussi donné lieu à de très nombreuses initiatives. L'ensemble de ces éléments constitue un matériel précieux qu'il conviendrait d'exploiter avant qu'il ne se dissipe faute de documentation. La Mission suggère donc d'organiser un vaste retour d'expérience qui mobilise les services de l'Etat et ses opérateurs ainsi que les services publics concernés. Cette opération serait réalisée sous l'égide d'une mission indépendante garantissant la transparence du processus mais également l'absence de démarche de sanction. Elle devrait également donner lieu à une consultation des parties prenantes (collectivités territoriales, associations, partenaires sociaux) qui constitueraient une forme de groupe miroir du retour d'expérience.

Proposition n° 32 : Avec l'appui d'une mission indépendante, réaliser une synthèse des retours d'expérience menés par les services de l'Etat, les opérateurs, les entreprises publiques. Le succès d'une telle démarche implique une consultation large des parties prenantes (collectivités territoriales, acteurs associatifs, partenaires sociaux, etc.).

3.2. Identifier les marges de progrès dans le système sanitaire

3.2.1. Etat des lieux des capacités des médecines du travail et scolaire

Les services de santé ont vu leurs missions de prévention renforcée¹³⁵ à l'occasion de la crise, rendues pour partie pérennes par une nouvelle dénomination (services de prévention et de santé au travail (SPST) au sein de l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 2020. Une connaissance approfondie du rôle joué par ces services lors de la crise sanitaire pourrait nourrir une réflexion plus large sur la médecine du travail comme échelon de prévention de l'infection et de veille sanitaire, y compris dans le cadre du futur plan « Santé au travail » dans la fonction publique.

La médecine scolaire a également participé au suivi de l'infection et son rôle apparaît d'autant plus remarquable du fait de la pénurie de personnel qu'elle connaît depuis plusieurs années. Enfin, outre la mission de prévention strictement sanitaire, ces services devront accompagner, de manière croissante, l'allègement des mesures gouvernementales et le retour au travail de populations présentant des troubles anxio-dépressifs. Cette démarche doit s'incarner dans un meilleur continuum entre promotion de la bonne santé mentale, écoute de la souffrance psychique et détection des pathologies psychiatriques, au travers notamment d'une meilleure formation des personnels aux premiers secours en santé mentale (PMSM). Ce sera enfin l'occasion de s'interroger sur les moyens de renforcer et de mieux cibler les efforts en matière de prévention sanitaire, mais également de repérage en milieux professionnels et scolaires et d'accompagnement vers les soins, notamment psychiatriques.

Proposition n° 33 : Organiser un retour d'expérience permettant d'évaluer la portée et les limites du rôle joué par les services de santé au travail et de médecine scolaire dans la lutte contre la pandémie, incluant notamment un volet de santé mentale et de comparaison avec les principaux pays partenaires de la France.

¹³⁵ Ordonnance n°2020-386 du 1er avril 2020 adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire et modifiant le régime des demandes préalables d'autorisation d'activité partielle.

3.2.2. Bilan du système de soins en sortie de crise

Le système hospitalier a démontré ses capacités à s'adapter à une situation de crise. Une grande partie des lits de soins intermédiaires ou des unités de réveil ont pu être transformés avec succès en lits de soins de réanimation.

La réponse à un nouveau besoin aigu de lits supplémentaires ne saurait résider dans l'augmentation massive des capacités disponibles en permanence. Sans exclure d'éventuels besoins d'ajustements, la Mission considère qu'il convient d'organiser la flexibilité des capacités hospitalières. Cette adaptabilité ne devrait pas concerner que les soins critiques, une autre crise sanitaire pouvant réclamer d'autres ajustements.

Il convient également de capitaliser sur les réussites et les initiatives qui ont émergé à la faveur de la crise telles que la formation accélérée aux soins intensifs de certains personnels infirmiers expérimentés venant d'autres services, ou l'évolution de l'organisation des prises en charge selon un modèle plus gradué.

Proposition n° 34 : Réaliser sur le plan national et régional, en coordination avec les conseils nationaux professionnels concernés, un état des lieux des capacités de soins critiques. Cet état des lieux viserait à déterminer les capacités en temps normal et les moyens de les étendre en temps de crise, incluant les soins de suites. En corollaire, il convient de renforcer la capacité à mobiliser une réserve sanitaire opérationnelle en assurant une formation continue et des exercices réguliers.

3.2.3. Données et indicateurs de santé publique

Une part importante des données statistiques dans le champ de la santé sont produites en dehors des administrations en charge des statistiques publiques et gagneraient, comme la crise l'a montré, à être améliorées. C'est le cas d'une partie des données de pilotage de la gestion de la crise sanitaire, s'agissant aussi bien du suivi des cas que des hospitalisations ou des décès. La mise en œuvre d'un processus qualité renforcé sous l'égide de l'autorité de la statistique publique permettrait de renforcer la cohérence et la qualité de la production statistique.

Proposition n° 35 : Rationaliser et fiabiliser la production de données statistiques dans le champ de la santé publique en la soumettant à la procédure de labellisation par l'Autorité de la statistique publique.

3.3. Approfondir l'évaluation de l'impact de la crise sur la situation des personnes, des ménages et des entreprises

3.3.1. Impact de la crise sur la population

Le contexte d'incertitude, de deuil, d'hospitalisation et d'isolement a entraîné l'émergence de troubles psychiques (hausse de l'anxiété, des troubles dépressifs, des tentatives de suicide et hausse consécutive de la consommation d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, de médicaments psychotropes, d'alcool). Ce phénomène, mondial, concernerait près de 34% de la population française^{136,137}. La Mission considère donc nécessaire de poursuivre les enquêtes déjà lancées pour dresser un état des lieux de l'état psychique des populations, particulièrement de celles qui ont été les plus vulnérables de ce point de vue (dont les personnes âgées, étudiants, sans-abri, etc.).

Proposition n° 36 : Sous l'égide de la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, en lien avec les organisations représentatives de la psychiatrie, poursuivre la démarche d'évaluation de l'impact de la crise sur la santé mentale des populations et d'analyse de la qualité de la réponse apportée.

3.3.2. Impact économique sur les ménages et les entreprises

Malgré l'existence d'un dispositif au niveau de l'Union européenne, les échanges d'informations entre les Etats demeurent lacunaires. La crise sanitaire doit être l'occasion de renforcer ces échanges, à l'image des travaux menés en France pour consolider les données en matière de soutien aux entreprises¹³⁸. L'absence de données fiables ne permet pas de comparer les efforts budgétaires et financiers effectivement consentis par les Etats membres, ce qui est susceptible d'affecter la concurrence au sein de l'Union européenne.

Proposition n° 37 : Soutenir la mise en place d'un cadre d'échange transparent, régulier et rapide des données budgétaires et financières de soutien à l'économie pour les ménages comme pour les entreprises (ex. aides accordées, budgétées et dépensées, dans le cadre de l'adaptation des règles sur les aides d'Etat, etc.) entre les Etats Membres de l'Union européenne et assuré par la Commission européenne.

Les stabilisateurs automatiques français (assurance-chômage, protection sociale notamment) ainsi que les mesures de préservation de l'emploi ont été à la fois massifs et pris rapidement : ces outils ont en grande partie permis d'absorber le choc économique des confinements et des mesures de restriction imposées.

¹³⁶ Enquête CoviPrev, menée par Santé publique France en population générale afin de suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale

¹³⁷ The Impact of COVID-19 on Mental, Neurological and Substance Use Services, OMS, rapport déposé le 6 octobre 2020

¹³⁸ Aide du Fonds de solidarité - Tableau de bord interactif, site internet du ministère de l'Economie, des Finances et de la Relance, <https://www.economie.gouv.fr/covid19-soutien-entreprises/aides-versees-fonds-solidarite>

Face au risque d'une nouvelle vague épidémique comme pour préparer un futur choc économique, une évaluation de leur efficacité et de leurs limites (ex. populations non couvertes par les mesures) apparaît indispensable.

Proposition n° 38 : Mener une démarche d'évaluation des dispositifs visant à amortir les effets de la crise sur les ménages. Ces travaux doivent permettre de mettre en évidence d'éventuelles insuffisances dans le soutien d'urgence de certaines catégories de ménages et de les corriger dans la perspective de la relance de l'économie.

En outre, la Mission considère qu'il est essentiel de disposer d'une vision la plus claire possible de la situation économique en sortie de crise afin d'allouer efficacement les fonds du plan de relance et d'améliorer les réponses à des crises futures. L'endettement des entreprises françaises, dont le niveau structurellement plus élevé que dans les principaux pays comparables, a déjà été signalé par les travaux de la Banque de France et doit faire l'objet d'un travail approfondi.

Proposition n° 39 : Sous l'égide de la Banque de France, établir un bilan, le plus détaillé possible, de la situation financière et en particulier de la trésorerie et de l'endettement (social, fiscal, bancaire et fournisseurs) des entreprises en sortie de crise afin d'identifier les risques de défaut par secteurs et type d'entreprises, et éventuellement les conséquences pour le secteur bancaire.

En outre, il est à ce stade difficile d'anticiper les défaillances d'entreprises à venir. Si certaines projections prévoient une forte augmentation de celles-ci, particulièrement parmi les PME et dans les secteurs de l'hébergement-restauration¹³⁹, l'effet des mesures de soutien n'est pas encore pleinement estimé. Dans ce contexte, l'efficacité du dispositif de procédures collectives français (ex. redressement) pourrait jouer un rôle important. Il convient donc d'approfondir cette évaluation, dans le contexte d'une réflexion sur le droit des faillites.

Proposition n° 40 : Sous le pilotage du ministère de la Justice et du ministère de l'Économie, mener une étude sur la trajectoire des entreprises en difficultés pour évaluer l'impact des procédures collectives sur les défaillances ou survies d'entreprises et les ajuster en conséquence.

¹³⁹ Guerini M., L. Nesta, X. Ragot et S. Schlavo (2020) : « Dynamique des défaillances d'entreprises en France et crise de la Covid-19 », OFCE Policy Brief, n° 73

LISTE DES PROPOSITIONS

Proposition n° 1 : Revoir, sous la responsabilité du SGDSN, le plan pandémie en s'assurant que ce plan (i) soit élaboré avec l'ensemble des parties prenantes (ex. ministères, entreprises, élus locaux, associations) ; (ii) traite précisément les aspects opérationnels (gestion des stocks stratégiques notamment) ; (iii) fasse l'objet d'exercices périodiques, généraux et particuliers (ex. *stress tests* sur les capacités logistiques) aux niveaux français, européen et international se traduisant par des objectifs concrets d'évolution dont l'atteinte est contrôlée ; (iv) soit régulièrement révisé et actualisé, de même que ses fiches techniques ; (v) offre un phasage détaillé à la lumière des retours d'expérience des crises récentes (ex. enclenchement d'une phase massive de tests dès le séquençage du virus réalisé).

Proposition n° 2 : Développer une collaboration continue entre le SGDSN et les organismes de recherche en sciences humaines et sociales, spécialisés dans l'analyse organisationnelle de la gestion des crises.

Proposition n° 3 : Engager un processus de travail continu, relatif au volet ressources humaines de la gestion de crise entre le SGDSN et les secrétaires généraux de chaque ministère. Il devrait viser à cartographier les besoins et les compétences, à identifier et à délivrer les formations requises et à garantir dans le temps le maintien des compétences de gestion de crise de l'encadrement.

Proposition n° 4 : Confier la constitution et la gestion des stocks stratégiques ainsi que la supervision des opérations logistiques à un unique opérateur, placé sous la responsabilité du SGDSN. La gestion des stocks devrait faire l'objet d'une information publique régulière et transparente, sous réserve des impératifs de sécurité nationale.

Proposition n° 5 : Refonder le dispositif de réserve pour l'ensemble de la filière de soins (i.e. identification, maintien en condition opérationnelle et mobilisation), avec le concours notamment des ordres et des fédérations d'établissements de santé.

Proposition n° 6 : Définir, sous l'égide des délégations territoriales des ARS et en s'appuyant sur les ordres de professionnels de santé et leurs organisations représentatives, un dispositif s'apparentant à un plan blanc dédié aux soins de ville.

Proposition n° 7 : Veiller à établir, en gestion de crise, un pilotage stable et unifié, identifiant les responsables de chacune des fonctions suivantes : analyse de la situation ; décision ; communication ; anticipation.

Proposition n° 8 : Sous l'égide conjointe de la DREES et de l'INSEE et en coordination avec les associations de terrain, renforcer l'appareil statistique de mesure de l'impact socioéconomique de la crise sur les populations les plus modestes, ainsi que sur les publics les plus en marge ou à la limite des dispositifs traditionnels d'insertion et de rémunération, en menant des enquêtes « haute fréquence ».

Proposition n° 9 : Mettre en place un dispositif permettant de suivre régulièrement et de façon approfondie la résilience des chaînes de production et d'approvisionnement en biens de santé essentiels aux échelles françaises et en coordination européenne.

Proposition n° 10 : Mettre à l'étude l'extension des dispositifs de protection de l'emploi aux indépendants en lançant une concertation qui permette d'appréhender l'hétérogénéité des situations et des besoins (artisans, travailleurs des plateformes, saisonniers, etc.).

Proposition n° 11 : Renforcer et fiabiliser les dispositifs d'anticipation et de gestion de crise au travers d'une double démarche de revue externe par les pairs (i) dans le cadre de l'OMS pour l'évaluation du RSI ; (ii) dans le cadre de l'UE ou, à défaut, d'initiatives bilatérales pour l'évaluation périodique des plans pandémie et de leurs exercices de mise en œuvre.

Proposition n° 12 : Concevoir un plan d'actions visant à accroître la place de la santé publique dans la formation des professionnels de santé. Ce plan devrait permettre de renforcer la discipline et son attractivité dans sa dimension universitaire, de favoriser l'intégration en son sein de disciplines non médicales (sciences sociales et humaines mais aussi mathématiques et sciences de l'ingénieur) et de contribuer à la diffusion d'une forte culture de santé publique auprès des professionnels de santé.

Proposition n° 13 : Structurer des équipes de recherche autour d'un programme prioritaire de recherche sur la prévention et le contrôle de l'infection, sous l'égide d'un ou plusieurs instituts thématiques multi-organismes de l'INSERM et en lien avec la nouvelle ANRS - Maladies infectieuses émergentes.

Proposition n° 14 : Soutenir le financement de chaires universitaires et de bourses doctorales autour de projets innovants en matière de modélisation et de traitement de données massives dans le champ de la santé publique. Permettre des échanges de personnels entre les agences sanitaires et les structures de recherche dans le cadre de projets.

Proposition n° 15 : Orienter la recherche en science des données et en intelligence artificielle, avec le concours notamment de SPF, du *Health Data Hub*, de la CNAM et de l'INRIA, vers le repérage des signaux précoces d'émergence et de surveillance de crise et travailler à la construction d'indicateurs précoces d'alerte.

Proposition n° 16 : Renforcer le réseau national Sentinelles en augmentant sa représentativité territoriale (i) en dynamisant son animation, (ii) en y intégrant les spécialités de la biologie et de l'imagerie, (iii) en reconnaissant mieux l'investissement des professionnels y participant, (iv) en simplifiant les remontées de données.

Proposition n° 17 : Créer par analogie avec la formation spécialisée transversale (FST) médicale, une pratique avancée infirmière en prévention et contrôle de l'infection.

Proposition n° 18 : Réorganiser l'épidémiologie de terrain aux niveaux national et territorial et à cette fin (i) rattacher les cellules d'intervention en région de Santé publique France aux ARS au sein d'équipes dédiées à l'épidémiologie d'intervention tout en pérennisant leurs liens fonctionnels avec SPF ; (ii) conforter leurs moyens et leur couverture du territoire ; (iii) maintenir une compétence en *contact tracing* au sein de l'Assurance maladie.

Proposition n° 19 : Créer sous l'égide de Santé Publique France, un observatoire permanent des pratiques de prévention du risque infectieux au sein de la population générale, associant à ses travaux des représentants d'usagers du système de soin.

Proposition n° 20 : Renforcer les moyens du HCSP et conforter son indépendance, en le rattachant à la HAS ; préserver sa réactivité, en mettant en place une procédure de traitement accéléré de certaines saisines.

Proposition n° 21 : Au cas où la nature de la crise sanitaire justifierait la mise en place d'un conseil *ad hoc* indépendant chargé de synthétiser les travaux scientifiques disponibles et d'éclairer la prise de décision par les autorités politiques, veiller à ce que ce conseil intègre au minimum (i) des représentants des différentes disciplines (santé, économie, sciences sociales), (ii) des représentants des instances et agences d'expertise existantes.

Proposition n° 22 : Renforcer la légitimité de Santé publique France en matière d'expertise scientifique de santé publique, ce qui impose de (i) donner la possibilité pour l'agence d'accueillir de manière permanente des praticiens hospitalo-universitaires en position normale d'activité ; (ii) ouvrir cette possibilité à des universitaires d'autres disciplines (sociologie, économie, etc.) ; (iii) doter l'agence des moyens permettant de définir, mettre en œuvre et financer des appels à projets de recherche scientifique et technique dont la finalité est la protection et l'amélioration de la santé des populations.

Proposition n° 23 : Conforter l'expertise nationale en virologie en augmentant les moyens et les capacités de réaction des centres nationaux d'expertise en cas de pathogènes émergents, et se donnant les moyens d'une industrialisation plus rapide des tests diagnostiques à l'issue de leur mise au point.

Proposition n° 24 : Créer auprès du directeur général de la santé, une fonction de délégué pour la prévention et le contrôle du risque infectieux, intégrant la mission actuelle antibio-résistance et simultanément accroître les effectifs du ministère dédiés à la prévention et au contrôle des infections.

Proposition n° 25 : Réarmer et réorganiser les services du ministère de la Santé et de l'Assurance maladie en matière d'expertise de la filière de la biologie médicale.

Proposition n° 26 : Mettre en place un plan de renforcement des ARS au niveau départemental et à cette occasion, doter les délégations territoriales de moyens humains adaptés sur le plan qualitatif. Cette évolution doit s'accompagner d'une clarification sur le schéma de gestion de crise, rappelant le rôle de coordination du préfet de département.

Proposition n° 27 : Renforcer l'effort de réduction des facteurs de risques (ex. obésité, alcoolisme, tabagisme, sédentarité, etc.) selon une logique d'« aller vers », auprès des populations les plus exposées aux infections émergentes.

Proposition n° 28 : Améliorer le dispositif de prise en charge des personnes âgées en établissement et en particulier (i) renforcer la médicalisation des EHPAD (ex. renforcement des effectifs et du rôle des médecins coordonnateurs, rôle des infirmières en pratiques avancées gériatriques, etc.) ; (ii) systématiser l'appui hospitalier (ex. gardes, astreintes sur la filière gériatrique, filières d'admission, support d'équipes mobiles multidisciplinaires, etc.) ; (iii) définir un référentiel d'exigences sur les soins faisant l'objet d'une certification externe et régulière ; (iv) renforcer, en liaison avec les départements, la programmation périodique des contrôles par les ARS, dont les procédures seront simplifiées pour en accélérer l'exécution.

Proposition n° 29 : Sous l'égide de la direction interministérielle du numérique (DINUM), organiser un recensement des outils et des besoins apparus lors de la crise Covid pour construire un schéma directeur des systèmes d'information de la gestion de crise sanitaire.

Proposition n° 30 : Renforcer les capacités françaises en matière de modélisation, par une politique volontariste d'orientation de la recherche. A l'appui de cette démarche, créer, à l'instar du *Models of Infectious Disease Agent Study (MIDAS) Network*, un réseau qui réunirait des experts en matière de modélisation et de science des données, au niveau français puis européen.

Proposition n° 31 : Développer avec la CNIL des procédures et outils permettant d'accélérer l'instruction des demandes d'autorisation de traitement de données de santé en période d'urgence sanitaire, à des fins tant opérationnelles que de recherche.

Proposition n° 32 : Avec l'appui d'une mission indépendante, réaliser une synthèse des retours d'expérience menés par les services de l'Etat, les opérateurs, les entreprises publiques. Le succès d'une telle démarche implique une consultation large des parties prenantes (collectivités territoriales, acteurs associatifs, partenaires sociaux, etc.).

Proposition n° 33 : Organiser un retour d'expérience permettant d'évaluer la portée et les limites du rôle joué par les services de santé au travail et de médecine scolaire dans la lutte contre la pandémie, incluant notamment un volet de santé mentale et de comparaison avec les principaux pays partenaires de la France.

Proposition n° 34 : Réaliser sur le plan national et régional, en coordination avec les conseils nationaux professionnels concernés, un état des lieux des capacités de soins critiques. Cet état des lieux viserait à déterminer les capacités en temps normal et les moyens de les étendre en temps de crise, incluant les soins de suites. En corollaire, il convient de renforcer la capacité à mobiliser une réserve sanitaire opérationnelle en assurant une formation continue et des exercices réguliers.

Proposition n° 35 : Rationaliser et fiabiliser la production de données statistiques dans le champ de la santé publique en la soumettant à la procédure de labellisation par l'Autorité de la statistique publique.

Proposition n° 36 : Sous l'égide de la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, en lien avec les organisations représentatives de la psychiatrie, poursuivre la démarche d'évaluation de l'impact de la crise sur la santé mentale des populations et d'analyse de la qualité de la réponse apportée.

Proposition n° 37 : Soutenir la mise en place d'un cadre d'échange transparent, régulier et rapide des données budgétaires et financières de soutien à l'économie pour les ménages comme pour les entreprises (ex. aides accordées, budgétées et dépensées, dans le cadre de l'adaptation des règles sur les aides d'Etat, etc.) entre les Etats Membres de l'Union européenne et assuré par la Commission européenne.

Proposition n° 38 : Mener une démarche d'évaluation des dispositifs visant à amortir les effets de la crise sur les ménages. Ces travaux doivent permettre de mettre en évidence d'éventuelles insuffisances dans le soutien d'urgence de certaines catégories de ménages et de les corriger dans la perspective de la relance de l'économie.

Proposition n° 39 : Sous l'égide de la Banque de France, établir un bilan, le plus détaillé possible, de la situation financière et en particulier de la trésorerie et de l'endettement (social, fiscal, bancaire et fournisseurs) des entreprises en sortie de crise afin d'identifier les risques de défaut par secteurs et type d'entreprises, et éventuellement les conséquences pour le secteur bancaire.

Proposition n° 40 : Sous le pilotage du ministère de la Justice et du ministère de l'Economie, mener une étude sur la trajectoire des entreprises en difficultés pour évaluer l'impact des procédures collectives sur les défaillances ou survies d'entreprises et les ajuster en conséquence.

LISTE DES ACRONYMES

ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
AVIESAN	Alliance pour les sciences de la vie et de la santé
CARE	Comité analyse, recherche et expertise
CASA	Comité d'animation du système des agences
CCIL	Cellule de coordination interministérielle de logistique
CCS	Centre de crise sanitaire
CIC	Centre interministériel de crise
CIRE	Cellule d'intervention en région
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNIL	Commission nationale informatique et liberté
CNS	Conférence nationale de santé
COREB	Coordination opérationnelle du risque épidémique et biologique
CORRUSS	Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales
CRG	Centre de recherche en gestion de l'école polytechnique
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSS	Centre de crise santé
CTS	Contrôles territoriaux de santé
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DGS	Direction générale de la santé
DINUM	Direction interministérielle du numérique
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECDC	Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
EPI	Équipement de protection individuelle
EPRUS	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
FHF	Fédération hospitalière de France
FST	Formation spécialisée transversale
GHT	Groupements hospitaliers de territoires
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de santé publique
HERA	Health emergency response authority
IDE	Infirmier(ère) diplômée d'état
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INRIA	Institut national de recherche en informatique et en automatique
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MIDAS	Models of infectious disease agent study
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques

OMS	Organisation mondiale de la santé
Orsan-REB	Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles pour le risque épidémique et biologique
PACS	Post-acute sequelae of COVID-19
PCA	Plan de continuité des actions
PES	Professionnels en établissement de santé
PIB	Produit intérieur brut
PME	Petites et moyennes entreprises
PMSM	Premiers secours en santé mentale
PS	Professionnels de santé
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SAGE	Scientific advisory group for emergencies
SDRA	Syndrome de détresse respiratoire sévère
SGDSN	Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale
SHA	Solution hydro-alcoolique
SI	Système d'information
SPF	Santé publique France
SPST	Services de prévention et de santé au travail
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
TAP	Tester-alerter-protéger
TPE	Très petite entreprise
UE	Union Européenne

Graphiques

Graphique 1 :	Nombre cumulé de décès attribuables à la Covid-19 au 1 ^{er} mars 2021	4
Graphique 2 :	Excès de mortalité par million d'habitants depuis le choc initial de la crise jusqu'au 31/12/2020	6
Graphique 3 :	Excès de mortalité et chute du PIB	7
Graphique 4 :	Evolutions du PIB et du revenu disponible en 2020, en comparaison avec la crise financière de 2008	8
Graphique 5 :	Mortalité cumulée par million d'habitants	38
Graphique 6 :	Evolution de l'excès de mortalité cumulé, en décès pour 100 000 habitants	40
Graphique 7 :	Les deux vagues épidémiques mesurées en excès de mortalité	41
Graphique 8 :	Intensité de la crise dans chaque pays, en première et deuxième période	43
Graphique 9 :	Excès de mortalité par catégorie d'âge au 31/12/2020	47
Graphique 10 :	Excès de mortalité pour 100 000 habitants chez les plus de 85 ans	47
Graphique 11 :	Activité hospitalière en 2020 par rapport à 2019 (nombre de courts séjours, hors hospitalisations de jour)	52
Graphique 12 :	Nombre de séjours avec au moins un acte d'endoscopie digestive ou d'endoscopie bronchique/ORL par mois de sortie	52
Graphique 13 :	Contraction du PIB en 2020 (estimations ou résultats)	57
Graphique 14 :	Évolution du PIB depuis 2019	58
Graphique 15 :	Activité économique en 2020 par rapport au 4 ^{ème} trimestre 2019 (base 100)	59
Graphique 16 :	Prévisions de croissance pour 2021	59
Graphique 17 :	Chute du PIB et excès de mortalité	60
Graphique 18 :	Chute du PIB versus chute de l'emploi, pendant la crise financière (2009) et celle de la Covid-19 (2020)	61
Graphique 19 :	Patrimoine liquide des ménages en 2020 par rapport au patrimoine de 2019	62
Graphique 20 :	Evolution de la dette publique entre 2007 et 2021/2022	64
Graphique 21 :	Evolution de la richesse par habitant (PIB / tête) en comparaison avec l'Allemagne	65
Graphique 22 :	Évolution du taux de chômage aux prochains trimestres	66
Graphique 23 :	Baisse des taux d'emploi par rapport au 4 ^{ème} trimestre 2019	67
Graphique 24 :	Durée des fermetures complètes ou partielles d'écoles	69
Graphique 25 :	Chronologie de la gestion de crise au cours du premier trimestre 2020	77
Graphique 26 :	Comparaison des scores de complétude des plans pandémie grippale	81
Graphique 27 :	Évolution du niveau des stocks stratégiques	84
Graphique 28 :	Nombre de tests réalisés par jour pour 100 000 habitants, 30 jours après qu'un pays ait atteint le seuil de 10 décès par million d'habitants	86
Graphique 29 :	Comparaison du nombre de tests RT-PCR réalisés en France et en Allemagne entre mars et juin 2020	88
Graphique 30 :	Séquence des interventions gouvernementales en matière sanitaire (France)	91
Graphique 31 :	Ecart (en jours) entre les dates de mises en œuvre des mesures de restriction de la mobilité et la date de flambée de l'épidémie	92
Graphique 32 :	Evolution du taux de reproduction effectif (Re) au cours du confinement et au-delà	93
Graphique 33 :	Nombre de lits en soins intensifs pour 100 000 habitants	94

Graphique 34 :	Activité des professionnels de santé libéraux pendant le premier confinement (S13 à S19) et sur l'ensemble de la période du 15 mars au 31 décembre 2020	97
Graphique 35 :	Corrélation entre indice mesurant le confinement et la mobilité moyenne pendant la première vague épidémique	106
Graphique 36 :	Chute du PIB et ampleur du confinement au premier semestre 2020	107
Graphique 37 :	Impact d'une augmentation de la sévérité des mesures de restriction et d'une annonce de décès par millions d'habitants sur la mobilité moyenne lors de la première vague	108
Graphique 38 :	Efficacité des prestations sociales par rapport à leur poids dans le PIB	109
Graphique 39 :	Proportion de salariés en activité partielle en mai 2020 (demandes déposées et utilisation effective)	110
Graphique 40 :	Couverture de la population par les assurances complémentaires de santé	111
Graphique 41 :	Séquence des interventions gouvernementales en matière économique (France)	113
Graphique 42 :	Déclarations d'adoption des gestes barrières	118
Graphique 43 :	Respect de la consigne d'isolement dès l'apparition de symptômes	119
Graphique 44 :	Nombre de tests RT-PCR effectués par jour / semaine	119
Graphique 45 :	Evolution des délais de restitutions des résultats de test	120
Graphique 46 :	Taux de détection par rapport au nombre de cas estimés de personnes COVID+	121
Graphique 47 :	Nombre de téléchargements pour 100 habitants des applications de lutte contre la circulation du virus (en septembre 2020)	122
Graphique 48 :	Degré de confiance dans les capacités du gouvernement à gérer la crise sanitaire	124
Graphique 49 :	Nombre de cas positifs diagnostiqués et nombre d'hospitalisations pour COVID par jour	125
Graphique 50A :	Interventions non pharmaceutiques implémentées à partir Février 2020 et en rapport avec la mortalité quotidienne attribuable au COVID-19 en Europe Centrale	131
Graphique 50B :	Interventions non pharmaceutiques implémentées à partir Février 2020 et en rapport avec la mortalité quotidienne attribuable au COVID-19 en Europe Centrale et aux États-Unis	132
Graphique 51 :	Nombre de jours écoulés entre la date de franchissement du seuil de 0,1 décès confirmé du COVID par million d'habitants et la date de mise en œuvre des mesures nationales de réduction de la mobilité	133
Graphique 52 :	Degré de restriction et mobilité moyenne pendant la deuxième vague, en comparaison avec la première vague	133
Graphique 53 :	Impacts des interventions non pharmaceutiques d'une part et du nombre de décès d'autre part sur la mobilité moyenne pendant la deuxième vague	134
Graphique 54 :	Degré de restrictivité des mesures et chute du PIB au 4 ^{ème} trimestre 2020	136
Graphique 55 :	Perte d'activité dans les différents secteurs économiques en avril et en novembre 2020	137
Graphique 56 :	Evolution des indicateurs de suivi de l'épidémie	139
Graphique 57 :	Nombre de doses administrées pour 100 habitants au 28 février 2021	151

Tableaux

Tableau 1 :	Décès des principales épidémies et canicules depuis le début du XX ^{ème} siècle	38
Tableau 2 :	Excès de mortalité pendant la première vague épidémique	39
Tableau 3 :	Couverture des dépenses publiques – obligatoires par rapport à l'ensemble des dépenses	111
Tableau 4 :	Comparaison des stratégies vaccinales en Europe	147

Encadrés

Encadré 1 :	Le « Covid long »	45
Encadré 2 :	La mortalité dans les EHPAD et résidences pour seniors	48
Encadré 3 :	Le « gradient social » du virus en comparaison internationale	51
Encadré 4 :	Les retards de diagnostic de cancer au Royaume-Uni	53
Encadré 5 :	Efficacité des INP : ce que dit la littérature scientifique	55
Encadré 6 :	De « nouveaux publics de l'aide alimentaire ? »	71
Encadré 7 :	Le calendrier de l'alerte internationale	75
Encadré 8 :	Les trois niveaux d'alerte en gestion de crise	76
Encadré 9 :	Une explication au manque de préparation	82
Encadré 10 :	Les avantages de l'organisation allemande en matière de biologie médicale	88
Encadré 11 :	Comparaisons internationales relatives aux capacités de soins critiques	94
Encadré 12 :	Les demandes formulées aux ARS en situation de crise	101
Encadré 13 :	La prise en charge des soins pendant la crise	112
Encadré 14 :	Les mesures entraînées par les différents niveaux d'alerte	124
Encadré 15 :	Confiance et implication des citoyens, les leçons du VIH	127
Encadré 16 :	L'exemple norvégien, des données imparfaites mais éclairantes	138
Encadré 17 :	Une stratégie d'éradication du virus serait-elle envisageable ?	143

Annexes

Annexe 1A :	Méthodes et Indicateurs sanitaires de la pandémie en France et parmi une sélection de pays Européens et extra-Européens du 01.01.2020 au 31.12.2020
Annexe 1B :	Description et mesures d'impact des interventions non-pharmaceutiques sur la pandémie COVID-19 en France et parmi une sélection de pays Européens et extra-Européens du 01.01.2020 au 31.12.2020
Annexe 2 :	Estimation de l'impact économique des interventions non-pharmaceutiques et de la situation sanitaire COVID via la mobilité
Annexe 3 :	Analyse sociologique et socioculturelle des conséquences de la crise du Covid-19
Fiche technique 1	Comparaison internationale des plans pandémie
Fiche technique 2	Les systèmes d'information et la gestion de la crise du COVID