



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RAPPORT D'ÉTAPE

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

13 octobre 2020



SYNTHÈSE

La Mission remettra son rapport final au mois de décembre 2020. Le présent rapport d'étape présente la méthodologie de travail, expose les premiers constats et analyses quantitatives, qui seront approfondis par la suite, et appelle l'attention des pouvoirs publics sur plusieurs points.

En date du 25 juin 2020, le Président de la République a souhaité que soit installée une Mission indépendante d'évaluation de la réponse française à la crise sanitaire engendrée par l'épidémie de Covid-19, dans une triple dimension sanitaire, économique et sociale.

L'objectif poursuivi est de dresser un diagnostic des forces et faiblesses des dispositifs d'alerte et de gestion de crise sanitaire en France, dans une perspective de comparaison internationale, afin d'en tirer des enseignements et préconisations pour l'avenir. Il s'agit d'évaluer la rapidité, la pertinence et la proportionnalité de la réponse. Une telle démarche implique de définir et de comparer des indicateurs s'appuyant sur la constitution de bases de données internationales, de procéder à des analyses qualitatives de la gestion de crise et de ses répercussions. Elle impose de mettre en regard chaque décision avec l'état des connaissances scientifiques de l'instant.

Les premiers travaux de la Mission, qui doivent être approfondis et détaillés, apprécient l'impact sanitaire de la pandémie par l'excès de mortalité, défini comme la différence entre la mortalité observée et la mortalité attendue, en tenant compte de la structure démographique de chaque pays. Sous réserve d'analyses complémentaires, en matière d'excès de mortalité, la France occuperait une position intermédiaire par rapport à ses voisins européens.

Le nombre de jours passés au-dessus du seuil de 1 décès d'un patient atteint de Covid-19 par million d'habitants fournit une autre indication concernant la sévérité de la crise dans un pays donné et l'impact des interventions publiques sur la situation sanitaire. Ce seuil a été dépassé en Autriche pendant 34 jours, contre 44 jours en Allemagne, 56 jours en Suisse et 68 jours en France. Ce seuil a été dépassé pendant plus de 90 jours au Royaume-Uni, en Italie, en Espagne et en Suède. Pour ce qui est des États-Unis, ce seuil a été dépassé pendant plus de 180 jours.

Du point de vue économique, la chute du produit intérieur brut (PIB) présente une hétérogénéité marquée entre les pays. Alors que la France se situe dans une position intermédiaire en matière de surmortalité, elle présente une chute du PIB particulièrement forte, du même ordre que celle constatée au Royaume-Uni, en Espagne et en Italie. Les écarts de perte de production entre pays semblent liés, pour l'essentiel, à l'intensité des mesures de confinement (durée, périmètre et ampleur).

Les différences sectorielles n'expliquent que peu les différences de contraction de PIB entre pays au premier semestre 2020. L'activité a chuté dans tous les secteurs et de manière sensiblement plus marquée en France, Italie, Espagne et Royaume-Uni qu'en Allemagne et dans les pays du Nord de l'Europe. L'un des principaux facteurs explicatifs réside dans la temporalité et l'intensité initiale de la crise pour chaque pays.

À ce stade des travaux de la Mission, la gestion des conséquences économiques de la crise sanitaire apparaît satisfaisante. En France comme dans le reste de la zone euro, grâce aux dispositifs d'activité partielle, l'emploi a, à ce jour, bien résisté au regard de l'ampleur du choc sur l'activité économique.

Les annonces de soutien aux entreprises ont été d'une ampleur similaire aux autres pays étudiés, prenant en France plus souvent la forme de prêts et garanties que de subventions comme en Allemagne. Il est néanmoins difficile de se prononcer sur ce que sera le coût de ces mesures car il dépendra du recours à l'activité partielle, aux garanties d'État et du devenir des reports de charge. Par ailleurs, il apparaît à ce stade que ces dispositifs n'ont pu empêcher certaines inégalités de s'accroître pendant la période.

Les premiers constats relatifs aux modalités de gestion de la crise sanitaire soulignent la forte mobilisation et la réactivité des acteurs du système de santé français, des citoyens et des administrations face à une crise d'une ampleur et d'une gravité sans précédent. Ils conduisent aussi à rappeler l'atout que constitue l'existence d'un système de protection sociale fort.

Le système hospitalier a témoigné d'une grande capacité d'adaptation. Cet effort considérable d'adaptation et de mobilisation des personnels n'est pas forcément aisément renouvelable dans les mois à venir et devra donner lieu à un retour d'expérience complet. La Mission poursuit ses travaux sur les conditions de prise en charge au sein du secteur médico-social (EHPAD et établissement accueillant des personnes en situation de handicap).

Les premiers constats de la Mission mettent en évidence des défauts manifestes d'anticipation, de préparation et de gestion.

La Mission souligne ainsi le déclin progressif du degré de priorité accordé à la prévention des pandémies au cours de la dernière décennie, concourant à une moindre préparation et vigilance au risque. La dynamique de l'épidémie a pris de vitesse tant les systèmes de surveillance sanitaire que les entités chargées de l'anticipation et du déploiement des contre-mesures. Le retard d'appréciation a été d'autant plus pénalisant que la croissance du nombre des hospitalisations s'est avérée de type exponentiel.

La disponibilité des masques a pâti des hésitations sur leur doctrine d'emploi et d'insuffisances graves de gestion.

Pour sa part, la montée en charge de la capacité de tests a souffert initialement d'un retard dans leur déploiement à grande échelle. Aujourd'hui plusieurs questions se posent : la stratégie de priorisation, les délais de restitution des résultats et leur utilisation opérationnelle en vue du contrôle de l'épidémie (traçage, isolement).

La crise a révélé des faiblesses structurelles dans la gouvernance, que la Mission entend examiner dans la suite de ses travaux :

- déploiement heurté du processus de gestion de crise notamment au niveau interministériel ;
- organisation complexe des relations entre le ministère chargé de la santé et les agences et instances qui l'entourent ;
- fragilité des administrations et agences en matière d'approvisionnement et logistique ;
- difficultés d'articulation entre agences régionales de santé et préfetures.

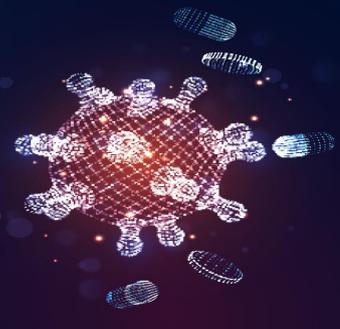
Enfin, la communication gagnerait à être améliorée. La confiance a été ébranlée au début de la crise par les polémiques sur les masques puis, dans une moindre mesure, sur les tests. Les changements du discours officiel sur leur emploi ont conduit à ce qu'il soit perçu comme contradictoire par une partie de la population. À ces éléments se sont ajoutés un manque de pédagogie sur la pertinence des mesures mises en œuvre, un appel réduit à la responsabilité des citoyens et une communication insuffisamment tournée vers les jeunes.

À ce stade des investigations, et alors que s'est amorcé un rebond de l'épidémie en France comme dans le reste de l'Europe, la Mission attire l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de :

- faire partager une claire conscience du contexte (vivre durablement avec le virus) et transformer la communication ;
- mieux asseoir la légitimité des décisions en matière sanitaire ;
- assumer clairement que les tests ont vocation à casser les chaînes de transmission ;
- mener une politique volontariste pour accroître la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière et préparer la mise en œuvre d'un éventuel vaccin anti-Covid-19 ;
- organiser le partage d'information entre agences régionales de santé et établissements de santé de manière à garantir la prise en charge de l'ensemble des patients ;
- rassurer sur la sécurité au travail et accélérer le déploiement du numérique dans le secteur public ;
- engager sans tarder une étude approfondie sur la question des reports de soins.

La Mission poursuit ses travaux et remettra son rapport final au mois de décembre 2020. Ce rapport constituera la réponse à la demande de l'Organisation mondiale de la Santé de disposer d'une telle évaluation de la gestion de crise dans chaque État partie à l'Assemblée mondiale de la Santé.

TABLE DES MATIERES



SYNTHÈSE	2
1. CADRAGE DES TRAVAUX DE LA MISSION	7
1.1. Une approche interdisciplinaire afin de dresser un diagnostic structurel des dispositifs d'alerte et de gestion de la crise	7
1.2. Méthodologie d'évaluation	7
1.2.1. <i>Analyse quantitative d'indicateurs d'impact sanitaire de la pandémie</i>	8
1.2.2. <i>Analyse des relations entre données sanitaires et socio-économiques</i>	8
1.2.3. <i>Analyse sociologique des conséquences de la crise</i>	8
1.2.4. <i>Analyse comparative internationale des plans pandémie grippe</i>	9
1.2.5. <i>Analyse qualitative de la gestion de crise</i>	10
1.3. Calendrier des travaux	10
2. PREMIERS ENSEIGNEMENTS DES TRAVAUX INITIÉS	11
2.1. Premiers résultats de l'analyse quantitative et comparative de l'impact sanitaire, économique et social de la crise	11
2.1.1. <i>Premières données de morbidité et mortalité corrigées</i>	11
2.1.2. <i>Impacts socio-économiques de la crise approchés par plusieurs indicateurs</i>	18
2.2. Premiers constats sur la gestion de crise et les interrogations soulevées	26
2.2.1. <i>Dans l'urgence, le système hospitalier a témoigné d'une grande capacité d'adaptation</i>	26
2.2.2. <i>La création du Conseil scientifique a pallié la difficulté du décideur public à mobiliser l'expertise scientifique en tant qu'outil d'aide à la décision</i>	27
2.2.3. <i>Une gestion des conséquences économiques de la crise sanitaire plutôt satisfaisante en comparaison internationale</i>	28
2.2.4. <i>Un déclin progressif du degré de priorité accordé à la prévention des pandémies au cours de la dernière décennie</i>	30
2.2.5. <i>La dynamique de l'épidémie a pris de vitesse tant les systèmes de surveillance sanitaire que les organes chargés de l'anticipation et du déploiement des contre-mesures</i>	31
2.2.6. <i>La disponibilité des masques a pâti des hésitations sur leur doctrine d'emploi et d'insuffisances graves de gestion</i>	32
2.2.7. <i>La lente montée en charge des tests et une stratégie du « tester/tracer/isoler » dont la mise en œuvre est préoccupante</i>	33
2.2.8. <i>La gouvernance de la gestion de crise sanitaire a révélé des faiblesses structurelles</i>	34
2.2.9. <i>Une communication perfectible</i>	35
3. DANS L'IMMÉDIAT, PLUSIEURS POINTS APPELLENT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE.....	36
3.1. Faire partager une claire conscience du contexte (vivre durablement avec le virus) et transformer la communication	36
3.2. Mieux asseoir la légitimité des décisions en matière sanitaire	37
3.3. Assumer clairement que les tests ont vocation à casser les chaînes de transmission	37
3.4. Mener une politique volontariste pour accroître la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière et préparer la mise en œuvre d'un éventuel vaccin anti-Covid	38
3.5. Organiser le partage d'information entre ARS et établissements de santé de manière à garantir la prise en charge de l'ensemble des patients	38
3.6. Rassurer sur la sécurité au travail	39
3.7. Engager sans tarder une étude approfondie sur la question des reports de soins	39

MEMBRES DE LA MISSION

Pr. Didier PITTET (Président)

Mme Laurence BOONE
Mme Anne-Marie MOULIN
M. Raoul BRIET
Dr. Pierre PARNEIX

Avec le concours de François AUVIGNE (Inspection générale des finances - IGF), Sarah SAUNERON (IGF), Cristobal NAVARRO (stagiaire, IGF), Philippe BURNEL (Inspection générale des affaires sociales – IGAS), Clément HARTMANN (interne en pharmacie, IGAS), 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)

1. CADRAGE DES TRAVAUX DE LA MISSION

1.1. Une approche interdisciplinaire afin de dresser un diagnostic structurel des dispositifs d'alerte et de gestion de la crise

En date du 25 juin 2020, le Président de la République française a souhaité que soit installée une Mission indépendante d'évaluation de la réponse française à la crise sanitaire engendrée par l'épidémie de Covid-19, dans une triple dimension sanitaire, économique et sociale, et en comparaison avec les données internationales.

La composition de cette Mission offre une perspective pluridisciplinaire, réunissant le Professeur Didier PITTET, médecin, épidémiologiste, spécialiste de maladies infectieuses et prévention du risque infectieux aux hôpitaux universitaires et faculté de médecine de Genève, président de la Mission, Madame Laurence BOONE, cheffe économiste de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), Madame Anne-Marie MOULIN, philosophe-médecin au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Monsieur Raoul BRIET, président de chambre à la Cour des comptes et le Docteur Pierre PARNEIX, médecin de santé publique au Centre hospitalier universitaire de Bordeaux.

L'objectif poursuivi est de dresser un diagnostic structurel des forces et faiblesses des dispositifs actuels d'alerte et de gestion de crise en France, dans une perspective de comparaison internationale, afin d'en tirer des enseignements et préconisations pour l'avenir. Les thèmes d'investigation embrassent un champ large :

- préparation de la France à une pandémie ;
- gestion de la crise en analysant aussi bien la chronologie des décisions que les enjeux de gouvernance ou de communication ;
- bilan comparé de l'impact sanitaire, économique et social de la crise sur un panel de pays.

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 » acté par la 73^e Assemblée mondiale de la Santé.

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

1.2. Méthodologie d'évaluation

Le travail d'évaluation s'attache 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.

1.2.1. Analyse quantitative d'indicateurs d'impact sanitaire de la pandémie

Cet axe d'évaluation concerne l'impact sanitaire de la pandémie dans un certain nombre de pays, afin d'apprécier la pertinence des mesures sanitaires mises en œuvre.

Dans cet objectif, la Mission constitue deux bases de données complémentaires :

- d'une part, une base spécifique à la situation française, comparant l'évolution dans le temps et pour chaque département et territoire, métropolitains et ultra-marins, des indicateurs sanitaires ;
- d'autre part, une banque de données visant à comparer les résultats français à ceux d'un large panel de pays. Comparer l'impact sanitaire se heurte néanmoins à plusieurs difficultés : chaque pays n'a pas été frappé par le même choc pandémique initial ; il n'est pas au même stade de l'épidémie au moment de l'évaluation ; il n'utilise pas nécessairement la même méthodologie de comptabilisation des décès. Les données disponibles en matière de mortalité globale, secondaire et attribuable, doivent être ainsi appréciées en tenant compte de ces différents facteurs.

L'analyse de ces bases devrait permettre d'établir de possibles relations, corrélations ou associations, afin d'étudier les facteurs explicatifs potentiels des performances sanitaires observées et de les comparer à l'international.

1.2.2. Analyse des relations entre données sanitaires et socio-économiques

Il s'agit ici de rapprocher « résultats sanitaires » et « coûts économiques et sociaux » pour chaque pays étudié afin d'identifier ceux présentant les meilleures performances globales, puis d'étudier les facteurs pouvant les expliquer.

La relation entre données socio-économiques et sanitaires est à double sens. Elle tient d'un côté à l'impact des conditions socio-économiques préexistantes sur la prévalence du virus et les taux de mortalité observés ; de l'autre à l'impact de la crise sanitaire, et notamment du confinement, sur l'économie et la société. Ce dernier impact résulte d'abord de l'arrêt d'une partie de l'activité économique sous l'effet du confinement ou de la maladie. Il peut être évalué en matière de baisse de production, d'investissement et d'échanges commerciaux, et de consommation. Il se traduit en perte de revenus et de détérioration du marché du travail et d'un accroissement des inégalités. Au-delà de la rigueur et durée du confinement, des variables explicatives des résultats sanitaires et économiques observés telles que structure de l'économie, structure géographique ou démographique, qualité du dialogue social et de la confiance dans les institutions seront explorées. Les effets des politiques économiques mises en œuvre pour atténuer les impacts économiques de la crise sanitaire seront analysés. Par ailleurs, les effets sur l'activité économique et sociale des fermetures de frontières et des mesures de restriction de mobilité entre pays seront appréciés.

1.2.3. Analyse sociologique des conséquences de la crise

Cette analyse s'appuie sur la littérature récente et sur les premiers résultats de recherches en cours, ainsi que sur des enquêtes qualitatives menées auprès d'acteurs de terrain.

Une approche sectorielle intéresse 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.

Par ailleurs, des entretiens sont effectués selon une approche territoriale en Seine-Saint-Denis (observatoire territorial) afin de faire ressortir les demandes et les besoins des quartiers défavorisés. Dans ce deuxième cas, les interlocuteurs sont principalement les représentants des collectivités territoriales, des associations locales et des collectifs citoyens. Ce volet permet d'analyser l'expérience sociale dans le cadre d'un territoire associant un taux de mortalité élevé et des initiatives citoyennes qui visent à pallier les faiblesses de l'intervention publique.

Cette double approche vise à appréhender au mieux les conséquences négatives des mesures sanitaires et économiques sur la vie quotidienne et à identifier les mécanismes de solidarité qui se sont développés de façon innovante pour remédier aux difficultés vécues par les citoyens. Elle permet de faire émerger des problèmes spécifiques à des secteurs ou à l'intervention d'un réseau d'acteurs locaux.

L'analyse de l'expérience sociale de la crise permet 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.

L'objectif est de faire émerger des expériences concrètes, des problèmes et des actions liés à la crise sanitaire que les politiques ont méconnus ou oubliés.

Ces travaux permettront d'apprécier l'ensemble des mesures de protection de la santé, en particulier celles qui concernent les personnes les plus démunies (conditions d'habitat et morbidités spécifiques) et aussi celles qui sont fragilisées par la crise sanitaire (travailleurs indépendants et du secteur informel) : interventions sur l'habitat, aides pour une meilleure alimentation (accès aux marchés alimentaires et aux cantines scolaires), amélioration des transports et accès à des dispositifs d'aide psychologique (médicalisation et renforcement des moyens des dispositifs existants, s'appuyant notamment sur les associations).

1.2.4. Analyse comparative internationale des plans pandémie grippe

La comparaison de la gestion de la crise entre pays nécessite d'évaluer leur niveau de préparation au risque pandémique. Cette analyse est possible directement à partir de publications scientifiques portant sur des zones géographiques, mais aussi en complétant cette source par une évaluation spécifique de certains plans pandémie, en particulier de plans concernant la grippe, qui sont apparus comme les plus élaborés. Une dizaine de plans d'États sont ainsi en cours d'analyse par la Mission¹.

¹ 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.

En outre, l'analyse des actions des États pose la question du cadre multilatéral dans lequel elles s'inscrivent. Il s'agit principalement du règlement sanitaire international (RSI), adopté par 196 États pour prévenir la propagation internationale des menaces sanitaires, tout en limitant les entraves au trafic international, et de sa mise en œuvre pendant la présente pandémie : messages d'alerte et préconisations émises par l'OMS. De même, l'implication au cours des derniers mois des autorités européennes, dont notamment celle de la commission européenne, sera appréciée.

1.2.5. Analyse qualitative de la gestion de crise

Afin de croiser les expériences, la Mission réalise des auditions multiples : acteurs du système de santé, acteurs institutionnels, chercheurs, représentants des usagers du système de santé, réseau diplomatique, dirigeants d'entreprise, associations et membres de la société civile, etc.². Elle a aussi proposé aux représentants des professionnels et établissements de santé, aux organisations syndicales et aux associations de collectivités territoriales de transmettre une contribution écrite sur leur analyse de la gestion de la pandémie.

Ces éléments sont complétés par un examen des documents administratifs mis à disposition de la Mission, permettant d'établir la chronologie et d'identifier les déterminants des décisions prises par les autorités.

Chaque fois que possible, les exemples internationaux viseront à éclairer l'analyse. La Mission a pris l'attache des missions étrangères semblables à la présente (suédoise, néerlandaise, belge, danoise, etc.) pour bénéficier de leur analyse des forces et faiblesses de la préparation et de la réponse mise en œuvre dans leur pays. Elle s'entretiendra également avec les représentants des autorités allemandes, nationales et fédérales, ainsi que de leur système de santé (Institut Robert Koch, Hôpital de la Charité de Berlin).

*

* *

La Mission s'appuiera sur l'état des connaissances scientifiques à l'échéance du rapport final, mettant en évidence les évolutions et avancées intervenues au cours des derniers mois.

1.3. Calendrier des travaux

Le rapport de la Mission sera remis au Président de la République au mois de décembre 2020. À cette date, la pandémie et ses effets sanitaires et socio-économiques seront toujours en cours. Des travaux d'évaluation complémentaires pourraient utilement être réalisés en 2021, mobilisant d'autres dispositifs pour approfondir et prolonger le présent travail.

² À la date du présent rapport, 55 auditions de 106 audités ont été réalisées.

2. PREMIERS ENSEIGNEMENTS DES TRAVAUX INITIÉS

2.1. Premiers résultats de l'analyse quantitative et comparative de l'impact sanitaire, économique et social de la crise

2.1.1. Premières données de morbidité et mortalité corrigées

Le parangonnage des pays par rapport à leur performance dans le contrôle de la propagation du virus et de la sévérité de la crise pandémique Covid-19 est important pour évaluer la gestion de la crise. Toutefois, ce parangonnage est fondé le plus souvent sur des mesures fragiles, car dépendantes des politiques de dépistage et de collecte des données. Il est donc nécessaire de comparer les pays au moyen d'un outil plus robuste. L'excès de mortalité est l'un de ces indicateurs, permettant de comparer la mortalité au cours d'une semaine donnée à une période de référence incluant les cinq années précédentes. Cet indicateur, comprenant la totalité des décès, n'est pas influencé par les stratégies diagnostiques ou de rapport des cas. Cependant, il peut être sensible à des « événements confondants » de nature à brouiller l'analyse, tels que les épidémies annuelles de grippe. Est examinée ici la situation de la France ainsi que d'un panel d'autres pays européens et des États-Unis en regard des taux de mortalité brute et d'excès de mortalité. Les données sont collectées *via* des banques de données disponibles dans le domaine public³.

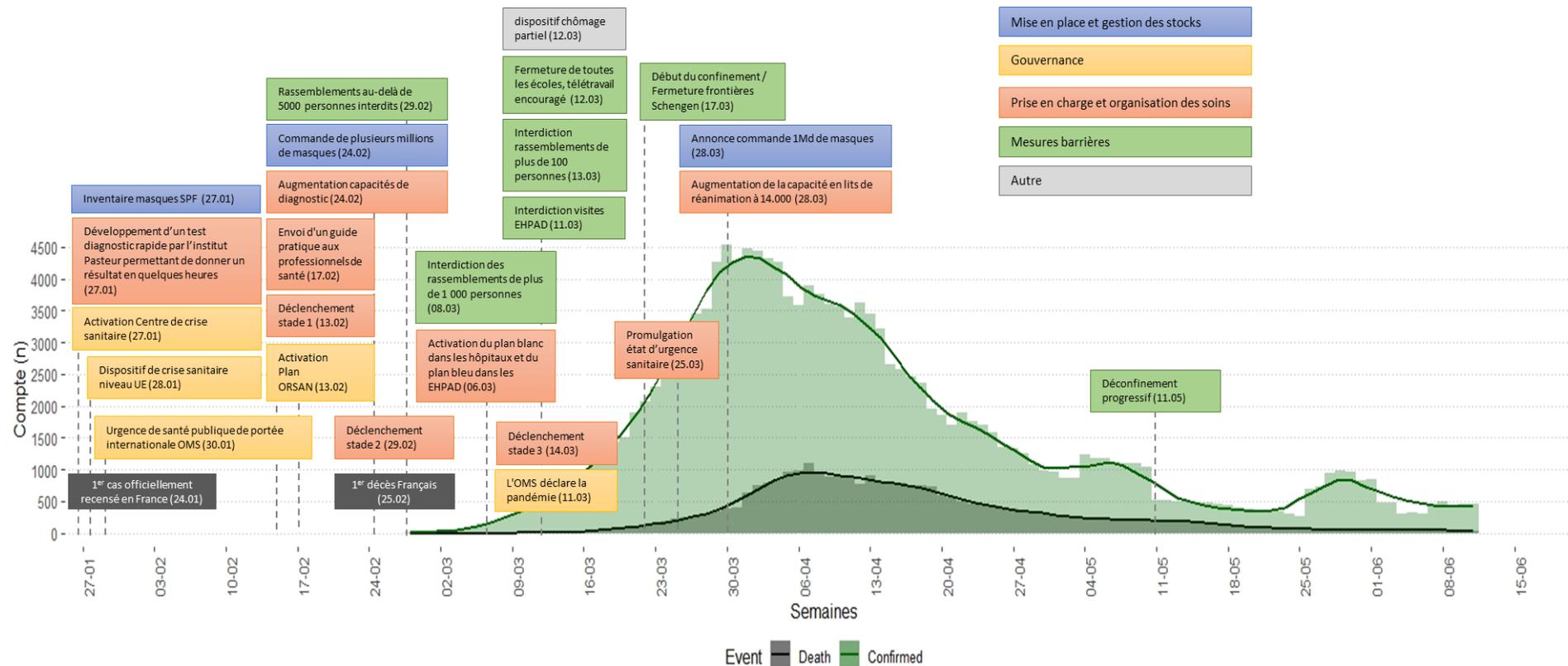
En superposant la chronologie des différentes interventions gouvernementales et les courbes de cas confirmés et des décès au cours de la période donnée (Graphique 1a), il apparaît que l'essentiel des mesures sanitaires a été décidé au début même de la crise pandémique. Pour rappel, l'effet des mesures mises en place se reflète généralement sur la courbe du nombre des nouveaux cas avec un délai moyen de 2-3 semaines et sur la courbe des décès avec un délai moyen de 4-5 semaines.

En superposant la chronologie des principales interventions en matière de politique économique et l'évolution de la mobilité – une représentation à la fois des mesures de restriction sur la mobilité et de l'effet des conditions sanitaires sur le comportement – (Graphique 1b), il apparaît que le calendrier de mise en œuvre des mesures de soutien à l'emploi et aux entreprises au sens large, en France et au niveau européen, a été rapide. Les mesures sectorielles ne seront intervenues que plus tard, en sortie de confinement, pour amortir le choc sur les secteurs les plus touchés par les mesures pour lutter contre la poursuite de l'épidémie.

La Mission s'attachera à élaborer des graphiques similaires pour d'autres pays européens afin de comparer la séquence des interventions au sein des différents pays.

³ Les données démographiques sont collectées essentiellement à partir des informations de la Banque mondiale et de l'ONU pour les catégories d'âge. Les données relatives aux cas et aux décès attribués au Covid-19 sont collectées depuis ECDC. Les courbes de mortalité et cas confirmés sont lissées par des moyennes glissantes sur sept jours. Les mesures d'effet utilisées sont les suivantes : la mortalité brute non ajustée, catégorisée par âge, l'excès de mortalité brute et catégorisée par les classes d'âge, le P-score brut, catégorisé et standardisé par les classes d'âge. L'excès de mortalité résulte de la différence entre l'année considérée et une mortalité attendue, représentée par une moyenne des cinq dernières années (lorsque disponibles) pour chaque semaine de l'année. Le P-score corrige l'excès de mortalité par la mortalité attendue, afin de permettre une meilleure comparaison entre différentes régions ou pays. Les catégories d'âge considérées sont 0-14 ans, 15-64 ans, 65-74 ans, 75-84 ans et plus de 85 ans. La standardisation du P-score par l'âge est une moyenne pondérée du P-score pour les différentes catégories d'âge en fonction des proportions de ces catégories d'âge représentées dans chaque pays.

Graphique 1a : Séquence des interventions gouvernementales en matière sanitaire (France)

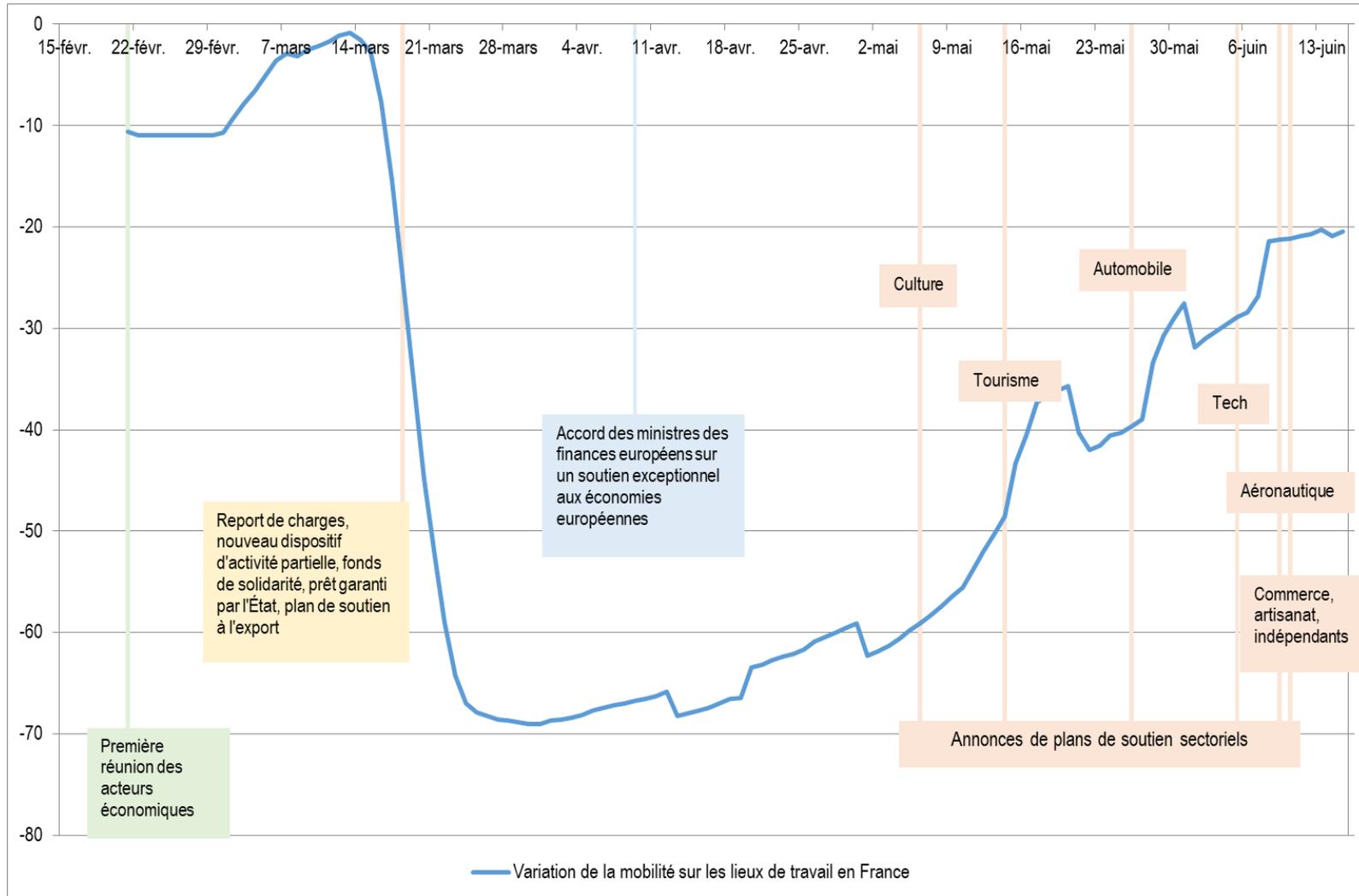


Sources: ECDC

Source : 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).

Graphique 1b : 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.

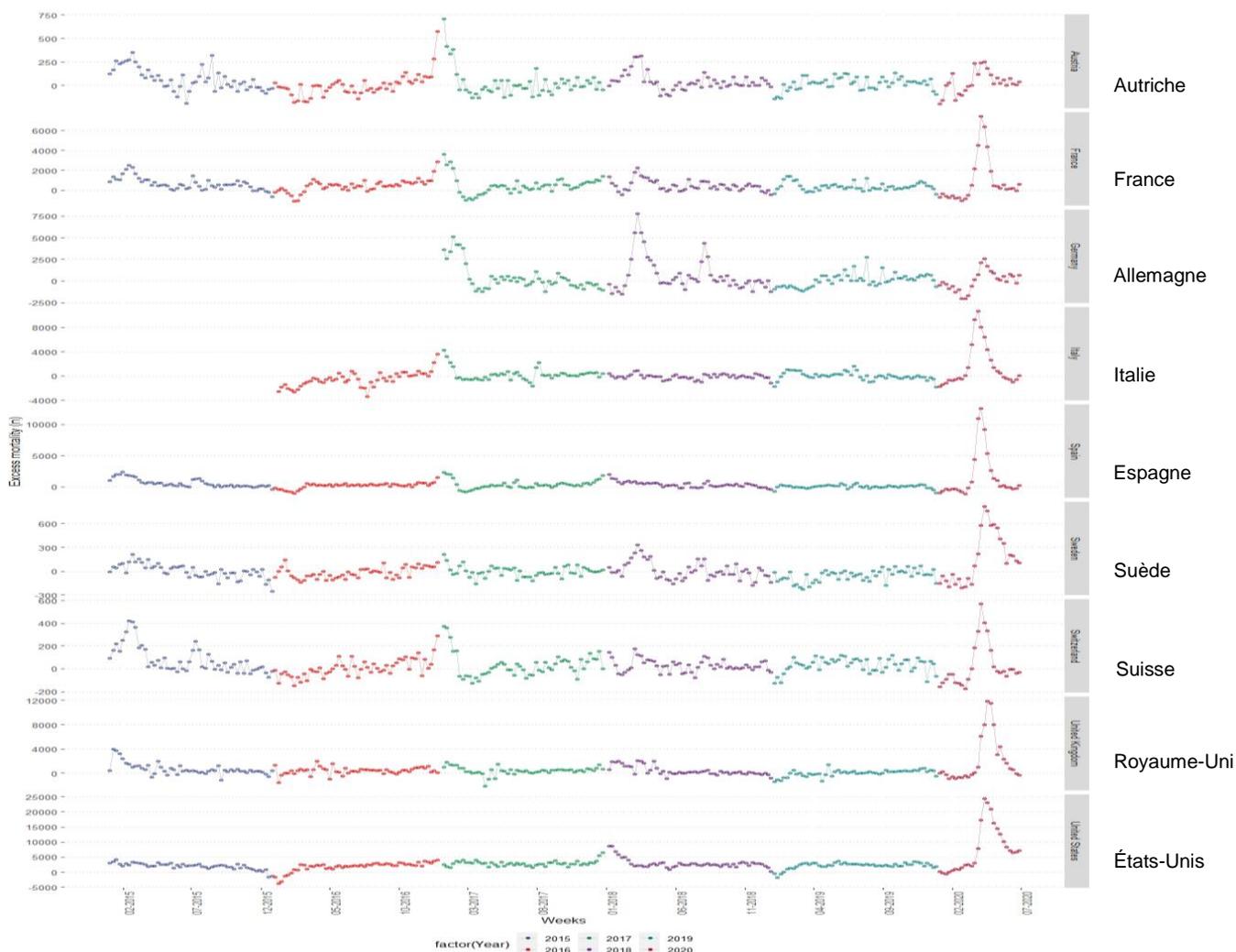
Le tableau ci-dessous résume le nombre de décès de patients atteints de Covid-19 dans différents pays, ainsi que l'excès de mortalité liée à la pandémie de Covid-19. On note une relation entre le taux de décès et l'excès de mortalité, ce qui montre que les déclarations de décès Covid-19 sont relativement homogènes d'un pays à l'autre. Ces taux sont faibles en Autriche, en Allemagne et en Suisse. Ils sont intermédiaires en France et plus élevés en Italie, Espagne, Royaume-Uni, Suède et aux États-Unis. Ces analyses ne prennent pas en compte les différences de structure démographique.

	Décès Covid-19	Décès Covid-19 par 100 000 habitants	Excès de mortalité (nombre de décès)	Excès de mortalité par 100 000 habitants
Autriche	799	9,02	1 403	15,84
Allemagne	9 500	11,4	7 552	9,10
Suisse	1 782	20,9	1 489	17,43
France	31 956	47,7	28 306	42,24
Italie	35 894	59,5	47 484	78,67
Espagne	31 791	67,7	46 742	99,58
Suède	5 893	57,6	5 197	50,80
Royaume-Uni	42 143	63,2	57 844	86,79
États-Unis	206 928	62,9	190 959	58,03
Source (1^{er} octobre 2020)	ECDC	ECDC	<i>Human Mortality Database (à compter du 1^{er} mars 2020)</i>	<i>Human Mortality Database (à compter du 1^{er} mars 2020)</i>

Note : L'excès de mortalité lié à l'épidémie de Covid-19 est calculé à partir du 1^{er} mars 2020 afin de permettre une meilleure représentation des décès en excès liés à la pandémie et d'éviter de compter les décès non attribuables, tels que ceux liés aux épidémies annuelles de grippe par exemple (voir Graphiques 2 et 3).

L'excès de mortalité est présenté de manière longitudinale année après année. Ce graphique 2 permet d'apprécier la saisonnalité de la mortalité, principalement liée à des événements répétés. Les pics d'excès de mortalité au cours des années (chaque année étant représentée par une couleur) montrent des pics répétés d'amplitude variable correspondant chaque année le plus souvent à l'épidémie de grippe annuelle. On constate des pics variables en fonction des années et des pays concernés. Les derniers pics (2020, couleur rouge) indiquent l'excès de mortalité lié à la pandémie de Covid-19.

Graphique 2 : Excès de mortalité ajustés par contrôle historique (années précédentes)



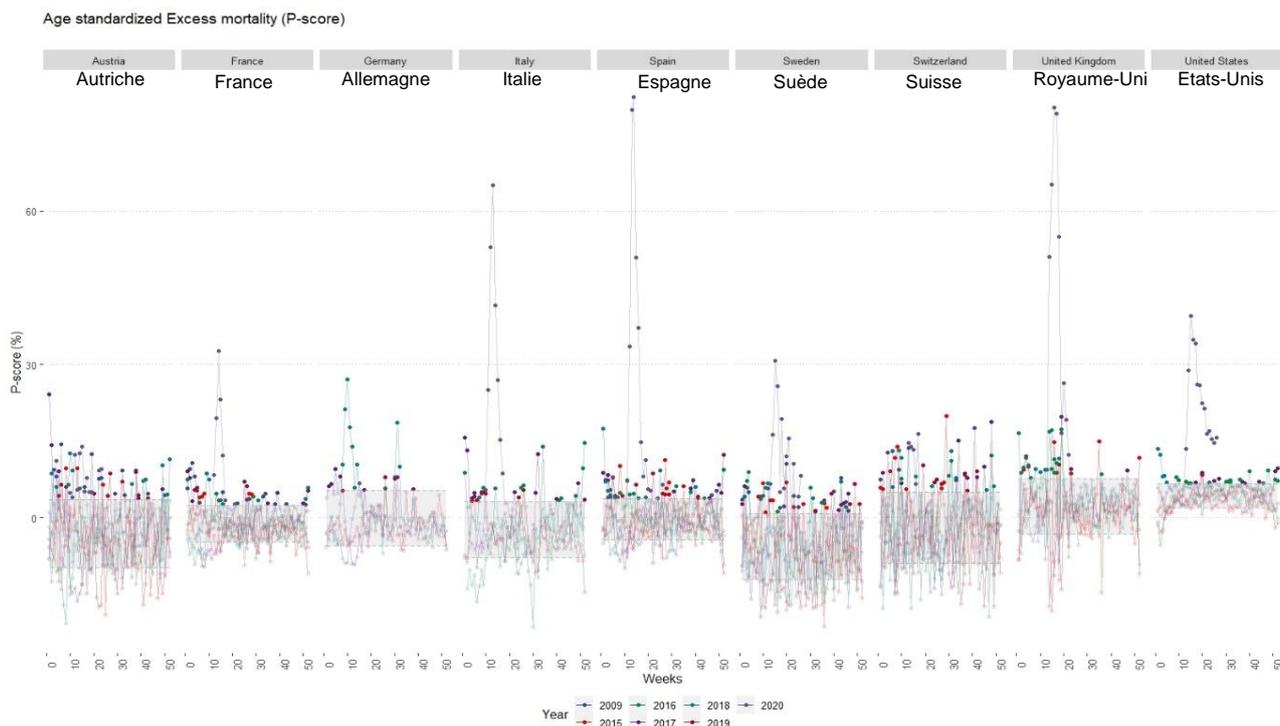
Source : Human Mortality Database

Note : Les échelles entre pays sont différentes sur l'axe des ordonnées afin de visualiser l'impact respectif des épidémies passées et de l'épisode Covid-19 pour chacun d'eux. Les courbes ne sont pas représentées pour l'Allemagne en 2015 et 2016, ni pour l'Italie en 2015, compte tenu de l'absence de données à disposition. Le faible nombre d'années considéré par la période de contrôle peut augmenter l'influence de certains événements passés (pour l'Allemagne et l'Italie) dans le calcul de l'excès de mortalité.

Cette mesure d'excès de mortalité tient compte des variations saisonnières au cours des années précédentes. Cette correction permet de prendre en compte les événements épidémiques réguliers de début d'année pour mettre en exergue l'effet additionnel de la pandémie de Covid-19. Par exemple, l'excès de mortalité observé en Allemagne en particulier en 2018 du fait de l'épidémie de grippe, réduit l'excès de mortalité apparent lié à l'épidémie de Covid-19 au premier semestre 2020.

La correction de l'excès de mortalité observée par la mortalité attendue permet de comparer plus finement l'excès de mortalité entre différents pays. Le graphique 3 illustre l'excès de mortalité, défini comme la différence entre la mortalité observée et la mortalité attendue, tenant compte de la structure démographique de chaque pays. Comme l'illustre ce graphique, l'excès de mortalité liée à l'épidémie de Covid-19 est faible en Autriche, en Allemagne et en Suisse, intermédiaire pour la France et important pour l'Italie, l'Espagne et le Royaume-Uni. La Suède et les États-Unis se caractérisent de leur côté par un excès de mortalité important mais réparti sur une plus longue période.

Graphique 3 : Estimation de l'excès de mortalité corrigée en tenant compte de la structure démographique de chaque pays



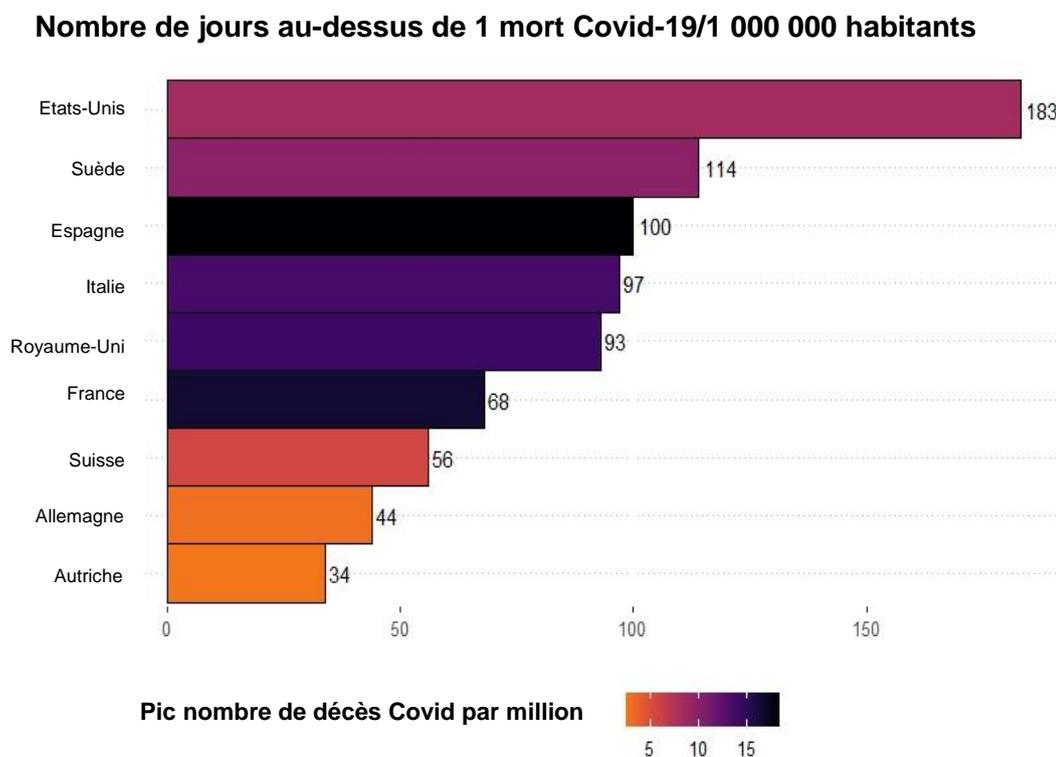
Sources : Human Mortality Database, ONU

Note : Sur l'axe des ordonnées, un P-score de 0 signifie que la mortalité en 2020 pour une semaine donnée était comparable à la moyenne des mortalités des années passées pour la même semaine. Un P-score de 100 signifie que l'excès de mortalité en 2020 était deux fois supérieur. Pour rappel, la mortalité en excès est sous-estimée en Allemagne compte tenu d'un nombre insuffisant de données comparatives et d'une épidémie annuelle de grippe associée à un excès de mortalité en 2018. Les données sont analysées au 28 juin 2020.

Le nombre de jours passés au-dessus du seuil de 1 décès d'un patient atteint de Covid-19 par million d'habitants dans les différents pays permet d'approcher à la fois la sévérité de la crise dans le pays donné et l'efficacité des politiques mises en place pour diminuer son impact. Sans préjuger d'autres variables à prendre en compte, cet indice, créé par le groupe de recherche de la Mission, donne des indications sur la réactivité et l'efficacité des mesures mises en place pour contenir la vague épidémique et protéger tant les citoyens que les hôpitaux.

Comme l'illustre le graphique 4, le seuil de 1 décès d'un patient atteint de Covid-19 par million d'habitants a été dépassé en Autriche pendant 34 jours, en Allemagne pendant 44 jours, en Suisse pendant 56 jours, en France pendant 68 jours ; ce seuil a été dépassé pendant plus de 90 jours au Royaume-Uni, en Italie, en Espagne, et en Suède. Pour ce qui est des États Unis, ce seuil a été dépassé pendant plus de 180 jours.

Graphique 4 : Durée de l'épidémie en nombre de jours au-dessus du seuil d'un décès d'un patient atteint de Covid-19 par million d'habitants



Source : ECDC, Données actualisées au 29 septembre 2020

Note : L'échelle des couleurs indique le pic du nombre de décès par million d'habitants illustré en densité d'incidence (décès par million).

Le phénomène observé et illustré dans ce graphique est pratiquement similaire lorsque l'index utilisé est respectivement 0,5, 1,0, ou 2,0 décès par million d'habitants.

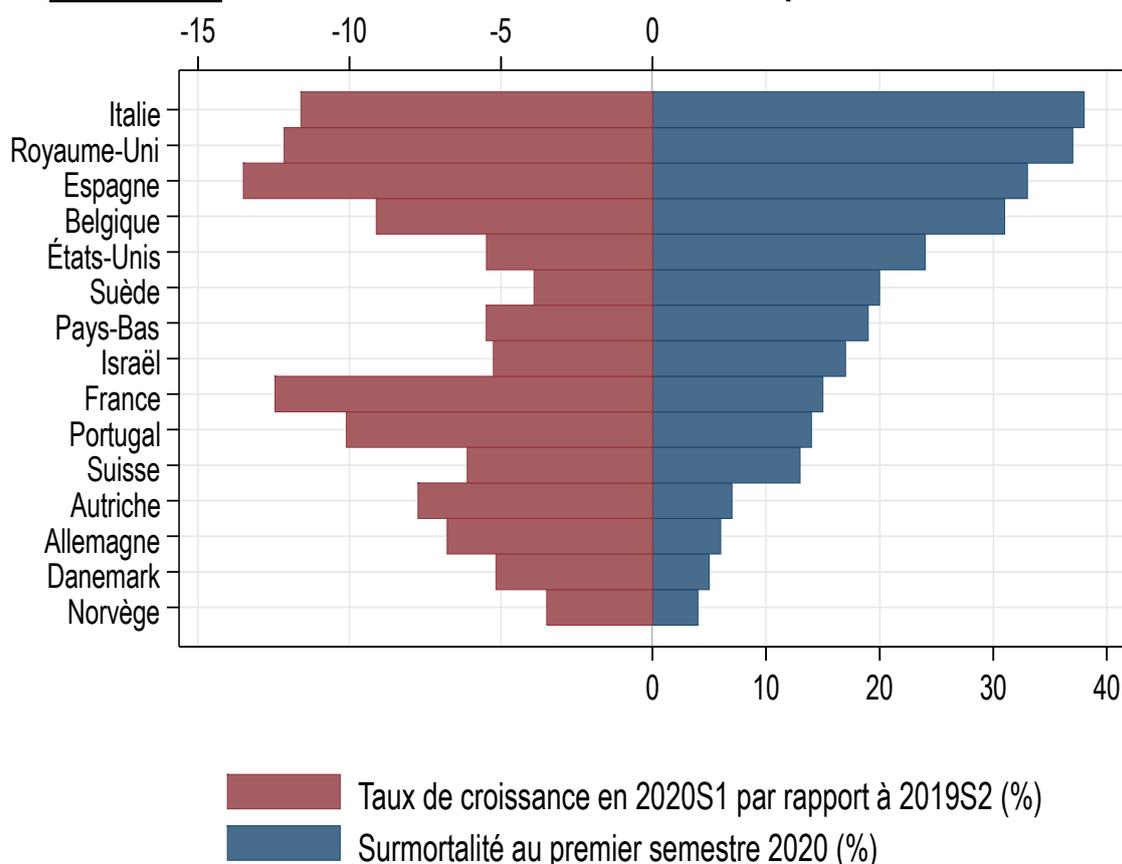
*
* *

Les résultats qui précèdent, arrêtés à la fin septembre 2020, rendent compte à la fois de la sévérité de la crise dans un pays donné et de l'efficacité des politiques mises en place pour diminuer son impact au sein de l'échantillon de pays analysés. Ils font apparaître que les pays les moins affectés par la crise sanitaire sont l'Autriche, l'Allemagne et la Suisse. L'Italie, l'Espagne, le Royaume-Uni, ainsi que la Suède et les États-Unis, ont été les plus affectés. La France occupe une position intermédiaire.

2.1.2. Impacts socio-économiques de la crise approchés par plusieurs indicateurs

Le graphique 5 est l'illustration de l'absence apparente de corrélation entre la surmortalité et la chute du Produit Intérieur Brut (PIB). Certains pays affichent à la fois une moindre surmortalité et une baisse du PIB modérée (pays nordiques européens, Allemagne). D'autres en revanche cumulent forte surmortalité et forte baisse du PIB (Italie, Espagne Royaume-Uni qui ont connu une pandémie sévère et ont procédé à des mesures de restriction de mobilité strictes et longues). D'autres enfin présentent une surmortalité intermédiaire et une baisse importante du PIB, à l'image de la France et du Portugal.

Graphique 5 : Chute du PIB et excès de mortalité au premier semestre 2020



Sources : OCDE comptes nationaux, *Financial Times Coronavirus Tracker*

Note : Des révisions plus importantes que d'ordinaire sont susceptibles d'affecter le PIB du premier semestre 2020.

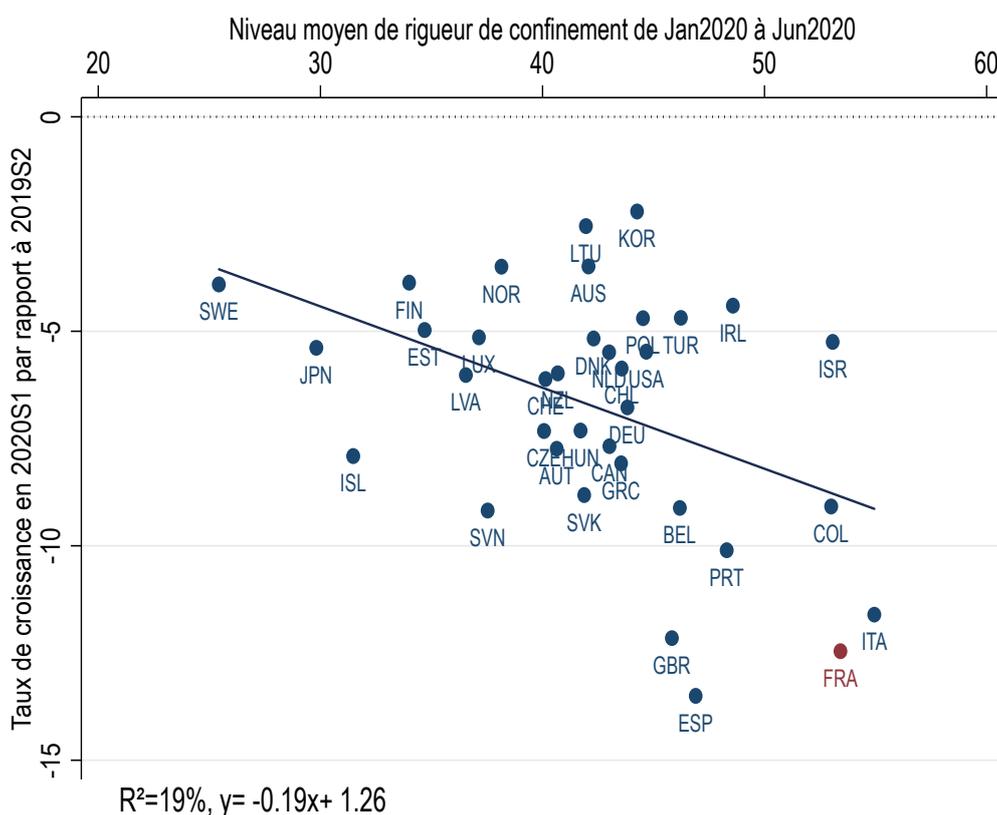
2.1.2.1. Conséquences économiques de la crise sanitaire et des politiques publiques visant à la contenir

Les écarts de perte de production entre pays semblent 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 (durée, périmètre et ampleur) qui ont été imposées dans les premiers mois de la pandémie afin de contenir la propagation du virus, 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'indice « *stringency* » d'Oxford⁴, et l'écart de PIB entre le premier semestre 2020 et le deuxième semestre 2019.

Graphique 6 : Chute du PIB et ampleur du confinement au premier semestre 2020



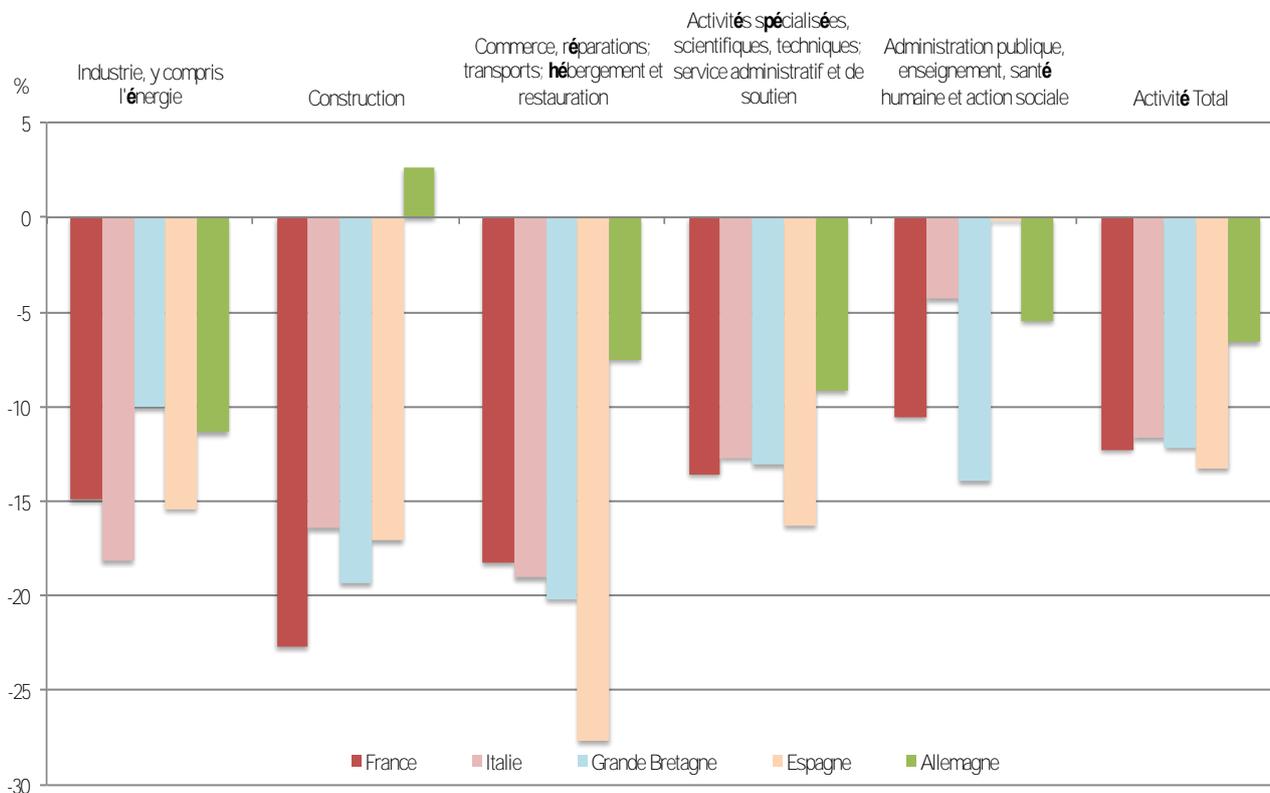
Sources : Oxford stringency index, OCDE Comptes nationaux

Le graphique 6 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 premier semestre 2020. L'ampleur du confinement est mesurée par l'indice « *stringency* » construit par l'université d'Oxford. Une corrélation apparaît nettement 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 à ces pays. Néanmoins, pour ces quatre pays, la chute d'activité est sensiblement plus importante que suggéré par l'intensité du confinement. Cela renvoie à d'autres facteurs explicatifs évoqués au cours des auditions et dans l'analyse quantitative à venir : décision des acteurs économiques de poursuivre ou non leur d'activité alors même qu'il n'y avait pas d'obligation juridique de l'interrompre, comportement en matière de travail et de consommation des ménages inquiets de la situation sanitaire, etc...

⁴ 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/>

Les différences sectorielles n'expliquent que peu les différences de contraction du PIB entre pays au premier semestre 2020. L'activité a chuté dans tous les secteurs et de manière sensiblement plus marquée en France, Italie, Espagne et Royaume-Uni qu'en Allemagne et dans les pays du nord de l'Europe. L'un des principaux facteurs explicatifs réside dans le calendrier et l'intensité initiale de la crise sanitaire pour chaque pays (Graphique 7).

Graphique 7 : L'Allemagne se distingue dans presque tous les secteurs

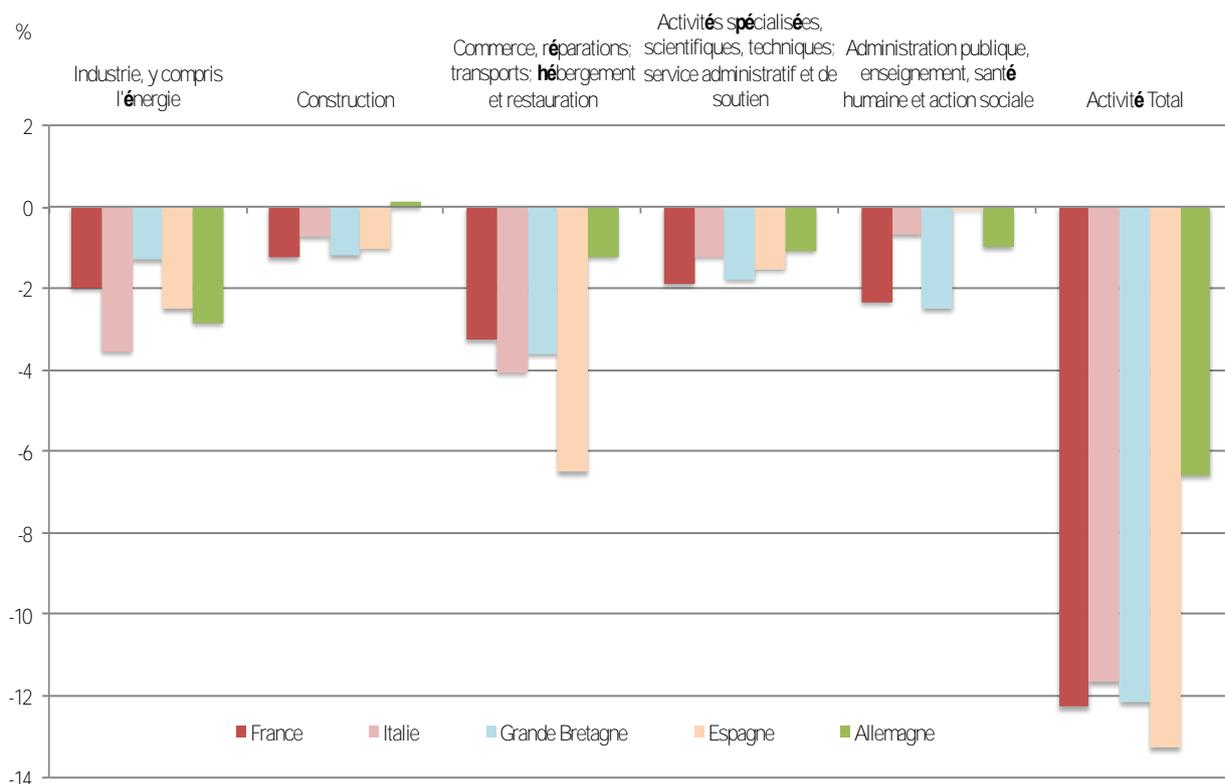


Source : OCDE, comptes nationaux premier semestre 2020

Note : L'absence d'harmonisation à travers les pays des méthodes utilisées pour calculer la contribution des services non marchands, tels que l'enseignement et les soins de santé publics, limite la portée des comparaisons dans ce secteur.

La contribution de chaque secteur pour les cinq pays représentés au graphique 8 suggère que la chute de l'activité dans les activités relevant de l'administration publique et dans certaines activités de service a plus contribué à la chute du PIB en France et au Royaume-Uni qu'ailleurs. Cela interroge dans la mesure où le télétravail aurait pu pallier l'absence de travail en présentiel dans une certaine mesure. Par ailleurs, la forte part de l'industrie dans la valeur ajoutée en Allemagne (environ 25 %) et en Italie (environ 20 %) contribue plus largement qu'ailleurs (et notamment en France où l'industrie représente environ 13 % du PIB) à la contraction du PIB. Au total, la contraction par secteurs et contribution de chaque secteur correspond largement - mais pas entièrement - à l'ampleur du confinement.

Graphique 8 : Contribution à la croissance du PIB au premier semestre 2020



Source : OCDE, Comptes nationaux premier semestre 2020

Quelques secteurs ont pâti de facteurs spécifiques.

Alors que l'activité a été stoppée par les mesures administratives de confinement dans le secteur du commerce ou de la restauration, ou modifiée sous l'effet du télétravail dans le secteur de l'éducation, la chute de l'activité dans la construction, l'hôtellerie ou certaines activités de santé et administratives en France résulte de décisions des acteurs privés.

Les auditions montrent ainsi que la poursuite de l'activité dans la construction et les travaux publics a pâti dans un premier temps de l'insuffisance des équipements de protection sanitaire, notamment au début du confinement. Le travail a ensuite peiné à reprendre pendant le confinement à cause de la mise au point laborieuse par les acteurs d'un protocole sanitaire. L'interruption de l'instruction de permis de construire et l'arrêt de l'investissement des ménages ou des entreprises ont contribué à aggraver la situation.⁵

Dans l'hôtellerie, c'est l'absence de demande qui a naturellement conduit les établissements à fermer.

Pour leur part, les activités de santé hors Covid-19, qui représentaient 11,2 % du PIB en 2019⁶, ont baissé sous l'effet de la chute de la demande, de restrictions sur l'offre, tenant notamment à la déprogrammation de soins, de l'indisponibilité du matériel de protection ou de référentiel-métier permettant la protection du patient et du professionnel, ainsi que de la communication de certains Ordres ou syndicats professionnels.

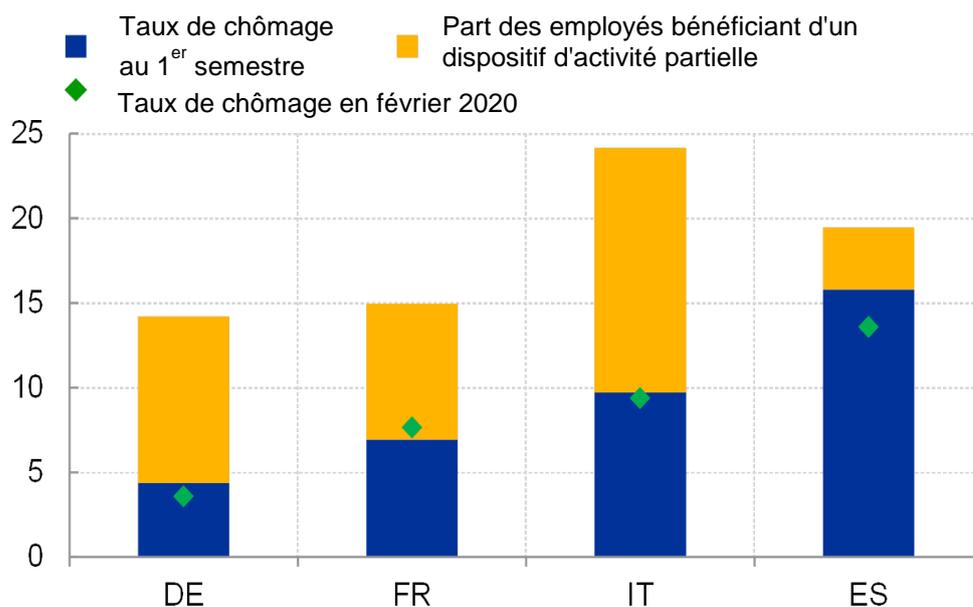
⁵ Le cycle électoral municipal a pu également jouer un rôle.

⁶ OCDE, *Health Statistics*, 2020

2.1.2.2. L'emploi salarié a été globalement protégé pendant le confinement

Grâce aux dispositifs d'activité partielle, l'évolution de l'emploi a bien résisté en regard de l'ampleur du choc sur l'activité économique. Au pic d'avril 2020, le nombre de salariés placés en activité partielle s'élevait à 8,6 millions, soit 5,6 millions en équivalent temps plein (ETP)⁷. Il est redescendu à 1,3 million en août, soit 0,5 million en ETP⁸. Ces mouvements sont comparables à ceux des autres pays européens où le système d'activité partielle est similaire (Graphique 9). En raison de fins de contrats intérimaires et du recul des embauches, il y a néanmoins eu des entrées en chômage, mais dans des proportions sans commune mesure avec la chute de l'activité.

Graphique 9 : Taux de chômage et part des travailleurs dans les programmes de maintien de l'emploi (%)



Source : Eurostat

Note : Les pays étudiés sont l'Allemagne (DE), la France (FR), l'Italie (IT) et l'Espagne (ES).

L'emploi salarié privé a néanmoins diminué de 3,3 % entre le 4^{ème} trimestre 2019 et le second trimestre 2020⁹. Au deuxième trimestre 2020, le taux d'emploi des 15-64 ans avait diminué de 1,6 point par rapport à la fin 2019, atteignant, à 64,4 %, son plus bas niveau depuis début 2017. Et surtout, alors que le déficit d'emploi des jeunes (15-24 ans) et des moins qualifiés (diplômes inférieurs au premier cycle du secondaire) est avéré¹⁰, ils sont les plus affectés par la crise (Graphique 10).

⁷ Tableau de bord, situation sur le marché du travail durant la crise sanitaire, 29 septembre 2020

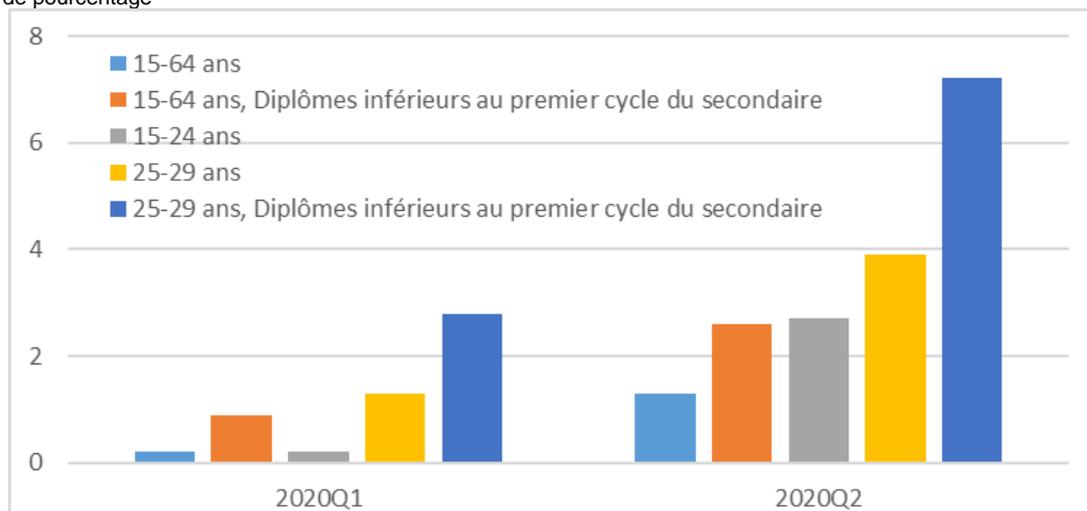
⁸ Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), situation sur le marché du travail pendant la crise sanitaire, septembre 2020

⁹ INSEE Informations rapides n°203, 13 août 2020

¹⁰ Étude France 2019, Futuribles.

Graphique 10 : Baisse des taux d'emploi par rapport au 4^e trimestre 2019

Point de pourcentage



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

Une population vulnérable fragilisée

Il faut également noter que dans la plupart des secteurs les plus touchés par la distanciation physique ou par les changements de comportement des ménages (hôtellerie, culture, certains services à la personne, construction, mais aussi commerce pendant le confinement) se trouvent les employés les plus vulnérables. En effet, la concentration de contrats précaires (temps partiels, contrats temporaires, autoentrepreneurs) y est particulièrement élevée en regard des autres secteurs (Graphique 11). De plus, ces secteurs concentrent une plus grande partie de travailleurs peu qualifiés. C'est également dans ces secteurs que l'on retrouve une large part de jeunes peu qualifiés. 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 qui souffrent le plus de récessions prolongées.

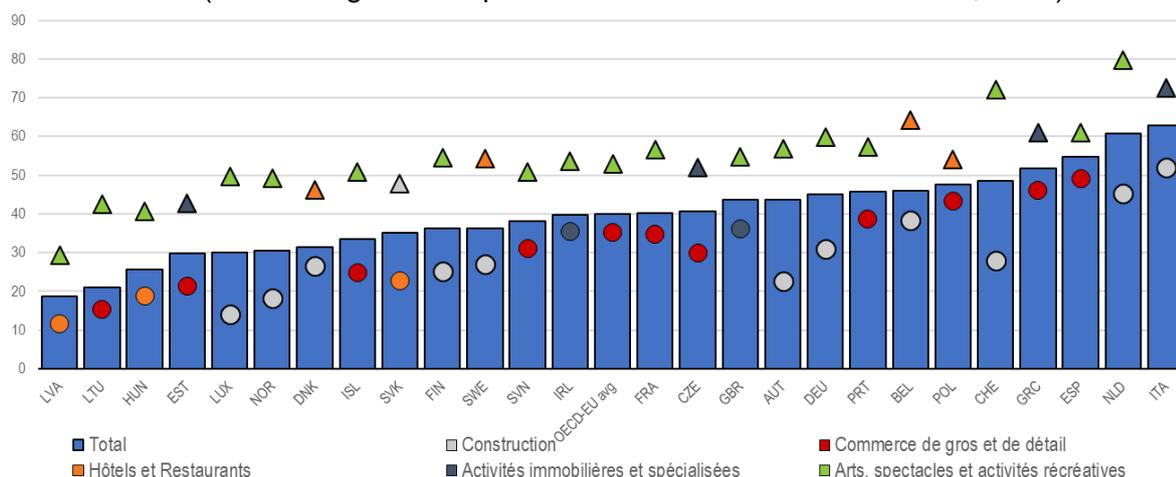
En outre le Conseil d'analyse économique (CAE) montre dans une étude récente que les personnes aux revenus les moins élevés ont vu leur patrimoine net diminué pendant la crise (hausse de l'endettement, baisse de l'épargne liquide)¹¹. Enfin, les catégories socio-professionnelles les plus modestes sont également les plus exposées aux risques sanitaires liés à l'épidémie de Covid-19¹².

¹¹ Bounie *et al.* (2020), Conseil d'analyse économique, note n°049-2020, octobre 2020.

¹² Enquêtes SAPRIS et EPICOV, Inserm, 2020

Graphique 11 : Part des employés en contrats non-standard dans les activités les plus affectées par le confinement

(Pourcentage de l'emploi salarié dans les secteurs affectés, 2018)



Source : Calculs d'après les données EULFS

Note : Les contrats non standards regroupent les contrats temporaires, les emplois à temps partiel, et les auto-entrepreneurs. Dans le secteur « arts, spectacles et activités récréatives », autres services incluent les services non mentionnés par ailleurs comme la réparation des équipements informatiques ou autres équipements des ménages. Le rectangle bleu est la part de contrats non standard dans l'emploi total en moyenne dans ces secteurs. Les triangles (cercles) montrent le maximum (minimum) proportion au sein de chaque secteur considéré.

Malgré des emplois préservés, la crise sanitaire a généré une chute de la consommation et de l'investissement.

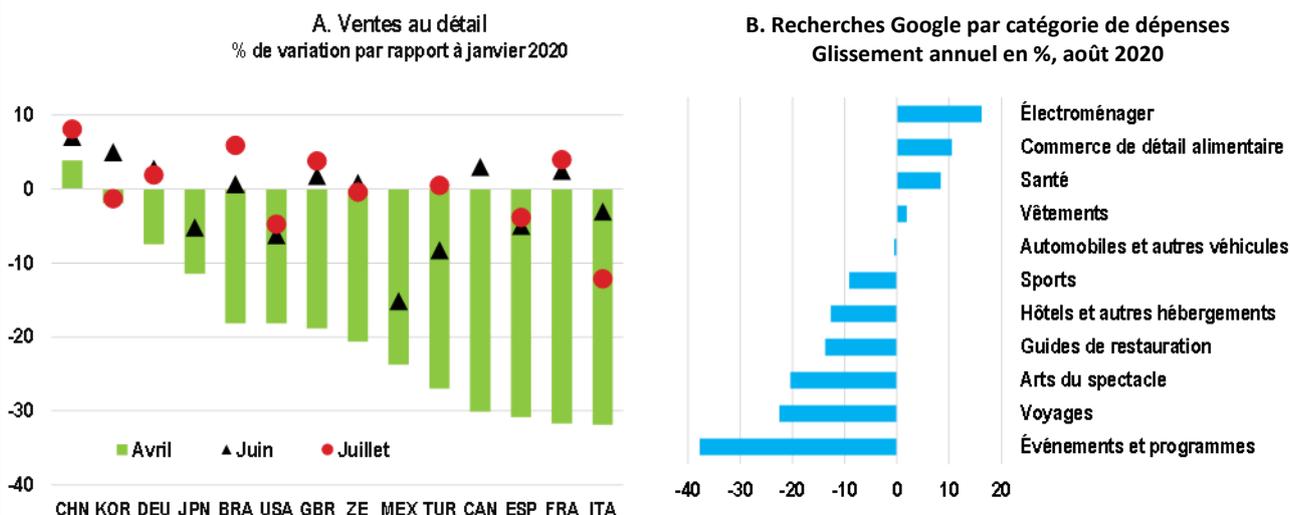
Les mesures de soutien à l'emploi et au revenu ont globalement préservé les revenus des ménages. La baisse de la consommation a correspondu aux fermetures d'activité et à un changement de comportement face à l'épidémie. Elle ne reflèterait que peu, pendant le confinement, une baisse du pouvoir d'achat moyen (le revenu disponible nominal des ménages étant inférieur de 1 % par rapport à son niveau un an auparavant alors que le PIB aura chuté de 15 % en nominal au T2). Néanmoins, la situation des ménages est hétérogène et les comportements ont varié suivant les niveaux de revenus. Le CAE montre ainsi que les ménages les moins aisés ont moins baissé leur consommation que les ménages les plus aisés¹³. Les ménages les moins aisés ont en effet une consommation plus concentrée sur les biens essentiels, qui ne peut être différée dans le temps, au contraire de la consommation de biens durables.

Ces résultats se retrouvent dans les pays où la consommation peut être suivie par les dépenses de cartes de crédit, reliées aux niveaux de revenus¹⁴. La population à revenus élevés y a moins consommé que d'habitude, ce qui n'a pas été le cas pour les déciles les moins élevés. Et effectivement, certaines catégories de dépenses ont rebondi relativement vite, en particulier les dépenses des ménages consacrées à de nombreux biens durables, pour lesquels une demande non satisfaite s'était accumulée pendant l'application des mesures de confinement strictes (Graphiques 12). Au total, en sortie de confinement, la consommation était revenue à un niveau proche de celui d'avant-crise.

¹³ Bounie *et al.* (2020) Conseil d'analyse économique, note n°049-2020, octobre 2020.

¹⁴ Andersen *et al.* (2020), Chetty *et al.* (2020), Goolsbee et Syverson (2020), Sears *et al.* (2020), Landais (2020) à venir.

Graphiques 12a et 12b : Les dépenses de biens des ménages se sont redressées rapidement, mais les dépenses de services restent plus faibles

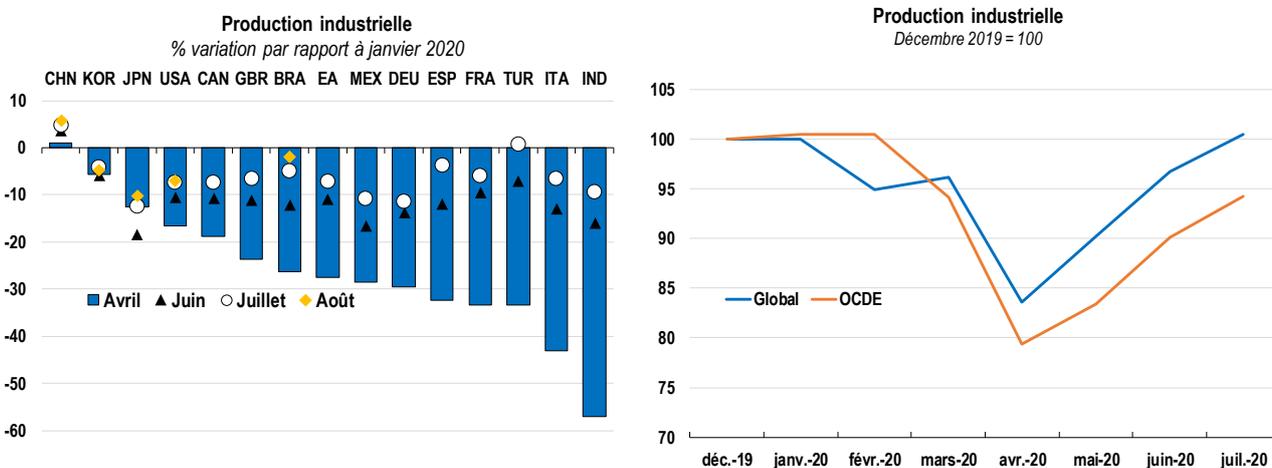


Source : OCDE, Perspectives économiques intérimaires, septembre 2020.

Parallèlement, les mesures de soutien à la trésorerie des entreprises ont soutenu le bilan de ces entreprises, les protégeant dans l'immédiat des défaillances. Cela a également généré une certaine épargne - néanmoins probablement temporaire - la plupart des mesures de soutien aux entreprises ayant pris la forme de report de charges, d'impôts ou de prêts en France. Les dépenses comme les intentions d'investissement se sont dégradées, laissant à penser que la forte incertitude devrait maintenir pendant un certain temps l'investissement des entreprises à niveau inférieur à ce qu'il était avant la crise.

L'ensemble des mesures a bien permis à l'activité de repartir dans les secteurs moins affectés par la circulation du virus, sur la période en cours et à venir, comme le montrent les graphiques 13. En revanche, l'activité dans les secteurs souffrant des mesures prises pour limiter la diffusion du virus reste en deçà des niveaux d'avant-crise et risque de le rester aussi longtemps que la crise sanitaire perdure.

Graphiques 13a et 13b : La production industrielle se stabilise à 5-10 % en dessous du niveau pré-crise dans les pays de l'OCDE



Source : OCDE

2.2. Premiers constats sur la gestion de crise et les interrogations soulevées

Les premiers constats relatifs aux modalités de gestion de la crise sanitaire soulignent la forte mobilisation et la réactivité des acteurs du système de santé français, des citoyens et des administrations face à une crise d'une ampleur et d'une gravité sans précédent. Ils conduisent aussi à rappeler l'atout que constitue l'existence d'un système de protection sociale fort.

Cependant, la Mission identifie des défauts manifestes d'anticipation, de préparation et de gestion.

2.2.1. Dans l'urgence, le système hospitalier a témoigné d'une grande capacité d'adaptation

La mobilisation des acteurs hospitaliers a été justement saluée par les responsables publics comme par la population. La réorganisation de l'offre hospitalière a été remarquablement conduite et réalisée, 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 moyennant l'organisation de 660 transferts des régions en tension vers d'autres régions, y compris à l'étranger. La coopération entre les secteurs public et privé paraît avoir été globalement fluide, même si variable selon les régions, privilégiant - non sans tensions initiales - la création de capacités au sein des cliniques plutôt que la mise à disposition du personnel de celles-ci auprès des hôpitaux publics. Cet effort considérable d'adaptation à l'urgence et de mobilisation des bonnes volontés ne sera pas automatiquement ou aisément renouvelable et devra donc donner lieu à un retour d'expérience complet et à une réflexion prospective.

En l'état de ses investigations, la Mission ne peut encore se prononcer sur les conditions de prise en charge au sein du secteur médico-social (résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD - et personnes porteuses de handicap). Des premières auditions, il ressort néanmoins que certains établissements se seraient trouvés initialement isolés et privés d'un soutien sanitaire adapté, avant que des mesures d'aide et de mise en réseau ne se mettent en place à l'initiative des agences régionales de santé (ARS) et des principaux établissements publics de santé. Il semble également que l'évolution du vieillissement de la population combinée à un maintien plus prolongé des séniors au domicile, entraînant l'augmentation de la dépendance des pensionnaires des EHPAD, n'ait pas été prise en compte pour une médicalisation cohérente et efficace des établissements en question.

En médecine de ville, le principal facteur d'adaptation a été le développement spectaculaire des téléconsultations, pour lesquelles des mesures dérogatoires ont été utilement adoptées afin de favoriser leur usage¹⁵. Ce développement soulève néanmoins pour l'avenir d'importantes questions en matière d'efficacité et de qualité de la prise en charge clinique des patients qui devront faire l'objet d'évaluations.

La mobilisation, en particulier hospitalière, au profit de la lutte contre l'épidémie a pu toutefois avoir pour conséquence des reports de soins ou des retards de diagnostic. Les travaux en cours au sein de différentes instances ne permettent pas de disposer à ce stade d'une évaluation précise tant de l'importance que de l'origine des reports (déprogrammation, rupture de la continuité des soins consécutive à la fermeture des cabinets, renoncement volontaire des patients) ou que de leurs impacts sanitaires.

¹⁵ Le nombre de téléconsultations a ainsi fortement augmenté dans le contexte du confinement, pour atteindre plus de 3,5 millions d'actes entre mars et avril contre 40 000 par mois auparavant.

2.2.2. La création du Conseil scientifique a pallié la difficulté du décideur public à mobiliser l'expertise scientifique en tant qu'outil d'aide à la décision

La crise a mis en évidence le caractère parcellisé de l'organisation de l'expertise scientifique en France, répartie entre des agences spécialisées (Santé publique France, SPF, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ANSM, Haute Autorité de Santé, HAS) et des instances telles que les sociétés savantes ou le Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Il faut pour autant souligner la forte mobilisation de ces structures, le HCSP ayant par exemple émis plus de 80 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, et ce malgré une faiblesse structurelle liée à des moyens propres réduits.

Cet éclatement explique que, dans une optique d'aide à la décision publique, le besoin soit apparu de disposer d'une instance 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 le Président de la République à créer le Conseil scientifique. Composé d'un nombre limité d'experts scientifiques, associant plusieurs disciplines, cette structure indépendante semble avoir compensé les rigidités institutionnelles existantes grâce à un fonctionnement souple, agile et réactif. Dans ce cadre, 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 cependant gêner l'appropriation de ses avis par les citoyens.

Même si le Conseil scientifique a su associer à ses travaux les présidents ou dirigeants d'autres instances telles que le HSCP ou SPF, sa création a encore accru la complexité du cadre de recueil de l'expertise scientifique. Le fait que les décideurs publics au plus haut niveau de l'État aient cru devoir mettre en place une nouvelle instance devra conduire à s'interroger sur l'organisation de la mobilisation de l'expertise scientifique en situation de gestion de crise et sur la communication des fondements scientifiques des décisions pour permettre à la population de comprendre la situation et les mesures prises et de s'y associer¹⁶.

La même nécessité d'intermédiation entre les autorités nationales et la communauté scientifique s'est faite jour en matière de recherche. Pour cette raison, le Président de la République a installé le 24 mars 2020 le Comité analyse recherche et expertise (CARE). Ce Comité a efficacement, dans l'urgence et en bonne intelligence avec les structures existantes, fourni un avis sur un grand nombre de projets scientifiques, technologiques et thérapeutiques innovants avant de les orienter vers des sources de financement et 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.

À ce stade, et compte-tenu des caractéristiques trans-sectorielles de la crise, la Mission pose la question d'une diversification du Conseil scientifique et de son élargissement à d'autres domaines (économique, social, etc.), afin de pondérer dans les dimensions évoquées les éventuelles propositions et réponses aux questions.

¹⁶ Mission d'autant plus essentielle que la période a vu se multiplier les interventions sur les plateaux de télévisions d'un grand nombre d'experts autoproclamés exprimant des positions contradictoires et évolutives.

2.2.3. Une gestion des conséquences économiques de la crise sanitaire plutôt satisfaisante en comparaison internationale

2.2.3.1. Un système de remontées d'information efficace

La remontée d'informations des conséquences économiques de la crise sanitaire a été efficace et rapide. Dès le début de l'année, le ministère de l'Économie et des Finances a engagé un dialogue avec les entreprises françaises et les économistes afin d'anticiper les effets de la crise Covid-19 en Chine sur l'économie nationale. Ce cadre a permis de poser les bases d'échanges réguliers, incluant également les représentants des associations d'élus, les chambres consulaires, les fédérations professionnelles, les organisations sociales et patronales et des entreprises en direct. Une organisation similaire d'échanges réguliers a été instaurée au niveau de chaque région et département, sous la présidence des préfets. La remontée d'informations s'est donc effectuée sans heurts, permettant des réactions rapides.

En parallèle, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) ont rapidement mis en place un système de mesure en « temps réel » de l'activité économique, utile au pilotage de l'activité économique.

2.2.3.2. Le soutien budgétaire à l'activité économique en France a été d'une ampleur similaire aux pays comparables à ce jour

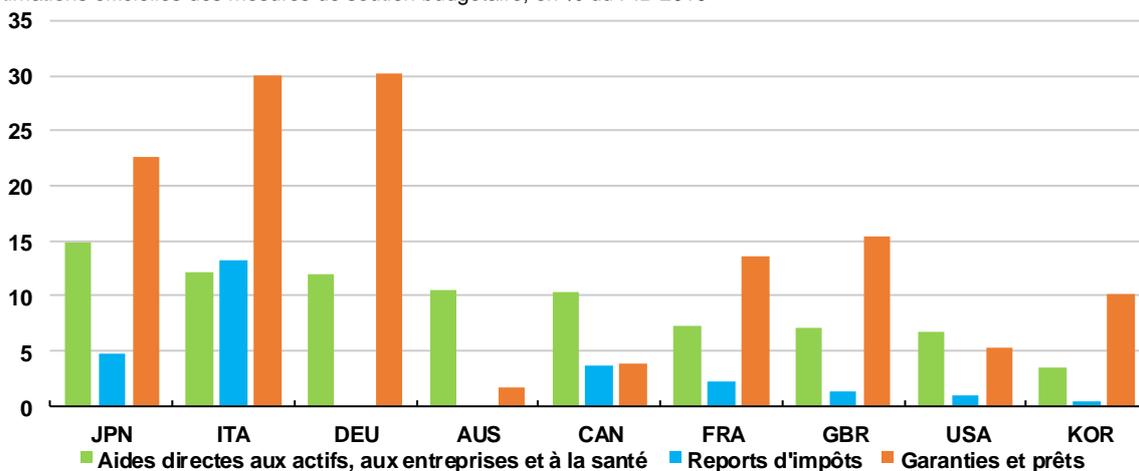
La réponse française s'est articulée rapidement en trois volets d'annonces : les aides budgétaires directes, principalement le dispositif d'activité partielle, le Fonds de solidarité, et des mesures de trésorerie, qui ont porté sur 140 milliards d'euros (environ 6 % du PIB) et les dispositifs de garantie publique (327 milliards d'euros, soit près de 15 % du PIB, dont 315 milliards de garanties pour les prêts bancaires)¹⁷. Si les mesures annoncées par la France peuvent apparaître moindres dans leur ampleur qu'en Allemagne, le soutien aux personnes (activité partielle, Fonds de solidarité) est assez similaire (Graphique 14). L'écart porte essentiellement sur le soutien aux entreprises hors mesure de trésorerie: le soutien *annoncé* aux entreprises a pris plus souvent la forme de prêts et garanties de prêts en France que de subventions comme en Allemagne. Il est difficile de se prononcer aujourd'hui sur ce qu'aura été le soutien *effectif* : il dépendra en grande partie du recours aux dispositifs d'activité partielle, aux garanties d'État et de ce qu'il adviendra des reports de charge au cours des mois qui viennent.

L'écart entre subventions et dettes n'est pas neutre et conditionnera la capacité des entreprises à rebondir et investir dans la période de reprise.

¹⁷ Rapport économique, social et financier 2021. Annexe au Projet de Loi de finances pour 2021.

Graphique 14 : Des mesures de soutien budgétaire de grande ampleur ont été annoncées depuis le début de la pandémie

Estimations officielles des mesures de soutien budgétaire, en % du PIB 2019

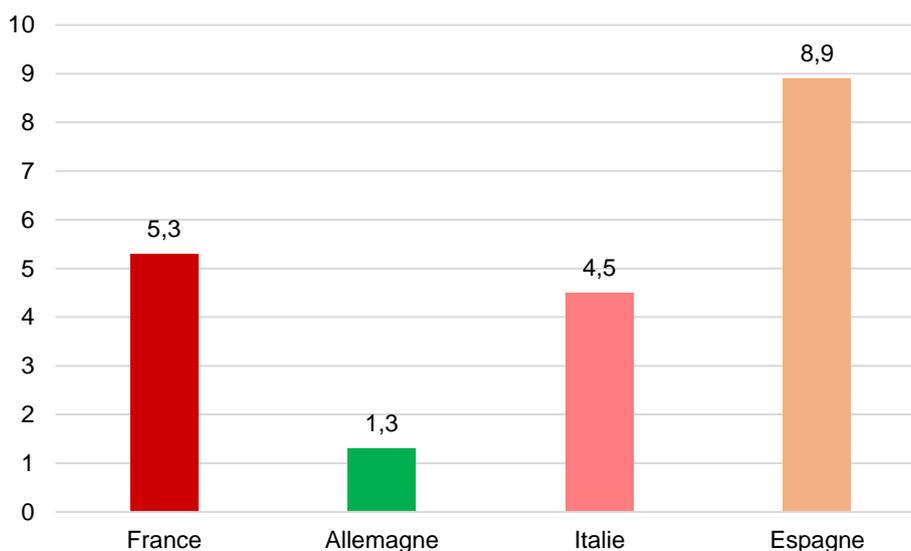


Source : Calculs de l'OCDE d'après estimations officielles (hors plans de relance)

Note : Les pays sont classés en fonction de l'ampleur des mesures de soutien ayant une incidence directe sur le budget. Le graphique présente les estimations officielles, lorsque celles-ci sont disponibles, du soutien financier représenté par les mesures d'urgence annoncées dans certaines économies avancées en réponse à la crise Covid-19, à la date du 14 septembre. Souvent, ces estimations sont fortement hypothétiques du fait des incertitudes quant à la durée de la crise et à la participation du secteur privé aux différents programmes et peuvent ne pas être pleinement comparables d'un pays à l'autre.

Les montants annoncés ne donnent une mesure que très imparfaite des montants qui vont être effectivement réalisés. Par exemple, si l'on regarde les prêts déboursés, on voit dans les faits une grande hétérogénéité avec une plus grande dépense en faveur des entreprises des pays qui ont été plus touchés économiquement, ce qui est différent des montants annoncés.

Graphique 15 : Montant des prêts garantis par l'État effectués, par pays, en % du PIB



Source : Banque de France

Note de lecture : ce graphique montre les montants de prêt garantis qui ont été approuvés aux dates suivantes : 14/08 pour la France ; 31/07 pour l'Allemagne ; 15/08 pour l'Espagne et 28/08 pour l'Italie

2.2.3.3. Le dispositif d'activité partielle a été utilisé par la majorité des pays et a été relativement généreux en France comme en Allemagne

Face à un choc temporaire sur l'activité, les mesures d'activité partielle permettent de maintenir les personnes en emploi et protéger les revenus. Cela permet aussi à l'activité économique de repartir plus rapidement après le choc, en évitant les délais et pertes de revenus associés au chômage et à la recherche d'emplois. C'est donc naturellement que de nombreux pays européens, et plus largement de l'OCDE, ont mis en place ce système.

Il y a cependant des différences dans la mise en œuvre des dispositifs de chômage partiel, notamment s'agissant de la part restante à l'employeur. Le système utilisé en France, comme en Allemagne, est parmi le plus généreux des pays européens. Il est cependant à ce stade difficile d'évaluer si cela a pu jouer un rôle de frein à l'activité de certains secteurs pendant la période de confinement.

La qualité variable du dialogue social a pu contribuer à freiner l'activité. Les accords d'entreprise, « accords de performance collective », permettent, en principe, aux entreprises de s'adapter mieux qu'auparavant à la conjoncture. Néanmoins, la négociation et la mise en œuvre de ces accords peuvent être compliquées par un dialogue social parfois conflictuel, par la faible représentation des syndicats et des salariés dans les petites entreprises, ainsi que par les pratiques des ressources humaines au sein des entreprises françaises, dans un contexte caractérisé par un niveau élevé de crainte de procédures judiciaires de la part des chefs d'entreprise.

2.2.4. Un déclin progressif du degré de priorité accordé à la prévention des pandémies au cours de la dernière décennie

La gestion des risques sanitaires, parmi lesquels figure le risque de pandémie grippale, couvre un vaste champ d'interventions potentielles. La pandémie grippale a fait l'objet en France d'un plan de préparation en 2005, mis à jour en 2011 après sa mise en application partielle dans le cadre de la pandémie grippale H1N1 en 2009, celle-ci s'étant révélée moins grave que prévu.

Les auditions menées à ce stade laissent penser que la sensibilisation au risque pandémique et la densité des efforts de préparation se sont réduits au cours des dernières années, probablement sous le double effet des critiques portées à la gestion de la grippe H1N1¹⁸ et de la priorité donnée au risque terroriste qui s'est dramatiquement concrétisé lors des attentats de 2015 et 2016.

La réduction de l'effort de préparation s'est traduite notamment par l'absence d'exercices de simulation depuis 2014, par la réduction progressive et non maîtrisée des réserves stratégiques de masques (cf. infra) et possiblement par une perte globale de vigilance, les épidémies de coronavirus émergents (SRAS 2002 et MERS 2012) et d'Ébola ayant été contenues en dehors du territoire national, sans permettre d'en capitaliser les enseignements à l'instar de certains pays d'Asie fortement touchés par ces virus à l'époque.

Pour autant, des éléments issus de la préparation ou de l'expérience de la gestion des attentats paraissent avoir été utiles pour la gestion de la crise de Covid-19, et 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.

¹⁸ Les moyens mobilisés, notamment pour les commandes de vaccins ayant été jugées surdimensionnés.

2.2.5. La dynamique de l'épidémie a pris de vitesse tant les systèmes de surveillance sanitaire que les organes chargés de l'anticipation et du déploiement des contre-mesures

Les premiers travaux de la Mission tendant à montrer que les dispositifs de gestion de crise prévus ont été mis en œuvre, les connaissances et informations disponibles ont été diffusées aux acteurs concernés ainsi qu'au grand public, selon une chronologie débutant dès les premiers jours de janvier avec la mise en alerte de niveau 1 du Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) de la Direction générale de la santé (DGS), sans attendre la déclaration par l'OMS de l'urgence de santé publique de portée internationale du 31 janvier 2020.

Au-delà de la diffusion des messages relatifs aux gestes barrières, le déploiement des mesures fortes de distanciation ne s'est accéléré qu'aux alentours de mi-mars¹⁹. Ce constat conduira la Mission à analyser si ce calendrier aurait pu être plus précoce ou être aménagé différemment et à étudier ce qu'il en a été à l'étranger.

À ce stade des investigations, la diffusion du virus ne semble pas avoir été correctement mesurée en raison de trois éléments : insuffisance des capacités de tests, fréquence des formes asymptomatiques de la maladie, délai existant entre contamination initiale et apparition de formes sévères justifiant une hospitalisation. Le retard d'appréciation s'est avéré d'autant plus pénalisant que la croissance du nombre de patients hospitalisés était de type exponentiel (doublement des cas tous les trois jours).

L'hypothèse d'un scénario proche de celui auquel on a assisté a pu être formulée par certains, SPF ou ECDC. Elle était toutefois assortie d'une probabilité « très faible ou faible ».

Au total, la prise de conscience des risques de débordement des capacités hospitalières ne serait pas venue des canaux « normaux » de surveillance sanitaire, mais d'initiatives individuelles (à partir du 10 mars) de médecins cliniciens (en particulier en contact avec des collègues italiens), ainsi qu'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 Pasteur²⁰.

La Mission mènera une analyse comparative des délais de décision du confinement face à cette situation inédite.

Ces éléments devront conduire à un retour réflexif approfondi sur les dispositifs de surveillance, en particulier sur les aspects suivants : la recherche possible de signaux faibles, la coordination et le croisement des sources de données internationales notamment celles venant du monde économique²¹, la capacité à projeter rapidement des missions exploratoires sanitaires dans les pays d'éclosion d'une pandémie et les conditions de mobilisation de l'expertise.

¹⁹ Interdiction des rassemblements de plus de 1 000 personnes le 8 mars, fermeture des établissements scolaires et universitaires le 12 mars, interdiction des rassemblements de plus de 100 personnes le 13 mars, fermeture des bars et restaurants le 15 mars, mise en place du confinement le 17 mars.

²⁰ Une note de SPF en date du 11 mars venant confirmer la nécessité de restrictions importantes dans les mouvements de population pour atténuer la vague épidémique.

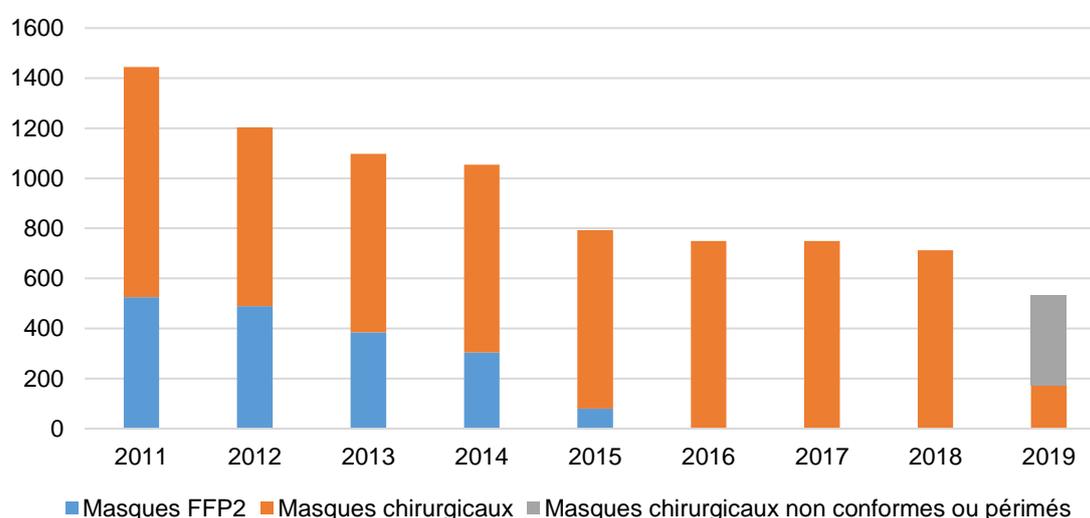
²¹ Des responsables de grandes entreprises françaises disposant d'implantations en Chine (et notamment à Wuhan) auditionnés par la Mission ont indiqué avoir été très tôt sensibilisés à l'importance de l'épidémie se déroulant en Chine et aux risques d'extension.

2.2.6. La disponibilité des masques a pâti des hésitations sur leur doctrine d'emploi et d'insuffisances graves de gestion

La pénurie qui a caractérisé les premiers mois de 2020 paraît résulter, à ce stade de l'analyse, d'une combinaison de facteurs (Graphique 16) :

- évolutions d'une part de la doctrine d'emploi conduisant à réserver l'usage des masques FFP2 aux professionnels effectuant des actes particuliers, d'autre part de la doctrine des stocks stratégiques conduisant à réserver ceux-ci au grand public, les publics professionnels (soignants ou non) devant constituer leurs propres stocks, sans que les conséquences de cette dernière décision n'aient été clairement perçues et appréciées ;
- gestion de stocks dormants conduisant à la mise en évidence tardive d'importants lots périmés insuffisamment compensés par des achats de renouvellement ;
- décision de remise à niveau très progressive des stocks reflétant une hésitation de fond sur la place des masques dans la panoplie des interventions.

Graphique 16 : 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.

La forte augmentation des besoins en masques pour les personnels soignants, dans un contexte de brutales tensions sur les marchés 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 des stocks (100 millions de masques) et les délais d'importation de masques en quantité massive (près de 5 milliards de masques commandés) 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'avril²².

²² 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.

Il convient toutefois de noter que, dans cette situation de pénurie initiale, et malgré l'absence de culture de l'usage du masque en population générale, les autorités publiques françaises (ANSM, 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. L'engagement solidaire, scientifique, industriel et citoyen, autour des masques barrières et de leur usage mérite d'être fortement souligné.

2.2.7. La lente montée en charge des tests et une stratégie du « tester/tracer/isoler » dont la mise en œuvre est préoccupante

La montée en charge des capacités diagnostiques paraît avoir été relativement lente, pour des motifs que la Mission n'a pas achevés d'investiguer. Par exemple, malgré des dates de mise au point des kits de diagnostic proches (début janvier) par l'Institut Pasteur en France et par l'Hôpital de la Charité en Allemagne, les délais et l'ampleur des déploiements ont sensiblement divergé entre les deux pays.

Plusieurs explications techniques ont pu être mises en avant :

- 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 en milieu hospitalier ;
- la difficulté à piloter un secteur d'activité mal connu des autorités publiques sanitaires françaises, le principal point d'échange étant celui de la régulation tarifaire. De ce fait, l'organisation de la montée en charge, tant en matière d'équipements que de dispositifs, de réactifs ou de ressources humaines, s'est heurtée initialement au défaut de connaissance par l'administration des processus et des leviers à mobiliser pour accélérer le déploiement des tests ainsi qu'à la difficulté à identifier les bons interlocuteurs²³ ;
- la longueur du processus technico-administratif autorisant la réalisation et la prise en charge d'un nouvel examen de biologie médicale.

Mais la raison essentielle aurait résidé dans l'identification tardive d'un besoin de réalisation de tests à large échelle. Le déploiement des capacités de tests en janvier et février s'est inscrit dans un cadre purement hospitalier destiné à la seule confirmation diagnostique des patients hospitalisés. La création d'une cellule tests est intervenue seulement fin mars, 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.

²³ Ceux-ci n'étant plus les seuls syndicats de biologistes mais aussi les responsables des chaînes et entreprises qui pilotent les plateformes analytiques.

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 d'une stratégie de « tester, tracer et isoler ». Ce besoin s'est révélé largement surestimé (seulement 250 000 tests réalisés après le déconfinement), conduisant fin juillet à une ouverture plus large des conditions d'accès (suppression de la prescription obligatoire).

Début octobre 2020, alors qu'environ 1,2 million de tests sont réalisés par semaine, plusieurs questions se posent : la stratégie de priorisation, les délais de restitution des résultats et surtout leur utilisation opérationnelle en vue du contrôle de l'épidémie (traçage, isolement). L'approche trop fractionnée de la stratégie « tester, tracer, isoler » réduit fortement son efficacité en matière d'épidémiologie d'intervention sur le terrain, indispensable pour casser les chaînes de transmission.

2.2.8. La gouvernance de la gestion de crise sanitaire a révélé des faiblesses structurelles

La Mission souligne l'engagement et la bonne volonté des agents mobilisés.

La crise n'en a pas moins révélé ou accentué un certain nombre de faiblesses dans la gouvernance du dispositif. Compte tenu de l'ampleur de la crise, sa gestion a nécessité une succession d'adaptations²⁴ qui ne se sont inscrites que progressivement et incomplètement dans le cadre préétabli²⁵. Quatre points en particulier méritent d'être approfondis :

- déploiement heurté du processus de gestion de crise notamment au niveau interministériel s'écartant du cadre prévu par les textes ;
- organisation complexe et souvent ambiguë des relations entre le ministère chargé de la santé et les agences et instances qui l'entourent ;
- fragilité structurelle des administrations et agences en matière d'approvisionnement et logistique ;
- difficultés d'articulation entre ARS, préfets de région, préfets de département, préfets de zone de défense.

La Mission entend poursuivre ses travaux sur chacun de ces sujets et se prononcera dans son rapport de fin d'année.

²⁴ Activation du centre de gestion de crise au ministère des affaires étrangères pour gérer le rapatriement des Français expatriés en Chine le 27 janvier 2020 ; activation du centre de crise sanitaire (CCS) le 27 janvier ; activation du centre interministériel le 17 mars en co-pilotage avec le CCS jusqu'au 20 mai ; mise en place du schéma de centre de crise interministériel de plein exercice à compter du 20 mai.

²⁵ Défini par les circulaires interministérielles du 2 janvier 2012 et du 1^{er} juillet 2019.

2.2.9. Une communication perfectible

La confiance a été ébranlée au début de la crise par les polémiques sur les masques et, dans une moindre mesure, sur les tests. Les discours officiels sur les masques et la doctrine d'utilisation ont été très évolutifs et sont apparus contradictoires au point d'être perçus par une partie de la population comme mensongers. L'évolution des préconisations, notamment pour le grand public, n'a pas été comprise comme un ajustement aux nouvelles connaissances scientifiques ou aux nouveaux niveaux de stocks, mais comme une volonté de dissimuler un manquement²⁶. Ce « faux départ »²⁷ en communication dans une société française caractérisée, avant même la crise, par une défiance forte à l'égard des décideurs, a eu des répercussions tout au long de la crise sanitaire.

Le niveau d'information et de compréhension du grand public est inédit pour une crise de cette ampleur. Les chaînes d'informations en continu, les réseaux sociaux et les nombreuses publications disponibles sur Internet plongent l'ensemble des citoyens au cœur des débats scientifiques et politiques qui agitent la crise. Dans ces conditions, le rationnel scientifique derrière chaque mesure doit pouvoir être expliqué sans ambiguïté ainsi que les limites des connaissances scientifiques disponibles afin d'anticiper une éventuelle évolution des consignes et des mesures sanitaires.

En l'absence d'éléments d'explication et de reconnaissance des limites des mesures mises en œuvre, les citoyens peuvent avoir des difficultés à se sentir impliqués dans une stratégie collective et vivre les mesures comme des contraintes injustifiées, avec un sentiment d'infantilisation et de défiance.

²⁶ Incapacité à fournir des masques pour 76 % des Français d'après un sondage Odoxa du 9 avril.

²⁷ Au 1^{er} mai, 80 % des Français pensaient que le gouvernement avait caché des informations selon un sondage Odoxa.

3. DANS L'IMMÉDIAT, PLUSIEURS POINTS APPELLENT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

La Mission avancera, dans son rapport final, des propositions structurelles afin d'accroître la préparation au risque pandémique et la capacité française de gestion de crise, sur la base de ses conclusions sur les forces et faiblesses du dispositif mis à l'épreuve par la crise Covid-19. Elle devra également s'intéresser aux marges de manœuvre pour renforcer et coordonner les réponses à l'échelle européenne et aux effets sur l'activité économique et sociale des fermetures de frontières et des mesures de restriction de mobilité entre pays.

À ce stade des investigations, et alors que s'est amorcé un rebond de l'épidémie en France comme dans le reste de l'Europe, la Mission attire l'attention des pouvoirs publics sur plusieurs points.

3.1. Faire partager une claire conscience du contexte (vivre durablement avec le virus) et transformer la communication

Malgré l'accroissement constant des connaissances sur le virus, l'amélioration sensible de la prise en charge hospitalière des formes graves de la maladie et les avancées en matière de développement de vaccins, la pandémie devrait se poursuivre au cours des prochains mois.

Face à une crise qui s'inscrit dans la durée, la Mission recommande que le Gouvernement assume clairement l'objectif de préservation de la vie économique et sociale, indispensable à l'éducation et l'avenir des jeunes, sous contrainte de garantir la sécurité des personnes dans leur vie professionnelle et personnelle. Ceci impose d'informer lisiblement le grand public sur la réalité des risques, leur poursuite lors des prochains mois et la nécessité d'un effort collectif et solidaire, mais aussi les incertitudes qui persistent. La reconnaissance des hésitations initiales relatives à la communication sur les masques constitue un préalable à une communication fondée sur la confiance et à l'appel à la responsabilité de citoyens. La mise à disposition de données géo-localisées, d'informations sur les chaînes de contamination et non sur les seuls *clusters* (au besoin en renforçant les capacités de pilotage du centre de crise sanitaire), ainsi que l'explicitation du rationnel scientifique fondant les décisions, devraient y participer. La communication gagnerait en outre à être segmentée pour toucher les différents publics concernés, notamment les jeunes et les personnes âgées, en s'appuyant sur des relais adaptés (influenceurs, « You tubeurs », personnalités du monde sportif ou culturel, humoristes, experts scientifiques locaux) et vecteurs spécifiques aux publics visés (réseaux sociaux, presse quotidienne régionale).

Cette politique de communication renouvelée devrait revenir sur les fondamentaux de la stratégie préventive. Le respect de la distanciation et des règles d'hygiène, seuls outils pour nous protéger collectivement au prix de contraintes modérées, doit être au cœur de cette stratégie. Le port du masque ne remplace pas le lavage fréquent des mains et la tenue à distance physique.

3.2. Mieux asseoir la légitimité des décisions en matière sanitaire

Afin d'améliorer l'adaptation et l'acceptation des mesures sanitaires dans cette nouvelle phase de l'épidémie, la démocratie sanitaire devrait être renforcée. Il est proposé de :

- mieux prendre en compte la dimension sociale et économique de la crise sanitaire en élargissant la composition du conseil scientifique et en incluant des représentants des usagers du système de santé ;
- étayer par des données précises (davantage géo-localisées) les décisions relatives à des mesures de restriction ou de relaxation de l'activité économique et sociale ;
- demander aux préfets et aux directeurs des ARS d'organiser des dispositifs territoriaux d'alerte, de remontée des problématiques et d'élaboration de propositions ;
- veiller à associer systématiquement une personnalité scientifique à la communication institutionnelle.

3.3. Assumer clairement que les tests ont vocation à casser les chaînes de transmission

Il n'entre pas dans les attributions de la Mission d'examiner en profondeur l'organisation du dispositif du « tester, tracer, isoler ». Il ne lui appartient pas non plus de formuler des recommandations scientifiques sur le bon usage des différents types de tests existants ou à venir. Pour autant, il est clair que le dispositif actuel est interrogé tant par les professionnels que par l'opinion publique sur une double dimension tant stratégique (quelles finalités ?) qu'opérationnelle (quelle efficacité opérationnelle ?).

L'annonce d'ajustements successifs sur les priorités d'accès et les modalités de leur mise en œuvre ainsi que la place attribuée aux nouvelles techniques de prélèvement et/ou d'analyse ne répondent pas aux attentes des professionnels et ne permettent plus au grand public d'en comprendre les enjeux. En outre, celles-ci sont centrées sur la seule dimension des tests alors que ces derniers n'ont de sens, en tant qu'outil diagnostique (il en va différemment pour ce qui concerne leur finalité épidémiologique) qu'associés au traçage et à l'isolement des patients²⁸ concernés pour casser les chaînes de transmission.

Aussi est-il proposé de mettre en place rapidement une *task force* en charge de :

- repenser, en associant l'ensemble des parties prenantes, le volet tester/tracer/isoler de la stratégie de contrôle de l'épidémie en intégrant les innovations à venir et en précisant les moyens de sa mise en œuvre ;
- piloter son déploiement grâce à une batterie complète d'indicateurs (des symptômes à l'isolement) ;
- synthétiser les résultats épidémiologiques obtenus afin de mieux cerner les *clusters* et de permettre une restitution éclairée aux décideurs publics.

²⁸ Ces deux aspects paraissent aujourd'hui pris en défaut : insuffisance de repérage des cas contact et non-respect de l'isolement dans des proportions estimées par certaines ARS à 30 % des cas.

3.4. Mener une politique volontariste pour accroître la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière et préparer la mise en œuvre d'un éventuel vaccin anti-Covid

La diffusion des gestes barrières (et parfois le confinement) semble avoir permis de contenir l'épidémie de grippe saisonnière dans l'hémisphère sud lors de l'hiver 2020. Il n'en demeure pas moins qu'un effort doit être fait en faveur d'une politique volontariste en France pour promouvoir la vaccination contre la grippe saisonnière auprès des publics prioritaires, ainsi que des professionnels de santé, afin d'éviter l'engorgement des urgences hospitalières et des cabinets de médecine de ville, l'accroissement des délais de diagnostics et des mises en quarantaine préventives. Les autorités publiques ont augmenté assez sensiblement et à raison, le nombre de vaccins commandés cette année. Pour autant, une stratégie gagnerait à être définie par avance pour faire face à l'hypothèse où la demande serait plus forte que prévu.

En outre, il importe d'anticiper les développements futurs de la crise en ouvrant une réflexion, impliquant notamment les médecins de ville et les usagers, sur la mise en œuvre d'une stratégie de vaccination anti-Covid à large échelle dans un temps réduit, ainsi que son organisation logistique. Cette réflexion devra également prendre en compte les questions scientifiques et éthiques susceptibles de se poser (par exemple le débat sur la mise en place parfois évoquée d'un « passeport immunitaire » pour attester l'immunité des personnes).

3.5. Organiser le partage d'information entre ARS et établissements de santé de manière à garantir la prise en charge de l'ensemble des patients

Compte tenu de la durée prévisible de la crise et de l'expérience du premier semestre 2020, le maintien au plus haut niveau possible de la filière de patients non atteint de Covid-19 doit être recherché. Il passe par un partage plus organisé des données territoriales de modélisation de l'épidémie sur les besoins prévisionnels en lits hospitaliers (y compris de réanimation) avec les établissements de santé et par une meilleure définition des déterminants de la déprogrammation des activités jugées moins urgentes. À cet effet, la mise en place d'organisations structurées, réunissant sous la responsabilité des ARS l'ensemble des établissements d'un territoire, pourrait permettre de gérer à la fois les résorptions d'opérations déprogrammées au printemps et les possibles déprogrammations à venir, afin de restreindre au maximum l'impact sur les soins non Covid-19.

3.6. Rassurer sur la sécurité au travail

Le maintien d'une activité économique dynamique en période de Covid-19 et le souci d'éviter une mise à l'écart durable de certains salariés de l'entreprise impliquent de rassurer et permettre le retour sur le lieu de travail sur tout ou partie de la semaine dans des conditions sanitaires adéquates. Dans cette perspective, la Mission souhaite que les ministres (notamment les ministres chargés du travail et des transports) et les autorités publiques en charge de ces sujets encouragent des initiatives telles que :

- la mise en place flexible de chartes du temps, d'horaires aménagés et le développement de moyens de transport à mobilité douce, afin de répondre aux craintes engendrées par l'utilisation des transports en commun aux heures de pointe ;
- la possibilité pour les entreprises de proposer, sur la base du volontariat, des tests Covid-19, sans transmission des résultats aux employeurs ni constitution d'un fichier de données personnelles ;
- un plan de déploiement d'outils de travail à distance pour les agents de l'État, des collectivités territoriales ainsi que des établissements publics.

3.7. Engager sans tarder une étude approfondie sur la question des reports de soins

La Mission tient à appeler l'attention des décideurs sur la nécessité d'évaluer l'ampleur du phénomène de reports de soins et ses conséquences, en fonction des différentes pathologies (cancers, pathologies mentales, etc.). En effet, la baisse de la consommation de soins durant les semaines de confinement ne semble pas avoir été suivie d'un effet de rattrapage au cours des mois suivants. De plus, il est à craindre que l'appréhension des patients quant aux risques de surcharger, voire même de fréquenter, les cabinets de ville ou les services hospitaliers ne perdure. Une réflexion associant l'ensemble des parties prenantes (en particulier sociétés savantes, assurance maladie et représentants des patients) doit être lancée sans tarder pour établir un état des lieux et pour remédier aux problèmes identifiés.