



Retour d'expérience du pilotage de la réponse à l'épidémie de COVID-19 par le ministère des solidarités et de la santé

Rapport

Pascale FLAMANT

Hervé LEOST

Emilie MARQUIS SAMARI

Angel PIQUEMAL

Membres de l'Inspection générale des Affaires Sociales

SYNTHÈSE

[1] Le 29 juin 2020, le ministre des Solidarités et de la Santé a confié à l'Inspection Générale des Affaires Sociales une mission de retour d'expérience (RETEX) sur les modalités de pilotage et de gestion de l'épidémie par le MSS. La lettre de mission visait, d'une part, l'organisation du centre de crise sanitaire (CCS) et du ministère dans sa globalité et, d'autre part, l'articulation entre le pilotage central et la responsabilité des acteurs de terrain.

[2] Le pilotage national de la gestion des crises sanitaires au ministère des solidarités et de la santé (MSS) est confié à la direction générale de la santé. Le Centre opérationnel de régulation et de réponses aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS), créé en 2007, assure des fonctions de veille et de coordination des opérations selon trois niveaux d'alerte en fonction de la gravité des crises. Le troisième niveau, correspondant à la mise en place du centre de crise sanitaire, est activé le 27 janvier 2020 par le directeur général de la santé, qui assure la direction de crise.

L'organisation de la direction de crise nationale et la chaîne de décision

[3] La structuration du CCS en pôles a évolué tout au long de la crise selon une organisation agile qui est jugée préférable par ses responsables pour faire face à une épidémie inconnue et évolutive, mais qui présente plusieurs inconvénients. Elle est peu lisible en externe comme en interne. Elle s'écarte de l'organisation classique des centres de crise qui est fondée sur quatre fonctions, décision, situation, anticipation et communication. En particulier, la fonction essentielle d'anticipation n'est pas identifiée dans un pôle à part entière mais dispersée dans l'organigramme ce qui nuit à sa prise en charge.

[4] L'intégration au pilotage de la crise des autres directions concernées est intervenue progressivement, en particulier pour la DGOS et la DREES, et dans une moindre mesure pour la DGCS qui a toujours conservé un centre de crise distinct du CCS sur la plus grande partie de la crise. Cette scission du pilotage national n'a pas facilité la prise en charge de la problématique sanitaire des EHPAD en particulier.

[5] La direction de crise a été renforcée à la fin du mois de février par des ressources interministérielles rassemblées dans une « *task force* » et par de nombreux renforts internes. Ce renforcement, indispensable pour permettre au ministère de faire face aux différentes dimensions de cette crise inédite, se traduit cependant à partir du mois de mars par une fragmentation du pilotage de la crise avec la multiplication de cellules, certes rattachées à la direction de crise, mais externes au CCS. En charge par exemple de la logistique, des tests, de l'offre de soins, de la communication, ces cellules s'ajoutent à un centre de crise débordé, sans que leur articulation ne soit précisée dans les très nombreux organigrammes successifs de la direction de crise.

[6] Cette organisation ne facilite pas l'unité de la chaîne de décision. Pour y remédier, une direction des opérations apparaît *de facto* au moment du confinement, sans être officialisée dans l'organigramme. Elle joue alors un rôle majeur pour assurer la rapidité des décisions opérationnelles au plus fort de la crise et pour interagir à haut niveau avec les agences régionales de santé (ARS).

[7] Plusieurs thématiques stratégiques ont cependant échappé au champ de la direction des opérations :

- La logistique, compétence pour laquelle une cellule interministérielle (CCIL) s'est largement substituée à Santé publique France (SPF) afin d'assurer l'approvisionnement en matériel des professionnels de santé et des établissements. De fortes tensions en ont résulté avec l'opérateur, se traduisant par un manque d'information mutuel et des circuits de décision peu fluides. Suite à la réintégration de la CCIL à SPF à l'été, une forte vigilance du ministère est aujourd'hui encore indispensable pour s'assurer de la bonne prise en charge de cet enjeu stratégique ;
- Les tests, confiés à une cellule interministérielle spécifique entretenant peu de relations avec les autres cellules, ce qui a entraîné des coûts de coordination importants avec les autres acteurs de la gestion de crise ;
- Le secteur social et médico-social dont le pilotage a été peu investi par la direction de crise sanitaire, obligeant les cabinets à prendre en charge un rôle directement opérationnel.

[8] L'activation, le 17 mars, de la cellule interministérielle de crise (CIC), structure prévue par les textes, n'a pas suffi à une meilleure intégration de ces différents sujets. C'est la mise en place d'une « CIC-synthèse », réunion quotidienne d'arbitrage présidée par le directeur de cabinet du Premier ministre, qui a permis d'assurer une chaîne de commandement unifiée. Ce mode de pilotage a grandement sécurisé les équipes de la direction de crise en confortant leurs décisions au plus haut niveau, mais a également conduit à un « écrasement » de la chaîne de décision au détriment du temps consacré aux orientations stratégiques.

[9] Une fois passé le pic de la première vague, la CIC a été transformée en un centre interministériel de crise, structure *ad hoc*, le 17 mai afin d'assurer une plus grande interministérialité dans la durée. L'organisation du MSS évolue également au moment du départ des renforts par un copilotage confié à la DGS et la DGOS, puis par la mise en place à l'automne d'une équipe resserrée auprès du secrétaire général, assurant la fonction de direction des opérations.

La mobilisation des moyens humains au niveau national

[10] La mobilisation exceptionnelle par le MSS des moyens humains, internes au ministère et interministériels, a permis à la direction de crise et au centre de crise de faire face par une implication sans limite des agents à tous les niveaux hiérarchiques. Cette mobilisation est passée notamment par des appels au volontariat, sans que les profils et compétences attendus ne soient définis avec suffisamment de précision pour garantir toujours une bonne prise en charge des missions. Les pratiques de *sourcing* sont restées artisanales et dispersées : la cellule *ad hoc* mise en place pour coordonner cette fonction disposait de peu de ressources et n'apparaissait pas dans l'organigramme, alors que la mise à disposition de ressources humaines compétentes constitue une fonction particulièrement critique dans toute gestion de crise majeure.

[11] Le retour d'expérience sur la crise témoigne d'un épuisement durable des agents les plus impliqués, confrontés à des horaires de travail hors normes et à une pression psychologique intense. Une pratique plus systématique du « binôme » et une attention encore renforcée aux conditions de travail et à la lisibilité des processus décisionnels sont indispensables pour permettre aux équipes de tenir dans la durée. Les compétences des agents doivent être confortées par un investissement plus soutenu du ministère dans la formation des agents destinés à gérer la crise, qu'ils fassent partie du CORRUSS ou plus largement d'une « réserve administrative » que la mission propose de constituer.

Le pilotage de l'expertise scientifique et de la recherche médicale

[12] Les organismes existants, Haute autorité de santé, Haut conseil de santé publique et agences sanitaires, ont tous adapté leurs modes de fonctionnement pour gagner en réactivité face à l'épidémie, aboutissant à une production variée (avis, dérogations, etc.) et considérable. La réponse à l'épidémie s'est également appuyée sur la création de nouveaux organismes, Conseil scientifique, Comité analyse recherche et expertise (CARE) et Comité scientifique vaccins COVID-19.

[13] Sans mettre en question l'utilité d'instances spécifiques face à une crise d'une ampleur inédite, le foisonnement des instances scientifiques a alimenté une impression de confusion sur les rôles de chacun, renforcée chez les professionnels de terrain par les très nombreuses recommandations des sociétés savantes. En particulier, Santé Publique France n'a pas joué le rôle de coordination de l'expertise qui aurait pu être attendu au regard de ses missions légales en matière de veille et de réponse aux crises sanitaires. Le besoin de coordination renforcée concerne également les travaux de modélisation. Il est nécessaire de formaliser davantage la collaboration et les échanges entre les différentes équipes de modélisation, afin de mieux éclairer le décideur sans remettre en cause l'indépendance de chacun.

[14] L'intérêt stratégique de la recherche médicale a été identifié très tôt dans le déroulé de la crise. Une cellule interministérielle a été activée en mars et placée sous l'autorité du MESRI et du MSS, avec pour mission de favoriser et de suivre le développement de la recherche, en lien avec les principaux organismes nationaux (INSERM, Agence nationale pour la recherche, etc.). Le très fort dynamisme de la recherche s'est accompagné d'une incontestable dispersion des projets avec plusieurs effets délétères : projets redondants, cohortes trop faibles, certains projets n'ayant même pas pu démarrer faute d'inclusions. Les pouvoirs publics, et notamment le MSS, ne paraissent pas avoir posé un cadre clair fixant leurs orientations et priorités de recherche face à l'épidémie. A cet égard, la mission fait siennes certaines des recommandations du rapport « Les essais cliniques en contexte épidémique » de juin 2020¹ : prioriser les axes de la recherche, favoriser les regroupements d'équipes et la dimension européenne.

L'animation par le ministère de ses partenaires et les marges d'autonomie au niveau territorial

[15] Le pilotage national a été très affirmé dans la conduite des opérations, la production réglementaire et l'animation quotidienne des ARS comme des partenaires naturels du ministère (fédérations, conférences). Les interlocuteurs du MSS reconnaissent la grande disponibilité et l'écoute des responsables nationaux, tout en soulignant la difficulté à obtenir des réponses en temps voulu à certaines de leurs questions et à comprendre l'organisation de la direction de crise. Surtout, le retour d'expérience fait ressortir un décalage entre la réalité vécue sur le terrain et sa prise en compte au niveau national, particulièrement marqué dans les régions touchées en premier par la vague. Les tensions se sont cristallisées sur l'approvisionnement en équipements de protection individuelle dont la gestion a nui à la confiance entre les différents échelons.

[16] Le pilotage de la réponse à la crise a reposé en particulier sur la production de très nombreuses instructions et recommandations, concertées avec les partenaires du ministère et dont la qualité du contenu scientifique est reconnue par les professionnels. Pour autant, le jugement des acteurs de terrain est contrasté : rédaction inadaptée et précision excessive des doctrines produites, format peu opérationnel, contenu jugé parfois inapplicable car inadapté à la réalité du fonctionnement des établissements. Ces jugements sont particulièrement marqués sur le secteur médico-social mais

¹ Rapport du Pr Patrick ROSSIGNOL du 7 juin 2020, suite à la mission confiée par les ministres des solidarités et de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche.

valent aussi pour le champ sanitaire, rendant nécessaire une application plus systématique de principes de communication destinés à faire des recommandations de véritables outils d'appui aux professionnels.

[17] Ni le MSS ni Santé publique France n'étaient outillés, au début de l'épidémie, pour organiser les remontées de données nécessaires au suivi et à la gestion de la crise. L'enjeu des données n'avait pas été identifié comme prioritaire et cette lacune a créé de fortes tensions sur le terrain. A partir du mois de mars, un certain nombre de données faisant défaut, plusieurs systèmes d'information ont été adaptés pour le suivi épidémiologique et d'autres ont été créés de toutes pièces dans des délais très resserrés, permettant à partir du déconfinement de disposer de nombreux indicateurs de pilotage. Ces outils doivent désormais être pérennisés en intégrant les retours des utilisateurs. Au-delà des outils, la crise a surtout montré l'enjeu de décloisonner les données de santé et d'assurer une gouvernance unifiée sous l'égide du ministère.

[18] Le rôle des ARS et des professionnels de santé a largement dépassé la simple déclinaison des recommandations et les remontées de données. Le pilotage national s'est accompagné de marges d'autonomie importantes au niveau régional concernant la répartition des équipements, la politique de dépistage ou la régulation des soins critiques. De nombreuses innovations organisationnelles sont à noter concernant le lien entre sanitaire et médico-social ou encore la coopération public/privé, cette dernière apparaissant comme un facteur déterminant pour surmonter la crise aux dires de tous les professionnels rencontrés. Cependant, cette autonomie du terrain s'accompagne souvent d'un sentiment de solitude des professionnels ou de manque d'appui de leur tutelle portant sur plusieurs problématiques critiques : les équipements mais aussi les ressources humaines qui constituent une source majeure d'inquiétude face à la deuxième vague. Dès lors, plus que sur des recommandations nationales devenues moins nécessaires avec l'amélioration de la connaissance du virus et des modalités de prise en charge des patients, l'accent doit désormais être mis sur un appui concret des ARS aux professionnels, notamment sur les chaînes d'approvisionnement ou les prestations destinées à faciliter les conditions de travail du personnel.

L'articulation entre les acteurs institutionnels et le rôle de la société civile

[19] Malgré un cadre réglementaire préétabli, les relations entre ARS et préfetures ont été à géométrie variable. Les tensions se sont notamment cristallisées sur les remontées de données ou la communication. La difficulté a porté plus globalement sur la différence d'échelon territorial de pilotage de la crise, les préfets de département d'une part et le siège régional de l'ARS d'autre part, ce qui rendait particulièrement central le rôle des délégations territoriales des ARS. Or, celles-ci ne sont pas toujours apparues suffisamment armées pour assurer ce rôle. L'échelon départemental doit être conforté et son rôle valorisé en particulier dans le lien avec les établissements et les professionnels.

[20] C'est aussi à l'échelon départemental, en complément des actions du siège régional de l'ARS, que le lien avec les collectivités territoriales doit être renforcé. Celles-ci ont souligné un manque d'information et d'association de la part de l'Etat. Il a souvent manqué un retour d'expérience organisé sur les territoires et associant les collectivités. Un tel exercice permettrait également d'intégrer davantage l'expérience des établissements et de les associer véritablement au pilotage de la crise. Il est nécessaire en particulier de s'appuyer sur le rôle spécifique des CHU, l'appui des GHT, y compris aux ESMS, sans négliger l'apport considérable des établissements privés, qu'ils soient d'intérêt collectif ou commerciaux.

[21] La mobilisation de la société civile, qui n'a pas vraiment été envisagée lors de la première vague face à l'urgence, semble désormais incontournable afin de rendre acceptables des mesures appelées à durer pour juguler l'épidémie. Les instances de démocratie sanitaire doivent être mieux associées

au niveau territorial. La mise en place d'instances à la composition plus large doit être envisagée dans le cadre de l'épidémie, afin d'assurer une mobilisation plus forte par une plus large compréhension des enjeux parmi les citoyens et une prise en compte de leur expérience.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité ²	Autorité responsable	Échéance
Thème 1 : La réorganisation du niveau central				
2	Renforcer le caractère ministériel du centre de crise sanitaire en intégrant davantage les directions concernées autres que la DGS, selon des modalités à déterminer en fonction du niveau d'alerte.	1	DC*	2020
3	Distinguer systématiquement la fonction de direction stratégique de la crise et la fonction de direction des opérations. Confier la fonction de direction des opérations à un profil de haut niveau, dans la mesure du possible à plein temps.	1	DC	2020
1	Adopter pour le CCS une structuration fondée sur les principes reconnus d'organisation d'un centre de crise, notamment en intégrant clairement une fonction anticipation avec des ressources humaines dédiées. Mettre en place un dispositif de supervision auprès de la direction de la crise. Faire valider les évolutions d'organisation par le Ministre.	1	DC	2020
4	Assurer une organisation claire et synthétique de la gestion de crise permettant une vision stratégique de l'ensemble des sujets. Donner à la direction des opérations autorité sur l'ensemble du centre de crise ministériel. Conduire une réflexion sur le profil et le niveau hiérarchique le plus adapté aux différentes fonctions du centre de crise.	1	DC	2020
5	Expliciter l'organisation de la gestion de crise par un organigramme validé (cf. recommandation n°1), si besoin évolutif, faisant clairement apparaître la chaîne de décision, et régulièrement diffusé auprès de l'ensemble des acteurs de la crise, au niveau national comme au niveau territorial.	1	DC Dop**	2020
7	Elaborer une organisation coordonnée pour la prise en compte de chaque enjeu transversal (le dépistage, les vaccins...) en désignant, pour chacun, un pilote qui rapporte à la direction des opérations.	1	DC DAC	2020
32	Porter une vigilance toute particulière à la thématique « vaccins », en associant tous les acteurs et en organisant un pilotage unifié.	1	DC	2020
8	Confier à la direction de crise la responsabilité du pilotage des opérations concernant l'ensemble des publics fragiles (personnes âgées, personnes handicapées, champ social, etc.), en nommant auprès du directeur des opérations un adjoint spécifiquement chargé de ces populations, qui serait en lien étroit avec les DAC concernées.	1	DC	2020

² La mission considère que l'ensemble de ses recommandations présentent le même ordre de priorité compte tenu du contexte épidémique qui se poursuit.

n°	Recommandation	Priorité ²	Autorité responsable	Échéance
17	Identifier les interlocuteurs des ARS au sein de la direction de crise, leur en communiquer régulièrement l'organigramme et systématiser le suivi des questions et problèmes qu'elles remontent.	1	DC Dop	2020
18	Prévoir, au cours de la crise, des déplacements de la direction de crise sur le terrain. Inciter les ARS à se déplacer en établissements auprès des équipes médicales et de direction.	1	Dop CCS	2020
19	Organiser la fonction de communication de crise au MSS.	1	DC	2020
11	Faire apparaître la fonction RH dans l'organigramme de la gestion de crise, préciser ses missions, son articulation avec la DRH, et son périmètre. Veiller à une expression claire des besoins RH.	1	DC Dop	2020
Thème 2 : La gestion des RH				
9	Structurer, dans la durée et de manière pérenne, une « réserve administrative », constituée de volontaires, qui ne doit pas se limiter aux ressources humaines des directions d'administration centrale, mais s'élargir aux établissements et opérateurs sous tutelle du MSS.	1	DRH	03/21
10	Définir de manière précise et systématisée les besoins RH, en termes de compétences et d'aptitudes, avant tout appel à des renforts.	1	DC DAC	2020
12	Veiller aux conditions de travail des agents dédiés à la gestion de crise, les accompagner de manière proactive et spécifique afin de prévenir les risques psycho-sociaux, et systématiser la pratique du binôme pour sécuriser les organisations et les acteurs.	1	DC DRH	2020
13	Investir durablement dans la formation continue, en faisant appel à des outils et des dispositifs spécialisés pour les agents dédiés à la gestion de crise, à des formations plus généralistes pour les volontaires et à une sensibilisation pour l'ensemble des personnels du MSS.	1	SGMAS	06/21
14	Réaliser régulièrement des exercices préparatoires de réponse à une crise épidémique au niveau interministériel.	1	SGDSN MSS	2021
Thème 3 : Les instructions				
20	Appliquer systématiquement à la conception et à la rédaction des recommandations faites aux ARS et aux professionnels les principes suivants : concertation, prise en compte de retours terrain, simplicité, rapidité d'appropriation.	1	DC DAC	2020
24	Capitaliser sur les expériences acquises par les établissements et les professionnels pour adapter les recommandations et instructions émises par le niveau national et par les ARS à leur capacité d'autonomie et d'initiative.	1	DC DAC	2020
Thème 4 : L'expertise scientifique- La recherche médicale				
15	Dans le contexte d'une épidémie qui s'installe dans un temps long, clarifier la stratégie des pouvoirs publics dans l'utilisation de l'expertise scientifique en précisant les rôles respectifs de chaque organisme contributeur, ainsi que leur	1	DC DAC	2020

n°	Recommandation	Priorité ²	Autorité responsable	Échéance
	articulation. Une démarche similaire devra être entreprise spécifiquement sur les travaux de modélisation.			
16	Dans le cadre de la lutte contre cette épidémie, redéfinir clairement la stratégie de recherche médicale autour de trois axes majeurs : l'élaboration de priorités pour sélectionner les projets, le regroupement des équipes et le renforcement de la dimension européenne.	1	MSS MESRI	02/21
Thème 5 : Santé Publique France				
6	Construire une vision stratégique et opérationnelle d'ensemble de la chaîne d'approvisionnement par un document conjoint Etat / SPF précisant la répartition des rôles pour chaque étape de la chaîne. Mettre en place un dispositif d'évaluation régulière entre SPF et le MSS.	1	Dop	2020
21	Auditer les conventions ARS -SPF, ainsi que leur bonne mise en œuvre .	1	MSS-ARS-SPF	06/21
31	Commanditer une mission sur les liens entre le MSS et SPF, les rôles attribués à l'agence à sa création et dans la gestion de l'épidémie ainsi que la manière dont SPF les a assurés afin de proposer l'ensemble des réajustements nécessaires.	1	MSS	06/21
Thème 6 : Les données				
22	Se donner les moyens de fiabiliser et de pérenniser techniquement les différents outils, en tenant compte des retours utilisateurs, et effectuer régulièrement des restitutions sur les résultats de l'exploitation des données auprès des ARS et des établissements.	1	MSS DREES	2020
23	Mettre en œuvre un pilotage cohérent de la donnée en santé : définir les différents usages, confier à la DREES la coordination d'un travail collectif de cartographie détaillée des données existantes. Elaborer une « feuille de route » qui reprend les recommandations de la <i>task force</i> data vs COVID-19, et conforter une gouvernance partagée sous l'égide de la DNS.	1	MSS DREES	06/21
Thème 7 : Le pilotage territorial				
27	Organiser dans les territoires, dès que la situation le permettra, des retours d'expérience collectifs sur le pilotage de la crise, sous l'égide de l'ARS et du préfet et en associant l'ensemble des acteurs dont les collectivités territoriales.	1	ARS Préfectures	2021
25	Renforcer le rôle d'appui aux professionnels de ville et des établissements joué par les ARS, en portant une attention particulière au traitement des difficultés opérationnelles : chaîne logistique et d'approvisionnement, mise en place de prestations pour faciliter les conditions de travail des professionnels. Adopter systématiquement un principe de confiance et de subsidiarité pour les réponses à apporter à la crise dans la relation niveau national/ARS et ARS/établissements.	1	ARS	2020
26	Préciser les rôles opérationnels respectifs des préfets (de zone, de région et de département) et des DGARS, en situation de crise sanitaire, par une démarche qui les fasse	1	MSS- Mint	2021

n°	Recommandation	Priorité ²	Autorité responsable	Échéance
	participer à cette réflexion : groupe de travail conjoint et/ou mission interministérielle de retour d'expérience sur ce sujet.			
28	Renforcer le tandem Préfet-ARS dans le pilotage de proximité, ainsi que le positionnement des directions départementales des ARS, en leur confiant la responsabilité de l'animation territoriale des acteurs de terrain du champ sanitaire et médico-social.	1	MSS-Mint	2020
29	Associer davantage les établissements au pilotage territorial mené par les DD, et renforcer l'appui des GHT au profit des ESMS.	1	ARS	2020
30	Favoriser les initiatives locales associant la société civile, en créant des comités <i>ad hoc</i> ou en mobilisant des instances existantes, afin de diffuser l'expertise scientifique et de favoriser l'adaptation des mesures, leur compréhension et leur acceptabilité. S'assurer de la prise en compte des populations en difficulté et des publics fragiles.	1	ARS-Préfet	2020

DC Direction de crise*

*Dop** Direction des opérations*

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	9
RAPPORT	15
1 UNE ORGANISATION DU PILOTAGE NATIONAL QUI TENTE DE S'ADAPTER AUX PARTICULARITES DE CETTE CRISE TOTALEMENT INEDITE	17
1.1 LE CENTRE DE CRISE, ORGANISE AUTOUR DU CORRUSS, A ETE PENSE A LA SUITE DE H1N1 AVEC UN PERIMETRE LIMITE	17
1.1.1 <i>Un rôle consacré par la loi et le règlement mais conçu pour gérer des crises limitées dans le temps et dans l'espace.....</i>	17
1.1.2 <i>Une activation du centre de crise sanitaire qui n'a pas conduit dans un premier temps à élargir significativement son périmètre au-delà de la sous-direction VSS</i>	19
1.2 FACE A SON AMPLEUR, LA GESTION DE LA CRISE S'EST FRAGMENTEE ET DESORGANISEE.....	23
1.2.1 <i>L'organisation de la gestion de crise ministérielle face à la propagation rapide de l'épidémie.....</i>	23
1.2.2 <i>Une coordination interministérielle de la gestion de crise qui a également connu des évolutions organisationnelles importantes.....</i>	26
1.2.3 <i>Des structures spécifiques, hors CCS, pour gérer des enjeux stratégiques.....</i>	27
1.2.4 <i>Des efforts de rationalisation de l'organisation de la gestion de crise à compter de l'été</i>	32
1.3 LA REACTION A LA CRISE A INDUIT UNE MOBILISATION EXCEPTIONNELLE DES AGENTS DU MINISTERE, MAIS AUSSI D'AUTRES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES	34
1.3.1 <i>De très nombreux renforts venus épauler la direction de crise.....</i>	34
1.3.2 <i>Une prise en compte trop faible de l'enjeu RH dans l'organisation de la gestion de la crise</i>	37
1.3.3 <i>Des conditions de travail, très éprouvantes au vu de l'acuité et de durée de la crise, qui ont fragilisé les agents psychologiquement et provoqué un épuisement généralisé</i>	38
1.3.4 <i>Un épisode épidémique qui met à jour la nécessité de mieux former à la gestion de crise</i>	40
1.4 LA FORTE SOLlicitATION DE L'EXPERTISE SCIENTIFIQUE A CONDUIT A UNE PRODUCTION CONSIDERABLE.....	41
1.4.1 <i>Le conseil scientifique, le CARE et le comité vaccin COVID-19, trois instances inédites.....</i>	41
1.4.2 <i>Les organismes existants, contributeurs essentiels</i>	43
1.4.3 <i>L'utilisation croissante des travaux de modélisation</i>	45
1.5 L'INTENSE MOBILISATION POUR LA RECHERCHE MEDICALE NECESSITE UN PILOTAGE PLUS FORT.....	46
1.5.1 <i>Un foisonnement de projets et un accompagnement résolu, révélateurs d'un engagement collectif.....</i>	46
1.5.2 <i>Toutefois, un besoin de structuration et de coordination pour optimiser les ressources.....</i>	48
2 UN PILOTAGE TERRITORIALISE QUI DOIT ETRE RENFORCE POUR ACCROITRE LA CAPACITE DES ACTEURS LOCAUX A ADAPTER LA REPONSE A L'EPIDEMIE.....	50
2.1 LE PILOTAGE NATIONAL A ETE TRES AFFIRME	50
2.1.1 <i>Une organisation assurant un pilotage quotidien des ARS et un lien étroit avec les partenaires du ministère.....</i>	50
2.1.2 <i>Une production normative d'une ampleur exceptionnelle entraînant parfois des difficultés d'appropriation par les ARS et les professionnels.....</i>	53
2.1.3 <i>L'enjeu crucial des données pour piloter la crise</i>	56
2.2 EN COMPLEMENT DU PILOTAGE NATIONAL, LES ACTEURS LOCAUX ONT EU BESOIN DE PRENDRE LEURS RESPONSABILITES, JUSTIFIANT AINSI LE RENFORCEMENT DU PILOTAGE TERRITORIAL	59
2.2.1 <i>Une action des ARS et de leurs partenaires qui a largement dépassé la simple déclinaison des orientations nationales.....</i>	59
2.2.2 <i>Un partage des rôles insuffisamment clarifié dans la mise en œuvre du pilotage territorial</i>	62
2.2.3 <i>Un pilotage territorial de proximité qui doit être néanmoins renforcé.....</i>	65
2.3 L'ASSOCIATION DE LA SOCIETE CIVILE AU PLUS PRES DU TERRAIN EST NECESSAIRE POUR FAVORISER LA MOBILISATION CITOYENNE ET L'ACCEPTABILITE DES MESURES DECIDEES	68
2.3.1 <i>Les contraintes liées à la durée et aux variations d'intensité de l'épidémie</i>	68
2.3.2 <i>Des instances de la démocratie sanitaire à impliquer</i>	69
2.3.3 <i>Une ouverture aux citoyens désormais urgente et incontournable</i>	69
CONCLUSION	71
LETTRE DE MISSION	73

LISTE DES ANNEXES	77
ANNEXE 1 : APPLICATION ET ADAPTATION DE LA METHODOLOGIE DU RETEX PAR LA MISSION	79
ANNEXE 2 : VERBATIMS DE PROFESSIONNELS DE TERRAIN	81
ANNEXE 3 : EXEMPLES D'ORGANISATION DE CENTRES DE CRISE MINISTERIELS (HORS MSS).....	91
ANNEXE 4 : LE ROLE DES ACTEURS PREVU PAR LES TEXTES DANS LA PREPARATION ET LA GESTION DES CRISES SANITAIRES	95
ANNEXE 5 : ANALYSE DE L'EVOLUTION DE LA DIRECTION DE CRISE	103
ANNEXE 6 : ANALYSE D'UN PROCESSUS DE DECISION – EXEMPLE DE L'ATTRIBUTION DES RESPIRATEURS A L'ARS GRAND EST	123
ANNEXE 7 : LES OUTILS ET LES PRATIQUES POUR REMONTER LES DONNEES DU TERRAIN	127
ANNEXE 8 : LE PILOTAGE DE LA CRISE DANS LE CHAMP SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL.....	137
ANNEXE 9 : SANTE PUBLIQUE FRANCE ET LA GESTION DE CRISE SANITAIRE	155
ANNEXE 10 : COMPLEMENT SUR LES RESSOURCES HUMAINES MOBILISEES AU CCS PENDANT LA CRISE.....	163
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	183
SIGLES UTILISES	203

RAPPORT

Introduction

[22] L'IGAS a été saisie par lettre du ministre des Solidarités et de la Santé en date du 29 juin 2020 d'une mission de « retour d'expérience portant sur les modalités de pilotage et de gestion de cette épidémie par le MSS ». La mission a ainsi été demandée à l'issue du processus de déconfinement, à un moment où une prise de recul semble envisageable afin de tirer au plus vite les leçons de la première vague et de « renforcer la préparation du ministère et du système de santé à un éventuel épisode épidémique analogue ».

[23] De ce point de vue, la mission a été conduite dans un contexte très évolutif entre le début des investigations fin juillet et le rendu du rapport mi-novembre. Ainsi, la reprise épidémique intervenue dès l'été ne permet pas de considérer la présente mission comme une analyse « à froid » post-événement, à la différence des pratiques habituelles de retour d'expérience. Cependant, et malgré la perspective de plus en plus affirmée d'une seconde vague aux mois de septembre et d'octobre, tous les interlocuteurs de la mission ont été d'une remarquable disponibilité à tous les niveaux (national, régional, local) et ont accepté de porter un regard rétrospectif sur la première vague et de réfléchir à des pistes d'amélioration pour l'avenir.

[24] Les très nombreux entretiens conduits par la mission permettent de témoigner de l'engagement exceptionnel des équipes de terrain auprès des malades mais aussi de l'ensemble des agents impliqués dans la gestion de crise dans les différentes administrations, au niveau territorial et au niveau central³. La mission a été frappée par la référence quasi systématique à la « guerre » dans les propos tenus. Or l'immense majorité n'était pas préparée à un tel engagement. En conséquence, la mission a également mesuré l'ampleur de l'impact psychologique de cette crise sur les équipes. Leur mobilisation a, de toute évidence, sauvé le système de santé du risque de débordement qui l'a menacé.

[25] Les membres de la mission, au-delà des constats qu'il leur appartient de faire dans le cadre de ce retour d'expérience, tiennent à leur rendre hommage.

[26] Conformément à la méthode du retour d'expérience (RETEX) et à la commande qui lui a été faite, la mission s'est attachée à analyser le système, les organisations et les processus sans investiguer le fond des politiques publiques mises en œuvre.

[27] Le retour d'expérience demandé à l'IGAS porte en effet sur le pilotage de la gestion de crise. Il n'englobe donc pas l'analyse de la pertinence et de l'opportunité des choix effectués sur le fond des sujets (recommandations, évolutions de doctrines) et des solutions trouvées aux difficultés rencontrées. En revanche, il s'attache à mesurer la pertinence des *modalités* de pilotage choisies pour traiter ces sujets : organisation de la direction de crise, articulation des différents échelons de décision, interactions entre les acteurs, positionnement des acteurs de terrain, organisation du recours à l'expertise, pilotage des données, etc.

[28] En cela, l'objet de la mission la distingue des missions d'enquête conduites par l'Assemblée Nationale et le Sénat. Le prisme organisationnel de la mission la distingue également de la mission

³ La mission a effectué des déplacements dans quatre régions : Bretagne, Grand-Est, Ile-De-France et Occitanie, cf. liste des personnes rencontrées.

confiée au Pr Pittet par le Président de la République, visant à « porter une appréciation sur la pertinence, la rapidité, la proportionnalité de la réponse dans la gestion de la crise sanitaire, sociale et économique » ; elle diffère en outre de la mission confiée au Général Lizurey au plus fort de la première vague. Centrée sur le ministère des Solidarités et de la Santé, la mission ne constitue pas non plus un exercice de retour d'expérience interministériel même si le rapport resitue le ministère dans son environnement interministériel.

[29] Parmi les différents guides méthodologiques de retour d'expérience, celui établi par le ministère en 2019 constitue un référentiel à la fois récent et utile en ce qu'il porte précisément sur les RETEX à réaliser sur les crises sanitaires. La mission s'en est inspirée pour la réalisation des différentes phases des investigations comme pour la méthode utilisée fondée sur les entretiens et l'exploitation des ressources documentaires⁴. Pour autant, certains axes d'un retour d'expérience classique ont dû être adaptés :

- En premier lieu, le caractère collectif d'un RETEX impliquant d'ordinaire une démarche d'accompagnement des structures et une dimension participative associant tous les niveaux de la hiérarchie. La mission comporte bien une dimension collective assurée à la fois par les très nombreux entretiens réalisés, y compris collectifs lors des déplacements dans les établissements, et par la transmission de retours d'expérience déjà réalisés. C'est le cas en particulier du retour d'expérience des directions d'administration centrale réalisé sous l'égide du secrétariat général, ou encore de RETEX réalisés au niveau de certains établissements de santé ;
- En second lieu, le champ temporel du RETEX qui doit être précisément délimité dans le temps, l'objectif d'un RETEX étant de s'intéresser à un événement clos, passé. Or, le caractère évolutif de l'épidémie comme de l'organisation de la gestion de crise ont obligé la mission à intégrer des éléments sur des orientations prises jusqu'au mois d'octobre, réduisant le recul dont on peut disposer sur ces orientations. C'est le cas notamment de la réorganisation de la direction de crise au niveau national.

[30] Conformément à la lettre de mission et sans attendre le livrable final, des points intermédiaires ont permis à la mission de présenter ses constats et recommandations au commanditaire sur les points les plus sensibles, afin qu'il puisse ainsi les reprendre par anticipation.

⁴ Voir annexe 1 sur l'application par la mission de la méthode de RETEX.

1 Une organisation du pilotage national qui tente de s'adapter aux particularités de cette crise totalement inédite

[31] La structuration du pilotage de la crise, fondée sur une direction de crise s'appuyant sur un centre de crise sanitaire (CCS), a évolué tout au long de la période. L'ampleur de la crise a conduit à multiplier les structures externes au CCS chargées de thématiques stratégiques, rendant plus difficile une chaîne de commandement unifiée. La crise a également entraîné une mobilisation exceptionnelle des moyens humains sans que la structuration de la fonction RH ne soit, à l'origine, identifiée comme stratégique. La forte mobilisation de l'expertise scientifique et de la recherche médicale s'est traduite par un besoin de pilotage plus structuré.

1.1 Le centre de crise, organisé autour du CORRUSS, a été pensé à la suite de H1N1 avec un périmètre limité

1.1.1 Un rôle consacré par la loi et le règlement mais conçu pour gérer des crises limitées dans le temps et dans l'espace

1.1.1.1 Le rôle du ministère de la Santé dans la préparation et la gestion des crises sanitaires

[32] Le ministre de la Santé est responsable de la préparation du système de santé aux menaces sanitaires et de leur traitement lorsque ces menaces appellent des mesures d'urgence. Ses compétences dans la préparation et la gestion des crises sanitaires sont précisées dans le code de la défense (article L. 1142-8) et le code de la santé publique (articles L. 3131-1 et suivants). Il peut ainsi « prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus ». La directive générale interministérielle relative à la planification de défense et de sécurité nationale du 11 juin 2015 identifie également le ministre de la Santé parmi les acteurs de la planification de crise : il « conduit les travaux de planification relatifs au maintien en toute circonstance de la continuité du système de santé ». Il doit veiller notamment à la bonne articulation des plans ORSAN et ORSEC⁵.

[33] Sous l'autorité du ministre, un rôle particulier est dévolu à la direction générale de la santé qui « centralise les alertes sanitaires » (D. 1421-1) et organise la gestion des urgences sanitaires, en lien avec les autres ministères et institutions (notamment les agences sanitaires).

[34] Ce rôle est assuré par la sous-direction veille et sécurité sanitaire⁶. Cette sous-direction :

- Assure le pilotage opérationnel de la réponse aux situations d'urgence et de crise sanitaires et celui des exercices de simulation de crises ;
- Organise et anime le centre de crise sanitaire ;
- Est l'interlocutrice des ARS et des ARS de zone ;
- Est l'interlocutrice de la cellule interministérielle de crise pour le ministère de la santé.

⁵ Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles et Organisation de la réponse de sécurité civile.

⁶ Arrêté du 6 avril 2016 modifié.

1.1.1.2 La place centrale du CORRUSS dans le dispositif de veille sanitaire

[35] Le CORRUSS⁷ constitue le cœur du pilotage de la gestion de crise au sein de la DGS. Créé en 2007 pour la réception des alertes, il assure depuis 2015 une mission intégrée de traitement et de réaction aux urgences sanitaires :

- La veille opérationnelle permanente (H24) sur les alertes et signalements, mission qui constitue l'essentiel de son activité hors crise sanitaire grave (par exemple 1 467 signalements reçus en 2017, à 80 % en provenance des ARS) ;
- La gestion des signalements et la diffusion des informations (recommandations aux professionnels de santé, communication, instructions aux ARS, etc.) ;
- Des missions opérationnelles : participation au rapatriement de ressortissants à l'étranger, suivi des événements d'ampleur nationale de type canicule, coordination de la gestion de crise effectuée par les ARS, évacuations sanitaires, mobilisation de la réserve sanitaire, etc.

[36] Le CORRUSS assure ces fonctions selon trois niveaux de réaction⁸ :

- Niveau 1 : veille pour la gestion courante des alertes sanitaires ;
- Niveau 2 : CORRUSS renforcé, activé sur des événements particuliers (exemples : dengue, chikungunya, canicule, etc.) ;
- Niveau 3 : centre de crise sanitaire (CCS) impliquant la mise en place d'actions et de moyens renforcés : identification d'un directeur de crise, mise en place d'une main courante, plages horaires élargies, possibilité de rappel de personnel.

[37] Le CORRUSS est désigné comme point focal national au titre de l'article 4 du règlement sanitaire international. A ce titre, il réceptionne tous les signalements internationaux et doit pouvoir échanger en permanence des informations avec les organisations internationales (Organisation mondiale de la santé, Union européenne, etc.) et d'autres États.

1.1.1.3 Un rôle consolidé lors de crises récentes dont l'ampleur est restée limitée

[38] Au-delà du traitement quotidien des signalements, le CORRUSS a dû faire face, depuis sa mise en place, à une multiplicité de crises de nature diverse : urgences sanitaires liées à des risques infectieux, climatiques, technologiques, terroristes. Chaque crise donne lieu à un retour d'expérience sur l'organisation de la réponse sanitaire. Ces RETEX ont conduit à l'identification de points d'amélioration notamment sur la projection des renforts sanitaires, les modalités de transmission d'informations avec l'échelon territorial ou la formation à la gestion de crise des équipes des ARS⁹.

⁷ Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales

⁸ Pour une analyse du CORRUSS, voir notamment « Etat des lieux des capacités en matière de préparation aux urgences sanitaires, application du Règlement sanitaire international », IGAS / IGA / CGEDD / CGAEER, pages 65 et suivantes.

⁹ Voir par exemple le RETEX sur la crise cyclonique IRMA, 2017.

LES ÉVÈNEMENTS MARQUANTS QUI ONT FORTEMENT MOBILISÉ LE CORRUSS ET L'ENSEMBLE DU SECTEUR SANITAIRE CES DERNIÈRES ANNÉES



Source : Site du ministère des solidarités et de la santé¹⁰

[39] Pour autant, les retours d'expérience ont toujours porté sur des crises limitées dans l'espace et le temps. A titre d'exemple, le RETEX sur la gestion de la crise liée au nouveau coronavirus MERS-Cov de 2013 identifie un « mode crise » limité à environ une semaine, du 7 au 12 mai 2013, semaine pendant laquelle se sont concentrées les actions de gestion de crise de la DGS : prélèvements à visée diagnostique, information des professionnels de santé, instructions aux ARS, information de l'OMS, conseils aux voyageurs, etc. La phase suivante a été consacrée à la consolidation des données et à la sortie de crise.

[40] La professionnalisation du CORRUSS est passée également par des formations, l'organisation d'exercices sanitaires et la participation aux exercices gouvernementaux de gestion de crise. La description de l'organisation et des processus mis en œuvre par le CORRUSS a conduit à sa certification ISO 9001 en 2015, certification qualité renouvelée chaque année.

1.1.2 Une activation du centre de crise sanitaire qui n'a pas conduit dans un premier temps à élargir significativement son périmètre au-delà de la sous-direction VSS

1.1.2.1 Une réaction précoce qui s'écarte pour partie des modèles de gestion de crise

[41] Le 2 janvier 2020 a marqué le début de la veille du CORRUSS sur le nouveau virus. Un premier message a été transmis aux ARS dès le 10 janvier. Plusieurs notes de la sous-direction VSS permettent de retracer les évolutions d'organisation décidées successivement face à l'évolution rapide de la crise.

[42] Une première note du 21 janvier adressée au directeur général de la santé pose les bases de l'organisation :

- Passage au niveau CORRUSS renforcé (opérationnel le 22 janvier) ;
- Désignation d'un directeur de crise (le directeur général de la santé) et d'un binôme faisant office de « pilote » de la crise (le sous-directeur VSS et son adjoint) ;
- « Structuration en mode projet » impliquant d'autres services de la DGS que VSS, notamment la mission communication. Cette « task force COVID-19 » est composée de différents pôles : synthèse / coordination (CORRUSS), santé publique / organisation de l'offre de soins, mesures

¹⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche-corruss_14jan19.pdf

aux points d'entrée, communication, international, au sein desquels une fonction anticipation est parfois intégrée.

[43] Dès le 30 janvier, une nouvelle note d'organisation, cette fois signée par le DGS, tient compte de l'activation du centre de crise sanitaire (CCS) le 27 janvier et de la désignation de la ministre de la Santé comme pilote interministérielle de la crise. La *task force* laisse la place au CCS et l'organisation interne évolue : le pôle santé publique / organisation de l'offre de soins est scindé en trois pôles mesures de santé publique / organisation de l'offre de soins / moyens sanitaires. La note précise la comitologie : une réunion de direction de crise quotidienne, une réunion situation du pôle synthèse tous les jours, deux « réunions d'anticipation » par semaine.

[44] Pour rappel, selon les différents documents ministériels ou interministériels relatifs à la planification des crises, un centre de crise doit prendre en charge quatre principales fonctions de décision, de situation, d'anticipation et de communication. Peuvent s'y ajouter la mise en place d'une fonction expertise pour les crises sanitaires le nécessitant ainsi que d'un pôle logistique et d'une structure en charge des ressources humaines. Ces différentes fonctions sont identifiées en particulier dans la circulaire du 1er juillet 2019 relative à l'organisation et la structuration gouvernementale pour la gestion des crises majeures¹¹. Elles valent ainsi pour la cellule interministérielle de crise comme pour les cellules de crise des ARS ou pour les structures de crise d'autres ministères : centre de crise et de soutien du ministère des Affaires étrangères, centre de planification et de commandement des opérations du ministère des Armées¹².

[45] Les choix organisationnels spécifiques du ministère des Solidarités et de la Santé reposent sur l'hypothèse selon laquelle la nature inédite de cette crise appelle une organisation de type « agile » (qualificatif utilisé fréquemment par les équipes du centre de crise) destinée à évoluer en fonction de l'évolution des connaissances dans un contexte de forte incertitude. Le choix structurant, assumé par la direction du CCS, est ainsi de ne pas reprendre l'organisation classique d'un centre de crise mais de privilégier une organisation évolutive, autour d'un pôle stable (synthèse / coordination) entouré d'autres pôles qui doivent évoluer en fonction des thématiques prégnantes dans chaque période¹³.

[46] Si elle offre l'avantage d'une adaptation permanente aux urgences du moment, cette organisation présente cependant plusieurs inconvénients :

- Elle paraît peu lisible en interne et en externe, comme en ont témoigné de manière convergente les entretiens tenus par la mission ;
- Elle conduit à privilégier l'urgence au détriment en particulier de la fonction anticipation. Cette fonction essentielle n'est pas identifiée dans un pôle à part, mais internalisée dans les autres pôles « qui auront en charge d'avoir une démarche d'anticipation dans leur réflexion »¹⁴. Un bureau de la sous-direction VSS est pourtant chargé de la préparation aux crises, et ses agents auraient pu utilement contribuer à la fonction anticipation, mais ils ont été répartis entre les autres pôles du CCS, sur des fonctions totalement différentes.

¹¹ Circulaire du Premier Ministre du 1er juillet 2019.

¹² Voir annexe 3 pour la présentation des structurations de crise prévues dans les documents de planification.

¹³ La situation RH de la sous-direction, avec le départ en arrêt maladie long du chef du CORRUSS au mois de janvier, a également fragilisé l'organisation du pilotage de la crise.

¹⁴ Note d'organisation du centre de crise sanitaire, VSS, 30 janvier 2020.

[47] Il serait en outre nécessaire que la direction de crise puisse bénéficier de la présence d'un superviseur, détaché de fonctions opérationnelles, capable de l'alerter sur tout dysfonctionnement et sur les réajustements à opérer.

Recommandation n°1 Adopter pour le CCS une structuration fondée sur les principes reconnus d'organisation d'un centre de crise, notamment en intégrant clairement une fonction anticipation avec des ressources humaines dédiées. Mettre en place un dispositif de supervision auprès de la direction de la crise. Faire valider les évolutions d'organisation par le Ministre.

1.1.2.2 Une intégration des autres directions du ministère progressivement assurée au fil de ces réorganisations

[48] Le pôle offre de soins du centre de crise, piloté par VSS dans la note du 21 janvier, est co-piloté par la DGOS à partir de la note du 30 janvier. Cette même note est adressée en copie à la DGOS ainsi qu'à d'autres directions (SGMAS, DSS, DFAS, DICOM, DRH). La DGCS n'est cependant pas associée au centre de crise et n'est donc pas en copie de cette note. Comme l'ont souligné les divers interlocuteurs de la mission, les interactions restent limitées. Certes, on note l'envoi le 14 février d'un « agent de liaison » puis de quelques autres collaborateurs (jusqu'à sept) de la DGCS au CCS, mais cette collaboration est à nouveau réduite avec le confinement, les agents de la DGCS étant placés en télétravail.

[49] Les travaux inter-DAC se structurent au mois de février. Le dispositif ORSAN REB est activé dans l'ensemble des régions le 14 février. Plusieurs bureaux de la DGOS sont mis à contribution pour la préparation des premiers guides sur la gestion de l'épidémie. La première version du guide méthodologique COVID-19 publié le 20 février est préparée sous l'égide de la DGOS et de la DGS, en lien avec la DGCS. On remarque cependant que, si les établissements sociaux et médico-sociaux figurent bien dans le titre du document, ils sont quasiment absents, notamment concernant les EHPAD, de cette première version du guide¹⁵. La DGCS active sa propre cellule de crise le 27 février (mise en place d'une adresse mail dédiée, pilotage du lien avec le secteur médico-social).

[50] Dans le contexte de cette crise, si de réels efforts ont été faits dès le mois de janvier pour associer les autres DAC, la situation du centre de crise sanitaire au sein d'une direction voire d'une sous-direction peut être interrogée. D'une part, elle peut conduire à restreindre la culture de gestion de crise à une seule sous-direction de la DGS. D'autre part, certains sujets sont moins bien maîtrisés par la direction en charge du CCS, par exemple les EHPAD dans le cas de la crise de la COVID-19, ou même l'organisation de l'offre de soins.

[51] En cas d'activation du niveau 2 (CORRUSS renforcé), il paraît nécessaire d'assurer une information systématique de l'ensemble des directions du ministère sur l'évolution de la situation et prévoir la présence auprès du CORRUSS d'agents préalablement désignés dans les autres directions (DGOS et DGCS en particulier).

[52] En cas d'activation du niveau 3 (centre de crise sanitaire), il serait indispensable de mettre en place un centre de crise véritablement ministériel par intégration de renforts préalablement désignés et formés à la gestion de crise dans l'ensemble des directions du ministère. En fonction de la nature de la crise sanitaire, le pilotage du centre de crise pourra être confié à d'autres directions que la DGS si la situation le justifie.

¹⁵ « Préparation au risque épidémique, établissements de santé, médecine de ville, établissements médico-sociaux », 20 février 2020.

Recommandation n°2 : Renforcer le caractère ministériel du centre de crise sanitaire en intégrant davantage les directions concernées autres que la DGS, selon des modalités à déterminer en fonction du niveau d'alerte.

1.1.2.3 Le choix d'un pilotage de la crise confié au ministère des Solidarités et de la Santé

[53] Selon la circulaire du Premier Ministre du 1^{er} juillet 2019, la décision d'activer la CIC peut être prise dès la survenance d'une crise ou lors de son développement. Elle est notamment recommandée en cas de crise majeure, c'est-à-dire une crise affectant plusieurs secteurs ministériels et appelant donc une réponse globale de l'Etat. Plusieurs interlocuteurs de la mission se sont interrogés sur la non activation de la CIC avant le 17 mars. Dans un contexte d'incertitude et au vu du poids de la dimension scientifique dans la réponse à la crise, la désignation de la ministre des Solidarités et de la Santé, et en pratique du directeur général de la santé, comme pilote interministériel de la crise a été jugée préférable, conduisant le DGS à assurer la fonction de direction de crise interministérielle, sans activation de la cellule de crise interministérielle jusqu'à la mi-mars.

[54] Le DGS, directeur interministériel de crise, assure alors une triple fonction sur la crise : direction stratégique, direction scientifique et direction des opérations. Or, la direction de crise telle que définie dans les documents préparatoires issus du CORRUSS¹⁶ correspond plutôt à la fonction de direction stratégique, les opérations étant conduites par le centre de crise sanitaire dans ce schéma. Mais l'ampleur de la crise et le dimensionnement du CCS, qui correspond de fait à une sous-direction de la DGS, rendent nécessaire le pilotage des opérations au niveau du directeur général, conduisant à lui faire porter de fait plusieurs fonctions en théorie distinctes. Il en résulte une surcharge au niveau du DGS, une seule personne ne pouvant pas assurer trois fonctions aussi lourdes.

Recommandation n°3 Distinguer systématiquement la fonction de direction stratégique de la crise et la fonction de direction des opérations. Confier la fonction de direction des opérations à un profil de haut niveau¹⁷, dans la mesure du possible à plein temps.

1.1.2.4 Un renforcement progressif du ministère des Solidarités et de la Santé par des ressources interministérielles sans activation de la CIC

[55] Le constat des limites d'un pilotage par le ministère des Solidarités et de la Santé d'une crise qui dépasse largement le champ sanitaire a été rapidement dressé à la fois par les responsables du ministère et par le niveau interministériel (SGDSN en particulier). Des renforts sont alors placés directement, dans la dernière semaine de février, auprès du directeur général de la santé avec la *task force* interministérielle COVID-19 officialisée le 18 février¹⁸. Très rapidement structurée selon le modèle de la CIC, la *task force* est cependant positionnée sur le site du MSS et intégrée géographiquement à la direction de crise de la DGS, démontrant ainsi la volonté d'attribuer au MSS une place centrale, bien que les locaux du ministère soient peu appropriés à l'accueil d'une cellule de ce type.

[56] Cette nouvelle organisation a permis d'alimenter le ministère des Solidarités et de la Santé avec des ressources qui lui manquent structurellement, en particulier sur les fonctions logistiques, d'achat, mais aussi sur la conduite de projet. Ainsi, l'appui du SGDSN conduit à renforcer les process

¹⁶ « Le CORRUSS : organisation et fonctionnement », 2019.

¹⁷ Par exemple ancien directeur d'administration centrale ou ancien DG d'ARS.

¹⁸ Une *task force* interministérielle n'est pas prévue par les textes préparatoires. Une *task force* avait cependant déjà été activée par le Premier ministre le 20 octobre 2014 pour la lutte contre le virus Ebola, et confiée au Professeur Jean-François Delfraissy pour coordonner l'ensemble de la réponse interministérielle.

de management de l'information et de suivi des décisions de la direction de crise. En outre, la *task force* a permis d'assurer le lien avec les autres ministères concernés, en particulier le ministère de l'Intérieur.

[57] La DGS et le SGDSN préparent alors un guide d'aide à la décision stratégique à destination des autres ministères. Ce guide se fonde sur le plan pandémie grippale¹⁹ en l'adaptant de manière significative, deux hypothèses du plan de 2011 n'étant pas réalisées en l'espèce : l'acquisition rapide d'un vaccin et le traitement par un antirétroviral. Pour chaque stade de l'épidémie sont proposées des fiches réflexes pour guider la stratégie sanitaire et plus globalement les mesures à mettre en œuvre sur les différents champs (continuité économique, etc.).

[58] Ainsi, le plan pandémie grippale de 2011 a été pour partie utilisé par les pilotes de la crise, de nombreuses actions prévues dans le plan étant mises en œuvre en matière de communication ou d'organisation du système de soins, même si ce plan n'avait pas anticipé certaines hypothèses difficilement prévisibles (le confinement national en premier lieu). On peut cependant regretter que le plan de 2011 n'ait pas donné lieu à davantage d'exercices préparatoires au niveau interministériel, ce qui aurait renforcé sa connaissance et son appropriation par les décideurs.

1.2 Face à son ampleur, la gestion de la crise s'est fragmentée et désorganisée

[59] Sous l'effet des nombreuses problématiques émergeant de la crise, le MSS s'est trouvé submergé dans son organisation et n'est pas parvenu à contenir et à s'organiser de manière structurée et durable.

1.2.1 L'organisation de la gestion de crise ministérielle face à la propagation rapide de l'épidémie

[60] Cette organisation, très mouvante au cours des premiers mois de crise, est illustrée par une analyse complémentaire en annexe 5, reprenant quelques-uns des organigrammes mis à la disposition de la mission.

1.2.1.1 Une organisation très évolutive et rapidement très dispersée

[61] Une nouvelle réorganisation du centre de crise sanitaire est portée à la connaissance de l'ensemble des agents du MSS par une note du directeur général de la santé (DGS) datée du 10 mars (voir la pièce jointe à l'annexe 5). L'objectif de cette note et du message du DGS qui l'accompagne est double : informer sur l'organisation du MSS pour faire face à la crise et appeler les agents du ministère à s'intégrer dans cette organisation, en renfort des équipes en place.

[62] A cette date, sept pôles sont toujours constitués, dont deux correspondent aux fonctions habituelles portées par un centre de crise (le pôle situation et le pôle communication). Les cinq autres sont davantage des pôles thématiques avec, d'une part, ceux qui se pérennisent au fil de la crise (expertise en santé publique, organisation de l'offre de soins, international, moyens sanitaires) et ceux qui évoluent en fonction de la propagation de l'épidémie (mesures au points d'entrée, mesures aéroportuaires et gestion des rapatriés).

[63] Courant février, Santé publique France, en charge de la gestion du stock stratégique de masques pour la population générale en cas de pandémie, doit faire face à deux défis majeurs : d'une

¹⁹ Plan national de préparation et de lutte « pandémie grippale », 2011.

part, gérer la pénurie en réorientant ce stock stratégique vers les soignants et d'autre part, procéder à des commandes massives d'équipements de protection individuelle (EPI) auprès d'acteurs internationaux.

[64] L'agence n'étant pas dimensionnée pour réaliser de telles missions en quelques semaines, l'Etat décide, dès le tout début mars, de la création d'une cellule logistique interministérielle (CCIL), telle que prévue par les textes²⁰, de manière à répondre à la problématique des masques puis des EPI. S'appuyant sur des compétences principalement externes au MSS, cette cellule vise à pallier le déficit de compétences ministérielles dans un domaine aussi stratégique que particulier. Il s'agissait en effet, dans l'urgence, de créer ex nihilo des filières d'approvisionnement pour les établissements et professionnels de santé et d'acheter, massivement et à l'international, des masques et des EPI.

[65] Dans le courant du mois de mars, en complément, des « cellules » coexistent de fait en dehors du périmètre du CCS : cellule « stratégie et anticipation » co-pilotée par la DGOS, cellule de crise DGCS, cellule externe « publics précaires » et cellule externe « produits de santé ». A ce stade, le centre de crise sanitaire est donc à la fois un centre de crise ministériel au sens où plusieurs DAC (DGS et DGOS en particulier) sont fortement intégrées, mais dans le même temps des cellules dites « externes »²¹, bien qu'agissant dans le champ de compétences du MSS, se développent en marge de celui-ci. Ce phénomène peut s'expliquer de diverses manières :

- Du fait de la multiplicité des sujets à couvrir, et donc difficiles à intégrer de manière exhaustive au centre de crise sanitaire ou difficiles à gérer au sein du centre de crise de par l'organisation et la gouvernance adoptées pour celui-ci ;
- Du fait de la diversité de l'origine des décisions prises en termes d'organisation : celles-ci peuvent en effet être le fruit d'une décision d'un directeur ou d'une directrice d'administration centrale mais également de la part du cabinet MSS, du cabinet du Premier Ministre ou même du cabinet d'un autre ministère comme ce fut le cas pour la cellule tests.

[66] Par ailleurs, une direction des opérations se met de fait en place à la mi-mars. Son objectif premier est de remédier à la pluralité et à l'effervescence des circuits de décision qui nuisent à la mise en œuvre des opérations. La valeur ajoutée de cette fonction de direction des opérations est reconnue par tous, d'autant qu'elle se traduit tous les jours par une cellule décisionnelle associant les responsables concernés du centre de crise en présence du cabinet du ministre afin d'assurer des prises de décisions immédiates dans les situations d'urgence (évacuations sanitaires notamment). Autre avantage, la direction des opérations répond aux attentes de certains DG ARS qui trouvent en son pilote un interlocuteur ayant à la fois la légitimité et le niveau hiérarchique nécessaires à l'exercice de telles fonctions au sein du centre de crise.

[67] Toutefois, le rôle de la direction des opérations n'est pas affiché comme tel dans l'organigramme ni vraiment officialisé vis-à-vis de l'extérieur. En outre, le champ de cette direction des opérations est restreint dans son périmètre à la coordination de la réponse sanitaire comprenant le CCS, les ressources matérielles critiques et les aspects financiers (dont tarification). En sont en revanche exclus la CCIL, la communication et la cellule tests qui sera mise en place plus tardivement et qui ne figure à aucun moment sur les organigrammes de la direction de crise.

[68] De fait, la multiplicité et la densité des sujets à aborder conduisent ainsi rapidement à un débordement du centre de crise sanitaire dans son acception « classique ». La communication en est une autre illustration. Alors même que cette fonction stratégique est clairement identifiée dans un

²⁰ Circulaire du 1^{er} juillet 2019 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures.

²¹ Le qualificatif « externe » figure expressément dans une note de réorganisation du CCS en date du 18 mars 2020.

pôle du CCS dès le mois de janvier, ce pôle se retrouve rapidement débordé par l'ampleur des tâches à accomplir : sollicitations presse, suivi des réseaux sociaux, préparation des points quotidiens du DGS, etc.

[69] La décision est alors prise de confier le pilotage de la communication de crise à une personne en renfort, externe au ministère et placée auprès du DGS, qui organise en lien avec la DICOM le renforcement des effectifs de la fonction communication (celle-ci passe de 5 à environ 35 agents). Pour autant, certaines ressources en charge de la communication restent rattachées aux directions métier, alors qu'il aurait été logique de procéder à l'intégration complète des ressources de communication de crise sous l'égide de la direction de crise.

[70] *In fine*, l'organisation de la gestion de crise a connu un éclatement tel qu'au cours de la mission, aucun acteur rencontré n'a semblé en avoir une vision claire et exhaustive, quel que soit son niveau hiérarchique. Ce manque de vision d'ensemble a conduit à des activités conduites en doublon, mais aussi à l'absence de prise en charge de certains sujets, en particulier par anticipation.

Recommandation n°4 : Assurer une organisation claire et synthétique de la gestion de crise permettant une vision stratégique de l'ensemble des sujets. Donner à la direction des opérations autorité sur l'ensemble du centre de crise ministériel. Conduire une réflexion sur le profil et le niveau hiérarchique le plus adapté aux différentes fonctions du centre de crise.

1.2.1.2 L'arrivée massive des renforts a participé à une certaine désorganisation du centre de crise sanitaire et plus globalement de la direction de crise

[71] Parallèlement à ces changements d'organisation, l'arrivée soudaine de nombreux renforts a conduit à remettre en question de manière quotidienne l'organisation mise en place. De fait, le CCS a été fortement éprouvé dans sa capacité à accueillir de manière continue de nouvelles personnes, et à intégrer ces nouvelles ressources.

[72] L'appel à volontariat à tous les agents du MSS lancé par le directeur de crise le 10 mars notamment, associé à la mise en place du confinement généralisé à compter du 17 mars, a conduit à une mobilisation très forte d'équipes du MSS et d'agents extérieurs à celui-ci.

[73] L'une des conséquences de cette arrivée soudaine de renforts est une absence de coordination d'ensemble du fonctionnement de la gestion de crise à partir de la première quinzaine de mars, amenant au doublonnage de certaines activités (ex : fonction anticipation disséminée mais non coordonnée). Cela a conduit le SGDSN à tenter d'y remédier en revoyant très régulièrement l'organigramme de la direction de crise et des différentes cellules de crise, ainsi que l'organisation des activités des équipes.

[74] Ces organigrammes, dont beaucoup ne faisaient malheureusement pas l'objet d'une validation formelle encore au mois d'octobre, ont constitué un effort notable de structuration de la gestion de crise, mais n'ont pas été suffisamment diffusés aux acteurs de la crise, en interne comme en externe au MSS. Cela a pu alimenter une impression d'illisibilité, voire une réelle incompréhension de la part des partenaires directs de la direction de crise, dont les agences sanitaires et agences régionales de santé, qui n'arrivaient pas à identifier quels pouvaient être leurs interlocuteurs sur les différents sujets et qui n'étaient pas informés des changements de fonction intervenant régulièrement au sein de la direction de crise.

[75] De plus, la lecture de ces organigrammes (une vingtaine produite entre mars et mai) fait clairement apparaître la fragmentation de la gestion de crise au sein du ministère, avec des niveaux très variables de responsabilités des pilotes (DAC, ancien DAC, sous-directeur, adjoint de sous-

directeur, voire directeur de cabinet ministériel pour l'exemple particulier de la cellule tests). Ces organigrammes ne permettent pas de comprendre clairement le circuit de prise de décision, qui ne faisait pas l'objet par ailleurs d'une formalisation particulière.

Recommandation n°5 Expliciter l'organisation de la gestion de crise par un organigramme validé (cf. recommandation n°1), si besoin évolutif, faisant clairement apparaître la chaîne de décision, et régulièrement diffusé auprès de l'ensemble des acteurs de la crise, au niveau national comme au niveau territorial.

1.2.2 Une coordination interministérielle de la gestion de crise qui a également connu des évolutions organisationnelles importantes

1.2.2.1 Une mise en place de la CIC qui ne suffit pas à assurer une chaîne de commandement intégrée

[76] Jusqu'au 17 mars, la *task force* interministérielle est intégrée au MSS, qui joue pleinement le rôle de ministère menant. Néanmoins, face au constat d'une crise dépassant largement le champ strictement sanitaire, notamment avec la mise en place du confinement, le MSS n'apparaît plus en mesure de prendre à sa charge toutes les dimensions de la crise. De plus, les locaux du MSS apparaissent de plus en plus inadaptés pour accueillir les autres ministères.

[77] La cellule interministérielle de crise (CIC Beauvau) est ainsi activée le 17 mars, au lendemain de l'annonce de la mise en place du confinement par le Président de la République. Son pilotage est confié au Ministère de l'Intérieur et le MSS le seconde comme ministère concourant. Les équipes des différents ministères sont accueillies au sein du centre de crise prévu à cet effet à Beauvau. Toutefois, le CCS reste pleinement actif sur le champ sanitaire, induisant, de facto une répartition des tâches entre les champs sanitaire et hors sanitaire, sans que celle-ci ne soit explicite.

[78] Dès lors, les échanges d'information se complexifient en interministériel, la prééminence du Ministère de l'Intérieur dans cette organisation est rapidement remise en question par les autres ministères du fait du caractère profondément transversal de la crise.

1.2.2.2 Un rôle de direction de crise pris en charge directement par Matignon au plus fort de la crise

[79] La gravité de la crise au mois de mars tout comme l'existence de deux centres de crises distincts conduisent le cabinet du Premier Ministre à assurer à son niveau les arbitrages nécessaires sur la réponse à la crise. Les réunions dites de « CIC synthèse », distinctes spatialement de la CIC, se tiennent alors à un rythme quotidien sous la présidence du directeur de cabinet du Premier ministre pour assurer l'interministérialité de la gestion de crise et la prise de décision. La tenue de ces réunions a été unanimement saluée comme assurant de fait non seulement l'interministérialité des décisions prises mais également une instance de prise de décision de référence pour tous les ministères.

[80] Le rôle premier de Matignon paraît conforme aux instructions interministérielles relatives à la gestion de crise qui prévoient que le Premier Ministre assure la direction de crise. Néanmoins, la chaîne de commandement est alors « écrasée », amenant des acteurs très haut placés, en particulier le directeur de cabinet du Premier Ministre, à prendre des décisions très opérationnelles. Cela embolise peu à peu les prises de décisions plus stratégiques, tout en présentant l'avantage d'asseoir ces décisions en interministériel et, pour les équipes, de les sécuriser par des décisions assumées au

niveau du cabinet du Premier Ministre. En effet, l'impact et la responsabilité emportés par ces décisions, aussi opérationnelles soient-elles, sont tels que les acteurs en administration auraient été fortement insécurisés de les prendre seuls.

1.2.2.3 Une réorganisation au moment du déconfinement conduisant à la mise en place du CIC

[81] Dans ce contexte, le Général Richard Lizurey est nommé fin mars pour assurer une mission d'audit et de conseil de la gestion interministérielle de crise. Cette mission conduit notamment à une modification significative de cette organisation avec la nomination, le 18 mai, du Préfet Denis Robin, chargé par le Premier Ministre d'installer et de piloter le centre interministériel de crise (le CIC), nouvelle structure qui se substitue à la cellule interministérielle de crise (dite la « CIC Beauvau »). Il s'agit d'un organisme *ad hoc*, sans fondement réglementaire, mais dont la vocation est d'être plus interministériel, en coordonnant les différents centres de crise ministériels (CCS, CDCS, centre de crise du MEF, transports, etc.). A noter que le volet logistique non sanitaire est également pris en charge au sein de la CIC, puis du CIC.

[82] Ce changement s'accompagne de la nomination du conseiller du Ministre des solidarités et de la santé en charge de la COVID-19 au poste de directeur adjoint du CIC. Néanmoins, la transition n'est pas vécue comme un changement fondamental par la plupart des acteurs, ceci étant accentué par le fait que l'acronyme et la localisation géographique du centre de crise demeurent les mêmes.

[83] L'organisation du CIC se concentre autour d'un état-major de quatre personnes coordonnant une cellule logistique (hors sanitaire), une cellule anticipation et une cellule dite « thématique » chargée de préparer les CIC thématiques en fonction de l'actualité. A cela s'ajoute la cellule situation, toujours opérationnelle.

[84] Les principaux écueils relevés concernent le manque de fluidité dans la transmission d'information. Si ce sujet a été grandement amélioré depuis la mise en place du CIC, des difficultés de coordination ont semble-t-il perduré au-delà de sa création, notamment autour de l'anticipation. Le CCS et le CIC mènent en effet chacun des exercices d'anticipation (plan rentrée par exemple) sans que les échanges d'information ne soient systématiquement assurés. Par ailleurs, si la nomination du conseiller du ministre des solidarités et de la santé auprès du directeur du CIC a, à l'évidence, grandement facilité les interactions, celles-ci auraient été optimales si un fonctionnaire à temps plein issu du MSS avait aussi été placé du directeur du CIC (comme cela a été le cas dans le courant du mois de juin).

1.2.3 Des structures spécifiques, hors CCS, pour gérer des enjeux stratégiques

1.2.3.1 La CCIL, acteur central de la logistique difficilement articulé avec SPF

[85] L'OMS ayant fait part, dès le 10 janvier d'une série de recommandations pour éviter la propagation de l'épidémie, la question des masques est rapidement apparue centrale dans la liste des moyens nécessaires pour endiguer la maladie. Selon les termes de l'article L1413-4 du CSP, Santé publique France, via l'établissement pharmaceutique, procède « *à la demande du ministre chargé de la santé (...) à l'acquisition, la fabrication, l'importation, le stockage, le transport, la distribution et l'exportation des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. Elle assure, dans les mêmes conditions, leur renouvellement et leur éventuelle destruction* ».

[86] Du fait du schéma organisationnel ainsi établi entre le MSS et son opérateur, le ministère lui a rapidement demandé :

- D'une part, de produire un état des stocks disponibles ;
- D'autre part, de passer des commandes afin de renforcer ce stock de manière à approvisionner les professionnels de santé, dans un contexte de pénurie mondiale.

[87] Cependant, étant donné l'absence de chaîne d'approvisionnement pour les professionnels de santé et la nécessité d'acheter massivement à l'international, SPF se révèle rapidement sous-dimensionnée et sous-dotée en termes de compétences : l'agence ne dispose en effet pas d'équipes d'acheteurs en capacité d'agir sur les marchés chinois en particulier, ni de compétences logistiques permettant de créer une *supply chain* dans des délais extrêmement courts pour des volumes dépassant largement les commandes habituelles.

[88] C'est dans ces conditions que la création de la CCIL est décidée²² au sein du MSS, en relais du pôle « moyens sanitaires » du CCS. Son objectif est de satisfaire les besoins en produits et matériels de santé pour les professionnels de santé et les acteurs du médico-social, dans un contexte de fortes tensions sur les approvisionnements et les conditions de distribution²³. En revanche, les ressources matérielles critiques (respirateurs, médicaments de réanimation, etc.) ont été traitées séparément, étant donné la particularité des approvisionnements et le nombre plus resserré d'établissements de santé concernés.

[89] La CCIL a connu un démarrage en deux temps reflétant l'évolution du contexte international :

- Début mars : gestion de la pénurie et renforts sur les achats de masques à l'international (principalement en Chine) ;
- Fin mars : restructuration de la CCIL avec une arrivée importante de renforts hors MSS, plus ciblés sur la logistique.

[90] Durant ce mois de mars, la montée en puissance de la CCIL a été très rapide, ses effectifs passant de 4 personnes à 50 en un mois.

[91] La révision complète de la *supply chain* entre la CCIL et SPF conduit à une reprise de l'essentiel des missions logistiques par la CCIL, se traduisant par la mise en place du schéma suivant :

- La CCIL assure le pilotage global de l'ensemble de la *supply chain* relative aux EPI et à certains médicaments (en particulier ceux nécessaires en réanimation), ainsi que le *reporting* pour l'ensemble des étapes de cette chaîne ;
- Pour les achats : la CCIL a repris l'intégralité des fonctions (*sourcing*, négociation, appui diplomatique) à l'exception du volet contractualisation assuré par SPF, en vertu des missions qui lui sont assignées par la loi ;
- Pour le flux amont (avant toute distribution) : la CCIL a pris en charge toute la planification des flux et des ressources, dont le transport international. De son côté, SPF a assuré le transit et la gestion du stock national dans les plateformes de stockage ;

²² La mise en place d'une CCIL est prévue par l'instruction du Premier Ministre du 1^{er} juillet 2019. Sur demande de la CIC, elle est activée « en cas de crise lorsque l'urgence et la complexité des opérations dépassent les capacités logistiques d'un ou plusieurs ministères ».

²³ Les besoins logistiques non sanitaires sont, quant à eux, pris ensuite en charge par la CIC (cf supra).

- Enfin, pour le flux aval (distribution) : la CCIL a opéré la planification de ce flux mais également la conduite des flux réguliers comme des flux d'urgence ou à destination des DROM et COM ; SPF est restée en charge de la planification des mouvements depuis les plateformes de stockage et l'exécution de la distribution par l'intermédiaire du prestataire Geodis notamment.

[92] Cette répartition, opérée dans l'urgence, s'est révélée sous-optimale à bien des égards, en particulier du fait que SPF, bien qu'actant de son impossibilité à endosser l'intégralité de la considérable charge logistique engendrée par l'ampleur de la crise, demeure, aux yeux de la loi, en pleine responsabilité des tâches opérées par la CCIL. C'est pour cette raison, notamment, que la direction de SPF s'appuiera sur le dispositif habituel de lettres de saisine entre le MSS et l'agence pour sécuriser le processus : de fait, elle demandera de manière systématique une lettre de saisine avec ordre de passer chacune des commandes d'EPI, en précisant exceptionnellement le contenu de la commande, le nom du prestataire et le montant global. Ainsi, si l'agence continuait d'assurer la contractualisation des marchés, elle est demeurée très vigilante sur la sécurisation juridique des commandes passées par la CCIL sur lesquelles elle n'avait que peu de maîtrise, mettant en avant les risques liés à l'engagement de sa responsabilité.

[93] De plus, il apparaît clairement que les échanges d'information ont été difficiles, entraînant des incompréhensions, parfois majeures, dans la gestion de la crise. A titre d'exemple, la stratégie d'approvisionnement passant dans un premier temps par un pont aérien a ensuite été revue pour la doubler par la mise en place d'un pont maritime, aux délais de livraison plus longs mais moins coûteux, dans un contexte de relâchement de la contrainte d'approvisionnement en urgence. Cependant, la décision prise par la CCIL n'a pendant plusieurs semaines pas été comprise par SPF, faute d'un dialogue apaisé et constructif entre les deux entités. La localisation des équipes des deux entités dans deux lieux différents a également constitué un frein majeur à leur bonne coordination.

[94] Le constat de ce fractionnement extrême a conduit à la recommandation, dans le rapport IGAS sur le contrôle de la gestion 2020 des stocks stratégiques de l'Etat de masques sanitaires par Santé publique France de juillet 2020, de réunifier à SPF l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement-logistique, afin de sécuriser et fluidifier la chaîne elle-même.

[95] L'activité de la CCIL s'est poursuivie jusqu'à l'été, avant une rebascule des compétences et des ressources humaines vers SPF. Début octobre 2020, cette nouvelle bascule des activités était réalisée pour la plupart de ses composantes (*sourcing*, flux amont). Seules quelques dimensions du flux aval demeuraient encore assurées par la CCIL au MSS, en particulier la mise en place d'un consortium destiné à approvisionner les professionnels de santé hors laboratoires, officines et établissements de santé.

[96] *In fine*, conformément aux textes de loi, le MSS, via la sous-direction VSS devrait rester en charge de la doctrine, du pilotage et du contingentement, en relation avec les ARS. Néanmoins, de même qu'elle n'a pas disposé d'un document stabilisé présentant le pilotage du transfert, la mission n'a pas pu bénéficier de documents faisant état d'une stratégie d'ensemble pour la logistique, établie conjointement entre le MSS et SPF.

[97] Les approvisionnements doivent aujourd'hui encore faire l'objet d'une attention particulière, au premier rang desquels :

- Les EPI : à mi-octobre et pour une prévision à fin décembre²⁴, le stock constitué par SPF pour les charlottes, les blouses et les gants n'a pas encore atteint le niveau fixé par le ministère. La tension est mondiale concernant l'approvisionnement en gants et certains établissements de santé ont été livrés en gants alimentaires plutôt que médicaux ;
- Les médicaments : certains produits importés en période de pénurie s'avérant inutilisables selon le témoignage d'établissements de santé, les ARS et les établissements devront procéder à leur évaluation et à leur substitution.

[98] Par ailleurs, plusieurs échéances importantes concernent également la logistique : la mise en place d'un consortium permettant du petit colisage pour les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux comme canal complémentaire d'approvisionnement ou encore l'arrivée à échéance au 31 décembre 2020 des marchés de stockage, de distribution et de transport passés par SPF.

[99] Au vu de ces différents éléments, il apparaît essentiel d'avoir une vigilance accrue, au sein du MSS, pour le suivi et l'accompagnement de SPF dans ce dossier. Désormais, l'exercice de la tutelle de SPF, sur le volet logistique, est assuré par la cellule moyens du centre de crise sanitaire (cf. organigramme du CCS du 12 octobre 2020). La mission considère toutefois que, au vu des enjeux liés au rôle de SPF dans la gestion de crise, bien au-delà des aspects logistiques, l'exercice de cette tutelle doit être pensé à l'échelle du MSS, et en dehors du CCS, pour assurer la pérennité du suivi comme la prise en compte, au meilleur niveau, des difficultés d'approvisionnement actuelles (voir *infra*).

[100] Enfin, outre sa mission de surveillance des populations vaccinées, SPF est chargé d'acquérir et de stocker les doses de vaccins contre la COVID-19 pour le compte de l'Etat. Certains vaccins ont des conditions de stockage particulières, ce qui rend le besoin d'anticiper incontournable.

[101] Dans ce cadre, SPF joue un rôle particulier et de premier plan. Les conditions de dialogue et de travail entre le MSS et SPF sont donc déterminantes pour la réussite de la campagne de vaccination à venir. Afin que cette coopération soit optimale, une équipe dédiée, clairement identifiée, doit être impérativement désignée, sans redondance entre les structures (cabinet de crise vs CCS).

Recommandation n°6 Construire une vision stratégique et opérationnelle d'ensemble de la chaîne d'approvisionnement par un document conjoint Etat / SPF précisant la répartition des rôles pour chaque étape de la chaîne. Mettre en place un dispositif d'évaluation régulière entre SPF et le MSS.

1.2.3.2 Une cellule tests interministérielle désarmée début juillet mais qui est apparue de nouveau nécessaire à la rentrée

[102] La question des tests est également apparue au moment le plus aigu de la crise. Si jusqu'à début mars elle était confiée à VSS, son ampleur a rapidement dépassé la sous-direction, en particulier sa dimension achats. En outre, le positionnement de l'équipe de VSS ne lui permettait pas d'assurer une telle mission ni de coordonner plusieurs DAC.

²⁴ Selon une note de SPF.

[103] Dans un premier temps, une équipe consacrée au *sourcing* prend alors le relais à la demande des cabinets du Président de la République et du Premier Ministre. Dans un second temps, une mission *ad hoc* est créée et confiée au directeur de cabinet de la Ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Ce pilotage par un membre de cabinet est cependant très hétérodoxe et a sans doute renforcé la fragmentation des responsabilités dans la direction de crise. Cette mission se trouvera par ailleurs formalisée par une lettre de mission conjointe du Premier Ministre et du Ministre des solidarités et de la santé donnant à son responsable autorité sur les services du MSS et qui articulait la cellule tests avec la gestion de crise MSS.

[104] Aussi, le responsable de la cellule entretenait des relations directes avec le cabinet du Ministre des solidarités et de la santé, ainsi qu'avec le cabinet du Premier Ministre et du Président de la République. Enfin, il était présent tous les jours en CIC synthèse aux côtés du directeur de cabinet solidarités et santé et de la directrice des opérations. Cependant, malgré cette représentation au plus haut niveau, la cellule tests ne figure à aucun moment sur les organigrammes de la direction de crise du MSS, illustrant à la fois la relative indépendance de cette cellule mais également l'absence de coordination d'ensemble des cellules liées à la gestion de crise.

[105] De fait, la cellule tests était à la fois une cellule opérationnelle et une cellule de coordination ministérielle mais entretenait *in fine*, peu d'interaction avec les autres cellules de crise. Pour cette raison, les coûts de coordination ont été particulièrement lourds : il arrivait que l'équipe s'aperçoive que certaines missions qu'elle exerçait l'étaient également et parallèlement par d'autres. A titre d'exemple, la cellule tests a rapidement commencé à travailler à la mise en place d'un système de *contact tracing* à grande échelle alors même que la CNAM avait commencé à le faire de son côté.

[106] Cette situation a été amplifiée par le fait que les sujets de biologie médicale sont particulièrement éclatés au sein du MSS, entre DGS et DGOS, séparation qui se répercute également dans l'attribution des portefeuilles des conseillers du cabinet ministériel. Aussi, la coordination de ces acteurs lors de la première phase de crise aigüe est rapidement apparue comme devant être pérennisée au-delà de l'existence de la cellule à partir du mois de juillet.

[107] De ce fait, la cellule tests a été désarmée en juillet 2020 et un schéma de reprise des thématiques par les différents services concernés a été mis en œuvre²⁵. Si la répartition des tâches entre directions a été clarifiée dans ce document, le morcellement des compétences en matière de tests demeure.

[108] C'est pourquoi la réactivation de la cellule tests, dans un cadre revu sur la base des constats de la première vague, doit être envisagée conformément aux recommandations de la mission IGAS²⁶. Une telle réactivation a par ailleurs été prévue en cas de rebond épidémique, par ses pilotes.

[109] L'exemple de la biologie médicale ne demeure qu'un exemple de la prise en charge morcelée de certains sujets qui se sont révélés stratégiques lors de la crise actuelle. Les masques, les EPI, les ressources matérielles critiques ou encore les vaccins aujourd'hui sont autant d'exemples qui posent la question de l'organisation interne du MSS et de sa capacité à répondre dans l'urgence à des questions stratégiques. Si cette organisation mériterait d'être repensée « à froid », il apparaît néanmoins nécessaire d'apporter des solutions rapides à l'inertie produite par une trop grande segmentation des organisations.

²⁵ Document de travail de la cellule tests, « Premiers éléments d'un retour d'expérience et continuité des missions de la cellule tests – propositions », 23 juin 2020.

²⁶ « Améliorer l'efficacité du dispositif Tester tracer isoler dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID-19 », IGAS, 2020.

Recommandation n°7 Elaborer une organisation coordonnée pour la prise en compte de chaque enjeu transversal (le dépistage, les vaccins...), en désignant pour chacun un pilote qui rapporte à la direction des opérations.

1.2.3.3 Des thématiques non sanitaires mais relevant du MSS ont été prises en charge en dehors de la direction de crise²⁷

[110] Très tôt s'opèrent des remontées terrain autour de problématiques hors champ sanitaire mais relevant néanmoins du MSS. Elles concernent en premier lieu la situation dans les EHPAD, conduisant à une intégration progressive mais très partielle de la DGCS dans la direction de crise en février, intégration affaiblie à partir du confinement (*cf. supra*). Cela va alors conduire à traiter ces problématiques de manière autonome de la direction de crise et différenciée selon les champs.

[111] Sur le champ des personnes âgées, la DGCS et le cabinet du Ministre ont assuré directement l'écriture des recommandations en lien avec les fédérations et sociétés savantes. Le cabinet assure de fait la fonction de direction des opérations sur ce champ, en lien étroit avec le cabinet du Premier ministre. Mais la non prise en charge de la question des EHPAD par le centre de crise sanitaire emporte plusieurs conséquences soulignées par les fédérations : difficultés de la DGCS et du cabinet à obtenir des éléments de doctrine sanitaire sur le sujet, délais de validation des recommandations sanitaires applicables aux EHPAD, etc.

[112] Cette difficulté d'articulation se retrouve encore plus fortement sur le champ social et sur le champ des personnes handicapées, ce dernier relevant non du MSS mais du secrétariat d'Etat aux personnes handicapées (SEPH). Sur ces différents champs, le ressenti des responsables est celui d'une difficulté à faire considérer certains de leurs sujets comme prioritaires, même après la mise en place de la CIC : fonctionnement des établissements pour personnes handicapées, approvisionnement de ces structures en masques, etc. Or, l'enjeu ne portait pas seulement sur les protocoles à mettre en place pour ces établissements et services, mais aussi plus globalement sur la capacité à adapter les consignes sanitaires pour atteindre les publics concernés. Il est fondamental que la direction de crise prenne en compte la spécificité de ces personnes pour adapter ses décisions le cas échéant : par exemple, adaptation de l'attestation de sortie, prise en compte de la capacité des personnes handicapées à comprendre les messages sanitaires.

Recommandation n°8 Confier à la direction de crise la responsabilité du pilotage des opérations concernant l'ensemble des publics fragiles (personnes âgées, personnes handicapées, champ social, etc.), en nommant auprès du directeur des opérations un adjoint spécifiquement chargé de ces populations, qui serait en lien étroit avec les DAC concernées.

1.2.4 Des efforts de rationalisation de l'organisation de la gestion de crise à compter de l'été

[113] *In fine*, au cours de la phase aigüe de la crise, aucune définition de ce qu'est le centre de crise sanitaire et de ce qu'il recouvre n'est apparue claire aux interlocuteurs de la mission, qu'ils aient évolué à l'intérieur ou à l'extérieur du MSS. L'évolution rapide de l'organisation générale de la gestion de crise a contribué à semer durablement la confusion, sans qu'aucun schéma organisationnel ne parvienne à éclaircir la situation. Si le DGS était identifié par tous comme directeur de crise, le morcellement voire l'éclatement des cellules de crise ne pouvait lui permettre d'avoir une vision stratégique d'ensemble.

²⁷ Cf. Annexe 8.

[114] La conséquence de cet éclatement dans l'organisation et dans la chaîne de commandement s'est traduite par :

- Une absence de lisibilité en interne comme en externe ;
- Un écart par rapport aux doctrines éprouvées sur le pilotage d'une crise (cf. fonction anticipation ; distinction à assurer entre direction stratégique et conduite opérationnelle ; fonction RH qui doit être identifiée à part entière...) ;
- Une fluctuation et imprécision très grandes de la chaîne de commandement jusqu'à la mise en place de cellules décision permettant de stabiliser davantage la gestion des opérations.

[115] Une fois le pic de la crise passée, une tentative d'internalisation de la gestion de crise et de clarification de la chaîne de commandement par les deux DAC principalement concernées (DGS et DGOS) s'appuyant sur leurs deux directeurs adjoints a été mise en place. Par une lettre de mission du directeur de cabinet du Ministre des solidarités et de la santé, datée du 8 juin 2020, ils se voient confier « l'animation et la coordination générale du Ministère dans la gestion de crise dans les prochaines semaines » ainsi que la réalisation d'un « état des lieux de la situation actuelle en termes de ressources humaines et de proposer une organisation » permettant de poursuivre la gestion de crise.

[116] Cette lettre de mission liste les activités à poursuivre ou à pérenniser : mission approvisionnement, mission opérations, mission tests, interministériel, suivi et analyse de la situation épidémiologique, cellule financement et recherche et innovation, et une cellule décision. La description des missions dans cette lettre est révélatrice à la fois d'un souci de clarifier la direction des opérations mais aussi du manque de mise en cohérence des activités liées à la gestion de crise à l'approche de l'été et d'une organisation très segmentée à consolider.

[117] Face à la recrudescence de l'épidémie, le choix a été fait de revoir cette organisation dès la fin du mois de septembre. Le nouvel organigramme, dont la mission a eu connaissance, établit une distinction entre direction stratégique de la crise, confiée au directeur de cabinet du Ministre, direction des opérations confiée au secrétaire général, et direction scientifique confiée au DGS. Le directeur des opérations s'appuie sur une équipe resserrée, constituée de renforts externes, et chargée de coordonner les travaux administratifs sur plusieurs sujets prioritaires (lien CIC, préparation des Conseils de défense, stratégie Tester Alerter Protéger, médico-social, etc.). Le CCS reste en charge des opérations au sein de la DGS.

1.3 La réaction à la crise a induit une mobilisation exceptionnelle des agents du ministère, mais aussi d'autres administrations et organismes

1.3.1 De très nombreux renforts venus épauler la direction de crise²⁸

1.3.1.1 Des appels à volontariat auxquels ont répondu, en très grand nombre, les agents du ministère des Solidarités et de la Santé, mais qui se sont essouffés

[118] Le CORRUSS est, hors temps de crise, dans le cadre de situations de niveau 1, calibré pour effectuer ses missions de veille opérationnelle avec un effectif de 11 agents²⁹. La sous-direction Veille et sécurité sanitaire, pour sa part, est constituée de 35 agents.

[119] Afin d'anticiper les besoins complémentaires en ressources humaines qui se profilent, la note du DGS en date du 30 janvier 2020 déjà mentionnée porte notamment sur les « renforts en ressources humaines ». En la matière, comme le prévoit d'ailleurs le plan national « pandémie grippale »³⁰ dans son volet « Organisation et planification » qui évoque la « constitution des réserves et la préparation des modalités d'appel à des réservistes », la note du DGS énonce que « l'ensemble des composantes du ministère sont susceptibles de participer ou de venir en appui des différents pôles organisés au sein du CCS ».

[120] Il s'agit du volet le moins développé de la note, et l'on peut, rétrospectivement, considérer son traitement comme très illustratif des deux caractéristiques de ce qui s'est passé au cours des mois suivants : un appel massif à des moyens complémentaires, sous forme de mises à disposition par différentes administrations et de volontariat, et une difficulté à exprimer les besoins en termes de compétences, de savoir-faire, de profils.

[121] Tout début mars, des propositions de volontariat spontanées d'agents du ministère commencent à être adressées au CCS. Afin de mieux piloter ces propositions et d'en multiplier le nombre, le directeur général de la santé, en tant que directeur de crise, adresse le 10 mars 2020 par message électronique à l'ensemble des directions d'administration centrale des ministères sociaux (y compris de la sphère travail-emploi) une « demande de renforts pour le centre de crise sanitaire ».

[122] Cet appel à volontariat a eu un grand succès, d'autant plus que le confinement, quelques jours plus tard, conduit de nombreux agents à arrêter leurs activités habituelles au sein de leur direction. Les listes proposées par les DAC affluent, des opérateurs, voire d'autres ministères sont aussi mobilisés, et de nombreux agents s'adressent en direct au CCS (une adresse fonctionnelle « renforts-centredecrise » est créée pour mieux gérer ces messages).

[123] Environ 175 volontaires sont recensés vers le 20 mars, et leur nombre culminera à près de 340 mi-mai³¹.

[124] En fin de confinement, afin de maintenir un niveau suffisant de ressources humaines au CCS, malgré la reprise prochaine des activités au sein des DAC, la secrétaire générale des ministères sociaux, dans une note en date du 7 mai 2020, leur demande « d'examiner très attentivement la

²⁸ Voir l'annexe 10 pour des compléments chiffrés sur les RH

²⁹ Plus un interne de santé publique et des stagiaires

³⁰ Plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale », document d'aide à la préparation et à la décision, n°850/SGDSN/PSE/PSN Octobre 2011.

³¹ Les fichiers fournis à la mission ne permettent pas d'identifier les éventuels « volontaires » de la DGS et les personnels affectés, en raison de leur poste, d'emblée à la gestion de crise. Par convention, la mission a donc retranché les agents travaillant à la DGS, considérant qu'ils avaient plus vocation à contribuer qu'à la gestion de crise.

possibilité de laisser à disposition, ou le cas échéant renouveler les mises à disposition d'agents auprès du centre de crise sanitaire (CCS) ».

[125] Devant le peu de réactions que suscite cette demande, le DGS renvoie le 26 mai un message à ses collègues pour solliciter leur concours. Le 6 juin, une enquête SOLEN est adressée aux bureaux des ressources humaines et des affaires générales (BRHAG) des directions, afin de s'assurer de l'accord de la hiérarchie des volontaires et plus globalement d'institutionnaliser les appels à volontaires. Cet appel conduit 57 personnes à répondre, dont 43 administratifs, 6 ingénieurs, 4 médecins et 3 pharmaciens.

[126] Le 28 août, un nouvel appel à volontariat est lancé, toujours *via* les BRHAG, auquel là encore 57 personnes répondent. Leur typologie conduit à penser qu'il s'agit, peu ou prou, des mêmes volontaires qu'en juin.

Recommandation n°9 Structurer, dans la durée et de manière pérenne, une « réserve administrative », constituée de volontaires, qui ne doit pas se limiter aux ressources humaines des directions d'administration centrale, mais s'élargir aux établissements et opérateurs sous tutelle du MSS.

1.3.1.2 Des agents ont par ailleurs été mis à disposition de la direction de crise pour apporter leur expertise

[127] Il n'a pas été possible pour la mission de recenser de manière exhaustive les personnels mis à disposition des différentes directions et administrations du fait de leur expertise spécifique. La distinction entre volontariat et mises à disposition est parfois floue, certaines directions ou opérateurs ayant listé comme « volontaires » des agents mis à disposition du fait de leur expertise.

[128] Les entretiens effectués avec les différentes directions et opérateurs témoignent de ces mises à disposition. C'est ainsi par exemple que la DREES a diligenté 3 agents au CCS, avec notamment des profils de *data scientists*, pour aider à la cartographie et l'analyse des données. L'ANSM a mis à disposition un cadre supérieur, le SGDSN plusieurs collaborateurs de haut niveau... Outre ceux affectés en ARS, 25 IGAS ont été en mission d'appui au CCS, 7 au CIC³². A l'instar de l'IGAS, d'autres corps, notamment d'inspection et de contrôle, ont été mobilisés pour accompagner la gestion de la crise par le MSS.

1.3.1.3 Au final, un nombre considérable d'agents est venu contribuer, à un titre ou à un autre, à la gestion de la crise

[129] Une grande partie de ces volontaires ont été mobilisés, et cette mobilisation est montée puissance au fur et à mesure de la cinétique de la crise, avec, au pic de la crise entre mi-avril et mi-mai, environ 130 personnes en moyenne chaque jour en présentiel au centre de crise.

[130] 334 personnes ayant contribué au CCS et aux cellules rattachées à la direction de crise et qui n'en auraient pas bénéficié au sein de leur direction d'origine ont ainsi reçu la prime « COVID-19 ».

³² Voir annexe 10

[131] Enfin, au-delà, de nombreux agents des différentes directions, dont au premier chef l'encadrement supérieur, ont contribué par ailleurs à la gestion de la crise, tout en restant dans leurs fonctions habituelles (par exemple rédaction de textes dérogatoires, expertise technique pour alimenter le CCS).

[132] Au total, sur le périmètre du MSS³³, 938 agents ont reçu une prime COVID-19, soit 37 % des effectifs du ministère.

1.3.1.4 Les besoins en terme de compétences et d'aptitudes étaient définis de manière trop succincte

[133] Le premier appel à volontariat, par message électronique du 10 mars, « assume » explicitement le fait que tout profil peut convenir en tant que renfort : sont sollicités des volontaires de « tout profil ». Les seules spécifications sont, concernant le pôle régulation, une préférence pour des personnes « ayant déjà travaillé au CORRUSS ou en cellule de crise » (sans pour autant être posée comme une condition), et pour les autres pôles des renforts « tout profil (administratif), mais aussi de médecins, de pharmaciens ou de tout autre profil technique ».

[134] A ce stade de la cinétique de la crise, la direction de crise privilégie donc le « nombre » de volontaires à la spécificité des profils attendus, considérant que les tâches à mener ne nécessitent pas de technicité forte (pôle régulation) ou n'étant pas en mesure de formuler plus précisément les besoins.

[135] Le CORRUSS, publiait certes à ce titre des « fiches de postes », mais celles-ci décrivent les missions dévolues aux intervenants et non les compétences et les aptitudes qui sont attendues.

[136] Malgré un travail réalisé début mai pour mieux anticiper les besoins futurs et calibrer les affectations à compter du déconfinement, il n'a pas non plus été fait d'expression de besoins formalisée en termes de compétences et d'aptitudes en amont du deuxième appel à candidatures en date du 26 mai. Celui-ci ne sollicite pas non plus d'informations quant aux compétences-métiers des volontaires.

[137] Au total, peu d'items permettaient de « qualifier » les volontaires recensés : la maîtrise de l'anglais, le « type de renforts » : (administratif/médecin/pharmacien/ingénieur), les disponibilités (samedi, dimanche, semaine).

[138] La typologie de renforts, notamment, est très large et ne permet pas de prendre en considération les compétences-métiers : un « administratif » peut être un acheteur, un secrétaire, un comptable, un spécialiste RH, etc. De même, un chirurgien n'apportera pas la même expertise qu'un médecin infectiologue ou un médecin de santé publique.

[139] Lors de certains entretiens, il a été fait état à la mission d'une forme d'amertume et de démotivation de volontaires dont les compétences n'étaient pas en adéquation avec des besoins effectifs. C'est ainsi par exemple que des médecins interrogés par la mission, dont un infectiologue, ont été mobilisés en appui à la gestion de crise, mais déplorent n'avoir vu leurs compétences médicales utilisées qu'à la marge, voire pas du tout. Certains volontaires, au final non mobilisés, n'ont

³³ Dont l'ensemble des agents des directions couvrant tout le champ des ministères sociaux, comme le SGMAS, la mission n'ayant pu distinguer ceux qui travaillent pour le champ Solidarités-Santé de ceux qui travaillent pour le champ « Travail-Emploi ».

jamais reçu de réponse, même négative. La lassitude de certains volontaires pourrait ainsi nuire à une future remobilisation.

[140] L'expression de besoins et en miroir l'identification des compétences et aptitudes des volontaires se sont certes un peu améliorées au fur et à mesure de la décrue de la crise : des fiches de postes plus détaillées ont été structurées, utilisant une typologie des « connaissances, savoir-faire et savoir-être » plus professionnelle. En regard, l'appel à candidatures de début juin permet de distinguer les catégories A+, A, B et C pour les administratifs, et d'identifier, outre la maîtrise de l'anglais, les compétences en « statistiques/tableur, communication, domaine médical, et capacité de synthèse ».

Recommandation n°10 Définir de manière précise et systématisée les besoins RH, en termes de compétences et d'aptitudes, avant tout appel à des renforts.

1.3.2 Une prise en compte trop faible de l'enjeu RH dans l'organisation de la gestion de la crise

1.3.2.1 La fonction RH n'a pas été suffisamment identifiée au sein du système de gestion de crise

[141] Une petite cellule dite « renforts RH » avait pour mission de gérer les renforts pour répondre aux demandes des pôles du CCS, et de les affecter dans les différents pôles/cellules relevant de la gestion de crise. Cette cellule rendait compte à l'adjointe au sous-directeur VSS. Au plus fort de la crise, cette cellule avait vocation à suivre 120 à 130 personnes chaque jour, et ce, demi-journée par demi-journée.

[142] Malgré ses demandes réitérées, la cellule n'a jamais figuré au sein des organigrammes du CCS, et son périmètre d'intervention est resté peu clair, alors même qu'elle occupait un rôle absolument stratégique pour la bonne continuité des activités de la gestion de crise. Selon des interlocuteurs de la mission, la fonction RH est restée « transparente et hors ligne hiérarchique ».

[143] Cette cellule a manqué de visibilité, voire de légitimité. Certains chefs de pôle pour trouver les renforts dont ils avaient besoin, ont privilégié les cooptations et la sollicitation de leurs réseaux de connaissance. Seul le pôle « synthèse et coordination » s'est totalement appuyé sur la cellule « planning renforts ». Certaines entités rattachées à la gestion de crise, comme la cellule « tests », sont par ailleurs restées totalement autonomes, et ont recruté par elles-mêmes les membres de leurs équipes.

[144] Cette pratique de « *sourcing* » dispersée a rendu impossible un suivi organisé des renforts, et a ainsi été source à la fois de difficultés logistiques (laisser-passer, repas, etc.) et de tensions entre chefs de pôles, avec une tendance à aller chercher un renfort dans le pôle d'à côté... Et la sollicitation du réseau personnel des responsables de pôles, si elle pouvait les rassurer, ne permettait pas paradoxalement de sécuriser, de manière systémique, la bonne adéquation entre les besoins et les compétences.

1.3.2.2 La gestion de l'activité de « *sourcing* » RH a présenté des faiblesses

[145] Comme cela a pu être formulé par certains interlocuteurs de la mission, l'activité de cette cellule s'apparentait à celle d'une « agence d'intérim interne », et même parfois à du recrutement de profils rares. C'est ainsi qu'il a par exemple été demandé à la cellule de trouver en quelques jours un *data scientist* qui maîtrisait l'épidémiologie...

[146] Or les agents qui se sont succédés pour prendre en charge la fonction de *sourcing* n'avaient pas de compétence métier spécifique en la matière.

[147] La mission note à cet égard qu'il n'a jamais été fait appel, même ponctuellement, à un cabinet extérieur de recrutement qui aurait pu apporter son expertise en matière de profilage et d'identification de compétences rares, alors même que le ministère n'a pas hésité, et c'est heureux, à solliciter des cabinets extérieurs en matière de logistique par exemple pour consolider les équipes dans ce domaine.

[148] Cette faiblesse dans l'activité de *sourcing*, couplée à une qualification des besoins trop sommaire, a conduit à tarder à recruter notamment des logisticiens et des acheteurs spécialisés pour la CCIL et la cellule ressources et moyens critiques. Pourtant un nombre non négligeable d'opérateurs dans la sphère du ministère (centrales d'achats, établissements de santé), mobilisés dans un second temps, auraient pu l'être plus rapidement à une période où la question de l'approvisionnement en masques, équipements de protection individuels (EPI) et médicaments (hypnotiques et curares) du fait de la pénurie mondiale était cruciale.

Recommandation n°11 Faire apparaître la fonction RH dans l'organigramme de la gestion de crise, préciser ses missions, son articulation avec la DRH et son périmètre. Veiller à une expression claire des besoins RH.

1.3.2.3 Le secrétariat général de la DGS et la DRH ont été très mobilisés sur la gestion des contrats, mais n'ont pas contribué au « *sourcing* »

[149] En temps normal, les équipes du secrétariat général de la DGS traitent une quarantaine de recrutements par an. Entre le début de la crise et l'été 2020, elles ont été conduites à gérer près de 200 contrats (189 à fin août 2020, sous forme de CDD, mises à disposition même ponctuelles, etc.). Trois personnes des RH de la DGS ainsi que quatre agents de la DRH ont formé une équipe projet pendant la durée de la crise pour être en mesure de faire face à cet accroissement sans précédent de la gestion administrative, sachant que le contrôleur budgétaire et comptable ministériel (CBCM) a réduit à l'essentiel les procédures (nombre de pièces exigées très réduit, dématérialisation des pièces justificatives, etc.).

[150] Par ailleurs, les services RH ont été mobilisés pour maintenir un dialogue social très intense alors que la réglementation et les conditions de travail étaient très évolutives, accompagner l'encadrement dans le management des équipes en télétravail, organiser le soutien psychologique, mettre au point des formations en distanciel, etc. En revanche, les services RH de la DGS comme de la DRH, n'ont pas contribué à l'activité de « *sourcing* » pour alimenter en ressources humaines supplémentaires le centre de crise, en lien avec l'absence, jusqu'alors, d'une réelle identification de cette mission au sein de la DRH.

1.3.3 Des conditions de travail, très éprouvantes au vu de l'acuité et de durée de la crise, qui ont fragilisé les agents psychologiquement et provoqué un épuisement généralisé

1.3.3.1 Des durées de travail hors norme

[151] « Rincés », « épuisés » ...L'immense majorité des personnes ayant contribué à la gestion de la crise, que ce soit au sein du CCS ou dans les DAC, font état, même après quelques semaines de congés pris pendant l'été, d'un état de fatigue avancé, y compris des cadres supérieurs pourtant habitués à la pression et à une charge de travail lourde en temps normal. Cela est d'abord dû à la durée de la

crise, qui les a conduits à travailler pratiquement tous les jours, du matin au soir tard, y compris parfois de nuit, ainsi que pendant les week-ends.

[152] Afin de soulager les principaux piliers du CCS, une forme de « binôme » a certes été mise en place pour un certain nombre de chefferies de pôle, mais sans systématisation ni organisation suffisamment structurée. Du fait de la durée de la crise et de l'intensité de l'activité, et malgré l'accalmie de l'été, l'absence d'une organisation de relais suffisamment efficace pour juguler la fatigue et l'exposition permanente au stress n'a pas permis d'éviter l'épuisement physique et psychologique de certains agents.

[153] Cette pratique du binôme n'a par ailleurs pas pu être mise en place sur l'ensemble des postes relevant de la direction de crise, et encore moins sur des fonctions requérant de l'expertise très pointue dans certaines directions.

[154] La mission note que si les astreintes sont rémunérées pour les personnels de catégorie B et C, les heures supplémentaires ne sont pas rémunérées pour les cadres. Le ministère indique avoir demandé une dérogation en interministériel, demande qui serait à l'étude au cabinet du ministère délégué aux comptes publics.

1.3.3.2 Une pression psychologique qui a provoqué des souffrances encore aujourd'hui vivaces

[155] La plupart des agents concernés ont vécu très difficilement cette période : agressivité des interlocuteurs au téléphone ou par mail pour ceux qui se trouvaient à la cellule situation/synthèse, sentiment d'impuissance pour ceux qui devaient se faire le relais auprès des ARS et des professionnels de santé de la pénurie en masques et EPI, perception de l'arrivée des renforts comme une forme de remise en cause de ses compétences, nécessité de s'adapter en permanence à l'organisation mouvante du CCS avec un sentiment d'incompréhension et de difficulté à percevoir sa réelle valeur ajoutée... En outre, l'ensemble des agents vivaient sous le stress permanent du risque de débordement du système de soins, stress accru par la médiatisation qui ne leur permettait à aucun moment de « souffler » même lors de leurs périodes de repos. La peur s'est emparée des équipes, cette peur a été profonde et dans la durée.

[156] Malgré la crainte d'un « burn-out » évoquée expressément auprès de la mission par certains³⁴, voire d'un « risque de stress post-traumatique », le service de médecine du travail du ministère n'a reçu aucune demande d'aide individuelle émanant de personnes travaillant ou ayant travaillé directement à la gestion de la crise. La DRH s'est pourtant mis à disposition dès le début, et a répété des messages sur de possibilité d'accompagnement (un numéro d'écoute active notamment, ainsi que la possibilité d'être en contact avec un prestataire extérieur spécialisé dans la prévention et la gestion des risques psychosociaux). Pour justifier l'absence de sollicitation de la médecine du travail ou de leur hiérarchie, certains agents ont mentionné le caractère, à leurs yeux, disproportionné de leur souffrance au regard de la gravité de la crise, ainsi que la volonté de ne pas ajouter du stress à leurs managers accaparés par la gestion de la crise.

³⁴ Alerte évoquée y compris par les cadres les plus expérimentés à la gestion de crise, avec une crainte exprimée notamment pour la santé des cadres les plus jeunes, nombreux à vivre une crise pour la première fois.

1.3.3.3 Malgré tous les efforts déployés, des conditions de travail matérielles éprouvantes

[157] Le ministère a tenté de créer des conditions d'accueil et de travail les plus satisfaisantes possibles pour les agents en présentiel. Chaque volontaire recevait ainsi un mail lui confirmant son affectation, avec en pièce jointe de la documentation sur le pôle concerné, les principaux contacts, et un livret d'accueil. Une attention était portée à la logistique (badges, plateaux-repas, taxis, etc.).

[158] Pourtant, l'absence des gestes barrière (il n'y avait pas de port de masque, dans un contexte de pénurie nationale, et les pièces étaient parfois « bondées » au CCS), ce jusqu'au mois de mai, a été souvent cité comme facteur majeur d'inquiétude, voire de peur.

[159] Ce climat anxiogène pour certains agents était aussi nourri par la présence de très nombreuses personnes sur le site, notamment venant de l'extérieur, qui n'avaient pas d'obligation de porter de manière visible leur badge, et par l'inquiétude liée à un accès à des documents informatiques perçu comme insuffisamment encadré.

[160] Malgré les améliorations apportées au fur et à mesure, les conditions matérielles des agents présents au ministère pendant le confinement ont été génératrices de tensions, et ont même entraîné le retrait de plusieurs personnes qui n'ont pas voulu travailler dans de telles conditions.

Recommandation n°12 Veiller aux conditions de travail des agents dédiés à la gestion de crise, les accompagner de manière proactive et spécifique afin de prévenir les risques psycho-sociaux, et systématiser la pratique du binôme pour sécuriser les organisations et les acteurs.

1.3.4 Un épisode épidémique qui met à jour la nécessité de mieux former à la gestion de crise

[161] Les personnels du CORRUSS et les agents de la DGS qui ont vocation à venir habituellement en renfort au CORRUSS sont bien entendu formés à la gestion de crise, notamment par le biais de l'Institut national des hautes études de sécurité et de la justice. Des pratiques de formation continue, comme des exercices de simulation assistés par ordinateur, ou préparés avec l'aide de spécialistes extérieurs, pourraient cependant permettre aux agents dédiés à la gestion de crise de gagner encore en professionnalisme et expertise.

[162] Les nombreux volontaires qui sont venus au premier semestre n'ont pu bénéficier quant à eux, au mieux, que d'une présentation succincte de l'organisation et des missions du centre de crise. Ils ont pu se sentir désarmés face au stress et aux situations nouvelles qu'ils vivaient, et avoir du mal à bien comprendre comment leurs tâches contribuaient à la gestion plus globale de la crise. Or comme l'expérience d'autres ministères³⁵ ayant une pratique éprouvée de la mobilisation de volontaires le montre, il est nécessaire de vérifier que les volontaires ont une forme d'appétence pour la gestion de crise, sont capable de résister au stress, et de leur fournir des outils de compréhension de la gestion de crise. Au-delà, dans la mesure où l'ensemble du ministère a vocation désormais, sous une forme ou sous une autre, à contribuer à la gestion de crises sanitaires, il paraît opportun d'organiser une sensibilisation de tous les agents du ministère.

Recommandation n°13 Investir durablement dans la formation continue, en faisant appel à des outils et des dispositifs spécialisés pour les agents dédiés à la gestion de crise, à des formations plus généralistes pour les volontaires et à une sensibilisation de l'ensemble des personnels du MSS.

³⁵ Le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères notamment

[163] Au-delà des formations à assurer pour les agents du ministère, la préparation aux crises sanitaires doit aussi être renforcée au niveau interministériel, permettant ainsi de s'assurer régulièrement de l'adéquation des plans préparatoires comme le plan « pandémie grippale » de 2011.

Recommandation n°14 Réaliser régulièrement des exercices préparatoires de réponse à une crise épidémique au niveau interministériel.

1.4 La forte sollicitation de l'expertise scientifique a conduit à une production considérable

[164] Le pilotage de l'épidémie s'est incontestablement et fortement appuyé sur une expertise scientifique particulièrement variée. Les organismes faisant partie de l'écosystème habituel ont été fortement sollicités mais le gouvernement a considéré que d'autres structures devaient être créées. Au total, la production scientifique des organismes très fortement mobilisés, destinée à éclairer la prise de décision, a été riche et abondante. Ces structures ad hoc ne se sont toutefois pas substituées aux structures existantes.

[165] L'introduction de structures ad hoc dans l'éco système de l'expertise scientifique a suscité de réelles interrogations. Celles-ci se sont cependant rapidement dissipées car chaque structure, grâce à des interactions fortes (association du HCSP et de SPF au Conseil scientifique par exemple), a su trouver sa place

1.4.1 Le conseil scientifique, le CARE et le comité vaccin COVID-19, trois instances inédites

[166] La volonté de disposer d'entités indépendantes et de tenir compte d'une épidémie sur laquelle, la connaissance scientifique était particulièrement limitée et incertaine à son déclenchement a présidé à la création de deux de ces structures.

- **Le Conseil scientifique**

[167] Installé par le ministre des Solidarités et de la Santé le 11 mars 2020³⁶, le Conseil scientifique fait l'objet d'une base légale puisqu'il est créé par l'article 2 de la loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de COVID-19. Il est à noter que l'article L3131-19 du code de santé publique (CSP) prévoit clairement que le comité est dissout lorsque prend fin l'état d'urgence sanitaire³⁷. Toutefois, son existence a été prolongée au-delà du 11 juillet, terme de l'état d'urgence prévu par la loi du 23 mars 2020, par la loi du 9 juillet organisant la sortie de l'état d'urgence sanitaire.

[168] Le Conseil scientifique COVID-19 comprenant des scientifiques et un membre de la société civile, permet au gouvernement de disposer des dernières informations scientifiques afin de l'aider dans ses décisions. Son règlement intérieur précise bien ce rôle d'aide à la décision. Il est consultatif et dépourvu de fonction opérationnelle. Il rend des avis simples qui ne lient pas le Gouvernement. Il

³⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/olivier-veran-installe-un-conseil-scientifique>

³⁷ Article L3131-19 du CSP : « En cas de déclaration de l'état d'urgence sanitaire, il est réuni sans délai un comité de scientifiques. Son président est nommé par décret du Président de la République. Ce comité comprend deux personnalités qualifiées respectivement nommées par le Président de l'Assemblée nationale et le Président du Sénat ainsi que des personnalités qualifiées nommées par décret. Le comité rend périodiquement des avis sur l'état de la catastrophe sanitaire, les connaissances scientifiques qui s'y rapportent et les mesures propres à y mettre un terme, y compris celles relevant des articles L. 3131-15 à L. 3131-17, ainsi que sur la durée de leur application. Ces avis sont rendus publics sans délai. Le comité est dissout lorsque prend fin l'état d'urgence sanitaire ».

les rend en toute indépendance au seul vu de « l'intérêt général du pays ». Ses avis doivent être publiés sans délai.

[169] Le Conseil scientifique, des témoignages reçus par la mission, a réussi à trouver sa place et sa légitimité dans l'élaboration de la doctrine stratégique.

[170] Au total, le Conseil scientifique, à la fin du mois d'octobre 2020 a publié 6 notes et 21 avis.

- **Le Comité analyse, recherche et expertise (CARE) COVID-19**

[171] Mis en place le 24 mars par le Président de la République, et composé de douze chercheurs et médecins, le CARE est un organe indépendant, installé auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, et de la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Il remplit une fonction d'expertise scientifique rapide, à la demande du gouvernement, auquel il adresse des avis.

[172] Il intervient dans quatre domaines: les tests diagnostic, les essais de nouveaux traitements, les pistes vers un futur vaccin et l'apport du numérique et de l'intelligence artificielle.

[173] Le CARE a terminé ses fonctions, comme prévu initialement, le 10 juillet 2020.

[174] Le CARE, en près de quatre mois, a rendu 210 avis sur des projets de recherche et a produit 19 notes de recommandation dans des domaines variés concernant les tests diagnostic, les traitements, les vaccins, la surveillance des eaux usées, etc.

- **Le comité vaccin COVID-19**

[175] La création du comité vaccin a été posée par le directeur général de la santé et le directeur général de la recherche et de l'innovation par un courrier signé le 4 juin 2020 nommant la personnalité chargée de sa mise en place. Sa contribution est apparue à l'occasion de la publication d'un avis commun rendu le 9 juillet 2020 par le Conseil scientifique, le CARE et le comité vaccin COVID-19 intitulé « VACCINS CONTRE LE SARS Cov 2 - Une stratégie de vaccination »³⁸. La mission constate que cet avis se termine par une note un peu particulière (« *Ces réflexions préliminaires devront être poursuivies par la HAS et le HCSP, avec des recommandations plus détaillées* ») semblant induire une répartition des tâches entre les organismes.

[176] La création de ce comité a pu susciter un certain étonnement puisqu'il existait déjà la commission technique des vaccinations de la HAS, celle-ci ayant repris, depuis 2017, les fonctions du comité du même nom abrité au sein du HCSP. Il est à noter, de plus, que le comité spécialisé COVID-19 ne comprend aucun membre commun avec celui de la HAS. Conjugué à ce qui a été décrit supra concernant le pilotage de la vaccination, cela n'a pu que renforcer la confusion.

[177] Enfin, il faut souligner que les scientifiques rencontrés par la mission regrettent que la coopération européenne ait été limitée à des échanges d'informations sans qu'il y ait eu véritablement co-construction entre les Etats.

³⁸ La mission n'a pas connaissance de travaux complémentaires effectués par ce comité

1.4.2 Les organismes existants, contributeurs essentiels

[178] Malgré les travaux effectués par ces nouvelles structures, les organismes scientifiques existants ont très fortement contribué à la réflexion, à la production doctrinale ainsi qu'à l'élaboration de règles de bonnes pratiques. Le niveau de leur mobilisation fût particulièrement élevé.

- **Le Haut conseil de la santé publique (HCSP)**

[179] Le HCSP a dû adapter ses modes de fonctionnement aux nécessités de l'épidémie pour deux raisons essentielles.

[180] Tout d'abord, le nombre de saisines provenant de la DGS³⁹ a été particulièrement élevé puisque de la fin du mois de février à la fin du mois d'août, le HCSP a produit plus de 80 avis et rapports, à comparer aux 48 rendus au cours l'ensemble de l'année 2019.

[181] Ensuite, les délais extrêmement réduits pour la fourniture des avis (souvent 72h, dans le meilleur des cas, 1 semaine) ont exigé la révision des procédures de travail internes et l'utilisation de la procédure d'urgence, déjà prévue dans le règlement intérieur du Haut Conseil⁴⁰.

- **La Haute autorité de santé (HAS)**

[182] N'étant pas organisée par nature pour faire face à des situations d'urgence, la HAS a été conduite, elle aussi, à modifier ses méthodes de travail. Elle a développé une méthode simplifiée pour fournir ce qui a été appelé officiellement des réponses rapides. Il s'est agi de trouver le compromis entre les facteurs qualité-délai- niveau d'exigence.

[183] Pour ce qui est de l'épidémie, au 09/10, la HAS avait produit 34 réponses rapides et 5 sur le secteur social et médico-social, 10 avis portant sur les produits de santé et les actes professionnels auxquels s'ajoutent 8 avis sur la vaccination, 6 autres et 8 à l'attention des usagers.

[184] Cette production est donc tout à fait significative pour une institution dont les missions, les objectifs et les méthodes de travail originelles étaient peu compatibles avec les impératifs de l'urgence.

- **L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)**

[185] La gestion de l'épidémie a nécessité également un niveau de mobilisation élevé au sein de l'ANSM. Ses contributions ont notamment résidé, en complément des autorisations, dans la délivrance de nombreuses dérogations tant pour certains médicaments en pénurie (absence d'étiquetage en français par exemple pour des curares en tension) que pour les dispositifs médicaux.

[186] Cela a conduit l'agence à une importante activité réglementaire pour délivrer ces dérogations, sans précédent.

[187] Cette activité s'est construite concernant les dispositifs médicaux sur la base de la recommandation 2020/403 du 13 mars 2020 de la Commission européenne 2020 relative aux procédures d'évaluation de la conformité et de surveillance du marché dans le contexte de la menace

³⁹ Le HCSP ne produit que sur saisine de la DGS et que celle-ci constitue le vecteur unique des sollicitations du haut conseil.

⁴⁰ Arrêté du 13 décembre 2018 portant approbation du règlement intérieur du Haut Conseil de la santé publique.

que représente la COVID-19⁴¹. Elle concerne les mises sur le marché de produits ne bénéficiant pas du marquage CE. Cette activité a consisté à mettre au point un tableau des équivalences et à changer les référentiels en s'appuyant sur des normes en vigueur dans d'autres pays.

[188] Les échanges avec SPF ont été nourris ainsi qu'avec la *task force* logistique que ce soit pour ce qui concerne les cinq molécules entrant dans les stocks de l'Etat que pour certains dispositifs médicaux pour lesquels l'agence a établi un système d'assurance qualité. Sa contribution aux opérations de *sourcing* pour ce qui est de la vérification du respect des normes fut considérable, y compris en charge de travail.

[189] Les travaux de l'ANSM concernant les essais cliniques seront évoqués infra.

● **Santé publique France**

[190] En complément de ce qui a été décrit supra sur les dossiers traités par SPF, l'agence s'est également mobilisée dans le domaine scientifique, compte tenu des nombreuses missions que lui attribuent la loi et le règlement et en particulier les dispositions du décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 relatif à la création de l'Agence nationale de santé publique.

[191] Les interventions essentielles ont concerné notamment le suivi épidémiologique, le traçage, l'analyse territorialisée, ce qui a nécessité un travail de fond concernant la gestion de données. A cela se sont rajoutés des travaux sur le suivi psycho-comportemental de la population.

[192] Dans ce cadre, SPF a entretenu des liens étroits avec le Conseil scientifique, le HCSP, la HAS, l'équipe de modélisation de l'Institut Pasteur, l'ANSM, les organismes de recherche, etc.

[193] Toutefois, SPF estime que sa contribution à l'expertise scientifique, au moins dans la phase aigüe du confinement- déconfinement, n'a pas été sollicitée comme elle aurait dû l'être compte tenu de ses missions et de ses compétences. De fait, tout se passe comme si la rencontre attendue entre le MSS et SPF ne s'était pas produite à la mesure de leurs attentes réciproques : SPF n'a été qu'un acteur parmi d'autres de l'expertise scientifique, alors qu'au regard de ses missions légales et réglementaires, l'agence aurait pu jouer un rôle de chef de file⁴².

● **Les sociétés savantes**

[194] Les sociétés savantes ont été également très fortement sollicitées non seulement directement par la DGS mais aussi par le HCSP et la HAS notamment. Sans que cela constitue une liste exhaustive, les sociétés d'anesthésie-réanimation, de réanimation médicale, de pédiatrie, de gynécologie-obstétrique, de gastro-entérologie, d'hygiène hospitalière...ont été très étroitement associées à l'élaboration des instructions du MSS. Les témoignages recueillis par la mission font état d'un niveau de disponibilité particulièrement élevé de leur part, quelles qu'aient été les circonstances.

⁴¹ Extrait de la recommandation : *Dans le but de garantir la disponibilité d'EPI et de dispositifs médicaux pour assurer une protection adéquate dans le contexte de l'épidémie de COVID-19, la Commission invite l'ensemble des opérateurs économiques, d'un bout à l'autre de la chaîne d'approvisionnement, ainsi que les organismes notifiés et les autorités de surveillance du marché à mettre en œuvre toutes les mesures à leur disposition pour soutenir les efforts visant à faire en sorte que l'offre d'EPI et de dispositifs médicaux sur le marché de l'UE dans son intégralité réponde à la demande en constante augmentation. Toutefois, ces mesures ne devraient pas avoir d'effet préjudiciable sur le niveau global de santé et de sécurité, et il importe que l'ensemble des acteurs concernés veillent à ce que tout EPI ou dispositif médical mis sur le marché de l'UE continue à assurer un niveau adéquat de protection de la santé et de la sécurité des utilisateurs.*

⁴² Voir annexe 9.

[195] Elles ont par ailleurs publié elles-mêmes des recommandations de bonnes pratiques, chacune dans sa discipline propre.

[196] Ces contributions, totalement indispensables à la mise en œuvre de bonnes pratiques, ont révélé néanmoins certaines contradictions et des inadaptations aux moyens détenus par les professionnels des établissements. Les témoignages recueillis par la mission⁴³ évoquent l'embarras de certains professionnels contraints, au sein des cellules de crise, de procéder, à leur initiative, à des harmonisations, donc à des modifications de ces recommandations, les mettant ainsi en porte à faux sur le plan juridique.

1.4.3 L'utilisation croissante des travaux de modélisation

[197] Le système de pilotage de l'épidémie s'est appuyé de manière croissante sur les travaux de modélisation jusqu'à faire en sorte que ceux-ci apparaissent publiquement dans les données justifiant une décision.

[198] Les structures disposant de ressources importantes en modélisation sont nombreuses (Institut Pasteur, Inserm, EHESP, SPF, entreprises privées, etc.). Les acteurs rencontrés par la mission reconnaissent un certain niveau de partage entre les organismes et qui ne porte pas que sur les données. Ils reconnaissent également indispensable de disposer de ressources diversifiées non seulement en mathématiques mais aussi en maladies infectieuses, en épidémiologie, en bio statistiques, en système d'informations, etc.

[199] L'Institut Pasteur, par exemple, à date, a produit 45 notes de modélisation ayant été utilisées pour anticiper l'évolution de l'offre de soins et envisage d'en produire désormais une par semaine. Si la DGOS est à l'origine de nombreuses demandes, l'intérêt manifesté par les ARS est également croissant.

[200] Il y a donc un double mouvement concomitant : une utilisation de la modélisation qui s'élargit et une territorialisation de celle-ci.

[201] La production en travaux de modélisation s'est faite à l'initiative des organismes détenant des compétences organisées dans le domaine, notamment l'Institut Pasteur ; elle a également été le résultat de demandes effectuées par les services de l'Etat et plus particulièrement par la DGOS et la DGS.

[202] Toutefois, pendant la première phase de l'épidémie, la volonté de l'Etat de bénéficier de travaux de modélisation pour aider à la prise de décision n'a pas été réellement affichée. De même, le besoin de territorialiser les travaux n'a pas été intégré de façon homogène entre les régions.

[203] Certes, la présence du responsable de l'unité de l'Institut Pasteur dans le conseil scientifique a témoigné d'une volonté d'intégrer la modalisation dans l'expertise scientifique ; cela n'en constitue pas pour autant une politique.

[204] Cette situation a certainement évolué au cours de la dernière période. Même de façon prudente, la référence aux travaux de modélisation apparaît fréquemment à l'appui de la présentation des mesures décidées ; de leur côté, les ARS y recourent ouvertement et certains établissements en revendiquent la communication

⁴³ Voir annexe 2.

[205] Comme décrit *supra*, les ressources en modélisation sont nombreuses et les contacts entre les spécialistes ont été nourris, plus particulièrement entre ceux de l'Institut Pasteur et SPF. Des tentatives ont été entreprises pour fédérer certains travaux, notamment à l'initiative du CNRS mais sans que cela ne puisse aboutir étant donné les particularités de l'épidémie et la mobilisation très forte des spécialistes par d'autres instances (Conseil scientifique, MSS, ARS ou autre).

[206] Une initiative forte pourrait être prise pour aller vers la constitution d'un réseau de modélisation qui pourrait également impliquer certaines ressources du secteur privé.

[207] Dès lors, la question du financement doit également être abordée. Dans l'état, les travaux ont été effectués par les organismes sur leurs fonds propres alors qu'un système de financement spécifique devrait pouvoir être mobilisé à partir d'une commande clairement établie, étant donné les enjeux tant politiques que sociétaux sous tendant ces travaux.

[208] Si cette orientation est indispensable pour le moyen terme, la mission considère que la seconde vague de l'épidémie, le temps long dans lequel elle s'inscrit et l'adaptation de la réponse aux contextes locaux justifient un enclenchement de sa mise en œuvre dans les meilleurs délais.

Recommandation n°15 Dans le contexte d'une épidémie qui s'installe dans un temps long, clarifier la stratégie des pouvoirs publics dans l'utilisation de l'expertise scientifique en précisant les rôles respectifs de chaque organisme contributeur, ainsi que leur articulation. Une démarche similaire devra être entreprise spécifiquement sur les travaux de modélisation.

1.5 L'intense mobilisation pour la recherche médicale nécessite un pilotage plus fort

1.5.1 Un foisonnement de projets et un accompagnement résolu, révélateurs d'un engagement collectif

[209] La prise en compte de l'intérêt stratégique de la recherche médicale s'est manifesté très tôt dans le déroulé de la crise et a fait l'objet d'une institutionnalisation. Elle a mobilisé les acteurs essentiels de la recherche :

- **La cellule interministérielle Recherche**

[210] Une cellule interministérielle Recherche a été activée dès la fin du mois de mars. Cette dernière, placée sous l'autorité des directeurs de cabinet du MESRI et du MSS, a pour mission de suivre le développement de la recherche médicale en interface avec les organismes, notamment l'Inserm, d'assurer l'information des ministres sur les projets, les essais cliniques et leurs résultats, la veille bibliographique et internationale et d'assurer les interactions avec les organismes de recherche. Son *reporting* auprès des cabinets du Président de la République et du Premier ministre a été également très régulier. La cellule interministérielle est toujours en fonctionnement.

- **Le CARE**

[211] Le CARE, via la DGRI qui a assuré une première pré sélection pour ne pas emboliser ses capacités, a reçu 563 propositions de chercheurs et acteurs de la recherche entre le 24 mars et le 3 juillet 2020. Il a émis 210 avis sur des projets à impact potentiel à court terme et 21 projets ont fait l'objet d'un soutien financier du MESRI. Les avis ont concerné des projets qui n'étaient pas orientés sur la recherche clinique puisque le CARE n'a examiné aucun dossier de PHRC. De fait, concernant son activité portant sur la recherche, le CARE ne s'est pas substitué au système d'évaluation habituel avec l'ANR et le PHRC.

- **REACTing (INSERM-AVIESAN)**

[212] L'Inserm a d'évidence joué un rôle essentiel dans la mobilisation des équipes de recherche et dans la sélection des projets, notamment au travers du consortium REACTing⁴⁴.

[213] Dès le 8 mars, la DGOS et l'Inserm mobilisaient les centres d'investigation clinique (CIC) pour faciliter les inclusions de patients et organisaient le rôle de coordination confié à REACTing.

[214] Dès le 11 mars 2020, REACTing a sélectionné 20 projets de recherche sur le virus et la maladie COVID-19, suite à un appel à candidatures s'inscrivant dans quatre grandes thématiques : projets à visée diagnostique, clinique et thérapeutique, projets en épidémiologie, projets de recherche fondamentale et projets en sciences humaines et sociales.

[215] De plus, les équipes françaises assurent la coordination du projet « Rapid european COVID-19 Emergency Response (RECOVER) et participent à de nombreux autres projets sur les problèmes de santé et de société engendrés par l'épidémie (Projet DISCOVERY : 21 % des recrutements de l'essai SOLIDARITY/OMS) ; co-financement par le PHRC National de l'essai européen REMAPCAP).

- **L'Agence nationale pour la recherche**

[216] L'Agence Nationale pour la Recherche (ANR) s'est elle aussi fortement mobilisée pour accompagner et financer les projets de recherche. Dans la continuité de l'appel flash lancé en mars 2020, l'ANR a lancé un nouvel appel à projets Recherche-Action sur la COVID-19, ouvert en continu jusqu'au 28 octobre 2020. Cet appel à projet vise cinq priorités, en accord avec les orientations de l'OMS : études épidémiologiques, physio pathogénie de la maladie, prévention et contrôle de l'infection, éthique et dynamiques sociales et enjeux globaux de l'épidémie COVID-19.

[217] A date, plus de 65 projets ont été sélectionnés, au fil de l'eau, au cours de 8 vagues successives. Pour cela, l'agence a dû s'adapter et définir des modalités d'évaluation et de sélection rapides. Pour faire face à ces enjeux et accompagner les projets, le MESRI a débloqué une enveloppe d'urgence de 50 M€.

[218] Le même foisonnement est constaté pour ce qui concerne les essais cliniques.

- **Le programme hospitalier de recherche clinique national (PHRC-N)**

[219] Pour répondre à l'urgence, le ministère des Solidarités et de la Santé a mis en œuvre, à 2 reprises, une évaluation accélérée de projets de recherche. A cet effet, en dehors du cadre classique du PHRC, la DGOS a mis en place une filière accélérée.

[220] Le 25 mars une première vague de sélection a donné lieu au financement en urgence de 11 projets de recherche appliquée sur la COVID-19. Le financement de ces projets a correspondu à une enveloppe de 9 M€.

[221] Une deuxième vague de sélection a rassemblé 141 projets (dont 78 lettres d'intention déposées par l'AP-HP) parmi lesquels le jury a identifié, le 15 mai 2020, 45 projets de recherche d'intérêt majeur pour un financement par le ministère. Parmi ces 45 projets, la majorité sont de nouveaux projets de recherche appliquée en santé d'intérêt immédiat tandis que d'autres sont des projets

⁴⁴ Consortium coordonné par l'Inserm qui en assure le pilotage au travers de l'Institut thématique Immunologie, inflammation, infectiologie et microbiologie ; il comprend les membres de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan) : Inserm, CNRS, CEA, INRAE, Institut Pasteur, IRD, CPU, Conférence des DG de CHU.

permettant d'obtenir des données importantes pour la gestion de la phase post-aigüe de la crise. Une enveloppe de 22 M€ a été mobilisée pour financer les projets de cette deuxième vague.

[222] Enfin, la filière classique des PHRC pourra également concerner des projets liés à la COVID-19.

- **L'ANSM**

[223] L'ANSM, de son côté, a, du 4 mars au 6 octobre, examiné 131 dossiers dont 118 concernaient des médicaments et 89 ont été autorisés. Parmi eux, 70 essais sont toujours actifs, 19 ont été suspendus ou clôturés. 32 dossiers ont fait l'objet de refus d'autorisation et 10 sont en cours d'instruction. Ces dossiers ciblaient essentiellement les médicaments antiviraux et l'oncologie-hématologie ; ils se sont élargis aux corticoïdes.

[224] Pour faire face au traitement de ce volume de projets, l'Agence a développé des méthodes « fast track ». Ainsi, les délais moyens d'instruction sont de 20 jours et les délais médians de 12 jours (source ANSM). Cet effort important pour développer la recherche s'est traduit par un volume considérable de publications concernant la COVID-19. Au 25/08/20, 2261 publications étaient enregistrées dans Pubmed (source MESRI).

- **Les Comités de Protection des Personnes (CPP)**

[225] Enfin, il est indispensable de souligner l'effort qui a été consenti pour accélérer le traitement des dossiers par les comités de protection des personnes (CPP), chargés d'émettre un avis préalable sur les conditions de validité de toute recherche impliquant la personne humaine, au regard des critères définis par l'article L 1123-7 du Code de la Santé Publique (CSP). Cet accompagnement était déterminant pour permettre de donner des signes favorables aux promoteurs.

1.5.2 Toutefois, un besoin de structuration et de coordination pour optimiser les ressources

[226] Cet engagement prolifique n'a pas caché une dispersion des projets qui a pu avoir des effets délétères.

[227] En effet, dès les mois de mars-avril, de multiples voix se sont élevées pour alerter sur les risques d'une telle dispersion en posant des constats incontestablement sévères : projets redondants, trop segmentés, regroupements d'équipes trop peu nombreux, cohortes ou perspectives de cohortes trop faibles. Beaucoup se sont interrogés sur la pertinence du financement d'un nombre important de dossiers, voire l'ont contestée, estimant qu'ils ne produiraient pas de connaissance. Beaucoup d'essais ne sont pas, en effet, arrivés à leur terme compte tenu du nombre de patients à recruter, d'autres n'ayant même pas pu démarrer.

[228] A l'inverse, il est clair que l'essai randomisé britannique Recovery, défini comme prioritaire, avec ses 15 000 inclusions, constitue un contre-exemple, ce d'autant qu'il a donné lieu à des résultats particulièrement intéressants selon les scientifiques ainsi qu'à des publications qualifiées de prestigieuses.

[229] A la fin du mois d'août 2020, seuls 2.5 % des patients hospitalisés ont participé à des essais cliniques. Ainsi, la coordination de la recherche ainsi que la pertinence du financement de certains projets ont été remises en cause par certains interlocuteurs de la mission.

[230] Par ailleurs, certains considèrent que les universités n'ont pas été suffisamment associées à certains projets et que la dimension pluridisciplinaire intégrant les sciences sociales pour

comprendre le comportement des populations et agir ainsi en conséquence n'a pas été suffisamment prise en compte.

[231] Enfin, les acteurs de la recherche rencontrés par la mission estiment qu'ils ont agi de manière très autonome, voire trop autonome et que les pouvoirs publics, tout en démontrant un intérêt évident, n'ont pas posé explicitement les attentes en matière de recherche. De plus, même si la cellule interministérielle a joué un rôle considérable dans la coordination, ces mêmes acteurs ont regretté un engagement du MSS qui n'était pas à la hauteur de leurs attentes. Ainsi, même si cela a pu être compensé par les initiatives des acteurs, l'absence d'une politique lisible sur les orientations de la recherche médicale a été largement regrettée.

[232] Le MSS et le MESRI ont pris conscience de cette réalité concernant notamment la dispersion des projets puisqu'il ont commandité une mission sur « Les essais cliniques en contexte épidémique » confiée au Pr Patrick Rossignol. Celui-ci, dans son rapport remis le 7 juin 2020, propose un certain nombre d'orientations dans un cadre temporel variable entre le court et le long terme. La mission n'a pas connaissance des décisions prises suite à ce rapport.

[233] Toutefois, la mission estime que la politique du MSS et du MESRI sur la recherche médicale doit être clairement définie non seulement concernant les enjeux et les orientations qui en découlent mais aussi sur les leviers à mobiliser.

[234] A cela se rajoute la nécessité reconnue par de nombreux acteurs de développer la recherche sur les facteurs humains en mobilisant les ressources des sciences humaines et sociales.

[235] Dans le contexte épidémique actuel, et uniquement dans ce cadre⁴⁵, les objectifs suivants paraissent déterminants, même s'ils altèrent la règle habituelle du « *bottom -up* » :

- Prioriser les axes de la recherche médicale en s'appuyant sur les travaux d'une commission spécifique ;
- Sélectionner les projets et les financer sur la base de ces priorités pour éviter les dispersions ;
- Favoriser le rapprochement des promoteurs et les regroupements d'équipe ;
- Prendre les initiatives destinées à renforcer la coopération européenne.

Recommandation n°16 Dans le cadre de la lutte contre cette épidémie, redéfinir clairement la stratégie de recherche médicale autour de trois axes majeurs : l'élaboration de priorités pour sélectionner les projets, le regroupement des équipes, et le renforcement de la dimension européenne.

⁴⁵ La mission n'a pas vocation à formuler des propositions sur la recherche médicale en-dehors du contexte épidémique actuel.

2 Un pilotage territorialisé qui doit être renforcé pour accroître la capacité des acteurs locaux à adapter la réponse à l'épidémie

[236] Le pilotage national de la crise, aussi affirmé fût-il, n'a pas réduit le rôle des ARS et des acteurs locaux à une simple exécution des instructions émises par le niveau central. La nécessité d'anticiper, de réagir et de s'adapter les ont conduits à prendre leurs responsabilités et toutes les initiatives que la prise en charge des patients et les besoins organisationnels imposaient. Dans l'objectif de s'adapter aux évolutions de l'épidémie, ces constats plaident pour un renforcement du pilotage territorial. En outre, celui-ci doit absolument opérer un rapprochement de la société civile, au plus près du terrain, pour favoriser la mobilisation citoyenne et l'acceptabilité des mesures décidées.

2.1 Le pilotage national a été très affirmé

2.1.1 Une organisation assurant un pilotage quotidien des ARS et un lien étroit avec les partenaires du ministère

[237] L'activation des cellules régionales d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS) au sein des ARS et l'activation du plan ORSAN ont suivi les recommandations figurant dans les instructions relatives à la gestion de crise⁴⁶. Cependant, face à l'ampleur de la crise, l'organisation classique a été très vite dépassée, obligeant à un investissement très fort et quotidien du niveau national dans le pilotage des opérations.

2.1.1.1 Des échanges quotidiens venant nourrir le pilotage des opérations

[238] Le pilotage des agences est passé en premier lieu par une réunion du soir au niveau des DG ARS en présence des directions du ministère, rapidement devenue quotidienne au début du mois de mars à la demande des ARS. Initialement pilotée par le secrétariat général en lien avec la DGOS et la DGS, la réunion a ensuite été présidée par le directeur de cabinet du ministre des Solidarités et de la Santé. Au cours des premières semaines, l'ordre du jour a été fortement accaparé par les difficultés liées à la pénurie d'équipements, en particulier de masques.

[239] Pour autant, ces réunions ont été saluées par les DG ARS comme ayant renforcé leur association et la transparence sur les prises de décisions, notamment à partir de leur prise en charge par le directeur de cabinet qui a permis un lien direct avec le niveau politique. Ces réunions ont permis également de traiter au moins partiellement les enjeux sanitaires et médico-sociaux par l'association de la DGCS et de la CNSA⁴⁷. Les réunions au niveau des directeurs étaient complétées par des échanges à un niveau plus technique entre les DAC et les directions des ARS. En revanche, il n'y a pas eu d'animation structurée des préfets et de leurs directions départementales de la cohésion sociale sur le champ social relevant de leur compétence.

[240] Devant la perspective d'une vague devant toucher progressivement l'ensemble des régions, le choix a été fait d'une centralisation de la gestion des opérations au niveau de la direction de crise, concernant en particulier le pilotage des évacuations sanitaires, les renforts en ressources humaines dans les établissements et la répartition des ressources matérielles critiques. La mise en place d'une

⁴⁶ Voir annexe 4 sur l'organisation et la répartition des rôles prévue en temps de crise.

⁴⁷ Voir annexe 8

cellule « décisions » quotidienne à partir du 20 mars a permis de prendre les arbitrages opérationnels nécessaires, les plus sensibles d'entre eux étant validés par la CIC synthèse présidée par le directeur de cabinet du Premier Ministre.

[241] Cette centralisation a été ressentie de manière contrastée par les ARS, notamment concernant les transferts de patients. Certaines ont mis en avant le bon équilibre en termes de subsidiarité entre le niveau national et l'ARS. D'autres auraient souhaité une plus grande latitude d'organisation laissée aux ARS y compris sur les transferts inter-régionaux et une réactivité plus forte sur la mise à disposition des équipements (respirateurs en premier lieu). A cet égard, on doit souligner d'une part qu'une centralisation paraissait difficilement évitable au cœur de la crise face à la perspective d'une vague qui devait toucher l'ensemble des régions.

[242] D'autre part, le ressenti sur le pilotage national est fortement déterminé par les difficultés liées à la disponibilité des équipements, difficultés qui ne se sont pas réduites à la question majeure des EPI mais ont concerné aussi l'absence de réserve de respirateurs au niveau national. Une communication plus transparente envers les ARS sur ces difficultés relatives aux équipements aurait sans doute facilité la compréhension par les agences des contraintes du niveau national⁴⁸. Les problèmes rencontrés dans la livraison des EPI les premières semaines (erreurs d'adressage, volumétries incohérentes et parfois sans lien avec les besoins) n'ont pas non plus favorisé la confiance envers le niveau national.

[243] Au-delà des directeurs d'administration centrale et des pilotes du CCS, les ARS soulignent la difficulté à identifier les acteurs de la prise en charge des différents sujets stratégiques (logistique, tests, etc.), difficulté accrue par le fort turn-over qui a touché certaines de ces fonctions, les évolutions fréquentes de l'organigramme⁴⁹, et l'absence de transmission de ce dernier aux ARS lors de ses modifications. L'adresse générique du centre de crise, utile pour centraliser les saisines, n'a pas toujours suffi à garantir aux agences l'identification des interlocuteurs compétents pour répondre à leurs questions. La mise en place d'une « cellule ARS » avortée au bout de quelques jours visait à répondre à ce besoin, même s'il s'agissait d'une solution imparfaite. De fait, des ARS ont souligné ne jamais avoir eu de réponse, même décalée, à certaines questions posées.

[244] Cette difficulté a eu pour effet de multiplier les saisines directes au niveau des directeurs d'administration centrale, dont les DG ARS soulignent la forte disponibilité au cours de la crise. Mais cela a conduit à un niveau de sollicitation d'un petit nombre d'acteurs qui n'est pas durable et porte un réel risque pour la direction de crise.

Recommandation n°17 Identifier les interlocuteurs des ARS au sein de la direction de crise, leur en communiquer régulièrement l'organigramme et systématiser le suivi des questions et des problèmes qu'elles remontent.

2.1.1.2 Une prise en compte de la variabilité des situations de terrain qui aurait pu être plus forte

[245] La première vague s'est caractérisée par une très forte variabilité des situations régionales, posant la question de la capacité du pilotage national à en tenir compte. A la mi-mars, certaines régions restaient concernées par une stratégie de *containment* et de *contact tracing* alors que cette stratégie n'était plus possible dans d'autres régions comme le Grand Est.

⁴⁸ Voir l'annexe 7 relative au processus de décision sur la répartition des respirateurs.

⁴⁹ Voir l'annexe 5 sur les évolutions de l'organisation de la direction de crise.

[246] On peut ainsi caractériser différents types de situations régionales au mois de mars :

- Les régions touchées en premier par la vague, et en premier lieu la région Grand Est touchée par une vague exceptionnelle et qui a donc dû traiter en premier des questions qui ne se posaient pas ou peu dans d'autres territoires : gestion des DASRI, recommandations sur la prise en charge des défunts, etc. Cette ARS aurait souhaité une prise en compte plus forte de sa spécificité. La méthode de répartition des masques a rapidement symbolisé cette impression d'un traitement national fondé sur un principe d'égalité entre régions, qui pouvait être ressenti comme inéquitable par les régions les plus immédiatement touchées par l'épidémie. Cela a nourri une impression de « ne parfois pas être entendu ni cru » qu'on retrouve aujourd'hui encore dans les propos des équipes rencontrées dans le Grand Est par la mission ;
- Une majorité de régions de métropole moins touchées et qui étaient, pour cette raison, parfois en demande de plus d'autonomie pour adapter la stratégie nationale. C'est le cas par exemple sur les tests en EHPAD, pour lesquels certaines ARS ont de fait appliqué leur propre stratégie différente de celle recommandée au niveau national sur la base des moyens dont elles disposaient au niveau régional ;
- Les territoires d'outre-mer confrontés à des problématiques spécifiques qui n'ont pas toujours été prises en compte au début de la crise (exemple : prise en charge des défunts à Mayotte).

[247] Face à cette variabilité des situations locales, on doit regretter l'absence de déplacements du centre de crise sur le terrain. La mission de retour d'expérience confiée par l'AP-HP à une personnalité qualifiée en Grand Est a été très appréciée par l'ARS concernée mais aussi par les autres ARS qui ont pu bénéficier des conclusions de ce RETEX. Sans sous-estimer les difficultés liées à la charge de travail et au contexte de confinement, quelques déplacements sur le terrain auraient sans doute permis de renforcer la prise en compte des situations locales, demande très forte formulée par les professionnels de terrain (cf. annexe 2). Du reste, cette question a également été mise en avant par certains établissements de santé rencontrés par la mission, qui auraient souhaité que leur ARS se déplace dans leur établissement pour mesurer la situation au plus près.

Recommandation n°18 Prévoir au cours de la crise des déplacements de la direction de crise sur le terrain. Inciter les ARS à se déplacer en établissements auprès des équipes médicales et de direction.

[248] L'impression de prise en compte insuffisante des situations locales s'est parfois cristallisée sur les questions de communication nationale. Les annonces nationales des suspensions puis des reprises de visite en EHPAD, non précédées d'une information auprès des ARS, ont été particulièrement mal ressenties au niveau local, d'autant plus qu'elles ne prévoyaient en général pas de délai, même court, de mise en œuvre. Plusieurs ARS ont également souligné l'incompréhension de leurs partenaires quant à la carte de France publiée juste avant le déconfinement, sur laquelle les agences n'avaient pas pu être consultées en amont. Une consultation des ARS aurait permis d'identifier certaines erreurs conduisant à classer en « rouge » des départements dont la situation ne le justifiait pas. Ce type d'erreur porte atteinte à la crédibilité de la parole de l'Etat au niveau central comme au niveau territorial. Au vu des entretiens conduits en ARS, cette fonction « communication » apparaît à la fois comme cruciale dans une crise de santé publique et comme particulièrement fragile dans les agences.

Recommandation n°19 Organiser la fonction de communication de crise au MSS

- Au niveau national : dimensionnement, rôles respectifs du CCS, de la DICOM et des directions métier, articulation avec le SIG ;

- Au niveau territorial : missions et dimensionnement des équipes de communication en ARS, articulation avec les préfetures.

2.1.1.3 Une animation resserrée des réseaux de partenaires naturels du ministère

[249] La DGOS a animé à partir de la mi-mars un point quotidien avec ses partenaires sur le champ de l'hospitalisation, alternativement les fédérations hospitalières et les conférences hospitalières afin de diffuser les informations, faire remonter les difficultés rencontrées et échanger sur les projets de recommandations (*cf. infra*). Ces acteurs saluent globalement la fluidité et la transparence permises par ces échanges, en dehors du sujet des masques qui a cristallisé les tensions au cours du mois de mars.

[250] La DGCS a animé régulièrement une réunion des fédérations du champ social et médico-social, complétée par des réunions hebdomadaires avec des conseils départementaux et MDPH animée par la CNSA. Certaines réunions thématiques (petite enfance, handicap) ont été présidées directement au niveau des Ministres concernés. Ce lien constant avec les acteurs a été salué par les fédérations, même s'il paraît avoir été plus fort sur le champ des personnes âgées que sur le champ du handicap et sur le secteur social. Les fédérations regrettent que la capacité de la DGCS à répondre à leurs interrogations lors de ces réunions ait parfois été limitée, beaucoup de questions et d'arbitrages relevant soit du champ sanitaire, soit du champ du ministère du Travail (questions notamment sur les conditions de travail du personnel en établissements et services). Ces difficultés à apporter des réponses tiennent à un contexte de forte incertitude sur la connaissance du virus, mais elles ont pu aussi être renforcées par la séparation entre centre de crise médico-social et centre de crise sanitaire.

[251] En complément de ces réunions, de très nombreux échanges avec les partenaires externes du ministère ont été mis en place, en particulier les sociétés savantes pour la construction des recommandations.

[252] La qualité d'écoute des directions d'administration centrale lors de ces réunions, tout comme leur disponibilité quotidienne, ont été unanimement saluées par leurs partenaires externes même si certains partenaires considèrent avoir seulement été utilisés comme relais d'informations descendantes, quand d'autres ont le sentiment d'avoir été réellement associés au pilotage de la crise.

2.1.2 Une production normative d'une ampleur exceptionnelle entraînant parfois des difficultés d'appropriation par les ARS et les professionnels

2.1.2.1 La production législative et réglementaire a permis de déroger aux cadres habituels

[253] La production de normes a constitué une dimension centrale de la réponse à la crise sur la totalité du champ du ministère des Solidarités et de la Santé. Les textes produits ont porté sur les champs les plus divers : règles relatives à l'état d'urgence sanitaire mais aussi organisation des ressources humaines, extension des droits, indemnités journalières, report de cotisations, télétravail, dérogations aux règles de fonctionnement et de financement des établissements et services, adaptation des modalités de concours, organisation des tests, systèmes d'information⁵⁰, etc.

⁵⁰ A titre d'exemple, le recensement des textes que la DGOS a pilotés ou auxquels elle a contribué figure dans le document « Réponse de la DGOS à l'épidémie » du 18 mai 2020.

[254] Ce travail normatif a représenté une charge considérable pour la DGOS, la DGS et la DGCS, mais aussi pour les autres services, notamment la direction de la sécurité sociale⁵¹ et pour la direction des affaires juridiques. En particulier, la DAJ a joué un rôle inédit par rapport à sa fonction traditionnelle en matière de production réglementaire, en centralisant la production de l'ensemble des mesures de police sanitaire⁵².

2.1.2.2 Les recommandations ont été concertées avec les partenaires habituels du ministère mais n'ont pas toujours permis de sécuriser les pratiques des professionnels de terrain

[255] La production des recommandations (MINSANTE, MARS, DGS-Urgent) a constitué une composante essentielle du pilotage national de la crise. Pour les principales directions impliquées, la production de doctrine a représenté un travail considérable en raison du caractère nouveau du virus et des évolutions dans les connaissances scientifiques au cours de la crise. Les doctrines diffusées ont été nourries à la fois par la production scientifique, notamment via un lien étroit de la direction de crise avec les sociétés savantes, et par une réelle concertation avec les fédérations dans la préparation des doctrines.

[256] Concernant les doctrines à destination des établissements et des professionnels de santé, le retour des ARS et des professionnels de santé est contrasté (cf. annexe 2). Les ARS soulignent que la crise a conduit à les associer davantage à la production des recommandations nationales et des professionnels soulignent la qualité du contenu des documents. Elles formulent cependant plusieurs critiques sur certaines recommandations considérées comme trop longues et littéraires, ou comme arrivant tardivement par rapport à l'expansion de l'épidémie.

[257] Les responsables en ARS comme les professionnels de santé soulignent le besoin en documents courts, directement opérationnels et exploitables (logigrammes notamment), alors que la longueur et la complexité de certaines recommandations obligeait parfois à des synthèses ou des reformulations. A cet égard, le MINSANTE 99 sur la stratégie « tester, tracer, isoler » est très souvent cité comme trop long et manquant de clarté dans son contenu. S'y ajoutaient des « annule et remplace » qui ne permettaient pas d'identifier les éléments modifiés dans la nouvelle version⁵³. Enfin, le degré de précision de certaines recommandations entraînait parfois un sentiment paradoxal d'insécurité des acteurs de terrain (« avec un texte trop précis, on engage notre responsabilité si on ne parvient pas à le respecter... ») et de non prise en compte des réalités par le niveau national.

[258] Concernant les doctrines produites dans le champ médico-social, le retour des acteurs de terrain rencontrés par la mission est encore plus critique. Parmi les points positifs, on peut mettre en avant en premier lieu la production de recommandations sanitaires sur l'ensemble d'un champ qui se caractérise par la très grande diversité des thématiques et des publics concernés : accompagnement des personnes âgées et handicapées, mais aussi hébergement d'urgence, petite enfance, aide alimentaire, etc. En outre, les doctrines ont pu intégrer les retours d'expérience des premiers territoires touchés, par exemple dans le secteur des personnes âgées ou de l'hébergement d'urgence. Mais le circuit complexe de validation des recommandations sur le plan interministériel a conduit à des délais de publication des instructions et a contribué à une longueur excessive de certaines d'entre elles⁵⁴.

⁵¹ En lien étroit avec la caisse nationale d'assurance maladie.

⁵² Plus d'une centaine de textes ont été rédigés par la DAJ, outre de très nombreux amendements.

⁵³ Exemple de deux « DGS Urgent » envoyés aux professionnels le 5 mai sans identifier le passage corrigé entre les deux versions.

⁵⁴ Voir annexe 8 pour le circuit de validation des recommandations sur le champ médico-social.

[259] Sur certains champs, les régions touchées en premier ont dû ainsi produire leur propre doctrine sans attendre le niveau national. Plusieurs recommandations ont été citées par les acteurs sur le champ Personnes âgées comme arrivant trop tard pour pouvoir fonder les décisions prises par les ARS et par les établissements eux-mêmes. C'est le cas par exemple de la recommandation sur les tests en établissements, diffusée le 6 avril soit après le pic de l'épidémie en Grand Est ou en Ile de France. C'est le cas également de la recommandation sur l'éviction des professionnels testés positifs (MINSANTE 114 transmis à la fin du mois de mai).

[260] La longueur et le degré de précision de certaines instructions ont pour effet de dissuader bon nombre de professionnels d'en prendre connaissance de manière exhaustive. Les équipes de direction des ESMS, souvent en nombre réduit, sont alors amenées à appeler directement leurs interlocuteurs techniques en ARS pour obtenir un rapide résumé oral des recommandations. De leur côté, les ARS ou parfois les fédérations du secteur retravaillent souvent les recommandations nationales pour les rendre plus opérationnelles.

[261] Même si le nombre des recommandations a fortement décru à partir de l'été 2020, et que leur longueur a été davantage maîtrisée, les acteurs de terrain soulignent la persistance de certains défauts ressentis lors de la première vague :

- Caractère parfois inapplicable, comme pour le dépistage systématique des personnels rentrant de congés en EHPAD ;
- Impression de contradictions entre recommandations d'origines diverses, par exemple concernant les indications des tests antigéniques ou encore le dépistage préventif des personnels en EHPAD.

[262] Au final, le format des instructions a pu alimenter un ressenti négatif des équipes de direction ou médicales en établissement, quelques interlocuteurs de la mission ayant même fait l'hypothèse que le niveau national cherchait parfois à se protéger juridiquement par des recommandations maximalistes sans toujours se préoccuper de leur applicabilité. Certaines équipes rencontrées par la mission soulignent que le degré de précision de certaines recommandations avait même pour effet de les insécuriser par leur caractère parfois peu applicable, d'autant que s'y ajoutait, dans les structures médico-sociales, la mention selon laquelle les mesures étaient prises sous la seule responsabilité du directeur. L'identification de secteurs COVID-19 ou encore le confinement en chambre sont souvent cités comme des mesures parfois difficilement applicables en fonction de l'état des bâtiments ou de la santé des résidents.

[263] Certains des points d'amélioration identifiés s'expliquent par les contraintes inédites auxquelles était confronté le niveau national au plus fort de la crise. La réponse à un virus inconnu entraîne nécessairement une production très lourde dans un temps court. Le degré de précision des recommandations était parfois une réponse aux besoins de sécurisation juridique exprimés par les professionnels eux-mêmes. Enfin, l'impression des professionnels d'être « noyés » sous les recommandations ne tenait pas uniquement aux recommandations du ministère mais aussi aux multiples contributions et prises de position des sociétés savantes, pour certaines d'entre elles contradictoires (en matière d'hygiène par exemple). Sans sous-estimer l'ensemble de ces contraintes, il paraît cependant possible de favoriser à l'avenir l'adoption de certains principes de communication :

- Associer systématiquement des représentants des ARS et des professionnels lors de la rédaction ;
- Limiter la longueur des recommandations ;

- Fournir systématiquement une synthèse au début du document avec les messages clés et indiquer clairement les paragraphes modifiés en cas d'erratum ;
- Présenter des logigrammes et autres outils directement opérationnels ;
- Distinguer clairement ce qui relève de la norme impérative et ce qui relève de la recommandation « dans la mesure du possible » ;
- Pour faciliter l'adoption de l'ensemble de ces principes, intégrer systématiquement les équipes en charge de la communication du ministère dans le process de relecture des recommandations.

Recommandation n°20 Appliquer systématiquement à la conception et à la rédaction des recommandations faites aux ARS et aux professionnels les principes suivants: concertation, prise en compte de retours terrain, simplicité, rapidité d'appropriation.

2.1.3 L'enjeu crucial des données pour piloter la crise

[264] L'analyse de la mission porte exclusivement sur les outils de remontée de données ayant servi au pilotage de la crise, elle ne porte donc pas sur les outils numériques mis à disposition des citoyens et des professionnels de santé.

2.1.3.1 Face à l'absence initiale d'outils SI dédiés à la gestion de la crise, les initiatives se sont multipliées dans l'urgence pour pallier cette carence

[265] Le ministère, tant au niveau national qu'au niveau régional, avait absolument besoin de remontées d'information du terrain fiables pour suivre ce qui se passait dans les ES et ESMS, si possible en temps réel ou à tout le moins au jour le jour. Or les principaux outils (CépiDc, PMSI, ROR) dont les pouvoirs publics disposaient sur le champ sanitaire au démarrage de la crise ne répondaient pas à ces besoins en données de pilotage, et la situation était encore plus défailante dans le secteur médico-social.

[266] La mobilisation sur les SI, qui n'était pas une priorité au démarrage de la crise, va se faire au coup par coup, en fonction des besoins remontés par les équipes. C'est ainsi que trois agents de la DREES ont été envoyés au CCS début mars pour produire des cartes facilitant la visualisation de données. Ni la DREES, ni la délégation du numérique en santé (DNS), n'ont été mobilisées en amont, afin de préparer des analyses, d'engager une collaboration avec les structures d'expertise scientifique et d'aider à la constitution d'outils adéquats pour le suivi de la crise.

[267] L'opérateur en charge au niveau national d'assurer la veille et la surveillance, d'apporter les éléments de décision aux pouvoirs publics en matière sanitaire est sans conteste Santé Publique France, en lien étroit avec les directions d'administration centrale concernées, notamment la DGS, la DGOS et la DREES. Or force est de constater que les propos des interlocuteurs de la mission convergent sur une difficulté majeure à collaborer au plein cœur de la crise, notamment entre la DREES et SPF.

[268] Au niveau local, ces tensions se sont retrouvées entre un bon nombre d'ARS et cellules régionales de SPF, et se sont cristallisées autour des différences de chiffrages sur les situations quotidiennes. Les cellules régionales devaient en effet remonter leurs données chiffrées, chaque jour, au siège de SPF, à des fins de vérification et de fiabilisation, sans avoir l'autorisation de communiquer ces chiffres au directeur général de l'ARS. L'évolution à la baisse du nombre de décès communiqués par SPF d'un jour sur l'autre dans certains territoires, s'expliquant par des corrections de données,

ont pu porter atteinte à la crédibilité de l'Etat auprès de ses partenaires et du grand public. Certains DGARS s'appuient d'ailleurs sur ces dysfonctionnements pour demander qu'en temps de crise, les cellules régionales de SPF soient placées sous l'autorité hiérarchique ou fonctionnelle de l'ARS.

[269] La situation semble entretemps s'être, au moins sur le plan de la congruence des données, améliorée. Il n'en demeure pas moins que la mission, qui s'étonne que ce type de dysfonctionnements, qui ne sont pas ponctuels et marginaux, se produisent alors que des conventions sont censées régler les relations entre ARS et cellules régionales, alerte sur le risque que de telles situations font courir au ministère.

Recommandation n°21 Auditer les conventions ARS –SPF, ainsi que leur bonne mise en œuvre⁵⁵.

[270] Le délai de mise en place d'outils de remontées de données efficaces par le niveau national a conduit les ARS à interroger au téléphone les établissements, ES ou ESMS, ou au mieux à mettre en place des enquêtes de type SOLEN, qui continuent parfois d'exister.

[271] Les besoins de consolidation des données au niveau national ont provoqué au fur et à mesure de la crise une mobilisation sans précédent qui a permis d'adapter, et même de créer en quelques semaines des outils qui sont encore en cours d'amélioration.

[272] L'urgence a ainsi obligé à exploiter des outils déjà existants qui n'avaient pas été construits pour le pilotage d'une telle épidémie⁵⁶. C'est d'abord le cas de SI-VIC, système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles, accessible aux établissements de santé pour renseigner l'identité des patients et leur prise en charge, qui a nécessité des développements et qui continue de ne pas être dimensionné pour un suivi de masse.

[273] Le pilotage de la crise s'est également appuyé sur le ROR, avec la mise en place d'une automatisation des remontées de données en provenance des ROR régionaux afin de connaître en temps réel les capacités occupées et disponibles en réanimation et soins critiques.

[274] La volonté d'utiliser le PMSI pour améliorer la connaissance de l'épidémie en le chaînant avec les données de soins de ville s'est heurtée initialement aux délais de disponibilité des données dans l'outil. Des travaux ont permis de mettre en place un « *fast track* PMSI » remontant les données plus rapidement grâce à un allègement de contrôles.

[275] Beaucoup plus ambitieuse, la mise en place d'un outil de dépistage populationnel de grande ampleur pour accompagner le déconfinement a été arbitrée à la mi-avril. Dans ce délai inférieur à un mois, la construction du système d'information national de suivi du dépistage (SIDEP) a constitué une véritable gageure : 90 % des laboratoires étaient connectés à SIDEP au moment du déconfinement, illustrant la réussite de ce projet mené sous l'égide de la DNS qui a réuni l'ensemble des parties prenantes et s'est appuyée sur la maîtrise d'œuvre de l'APHP.

[276] Un second outil servant aux enquêtes sanitaires, Contact COVID-19, a également été développé très rapidement par l'Assurance maladie, dans un objectif de suivi et de prise en charge des personnes malades et de leurs contacts rapprochés, et a été mis à disposition des personnels des ARS, de l'Assurance maladie et des médecins.

[277] La crise a aussi conduit à identifier un besoin de suivi régional et national des stocks de médicaments et de dispositifs médicaux en tension. Face aux tensions d'approvisionnement

⁵⁵ Voir aussi la recommandation n° 31 plus globale sur les relations entre le MSS et SPF.

⁵⁶ Pour une présentation de l'ensemble des chantiers numériques lancés à l'occasion de la crise, voir « Projets numériques portés par la puissance publique à l'occasion de l'épidémie de COVID-19 », Dossier d'information, MSS.

extrêmement fortes à la fin du mois de mars sur certaines molécules, l'outil MaPUI.fr a été déployé dans toutes les régions au début du mois d'avril afin de suivre les stocks des pharmacies à usage intérieur (PUI) et de servir de base à l'allocation de ressources rares.

[278] Sur le champ médico-social, Santé Publique France a construit un système d'information Voozadoo pour les ESMS, et en premier lieu les EHPAD. De nombreuses difficultés d'utilisation ont été relevées par les utilisateurs sur la première version, notamment l'impossibilité de porter des corrections en cas d'erreur, ainsi que la difficulté à renseigner certains champs de saisie au contenu peu explicite.

2.1.3.2 Ces outils doivent désormais répondre dans la durée aux besoins, être fiabilisés et pérennisés

[279] Chacun des outils créés ou adaptés dans l'urgence doit faire l'objet d'une réflexion sur son utilité et son éventuelle pérennisation dans le cadre d'une lutte contre une épidémie au long cours. Un outil adapté pour une crise de deux mois doit parfois être revu profondément pour remédier à des défauts qui ne sont plus acceptables sur une longue période et présente des faiblesses techniques qui peuvent rapidement le rendre obsolète. Les investigations de terrain de la mission ont permis d'identifier des premiers points d'amélioration concernant Voozadoo, SI-VIC ou le ROR précisés en annexe. Inversement, des interlocuteurs de la mission ont évoqué de possibles changements concernant l'application MaPUI qui semblent interroger les professionnels, ce qui mériterait une clarification rapide.

[280] Plus globalement doit être posée la question de l'adéquation des données collectées en gestion de crise aux différents usages attendus (outil d'aide à la décision *versus* communication d'informations au grand public, tableau de bord en routine *versus* besoin d'une information ponctuelle par exemple).

[281] Par ailleurs, les équipes des établissements estiment unanimement que des retours réguliers sur l'exploitation des données qu'ils remplissent les inciteraient à les saisir de manière plus exhaustive et augmenteraient donc leur fiabilité. Certaines enquêtes conduites au niveau régional permettent aux établissements de se situer par comparaison aux autres mais ce n'est pas suffisamment le cas des systèmes d'information nationaux. La diffusion plus large des modélisations régionales de l'institut Pasteur, fondées notamment sur SI-VIC, est un premier pas dans cette direction, qui doit être poursuivi.

[282] Un portail dit « plateforme COVID-19 »⁵⁷ a été construit par une équipe rattachée à la direction de crise. Il rassemble notamment au sein d'un module « Ressources » de très nombreuses données non identifiantes et agrégées, issues de SI-VIC, de SIDEPE, du ROR, de MaPUI, d'enquêtes sur les équipements, etc., soit plusieurs dizaines de sources différentes, et ce à différents niveaux (national, régional, départemental). Faute de temps et de moyens, la communication sur cet outil a été très limitée, l'ergonomie a besoin d'être encore travaillée et la faible disponibilité des ARS n'a pas permis d'effectuer un retour usagers suffisant. Il en résulte que ce portail, potentiellement très utile, reste encore trop confidentiel.

Recommandation n°22 Se donner les moyens de fiabiliser et de pérenniser techniquement les différents outils, en tenant compte des retours utilisateurs, et effectuer régulièrement, auprès des ARS et des établissements, des restitutions sur les résultats de l'exploitation des données.

⁵⁷ Covid-19.sante.gouv.fr

[283] Les équipes en charge du pilotage opérationnel de la crise sur le terrain, qu'il s'agisse des préfets ou des délégations départementales ARS, insistent également sur le fait que des données agrégées au niveau départemental ne suffisent pas au pilotage territorial, notamment lorsque les préfets doivent prendre des mesures pour juguler l'épidémie, parfois différenciées selon les territoires. Des indicateurs au niveau des communes voire à des niveaux inférieurs sont nécessaires. Santé publique France a commencé à mettre ces données à disposition sur GEODES concernant par exemple le taux d'incidence.

2.1.3.3 La dispersion des acteurs nuit à la bonne gouvernance de la donnée

[284] La DREES, en lien avec ses partenaires, a d'ores et déjà effectué un travail de recensement et d'organisation des indicateurs nécessaires à la gestion de la crise, dont le résultat est disponible sur la plateforme COVID-19 (cf. *supra*). Il paraît opportun de poursuivre ce chantier, pour que le ministère puisse être doté d'une réelle cartographie de l'ensemble des données existantes, produites ou hébergées y compris chez des opérateurs. Elle permettrait d'identifier, outre leurs utilisations effectives et potentielles, qui y a accès, avec quelles autres données elles peuvent être croisées, etc.

[285] Le caractère crucial des données pour piloter la crise a conduit le directeur de cabinet du Premier Ministre à charger une « *task force data vs COVID-19* » d'une mission visant à identifier toutes les démarches de remontée de données en cours et d'organiser leur collecte et leur mise à disposition de manière décloisonnée. Pilotée par la directrice et le directeur scientifique du Health Data Hub, cette *task force* a rendu un rapport en juin 2020 qui identifie les axes de travail prioritaires pour faciliter et accélérer les initiatives mobilisant les données de santé pour combattre l'épidémie, et dont la mission partage les conclusions.

[286] Au moment du rendu du présent rapport, la DNS, qui a joué un rôle de coordination central pendant la crise, poursuit quant à elle son rôle d'animation des différents acteurs en charge des données avec une gouvernance, qui se met en place, a besoin d'être confortée, afin de décloisonner les acteurs qui, chacun, gèrent une partie des données de santé.

Recommandation n°23 Mettre en œuvre un pilotage cohérent de la donnée en santé : définir les différents usages et confier à la DREES la coordination d'un travail collectif de cartographie détaillée des données existantes. Elaborer une « feuille de route » qui reprend les recommandations de la *task force data vs COVID-19* et conforter une gouvernance partagée sous l'égide de la DNS.

2.2 En complément du pilotage national, les acteurs locaux ont eu besoin de prendre leurs responsabilités, justifiant ainsi le renforcement du pilotage territorial

2.2.1 Une action des ARS et de leurs partenaires qui a largement dépassé la simple déclinaison des orientations nationales

2.2.1.1 La réponse à la crise a conduit les ARS à remplir leurs missions de mise en œuvre de la stratégie nationale tout en exploitant fortement leurs propres marges d'initiatives

[287] La prise d'autonomie, inégale selon les territoires, a dépendu de plusieurs facteurs.

[288] En premier lieu, la cinétique de la crise a conduit en début de crise certaines ARS, qu'elles soient des régions touchées en premier, ou confrontées à des clusters localisés, à construire des éléments de stratégie territoriale sans pouvoir attendre la doctrine nationale alors en cours de construction. Cela a été le cas notamment des recommandations de prise en charge en EHPAD dans les territoires

touchés en premier, construites au niveau régional et même parfois départemental, qui ont ensuite pu être intégrées dans les recommandations nationales.

[289] En second lieu, les ARS ont pu exploiter les ressources et initiatives présentes sur leur territoire. Ces initiatives sont nécessairement variables selon les situations régionales concernant la place respective des établissements de santé publics et privés, le rôle des CHU, l'antériorité de la collaboration avec les professionnels libéraux, etc. La crise a ici servi de révélateur des dynamiques inégales de partenariat qui lui ont préexisté. Parmi les initiatives notables, on peut citer :

- Le rôle de régulation des soins critiques et de la réanimation sur l'ensemble d'un territoire, tous types d'établissements confondus, qui a été confié par une partie des ARS aux CHU qui ont joué de fait un rôle majeur de coordination dans de nombreux territoires du fait de leur place dans l'offre de soins et de leur expertise ;
- La mise en place de plateformes PA/PH d'appui aux EHPAD et plus largement aux ESMS ;
- Des plateformes COVID-19 mises en place au cours de la première vague par des professionnels libéraux en lien avec l'ARS et les municipalités concernées.

[290] En outre, les ARS ont parfois fait le choix d'appliquer une stratégie territoriale différente de celle recommandée au niveau national, en fonction de la situation de l'épidémie de leur territoire et des moyens propres dont elles disposaient. En Grand Est, la commande de masques passée en propre par l'ARS a permis d'aller largement au-delà des recommandations nationales pour la dotation des professionnels de santé à un moment crucial de la crise. Dans plusieurs régions, la recommandation nationale sur les tests en EHPAD (MINSANTE 67 du 9 avril) n'a pas été appliquée, les ARS choisissant de conduire une campagne de dépistage systématique des résidents et personnels à la différence de la recommandation nationale de ciblage. On peut citer aussi le choix d'inclure les services d'aide et d'accompagnement à domicile parmi les bénéficiaires de la distribution des masques dès le début de la crise dans certaines régions alors même que ces structures n'avaient pas été priorisées par le niveau national.

[291] Enfin, les ARS ont également éprouvé le besoin de compléter les outils nationaux qui leur ont été mis à disposition. Cela a concerné en particulier l'organisation des renforts RH, avec la mise en place d'outils régionaux rendus nécessaires par les limites de la réserve sanitaire nationale qui tenaient notamment à la durée courte des missions, peu adaptée à la crise, et aux difficultés rencontrées par l'outil informatique dédié au cours de la première vague. Dès lors, l'outil développé en Ile de France pour le pilotage des renforts a été diffusé dans une part importante des autres régions. La mise en place d'outils ad hoc a concerné également les remontées d'information, notamment dans les EHPAD, faute de SI jusqu'à la fin du mois de mars, mais également les enquêtes portant sur les capacités de réanimation.

2.2.1.2 Les établissements et les professionnels ont pris leurs responsabilités et utilisé leur marge d'autonomie

[292] La faculté d'organisation des acteurs au niveau local est passée par exemple par : le partage des expertises ou des modes opératoires entre professionnels via des groupes *Whatsapp*, la production de gel hydro-alcoolique par certains établissements, des décisions de transformations de services (par exemple services de pédiatries transformés en services pour adultes, mise en place de cellules de « répit » dans des établissements pour enfants handicapés). C'est cette autonomie dans la mobilisation des moyens pour parvenir aux résultats attendus qui a permis d'augmenter les capacités de réanimation en établissement de santé, de faire appel à des renforts par accord direct

entre établissements de santé, publics ou privés ou encore de mettre en place en quelques jours des solutions de garde pour le personnel au moment du confinement. Ce degré d'autonomie a été apprécié par les équipes administratives et médicales des établissements, par contraste selon eux avec le fonctionnement habituel du système de santé.

[293] Cette prise de responsabilité s'est également retrouvée dans les modalités de prise en charge médicale des patients. Les réseaux de spécialités ont pleinement joué leur rôle de diffusion de bonnes pratiques. Les équipes des CHU, qui, pour la plupart servent de référence régionale, ont renforcé cette fonction pendant la crise en mettant à disposition les protocoles thérapeutiques et en servant d'appui à certains établissements (mise à disposition de ressources médicales, d'internes, etc.).

[294] Par ailleurs, au sein des établissements, les cellules de crise ont régulièrement pris des décisions d'adaptation des instructions ministérielles et des recommandations des sociétés savantes parfois pour les mettre en cohérence, parfois pour tenir compte des réalités locales. Les témoignages collectés par la mission mettent en avant, unanimement, cette capacité des professionnels à utiliser leur zone d'autonomie, à s'affranchir de certaines consignes et à assumer la responsabilité de leurs actes. Cette prise de responsabilité s'est accompagnée d'une clairvoyance totale sur les risques qu'ils prenaient néanmoins, y compris sur le plan juridique.

[295] Les établissements de santé, publics comme privés, ainsi que les établissements du secteur social et médico-social ont tous appris sur les adaptations organisationnelles à mettre en œuvre. La régulation de la structure capacitaire, l'augmentation du nombre de lits de soins critiques, la distinction des flux, le regroupement des résidents atteints par la COVID-19 dans les EHPAD, les transformations techniques indispensables et particulièrement exigeantes pour accompagner les adaptations structurelles ont constitué le lot commun de tous les établissements.

[296] De même, les professionnels de ville ont fréquemment réorganisé leurs activités pour nouer des liens opérationnels forts avec les établissements (sur la régulation des appels par exemple). Ils constituent donc, dans certaines situations, des partenaires actifs indispensables à une structuration plus performante et plus fluide de l'offre de soins. Les acteurs rencontrés estiment que ces acquis représentent autant de modèles reproductibles et adaptables lors de nouvelles étapes de gestion de l'épidémie.

[297] Enfin, les établissements support de certains GHT ont pris des initiatives décisives pour coordonner les établissements, tant publics que privés, dans l'organisation de l'offre de soins, sans que cela ne relève pour autant de demandes expresses des ARS. Ils ont pu gérer les déprogrammations de façon concertée entre établissements ainsi que les répartitions de patients. Ils ont su également apporter aux EHPAD des ressources dont ils étaient dépourvus pour faire face à l'épidémie.

[298] Cela constitue une masse de connaissances et de savoir-faire acquis considérable dont la capitalisation est essentielle en cas de seconde vague. Le MSS ainsi que les ARS doivent tenir compte de ces expériences acquises pour adapter le pilotage futur.

Recommandation n°24 Capitaliser sur les expériences acquises par les établissements et les professionnels pour adapter les recommandations et instructions émises par le niveau national et par les ARS à leur capacité d'autonomie et d'initiative.

[299] Cependant, l'autonomie est aussi allée de pair avec un sentiment de solitude mis en avant par une partie des équipes rencontrées par la mission, sentiment éprouvé tout au long de la crise et encore aujourd'hui. Ce sentiment a été alimenté par des recommandations nationales ou régionales jugées parfois décalées par rapport à la réalité (*cf. supra*) mais aussi par le manque de soutien opérationnel souligné par les équipes de certains établissements. Parmi les exemples cités, outre les

équipements de protection qui ont cristallisé les tensions au cours des premières semaines, on note par exemple :

- La centralisation des tests au niveau de certains établissements en début de crise ;
- Une réserve sanitaire défaillante à plusieurs titres : le site de la réserve sanitaire, piloté par SPF, dépassé par le nombre d'inscription de nouveaux volontaires est resté hors d'état de fonctionnement au pire moment de la crise, le relais pris le CCS pour constituer une réserve sanitaire de substitution a constitué un palliatif insuffisant au regard des besoins des établissements et les initiatives plus locales proposées par les ARS ont fait preuve d'une efficacité limitée (manque d'adéquation entre les besoins et l'offre, réactivité, organisation logistique, etc.) ;
- La nécessité de prestations spécifiques pour les agents pendant le confinement (transport, chambres d'hôtel) pour lesquelles les solutions proposées par certaines ARS et préfectures sont apparues trop tardives ; ou encore sur la même période, la question de l'accueil à l'école des enfants de personnels non soignants des établissements, voire des horaires de garde d'enfants inadaptés pour les personnels soignants ;
- Un cadrage national de la prime COVID-19 souvent jugé trop étroit et inadapté à la réalité de terrain, de nature à mettre en difficulté les équipes en charge de la mettre en œuvre qui auraient préféré avoir une marge d'autonomie dans le cadre d'une enveloppe, de sorte que l'application de cette mesure pourtant positive a suscité de nombreuses tensions dans les équipes.

[300] La capacité des différents niveaux à faire confiance à leurs partenaires et à leur laisser une marge d'action correspondant à leur champ de compétences a été citée par beaucoup d'acteurs comme un facteur déterminant de succès dans la réponse à la crise. Elle a obligé les ARS à faire évoluer leur positionnement, d'un rôle classique de régulation et de tutelle à un rôle d'animation de réseaux et de partenariats. C'est quand l'ARS a réussi à se positionner comme appui et non comme tutelle que son action a suscité l'adhésion des professionnels de santé. Ce principe de confiance vaut bien sûr aussi pour la relation entre le niveau national et les ARS.

Recommandation n°25 Renforcer le rôle d'appui aux professionnels de ville et des établissements joué par les ARS en portant une attention particulière au traitement des difficultés opérationnelles : chaîne logistique et d'approvisionnement, mise en place de prestations pour faciliter les conditions de travail des professionnels. Adopter systématiquement un principe de confiance et de subsidiarité pour les réponses à apporter à la crise dans la relation niveau national / ARS et ARS / établissements.

2.2.2 Un partage des rôles insuffisamment clarifié dans la mise en œuvre du pilotage territorial

2.2.2.1 Le rôle opérationnel des préfets et des ARS en temps de crise doit être précisé

[301] Malgré un cadre réglementaire préétabli, les relations entre ARS et préfets ont été à géométrie variable, ce qui peut s'expliquer par différents points :

- La propagation très rapide de l'épidémie dans certaines régions et le déclenchement « tardif » de la CIC dite « Beauvau » ont eu pour effet de placer les ARS et les préfets dans une situation de prise d'initiatives locales. A titre d'exemple, dans le Morbihan, un premier cas est identifié

le 28 février. Dès le lendemain, décision est prise de fermer certains établissements. A l'inverse, plusieurs jours se sont écoulés entre l'apparition de premiers malades à Mulhouse et les arrêtés préfectoraux nécessaires pour juguler l'épidémie, dans l'attente d'une validation au niveau central ;

- Au niveau national, ce sont les préfets de région qui ont dans un premier temps été mobilisés pour la gestion de crise par la Ministère de l'Intérieur, alors même que ce sont les préfets de zone et de département qui sont compétents en termes de gestion de crise. Cette situation a engendré des délais supplémentaires pour l'information et la mise en œuvre des mesures par les préfets de département ;
- Au niveau départemental, les préfets sont réputés avoir pour interlocuteurs les directeurs généraux d'ARS en cas de crise, ce qui, étant donné la diffusion de l'épidémie, revient à positionner un DGARS en relation avec une dizaine de préfets dans certains cas. Les directeurs des délégations départementales d'ARS se sont, pour leur part, diversement positionnés vis-à-vis des préfets, certains jouant un rôle d'acteur local à part entière, d'autres plus de relais de transmission des informations émanant du siège de l'ARS ;
- Les remontées de données⁵⁸ ont été particulièrement lacunaires au début de l'épidémie, l'exemple du nombre de décès en EHPAD reste l'exemple le plus souvent cité, étant donné des modes de comptages différents, des sources différentes. Les données ont au final constitué une source de tension importante, difficile à gérer pour les acteurs de terrain. Certains préfets en sont alors venus à procéder à leur propre relevé des décès au sein de leur département ;
- Enfin, la mise en place d'une filière d'approvisionnement spécifique pour les secteurs sanitaire et médico-social a placé les ARS sur de nouvelles missions logistiques (notamment approvisionnement dit du « dernier kilomètre ») sans qu'elles n'aient les moyens adaptés à cette mission. Certains préfets se sont étonnés que les préfectures de zone ne soient pas mobilisées, avec les moyens dévolus aux secrétariats généraux pour l'administration du ministère de l'Intérieur (SGAMI, rattachés aux préfectures de zone), pour prendre en charge cette mission.

[302] *In fine*, il apparaît la nécessité de clarifier la chaîne de commandement entre les ARS et les préfets. Celle-ci, prévue notamment par l'article L1435-1 du code de la santé publique, a été comprise et appliquée de manière très inégale selon les territoires, du fait de la complexité de la gestion de cette épidémie - qui s'inscrit dans un temps long et est principalement axée autour de la préservation des capacités du système hospitalier plus que de la gestion de l'ordre public.

[303] Aussi, si la définition des rôles est précisée tant par la loi que par les différentes instructions relatives à la gestion de crise interministérielle, sa mise en œuvre se révèle peu aisée dans le cadre d'une crise d'ampleur et recouvrant des enjeux très divers mais tous dépendant du champ sanitaire.

⁵⁸ Voir supra

Encadré : Article L1435-1 du code de santé publique

Le directeur général de l'agence régionale de santé informe sans délai le représentant de l'Etat territorialement compétent ainsi que les élus territoriaux concernés de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

Pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'Etat territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence.

Les services de l'agence et les services de l'Etat mettent en œuvre les actions coordonnées nécessaires à la réduction des facteurs, notamment environnementaux et sociaux, d'atteinte à la santé.

(...) Les services de l'agence sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'Etat territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public. (...)

Recommandation n°26 Préciser les rôles opérationnels respectifs des préfets (de zone, de région et de département) et des DGARS en situation de crise sanitaire par une démarche qui les fasse participer à cette réflexion : groupe de travail conjoint et/ou mission interministérielle de retour d'expérience sur ce sujet.

[304] Préfets et DG ARS incarnent également la parole de l'Etat à un échelon territorial. Aussi, le partage d'information entre ces deux catégories d'acteurs est indispensable à la diffusion de messages clairs auprès de la population. A cet égard, des conférences de presse conjointes se sont progressivement mises en place et ont été reconnues comme étant de réelles améliorations. Si dans certaines régions, cette pratique n'est pas encore devenue une règle, l'objectif d'une communication claire doit cependant être poursuivi localement.

2.2.2.2 Le lien régulier avec les collectivités territoriales doit être conforté

[305] Selon l'article L1435-1 du CSP précédemment cité, les ARS ont une mission d'information qui s'applique non seulement envers les préfets mais également envers les « élus territoriaux ». Au terme de la première vague de l'épidémie, il apparaît que ce lien et cette information se sont diversement manifestés au cours de ces derniers mois. Dans de nombreux départements, ce sont davantage les préfets qui ont décidé de prendre à leur charge cette mission d'information des collectivités, du fait d'une proximité plus grande et d'un sous-dimensionnement des ARS pour assurer pareille tâche alors que dans d'autres territoires, les ARS et les élus ont capitalisé sur des relations mises en place antérieurement.

[306] Les collectivités se sont pour leur part senties diversement associées à la gestion de crise, notamment au cours des premières semaines, alors qu'elles ont dû faire face, comme de nombreuses organisations, à la pénurie de masques pour leurs personnels, tout en prenant en charge de nombreuses questions : fermeture d'établissements scolaires, organisation de la scolarisation et de gardes d'enfants pour les professionnels de santé pour les mairies, assurer les visites à domicile et le bon fonctionnement des EHPAD pour les conseils départementaux en lien avec les ARS, etc.

[307] Le manque d'information et d'échanges de la part des services de l'Etat paraît avoir cristallisé les tensions. En somme, les collectivités font le constat que leurs interlocuteurs institutionnels habituels (services déconcentrés de l'Etat, ARS) ne sont plus, dans le cadre de la gestion de cette crise, en mesure d'exercer un rôle dans l'organisation d'une forme de concertation, ni même d'information.

[308] Les élus restent très sensibles au manque d'information sur les masques, alors que cette information leur aurait permis de davantage anticiper, notamment en préparation du

déconfinement. Certains se sont organisés pour approvisionner en masques les EHPAD et les SAAD de leur commune ou de leur département, voire également en tests sans attendre la doctrine ou les moyens déployés au niveau national.

[309] *In fine*, certains élus font part d'une défiance qui s'est installée à l'égard de l'Etat, sans pour autant en reporter la faute sur ses services (« ils ont fait ce qu'ils pouvaient »). En creux, c'est le pilotage national de la crise qui paraît en cause dans leurs discours, les élus rencontrés par la mission ayant conscience des contraintes pesant sur les services chargés de décliner la stratégie au niveau territorial.

[310] Ces difficultés d'articulation plaident pour que des retours d'expérience soient organisés au niveau territorial en associant l'ensemble des acteurs de la crise. Du reste, les établissements appellent également de leurs vœux ce type d'exercice collectif, qui pourra prendre des formes diverses en fonction de la disponibilité des acteurs (une ou plusieurs réunions d'échanges par exemple).

Recommandation n°27 Organiser dans les territoires, dès que la situation le permettra, des retours d'expérience collectifs sur le pilotage de la crise, sous l'égide de l'ARS et du préfet, et en associant l'ensemble des acteurs dont les collectivités territoriales.

2.2.3 Un pilotage territorial de proximité qui doit être néanmoins renforcé

2.2.3.1 Par la valorisation des missions des délégations départementales⁵⁹ des ARS

[311] L'échelon départemental est un échelon majeur pour la bonne gestion de cette crise, afin de prendre en considération aussi bien le contexte et les dynamiques sociales en place, que des données épidémiologiques fines (infra-départementales) permettant de prendre des mesures localisées. Il est adapté à la mobilisation et à la coordination des acteurs locaux sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

[312] L'interrogation sur la capacité des délégations territoriales des ARS à agir revient fréquemment. Les ARS peuvent se positionner différemment sur cette question, entre délégation de compétences aux délégations départementales (DD) et concentration de l'expertise métier à la direction générale. De ce fait, mais aussi du fait des moyens qui leur sont attribués, les DD ne sont pas toutes armées en termes de compétences et d'effectifs pour faire face à la gestion de crise aux côtés des préfets de département.

[313] Dans beaucoup de régions, les acteurs ont vécu le pilotage des ARS selon le modèle suivant : le siège de l'ARS constituait le point de référence pour tout ce qui concernait le soin, les établissements de santé et la médecine de ville et les délégations départementales pour ce qui relevait du secteur social et médico-social.

[314] Sans bien évidemment dépouiller les directions métiers de leurs prérogatives, la mission considère, à l'instar de nombreux acteurs, que le positionnement des délégations départementales et de leur directeur devrait être renforcé.

⁵⁹ Aussi appelées délégations territoriales ou directions départementales selon les territoires.

[315] Cela constituerait un levier efficace pour :

- Former avec le préfet le tandem représentant l'Etat dans la gestion opérationnelle de la crise, jugé indispensable par les acteurs locaux. Ceux-ci estiment tous que ce tandem, lorsqu'il a bien fonctionné, a facilité et accéléré le traitement de problèmes aigus ; il a ainsi été un facteur de mise en cohérence des professionnels, toutes catégories confondues. La clarification des rôles respectifs des préfets et DGARS (*cf. supra*) conduira par voie de conséquence à mieux définir les missions des DD ;
- Renforcer, dans la régularité, le dialogue de proximité entre les collectivités locales et leurs élus et les DD, qui sont leurs premiers interlocuteurs naturels. Cette mission, dans la gestion de l'épidémie, doit être exercée conjointement avec le préfet ;
- Assurer une mise en synergie plus forte des acteurs du secteur sanitaire comme du social et médico-social. Dans de nombreux départements, on note que les délégations départementales ont été très proches du secteur médico-social mais n'ont pas pris l'initiative, ou parfois tardivement, de mettre en lien les établissements de santé, la médecine de ville et les ESMS ; dans certains départements, il n'y a jamais eu, même une seule fois, de réunion regroupant l'ensemble de ces acteurs pour s'assurer non seulement du rôle précis rempli par chacun mais aussi pour évaluer les liens à construire et traiter les éventuelles difficultés.

[316] Enfin, il convient de souligner que cette orientation est ressortie fortement des travaux du Ségur de la santé puisqu'il avait été pointé le besoin de « renforcer le niveau départemental des ARS »⁶⁰.

[317] En somme, il reviendrait à la délégation départementale d'assumer une mission d'intégrateur des professionnels ainsi que des divers publics concernés ; il est à noter que le besoin de développer une attention soutenue aux nombreuses populations présentant des risques particuliers est l'un des principaux enseignements à tirer de la crise.

[318] Le rôle de pilotage du secteur social et médico-social, pour les appuyer dans la prise en charge des leurs résidents mais aussi pour structurer leurs liens avec les établissements de santé, doit constituer un axe majeur du pilotage territorial assuré par le DD.

[319] La mission souligne néanmoins que le rôle des DD ne pourra certainement pas être uniforme ; la singularité de l'Île-de-France, les départements d'implantation des CHU par exemple donneront lieu légitimement à des approches différentes.

Recommandation n°28 Renforcer le tandem Préfet-ARS dans le pilotage de proximité, ainsi que le positionnement des directions départementales des ARS, en leur confiant la responsabilité de l'animation territoriale des acteurs de terrain du champ sanitaire et médico-social.

⁶⁰ Le rapport estimait que « *Le rapprochement des ARS des territoires doit se faire en renforçant les délégations départementales en dotant le directeur départemental d'un pouvoir de décision délégué* ». Il y voyait notamment les intérêts suivants : « *Ces délégations s'inscrivent dans les orientations les plus structurantes des ARS comme: Accompagner les initiatives des professionnels et aider la mise en place de l'exercice coordonné ; Décloisonner la ville et l'hôpital, mais aussi le sanitaire, le médico-social et le social ; Dialoguer en permanence avec les professionnels de santé libéraux et les acteurs publics de la santé ; Relayer les actions de veille et de sécurité sanitaire ; Engager des actions ciblées en direction de populations spécifiques sur des territoires cumulant le plus de risques, dans une logique d'« aller vers »* ». Rapport de la « mission Notat » remis au ministre des solidarités et de la Santé- juillet 2020.

2.2.3.2 Par une association des établissements au pilotage

[320] Le pilotage territorial des ARS doit s'appuyer sur l'investissement des établissements en les associant à des fonctions de coordination.

- S'appuyer sur les CHU pour gérer la crise au mieux dans les territoires

[321] Compte tenu des compétences médicales pluridisciplinaires qu'ils détiennent, l'ARS peut utilement confier aux CHU l'animation des réseaux régionaux pour la diffusion des protocoles, la diffusion de bonnes pratiques et le conseil aux établissements et aux professionnels de santé.

[322] Sur la base des modélisations et des données localisées fournies depuis peu par SPF, la prévision des évolutions de l'épidémie et leurs impacts sur le nombre de patients exigent une régulation des capacités régionaux en lits, de soins critiques comme en hospitalisation conventionnelle, à laquelle les CHU doivent participer, comme cela s'est fait dans la plupart des régions.

[323] Enfin, leur rôle doit être également souligné pour gérer les difficultés d'approvisionnement sur un certain nombre de produits très spécialisés, pharmaceutiques notamment.

- Promouvoir l'association des GHT, des établissements privés et de la médecine de ville

[324] La gestion de la crise a mis les GHT sur le devant de la scène en leur confiant des missions particulières comme la réception et la distribution des masques et des EPI. Outre cela, il ne semble pas que leur implication, en tant que tels, dans la gestion de la crise ait été homogène.

[325] Les directeurs considèrent que les établissements regroupés (ou associés concernant les établissements privés) au sein de GHT à la dynamique réelle, habitués à mettre en œuvre un projet médical partagé, ont potentialisé leur synergie pendant la crise ; les autres, en revanche, n'ont pas pu véritablement trouver les ressorts pour accroître leur coopération. L'enquête menée en juin 2020 auprès des présidents de CME de centres hospitaliers par leur conférence nationale fait également ressortir un jugement très partagé sur le rôle réel des GHT pendant la première phase⁶¹.

[326] En revanche, la mission a pu constater les gains conséquents acquis en terme de coordination des établissements, de répartition homogène des patients et de cohérence des modalités de prise en charge des patients dans le cadre de GHT actifs. Souvent, ces GHT ont pu associer les établissements privés de leur territoire et ainsi étendre le champ de la régulation.

[327] Les GHT peuvent donc représenter un levier puissant de collaboration et de coordination des acteurs, y compris les professionnels de ville

- Développer l'appui des GHT aux EHPAD du territoire

[328] Comme cela est développé dans l'annexe 8, de très nombreux EHPAD ne disposent pas en interne de toutes les compétences nécessaires à l'amélioration des conditions de prise en charge des résidents et ne pourront vraisemblablement pas en disposer en propre ; il s'agit plus particulièrement de compétences en médecine gériatrique, en hygiène hospitalière et en gestion des risques.

⁶¹ Les questions de l'enquête concernées sont les suivantes : « Les GHT ont-ils été un levier utile dans la crise actuelle ? - A la lumière de la crise actuelle, comment voyez-vous l'évolution future du rôle du GHT sur le territoire ? - Rôle du président de l'instance médicale du GHT dans la crise actuelle ? »

[329] La mutualisation constitue un levier pour trouver des solutions susceptibles de résorber ce handicap. Dans la mesure où les établissements de santé disposent généralement de ces ressources, il est important que le dimensionnement de leurs équipes intègre désormais la mise à disposition et le partage de ces ressources avec les EHPAD.

[330] Les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCS-MS), selon les ARS, ne sont pas en mesure, dans la plupart des situations, d'apporter ce type de ressources. C'est pourquoi, il ne peut être envisagé d'autre solution que celle qui consiste à impliquer les GHT dans la mise en œuvre de cet appui.

Recommandation n°29 Associer davantage les établissements au pilotage territorial mené par les DD, et renforcer l'appui des GHT au profit des ESMS.

2.3 L'association de la société civile au plus près du terrain est nécessaire pour favoriser la mobilisation citoyenne et l'acceptabilité des mesures décidées

2.3.1 Les contraintes liées à la durée et aux variations d'intensité de l'épidémie

[331] Les experts scientifiques regrettent, pour une grande part d'entre eux, que la société civile⁶² n'ait pas été davantage associée à leurs travaux.

[332] Par ailleurs, les mêmes s'interrogent clairement sur la nécessité de publier leurs productions, notamment sur les modélisations, pour que l'information circule et soit appropriée.

[333] De plus, si le contexte épidémique a changé entre la première vague du printemps et le mois d'octobre 2020, la perception de la parole scientifique semble également avoir changé. Le relatif consensus qui semblait se dégager au moment du confinement, exception faite des polémiques médiatisées concernant l'utilisation d'un traitement, fait place, dans la période actuelle, à des contestations beaucoup plus fortes.

[334] Cela se produit également dans un contexte où les mesures ne sont plus strictement nationales puisque nécessairement territorialisées, plaçant ainsi les citoyens face à des mesures différenciées aux mois de septembre et d'octobre 2020, au moins jusqu'à la décision de confinement nationale prise le 28 octobre 2020. Cette situation est propice à l'incompréhension sincère, voire à la remise en cause, même non instrumentalisée, de certaines positions, de certaines analyses et des décisions prises. Cela a fait l'objet d'une publication récente dans la revue médicale, *The Lancet*⁶³.

[335] Par ailleurs, les vecteurs-mêmes de l'épidémie, pour la plupart, renvoient aux comportements individuels, comme en particulier la pratique intégrée des gestes barrière et la fréquence ainsi que la densité des relations sociales. Il semble donc indispensable de ne pas négliger la nécessaire « mobilisation sociale »⁶⁴. L'expérience de la lutte contre le SIDA a confirmé que la mobilisation active de la société civile favorise l'adhésion de la population aux stratégies de prévention.

⁶² La mission a conscience que cette notion n'a pas d'acception consacrée. La mission l'utilise pour désigner l'ensemble des citoyens, structurés ou non en organisations collectives.

⁶³ Publication : *Science and the breakdown of trust*, The Lancet, 3 octobre 2020.

⁶⁴ Concept utilisé par le Centre National d'Etude des Vecteurs (CNEV) pour ce qui est de la lutte anti-vectorielle.

2.3.2 Des instances de la démocratie sanitaire à impliquer

[336] L'association insuffisante de la démocratie sanitaire⁶⁵ ne concerne pas seulement les travaux scientifiques mais aussi le pilotage territorial de la réponse à la crise. Même si des efforts ont parfois été faits pour associer les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), notamment au moment de la préparation du déconfinement, les ARS reconnaissent que l'association des usagers n'a pas pu être une priorité face à la première vague. Ce constat n'est pas nouveau : il avait déjà été dressé par la Conférence Nationale de Santé (CNS) lors de son retour d'expérience sur la pandémie grippale de 2009, pour laquelle elle regrettait « un défaut de concertation avec les parties prenantes ».

[337] La réponse aux demandes de plus grande association de la société civile a été partielle à ce stade. Dès le mois d'avril, la CNS a demandé la création d'un comité de liaison avec la société civile, demande soutenue par le Conseil scientifique. Un comité de contrôle et de liaison a bien été mis en place par le législateur⁶⁶ mais sur un champ relativement restreint, celui du suivi des contacts et des systèmes d'information.

[338] Dans cet esprit, la CNS a publié depuis mars 2020 plusieurs avis, appelant les pouvoirs publics à « faire enfin le pari de la démocratie en santé ».

2.3.3 Une ouverture aux citoyens désormais urgente et incontournable

[339] Compte tenu du fait que l'épidémie s'inscrit désormais dans un temps long, il serait utile d'envisager la manière d'accompagner toutes les composantes de la population dans leur capacité à comprendre et à intégrer les analyses effectuées ainsi que les décisions qui en découlent. Or, même s'ils constituent un levier d'information capital, les médias ne peuvent pas rester le seul vecteur utilisé.

[340] Face à cela, et dans ce cadre, la mission estime qu'une plus grande publicité devrait être donnée aux analyses scientifiques, y compris aux travaux de modélisation ; une meilleure compréhension des travaux menés et des prévisions faites ainsi qu'un partage plus large de la connaissance sur le virus permettrait probablement de réduire la méfiance observée chez certains.

[341] En effet, tout en préservant l'indépendance scientifique, il semble essentiel, pour le décideur, de rendre explicite pour les citoyens les bases et l'éclairage de la prise de décision, c'est-à-dire ce sur quoi elle se fonde.

[342] De plus, la mission considère que l'association de la société civile devrait être plus marquée comme l'a préconisé le Conseil scientifique. Cette ouverture à la société civile mérite également d'être décentralisée pour mieux s'adapter aux contextes territoriaux. Ainsi des comités locaux (installés au niveau des arrondissements ou des métropoles ou des EPCI par exemple), sous l'impulsion des préfets de département, des DGARS et/ou des collectivités territoriales, pourraient regrouper les organisations représentant les collectifs des citoyens : organisations professionnelles et syndicales, structures de l'éducation nationale, monde associatif dans ses composantes culturelles, culturelles, sportives etc., professionnels de santé et établissements sanitaires, sociaux et médico sociaux, etc.

⁶⁵ Au sens des instances issues des différents textes législatifs ayant trait à l'association et aux droits des patients et usagers au sein du système de santé.

⁶⁶ Loi 2020-546 du 11 mai 2020.

[343] Ces comités constitueraient des espaces de vulgarisation de l'expertise scientifique, d'échange et d'écoute réciproque dans l'objectif de générer de la compréhension, de l'adaptation et de favoriser ainsi l'acceptabilité.

Recommandation n°30 Favoriser les initiatives locales associant la société civile, soit en créant des comités ad hoc soit en mobilisant des instances existantes, afin de diffuser l'expertise scientifique et de favoriser l'adaptation des mesures, leur compréhension et leur acceptabilité. S'assurer de la prise en compte des populations en difficulté et des publics fragiles.

CONCLUSION

[344] Au terme de ses travaux, la mission souhaite spécifiquement attirer l'attention sur deux enjeux mentionnés sous différents angles dans son rapport, et dont la bonne prise en compte lui semble déterminante dans les mois à venir pour la gestion de la crise.

[345] Il s'agit tout d'abord des relations entre le MSS (DGS au premier chef, mais aussi DGOS et DREES) et SPF : les multiples témoignages et documents fournis à la mission prouvent qu'elles donnent lieu à des malentendus entre les parties, à des incompréhensions sur les rôles respectifs des uns et des autres et plus globalement à une difficulté de positionnement entre la tutelle et l'opérateur.

[346] Au niveau régional, des difficultés entre ARS et cellules régionales de SPF viennent aggraver les tensions nationales. Même dans les régions où les relations entre elles sont plus sereines, la mission a constaté qu'elles sont perturbées par ce que les ARS ressentent comme des contraintes imposées par le siège de SPF aux cellules régionales.

[347] La mission ne portait pas spécifiquement sur l'exercice de la tutelle de SPF par le ministère. Etant donné les nombreux domaines liés à la crise dans lesquels SPF intervient, elle considère qu'un retour d'expérience partagé entre MSS et SPF sur la gestion de la crise serait bénéfique à court terme, et que sur le plus long terme, une mission aiderait à identifier et à mettre en œuvre des mesures d'amélioration.

Recommandation n°31 Commanditer une mission sur les liens entre le MSS et SPF, les rôles attribués à l'agence à sa création et dans la gestion de l'épidémie ainsi que la manière dont SPF les a assurés afin de proposer l'ensemble des réajustements nécessaires.

[348] La mission souhaite par ailleurs alerter sur la thématique « vaccins ». Au regard de son caractère stratégique et urgent, elle insiste sur l'importance d'une organisation solide, lisible et unifiée pour la prendre en charge de manière adéquate. Cette organisation, à laquelle SPF doit être fortement intégré, devra permettre de gérer dans la cohérence, et non en séquentiel, les contraintes liées à l'achat, le schéma vaccinal, les modalités de mobilisation des professionnels appelés à pratiquer la vaccination, la réalisation des campagnes d'adhésion, l'étude de la couverture vaccinale et le suivi épidémiologique.

Recommandation n°32 Porter une vigilance toute particulière à la thématique « vaccins », en associant tous les acteurs et en organisant un pilotage unifié.

Pascale FLAMANT

Hervé LEOST

Emilie MARQUIS SAMARI

Angel PIQUEMAL

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

Le Ministre

Paris, le 29 JUIN 2020

Nos Réf. : CAB OV/EN- D20-011522

Madame la Cheffe de l'Inspection Générale des Affaires Sociales,

Notre pays a dû faire face pendant plusieurs semaines à la pandémie de coronavirus (Covid-19) conduisant à une situation inédite et à une adaptation sans précédent de notre système de santé et des modalités de gestion de la crise qui en est résultée. Ainsi de nouvelles organisations et interventions ont été définies, dans des délais extrêmement rapides, et continuellement ajustées, et pour répondre aux besoins et au contexte évolutifs de cette pandémie.

La phase la plus aigüe de cet épisode épidémique étant désormais passée, et dans la perspective d'un éventuel rebond de l'épidémie, je vous demande de conduire **une mission de retour d'expérience portant sur les modalités de pilotage et de gestion de cette épidémie par le ministère des solidarités et de la santé.**

Je souhaite que soient plus particulièrement étudiés les sujets suivants :

1/ La mise en place et l'évolution de l'organisation du Centre de crise sanitaire (CCS) et plus largement du ministère des solidarités et de la santé :

- Organisation de la « chaîne de commandement » : circuits de décision et de validation, lisibilité des responsabilités, modalités d'échanges et traitement de l'information, modalités d'adaptation des doctrines au cours de l'épidémie, utilisation des différents registres normatifs (instruction, référentiel, recommandation, norme par défaut, etc), communication ;
- Ressources humaines mobilisées : identification et mobilisation des ressources clés nécessaires ; intégration des renforts ; rotation des équipes pour tenir dans la durée ; soutien technique et psychologique apporté aux équipes ;
- Coordination et coopération interne et externe : coordination des différents pôles du CCS ; cohérence globale de l'organisation avec les cellules de crise des administrations centrales ; relations avec la cellule interministérielle de crise (CIC), avec l'Assurance maladie, avec les agences, avec les acteurs chargés du pilotage de la recherche médicale ; articulation des compétences scientifiques, administratives et opérationnelles, relations avec les partenaires extérieurs.

2/ L'articulation et l'équilibre entre pilotage central et responsabilité des acteurs sur le terrain:

- Modalités de suivi des situations locales, organisation des échanges d'informations permettant l'analyse des besoins locaux et des besoins d'adaptation territoriale des réponses ;
- Compromis mis en œuvre entre décisions centrales et souplesses/initiatives laissées aux acteurs localement (ARS, établissements et professionnels des soins, collectivités territoriales) ;
- Modalités de soutien aux équipes opérationnelles sur le terrain (équipes hospitalières, équipes des ARS, des établissements médico-sociaux, etc), notamment pour le traitement des questions éthiques, des situations critiques rencontrées et des erreurs éventuelles ;
- Modalités de communication des instructions et doctrines nationales (vecteur, langage, accessibilité des documents, sélectivité et coordination des instructions) et réception de celles-ci par les acteurs localement ;

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales
Tour Mirabeau
39-43 Quai André Citroën
75739 Paris cedex 15

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07
Téléphone : 01 40 56 60 00

- Rôle et positionnement des ARS vis-à-vis de leur environnement institutionnel régional (relations avec les préfets, les collectivités territoriales, les établissements et autres prestataires de soins).

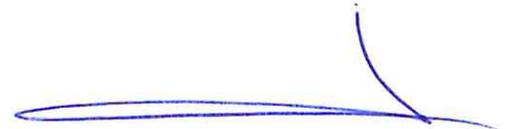
Sur la base d'un recueil structuré des faits et d'un examen rigoureux des contextes, des choix, des processus, des pratiques et des cadres de référence disponibles pour la gestion d'une crise sanitaire de cette nature, la mission identifiera les réussites, les difficultés et les lacunes révélées par l'épidémie de COVID-19 (dont certaines peuvent avoir des causes extérieures et antérieures à celle-ci). L'évaluation nationale devra rendre compte de la variabilité locale des organisations mises en place.

Cette mission doit ainsi permettre de tirer les leçons de l'épidémie de COVID-19 de manière constructive, collective et transparente, afin de renforcer la préparation du ministère et du système de santé à un éventuel épisode épidémique analogue.

Je souhaite disposer des conclusions de la mission pour la fin du mois d'octobre 2020, avec une restitution orale intermédiaire à mi - septembre.

Je vous prie d'agréer, Madame la Cheffe de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, l'expression de ma considération distinguée.

Olivier VÉRAN



LISTE DES ANNEXES

1. Application et adaptation de la méthodologie de retour d'expérience par la mission
2. Verbatim de professionnels de terrain
3. Exemples d'organisation de centres de crise ministériels (hors MSS)
4. Le rôle des acteurs prévu par les textes dans la préparation et la gestion des crises sanitaires
5. Analyse de l'évolution de la direction de crise
6. Analyse d'un processus de décision- exemple de l'attribution des respirateurs à l'ARS Grand Est
7. Les outils et les pratiques pour remonter les données du terrain
8. Le pilotage de la crise dans le champ social et médico-social
9. Santé publique France et la gestion de crise sanitaire
10. Complément sur les ressources humaines mobilisées au CCS pendant la crise

ANNEXE 1 : Application et adaptation de la méthodologie du RETEX par la mission

[349] La mission s'est inscrite dans un contexte de forte instabilité, tant du point de vue épidémiologique que de l'organisation interne au ministère. Au moment de la saisine de l'IGAS, fin juin 2020, la crainte d'une « deuxième vague » de l'épidémie de COVID-19 faisait peser sur les équipes du ministère, à l'échelon central comme à l'échelon local, une pression forte. Il s'agissait donc d'intégrer au plus vite les correctifs et améliorations nécessaires en tirant toutes les conséquences de la première vague, par une démarche de retour d'expérience (RETEX), expressément demandée par le ministre des Solidarités et de la Santé dans sa lettre de mission.

[350] L'objectif de ce RETEX était donc d'identifier dans les meilleurs délais tout dysfonctionnement, afin d'en tirer des préconisations opérationnelles à mettre en œuvre, pour certaines d'entre elles, rapidement, si possible avant le rebond épidémique.

[351] Ce contexte et l'aggravation de la situation à partir de septembre pendant le cours de la mission ont conduit la mission à adapter la démarche RETEX pour répondre à la commande qui lui était passée.

[352] Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, le RETEX constitue « une évaluation en profondeur des actions de gestion entreprises au cours d'un événement de santé publique, faites par la suite afin d'identifier les lacunes, les leçons et les meilleures pratiques. (...) Le RETEX aide à identifier de manière systémique et collective ce qui a et n'a pas fonctionné, et pourquoi et comment s'améliorer»⁶⁷.

[353] Si la littérature est abondante sur la méthode RETEX, peu de documentation détaillée existe sur celle applicable aux crises sanitaires. Le guide méthodologique du retour d'expérience pour les crises sanitaires établi par le Ministère en 2019 a paru constituer le référentiel le plus utile et adapté⁶⁸. Ce guide permet d'identifier de nombreuses questions pertinentes sur la gestion de la crise et la mission, autant que possible, s'est appuyée sur ce cadre.

[354] Ainsi, les principales phases identifiées dans ce guide RETEX se sont révélées pertinentes pour la conduite de la mission :

1 Phase de préparation

[355] La mission s'est attachée, sur la base de la lettre de mission, à déterminer les objectifs, le périmètre et le format de sa mission, les interlocuteurs à auditionner, les ressources documentaires à exploiter et le calendrier du RETEX. La mission a considéré que le RETEX relevait du niveau 3, soit le niveau maximum impliquant un RETEX externe, du fait de la gravité maximale de la crise et du statut spécifique de l'IGAS au sein du ministère.

[356] Les différents niveaux de RETEX en fonction de la gravité de l'événement et de son occurrence :

⁶⁷ « After action reviews and simulation exercises », OMS, 2018

⁶⁸ « Retour d'expérience, guide méthodologique, situations d'urgence sanitaire et exercices de simulation », Ministère de la Santé, 2020.

- Niveau 0 : *revue d'amélioration opérationnelle* sur un événement dont l'occurrence et la gravité sont faibles
- Niveau 1 : *débriefing à chaud* par une réunion de quelques heures à une demi-journée
- Niveau 2 : *RETEX interne* par une phase de recueil d'informations puis de synthèse conduisant à une réunion plénière trois mois maximum après la fin de l'événement
- Niveau 3 : *RETEX externe* : par rapport au niveau 2, l'équipe en charge du RETEX n'appartient pas à l'organisation pour garantir la neutralité de la démarche

2 Phase de mise en œuvre

[357] Les étapes prévues dans cette phase sont conformes aux pratiques des missions de l'IGAS s'agissant du recueil des informations, de leur synthèse et de réunions de restitution.

[358] La collecte d'information par la mission s'est fondée sur :

- Des entretiens individuels, qui ont aussi été l'occasion d'amener les interlocuteurs à réfléchir et à se positionner pour l'avenir, en particulier pour celles et ceux qui sont encore aujourd'hui au cœur de la gestion de crise et pour lesquels l'exercice d'anticipation est certainement le plus délicat ;
- Les ressources documentaires constituées par exemple par les plans et cadres de référence construits pour la gestion des crises sanitaires (avec analyse de la façon dont ces plans ont été mis en œuvre dans la gestion de la crise actuelle et des raisons ayant conduit le cas échéant à s'en écarter), les notes d'organisation ou les messages envoyés aux ARS et professionnels ;
- Les exercices de retour d'expérience réalisés ou en cours de réalisation.

[359] Les entretiens individuels en grand nombre et l'exploitation des travaux de RETEX conduits sous l'égide du secrétariat général, et des échanges sous forme de tables rondes en région se sont substitués aux temps collectifs et de partage prévus par la méthodologie classique des retours d'expérience.

[360] Les restitutions auprès du cabinet du ministre et de la direction de crise ont été faites, en amont du rendu du rapport, sous la forme de réunions intermédiaires et de documents de propositions. La mission a ainsi pu fournir au commanditaire des préconisations opérationnelles dans des délais tenant compte de la montée en puissance de la deuxième vague.

3 Phase de suivi et de valorisation

[361] Il appartient au commanditaire de décider des modalités de valorisation et de suivi de la mise en œuvre des recommandations de la mission. Outre les réunions de restitution et notes intermédiaires aux commanditaires, la mission s'efforce de favoriser l'appropriation de ses recommandations par ses interlocuteurs notamment dans le contenu du rapport : dans un contexte de mobilisation exceptionnelle des équipes du ministère, les membres de la mission se sont attachés à ce que leurs analyses et recommandations soient perçues comme constructives.

ANNEXE 2 : Verbatims de professionnels de terrain

[362] La mission a sélectionné des citations issues de plusieurs dizaines d'entretiens de terrain en établissements de santé et en établissements sociaux et médico-sociaux. Les citations ne prétendent ni à l'exhaustivité ni à la représentativité par rapport à l'état d'esprit du personnel en établissements, l'échantillon lui-même n'étant pas représentatif au sens statistique.

[363] Cependant, la nature de la démarche RETEX, le caractère particulièrement inédit de cette crise, l'intensité du stress auxquels ont été soumis ces professionnels et la nécessité pour la mission de faire entendre leur voix ont présidé au choix de produire une annexe spécifique.

[364] Les citations ont été choisies en fonction de leur caractère illustratif de la teneur des entretiens tenus par la mission dans quatre régions différentes, dans des établissements de toutes tailles et de tout statut, auprès d'équipes administratives ou soignantes. Pour cette raison, la mission a fait le choix de citer des propos ou des jugements qui se contredisent parfois, concernant par exemple le rôle de l'Etat, la pertinence des recommandations nationales ou le système de remontée de données mis en place. Ces propos contradictoires ne s'annulent pas mais se complètent pour donner une vision plus fidèle de la variété des situations locales et des différences d'appréciation entre équipes. On note par ailleurs que certains jugements sont remarquablement convergents, notamment concernant les grandes difficultés relatives aux ressources humaines aujourd'hui.

1 PERSONNELS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE, PROFESSIONNELS DE SANTE DE VILLE

1.1 Sur l'organisation territoriale de la gestion de crise

[365] Les professionnels ont, dans un premier temps, dû faire face seuls, sur la base des cas qui se présentaient dans leurs établissements :

- « On a mis en place beaucoup de choses sans avoir de permission préalable. »
- « L'ARS arrivait toujours avec un temps de retard au début : tout ce qu'on leur remontait comme info, était une découverte pour eux. »
- « Jamais l'hôpital n'a aussi bien marché que dans les deux semaines de crise du mois de mars. Quand une décision était prise, elle était exécutée vite. »
- « Le discours sur le « quoi qu'il en coûte » a eu un effet très positif sur l'organisation à l'hôpital »

[366] La décision de déprogrammation totale a souvent été mal comprise au sein des établissements, parfois pas ou peu concernés par la COVID-19 en début de la crise :

- « La décision de déprogrammation totale est tombée comme ça sans prise en compte de la réalité locale, alors que le CH n'était pas à saturation »
- « On a peut-être surréagi au départ, on a fermé des blocs trop vite »

[367] La préparation aux crises et l'application des plans de gestion de crise n'ont pas toujours été estimés suffisants :

- « On avait participé à deux exercices de plan blanc avant la crise, on n'a jamais eu de retour sur ces exercices, on ne sait pas si on a été bons ou pas »
- « Les plans blancs classiques ne fonctionnent pas face à une épidémie chronique et la nécessité de maintenir les autres activités »
- « Dans le plan ORSAN, le SAMU a un rôle central mais cette colonne vertébrale a été sous-utilisée »

[368] L'expérience d'autres structures ou régions, la coordination et l'échange d'informations entre professionnels sont en revanche jugés déterminants pour se préparer et pouvoir réagir efficacement:

- « Le retour d'expérience du Grand Est a été très précieux pour nous en établissement »
- « Nous avons eu un soutien important de ReacTING sur l'interprétation de l'épidémie, le niveau de prise en charge, les infos sur les protocoles de recherche en cours, etc. Ils ont permis une mise en contact des différents établissements déjà touchés. »
- « On s'est surtout appuyé sur nos propres réseaux, médicaux ou administratifs. »
- « Les bonnes pratiques ne sont pas forcément identifiées ni dupliquées, dommage qu'on ne les mette pas en commun »
- « On n'a pas suivi les instructions mais l'expérience des autres »
- « Sur les transferts, il y a eu des ordres et des contrordres, on avait l'impression que les acteurs n'avaient jamais travaillé ensemble ».
- « On a demandé un retour d'expérience sur le territoire mais il n'a pas eu lieu ».

[369] Les questions d'approvisionnement ont profondément marqué les professionnels et demeurent, encore aujourd'hui, au cœur des interrogations des établissements :

- « On était submergés par le problème des masques »
- « Dans cette période angoissante de manque de masques, on s'est tourné vers le Conseil régional »
- « La doctrine des masques a manqué encore plus que les approvisionnements »
- « On n'a jamais manqué de masques, mais au début il y avait une incertitude totale sur ce qui allait se passer le lendemain et la tutelle ne le savait pas non plus »
- « Sans les dons de masques des entreprises privées, on n'aurait pas pu prendre en charge nos patients »
- « Il faut en France une industrie stratégique de masques, de respirateurs et de chimie de la santé »
- « On a des problèmes encore aujourd'hui pour obtenir les matériels (pousse seringues, pompes à perfusion), parfois on ne reçoit pas les consommables pour aller avec le matériel. Il y a aussi le problème des réactifs, on n'est pas autonomes sur les réactifs, c'est très handicapant »
- « La politique menée a été dictée par les moyens disponibles et non par rapport à l'épidémie elle-même »

[370] Le rappel des règles d'hygiène et les variations de doctrine fonction de la disponibilité des EPI ont fait l'objet de nombreuses remarques de la part des professionnels rencontrés :

- « Sur les questions d'hygiène, chaque équipe travaillait dans son coin, pourquoi il n'y a pas eu de coordination par le CPIAS ? Les agents ne comprennent pas pourquoi les règles sont différentes entre établissements ».
- « Les recommandations des différentes sociétés savantes, avec différentes versions de protocoles, ont créé de la défiance chez les professionnels de santé, c'était très compliqué pour nous à gérer »

[371] Sur le suivi financier, les établissements sont aujourd'hui particulièrement sensibles aux règles qui leur sont appliquées alors que la crise est toujours très aigüe :

- « Si on est sur des mesures trop tatillonnes de gestion sur le plan financier, ça ne va pas pouvoir marcher, il ne faut pas que le monde d'après ressemble au monde d'avant »

[372] La qualité de vie au travail mais aussi toutes les questions liées à la santé au travail ont été à la fois au cœur des questionnements des personnels et peu investies durant cette période :

- « Il y a eu mise de côté de toutes les missions du service de santé au travail »

[373] Certains professionnels ont estimé que l'accès aux essais cliniques n'a pas été suffisamment facilité, alors qu'ils accueillait un nombre de patients conséquent et que ces difficultés constituaient une perte de chance pour ces patients :

- « On a voulu participer aux essais cliniques mais cela a été très difficile, on a eu très peu de patients concernés *in fine* »
- « Alors qu'on avait les volumes de patients COVID-19, on avait le même job qu'un CHU en termes de nombre de patients, on n'avait pas les mêmes moyens thérapeutiques que les hôpitaux publics ».

[374] La coopération entre le secteur public et le secteur privé a été un élément clé pour faire face à l'ampleur de la crise au niveau territorial, parfois en dépit de logiques davantage portées par les établissements publics :

- « La crise a montré qu'on ne peut pas se passer de nous [ESPIC], mais on a toujours l'impression de mesures inéquitables pour le privé »
- « La grande leçon de la première vague, c'est que la régulation public / privé a permis de faire face »
- « L'établissement support de GHT a proposé une stratégie de prise en charge avec les établissements privés, ça a été une réelle force »
- « Au départ on avait l'impression que le privé ne devait pas compter dans la crise, qu'on n'avait pas de rôle de service public »

[375] Les relations et collaborations antérieures à la crise ont également constitué un facteur facilitant pour la gestion de crise :

- « Il faut que les interlocuteurs soient bien définis et se connaissent avant, les relations personnelles c'est fondamental ».

[376] La faiblesse du soutien logistique, sous toutes ses formes, a été perçu durement par les professionnels de terrain :

- « Sur la garde des enfants, on s'est sentis seuls, on a eu l'impression de contrevenir à des règles »
- « Les cellules de l'ARS ne sont pas armées pour la logistique »
- « L'ARS a dû recréer une logistique alors que ce n'est pas son métier »

[377] Concernant la capitalisation sur les leçons de la première vague :

- « On ne tient pas compte des leçons de la première vague, par exemple sur le lien médecine de ville / hôpital »
- « Les transferts ont été essentiels car sinon on aurait perdu des patients »
- « Les personnels ont besoin qu'on leur dise que tout est fait pour que la charge soit répartie de manière équitable entre établissements »
- « Il y a eu structuration entre établissements côté MCO mais pas sur le médico-social, secteur complètement éclaté »

[378] Des professionnels estiment que la préparation aux crises ne doit pas seulement être l'apanage de l'hôpital mais qu'elle doit être partagée beaucoup plus largement, avec la diffusion d'informations ciblées :

- « Les crises vont revenir, or il n'y a pas de culture de sécurité civile, il faut former la population à se comporter en période de crise »
- « Il y a eu une carence d'information à destination des associations, par exemple sur le champ des personnes handicapées »

1.2 Sur les recommandations nationales

[379] Les professionnels ont été unanimes sur le trop grand nombre et la trop grande complexité des recommandations transmises par le niveau national, même si leur utilité n'a globalement pas été contestée :

- « Globalement on a trouvé que les messages de recommandation étaient trop nombreux, trop bavards, trop tard »
- « L'inflation des MARS n'a pas été facile à suivre mais cela a été compensé par la rapidité du pilotage régional »
- « Un message par jour, c'est déjà trop, il faut un temps d'appropriation suffisant »

[380] Les recommandations sont parfois arrivées avec un temps de retard dans les établissements :

- « Les MARS arrivaient souvent après, mais c'était quand même utile pour nous conforter après coup »
- « On a toujours respecté les textes, mais on était souvent en avance de phase par rapport à eux »
- « Au final, nos choix ont été confirmés mais avec deux mois de retard. »

[381] La verticalité de ces instructions a parfois été mal acceptée :

- « Il n'y a eu pas du tout d'écoute des remontées de terrain qui auraient pu permettre d'adapter les messages »
- « On a laissé au terrain la responsabilité de certaines décisions avec toute la prise de risque sur la plan médical et juridique »
- « Le terrain reprend toujours sa place ; le terrain digère ce que dit le central si les consignes ne fonctionnent pas »

[382] Le degré de précision des instructions a parfois été perçu comme mettant les professionnels en difficulté, plutôt que comme un élément de sécurité :

- « Si le texte d'une instruction est trop précis, on engage notre responsabilité en ne le respectant pas ».

[383] Pour d'autres, au contraire, les instructions ont permis de conforter les pratiques professionnelles et de sécuriser les personnels :

- « On a toujours diffusé les MARS au personnel, les consignes étaient impeccables »
- « Les instructions nationales ont été utiles dans beaucoup de situations, il faut un cadre général national, il ne faut pas que tout soit au bon vouloir de chacun »

[384] Le travail effectué en parallèle par les sociétés savantes a été diversement apprécié :

- « On recevait des recommandations contradictoires des différentes sociétés savantes ».
- « Chacune des sociétés savantes a fait son travail dans son couloir, indépendamment de la réalité sur le terrain »

[385] Les professionnels s'accordent désormais pour dire que le besoin d'instruction est moins prégnant aujourd'hui :

- « La question des recommandations est derrière nous désormais, on s'est adaptés au mieux ».
- « On n'a plus besoin de nouvelles instructions sauf si la recherche amène encore à une meilleure connaissance du virus et de sa prise en charge »

1.3 Sur les relations avec l'ARS

[386] Des professionnels ont souvent fait état d'une absence de l'ARS sur le terrain, induisant une forme de « déconnexion » entre les équipes des ARS et la réalité rencontrée par les établissements :

- « Aucun collaborateur de l'ARS n'est venu sur place pour se rendre compte »
- « Il faut que l'ARS vienne sur place dans l'établissement pour voir comment ça se passe »
- « On est en guerre, on ne peut pas avoir en même temps des gens qui nous demandent de remplir des dossiers »
- « Au début, on a eu l'impression d'être abandonnés, de ne pas être entendus ni crus »
- « On avait l'impression que l'ARS avait toujours un temps de retard »
- « Il y a eu un train de retard sur les tests, on a dû démarrer les tests PCR sans autorisation de l'ARS »

- « On a dû se doter de notre propre outil de communication pour transmettre les infos aux médecins généralistes, on n'a pas pu accéder aux annuaires de la CPAM et de l'ARS malgré nos demandes »
- « L'ARS a eu 3 défauts : pas de connaissance du terrain, pas d'expertise, pas de décision »

[387] Pour d'autres, l'ARS a été un partenaire extrêmement présent, facilitant et relayant efficacement les problématiques remontées par le terrain :

- « Avec l'ARS, on a eu l'impression d'être dans le même bateau »
- « L'ARS a motivé les équipes, les a embarquées dans le même bateau, il y avait un capitaine visible et écouté »
- « On a eu de bonnes relations avec l'ARS, elle ne nous mettait pas de bâtons dans les roues, on l'informait de ce qu'on faisait. Ils ne se sont pas positionnés en tutelle mais en appui ».

[388] Le rôle de l'ARS en matière de gestion de crise est assez discuté parmi les professionnels, avec une lisibilité limitée des rôles et des missions qui lui sont dévolus en la matière :

- « L'ARS n'est pas une structure pour gérer la crise, le SAMU si, c'est son métier, il faut lui donner la main pour gérer les transferts »
- « La gestion des médicaments est un exemple de retard de l'Etat, l'ARS a pris la main trop tard, on avait déjà dépassé le pic »
- « Sur le contact tracing, je ne sais toujours pas qui fait quoi entre ARS et CPAM »
- « Mon travail c'est de gérer dans l'hôpital, je sais mieux le faire que l'ARS. Il faut nous laisser travailler. Et le job de l'ARS c'est la communication au public, la gestion du matériel, il faut mettre le paquet sur la logistique »

[389] L'ARS est perçue comme un chef d'orchestre régional mais aussi départemental, devant pleinement jouer ce rôle auprès des établissements, publics et privés :

- « Le territoire a tenu grâce à une collaboration remarquable avec le privé, si on perd cette cohésion c'est perdu. L'ARS a son rôle à jouer pour éviter qu'on se batte entre nous »
- « On a besoin de l'ARS pour assurer l'équilibre régional »
- « Le pilotage territorial, c'est l'unité, la subsidiarité, l'autonomie, la régulation »

[390] Enfin, le rôle des délégations territoriales est très variable d'un département / d'une région à l'autre :

- « Les décisions importantes sont gérées directement par le siège de l'ARS, pas la DT ».
- « La délégation territoriale ARS a été très réactive, jour et nuit »
- « La DD doit avoir le leadership en cas de cris mais elle ne connaît pas suffisamment le MCO »

1.4 Sur les ressources humaines

[391] Les renforts, qui ont été essentiels aux établissements pour tenir lors de la première vague, ont souvent été sollicités de manière informelle, faute d'avoir des outils opérationnels :

- « Sur les renforts, ce qui a fonctionné ce sont les réseaux et l'appel aux étudiants et retraités, les listes de l'ARS n'étaient pas à jour, c'était une source de perte de temps »
- « Pour les renforts, on nous fournissait des listes de volontaires, quand on les contactait, 95 % étaient déjà engagés ».
- « On a tenté de mobiliser la réserve sanitaire ou la plateforme RH de l'ARS, on n'a pas eu de réponse, les réseaux sont restés très séparés entre le public et le privé »

[392] Les questions de rémunération et de primes ont laissé des traces durables, susceptibles d'altérer la motivation de certains professionnels à l'avenir :

- « Les questions de rémunérations ont créé un sentiment de distorsion [dans le privé] avec le traitement réservé à l'hôpital public »
- « Sur la prime COVID, on aurait dû donner entièrement la main aux établissements pour fixer les critères et moduler »
- « Le traitement du sujet des primes COVID a été un sujet de mécontentement fort pour le personnel »
- « La crise avait bien soudé les gens, mais la prime COVID a pourri l'ambiance avec ceux qui ne l'ont pas eue »
- « On a eu du mal à faire indemniser les médecins libéraux, notamment pour les gardes de nuit, ça a donné l'impression d'un manque de considération »
- « On n'a pu payer nos médecins qu'aujourd'hui pour le travail fait en mars, du coup c'est plus difficile de trouver des volontaires. Le cadre d'intervention des libéraux en clinique doit être clarifié »
- « La procédure restrictive pour la reconnaissance des maladies professionnelles a créé des tensions dans le personnel »

[393] Les établissements font aujourd'hui face à une grande tension sur les ressources humaines, due à la fatigue, aux RPS, à l'absentéisme des personnels, au point de leur faire craindre de ne pas pouvoir faire face à une deuxième vague :

- « Aujourd'hui la crise ce ne sont plus les matériels ou les masques, ce sont les ressources humaines ».
- « Les messages passés sur la préparation de la deuxième vague ne sont pas clairs : comment ne pas déprogrammer si on n'a pas les ressources humaines ? »
- « On est inquiets sur le personnel, ils sont au bout du rouleau, les équipes sont très fragiles, on doit parfois fermer des lits faute de personnel ».
- « On a un énorme problème RH, il y a des soignants qui ont souhaité changer de vie après la crise »
- « Les difficultés psychologiques se manifestent maintenant, beaucoup de personnes disent qu'elles ne tiendront pas une deuxième fois ».
- « Les manifestations de stress post traumatique sont criantes chez les paramédicaux et les médicaux »

- « Il faut adapter les normes RH à la situation, avoir la possibilité d'être plus souples sur les normes »
- « Tout revient comme avant : la coordination médecin-soignant s'effrite, l'agressivité revient, les gens n'ont aucune tolérance à la frustration »

[394] De manière plus structurelle, les établissements se heurtent à la difficulté pour les personnels de concilier leur vie professionnelle et leur vie personnelle :

- « Tout le monde veut faire du 9h/17h sinon impossible à gérer avec les horaires de la crèche et de l'école »
- « Tout le monde fonctionne avec des vacations d'infirmières, qui tournent entre les établissements. Elles sont mieux payées, elles choisissent leurs week-ends et leurs horaires »

1.5 Sur les systèmes et remontées d'information

[395] La complexité et la multiplicité des outils ont souvent été dénoncées comme une perte de temps, inexplicable en temps de crise, par les professionnels :

- « Pour la remontée des données, l'absence de logiciel simple et facilement gérable nous a fait perdre du temps »
- « Au cœur de la crise, l'ensemble des enquêtes nous prenait 4 heures par jour à remplir »
- « On nous demandait de faire remonter les informations par plusieurs canaux, en temps de crise, c'est inadmissible de devoir remplir plusieurs tableurs qui ne se parlent pas entre eux »

[396] La pertinence de certaines enquêtes, ne prenant pas en considération les éléments à la disposition des établissements, a également été discutée :

- « On a reçu une enquête pour savoir combien on a de salariés positifs, mais on n'a pas accès au motif d'absence des salariés, c'est incompréhensible »

[397] De plus, les professionnels n'ont pas de visibilité sur l'usage qui est fait des données remontées, ce qui les amène à se questionner sur leur utilité :

- « Les remontées d'informations ne vont que dans un sens, on fournit l'information mais on n'a jamais de retour, pas de visibilité sur la situation régionale ou nationale ».

[398] Alors même que certains outils, à vocation nationale, leur étaient utiles :

- « Au début on a récupéré les modélisations régionales de Pasteur par la bande »

[399] L'appropriation du ROR est très inégale et globalement faible dans les établissements qui le considèrent trop souvent comme un outil de reporting supplémentaire et non un outil de pilotage interne

- « La mise à jour du ROR ne pose pas de difficulté si on avait pris l'habitude de le faire avant la crise »
- « Le ROR avant la crise on le mettait peu à jour, on ne s'en sert pas du tout »

2 PERSONNELS D'ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX (ESMS)

2.1 Sur l'organisation de la gestion de crise

[400] La crise a conduit les professionnels de terrain à trouver des solutions inédites d'organisation pour pouvoir faire face à la situation :

- « J'ai assumé seule début mars la décision de fermer l'établissement (un EHPAD). L'ARS avait juste dit que les visites étaient fortement déconseillées »
- « Quand on nous fait sauter les verrous, on arrive à faire du qualitatif »
- « On s'est transformés en service de soins aigus et de soins palliatifs »
- « On a l'impression que tous les risques sont assumés par les directions d'établissements »
- « On a réalisé que la plupart des absences étaient dues à des problèmes de garde, en quelques jours on s'est créé une solution de garde et on a juste informé la préfecture. Si j'avais attendu le formulaire à remplir, l'espace de garde ne serait pas encore ouvert »
- « On a eu du mal à avoir des réponses de certains professionnels libéraux, on aurait aimé sécuriser nos équipes avec une réponse H24 »
- « On n'a pas vu les médecins traitants pendant deux mois et nous n'avons pas de médecin coordonnateur »
- « La maison de retraite est un lieu de vie avant d'être un lieu de soin »

2.2 Sur les relations avec l'ARS

[401] Dans l'ensemble, les responsables d'ESMS ont apprécié la manière dont leur ARS les a soutenus :

- « Les procédures étaient bien faites, les « youtube live » de l'ARS étaient de bonne qualité »
- « Quand il y avait une réelle tension sur les équipements, l'ARS a toujours trouvé une solution »
- « On a eu des délégations territoriales très présentes, d'autres beaucoup moins, avec des interprétations différentes de ce qu'il fallait faire, par exemple sur le dépistage des salariés revenant de congés »
- « La crise sanitaire a exacerbé les habitudes : ça s'est super bien passé quand l'ARS et le conseil départemental travaillaient déjà bien ensemble »
- « Sur le médico-social il faut que quelqu'un prenne le « lead » entre le conseil départemental, le préfet et l'ARS »
- « L'ARS aurait dû passer de gestionnaire à opérationnel ; ils ne l'ont pas fait »
- « On a eu une grande messe avec l'ARS ; information descendante mais pas d'échange »

2.3 Sur les recommandations

[402] En revanche, les propos sont unanimement sévères concernant la pertinence des recommandations, trop nombreuses, difficiles à lire, et dans certains cas inapplicables :

- « Ce qui pèche vraiment c'est que les recommandations ne sont pas applicables ; je préfère une absence de recommandation à une recommandation non applicable »
- « Sur les recommandations, il faut qu'ils travaillent avec des journalistes, il faut centrer sur les messages essentiels »
- « Sur la protection de l'enfance, les recommandations ont plus tardé, du coup on s'est appuyés sur celles du médico-social »
- « On a eu jusqu'à 35 recommandations en 2 mois, qui plus est contradictoires. Je n'étais pas devant mon ordinateur à attendre les recommandations ! »
- « C'était très anxiogène pour les équipes : encore aujourd'hui, les recommandations sont inapplicables, la particularité des EHPAD n'est pas prise en compte »
- « Dans les recommandations, tout le monde collabore, c'est le monde idéal »
- « En haut, ils doivent vouloir se couvrir, mais cela veut dire que la responsabilité nous incombe, alors que ce n'est pas applicable »
- « Maintenant, on sait qu'on peut gérer »

2.4 Sur les ressources humaines

[403] Outre la dureté des conditions de travail pendant la crise du 1^{er} semestre 2020, les responsables sont particulièrement préoccupés par une probable pénurie de personnel à venir :

- « Il n'y a jamais eu autant de problèmes de recrutement, même en intérim on ne trouve pas ».
- « Je ne recrute plus en CDI ; elles ne veulent que des CDD »
- « Des gens sont venus sept jours sur sept, on n'a pas respecté le code du travail... »
- « Pour la deuxième vague, il y a une fatigue, on n'aura pas la même mobilisation »
- « Je n'ai pas de démission mais j'ai plus de mal à trouver qu'avant »
- « C'est l'hécatombe en termes de recrutements, les personnels sont épuisés, on ne peut pas remplacer les départs.... La prime ne suffit pas »

2.5 Sur les systèmes et remontées d'information

[404] Les ESMS ne voient pas l'intérêt pour eux de faire remonter les données qui leur sont demandées, activité qui leur prend un temps précieux :

- « Sur Voozаноо, en mars, on se demandait quel ingénieur a pondu cela »
- « Je ne répondrai pas aux enquêtes obligatoires (dernière en date : INSEE), cela devient hallucinant »
- « Quand j'ai un cas ici, je dois prévenir plusieurs entités. Cela m'apporte quoi ? »

ANNEXE 3 : Exemples d'organisation de centres de crise ministériels (hors MSS)

[405] La gestion de crise s'organise selon des modalités standardisées. Les centres de crise ministériels se sont largement inspirés de ces modalités pour leur propre modèle.

1 Centre de planification et de conduite des opérations du ministère des armées (CPCO)

[406] Le CPCO est au cœur du processus de gestion des crises en amont (veille stratégique, planification) et en aval (conduite). Centre de la chaîne de commandement opérationnelle française, il regroupe donc les capacités de planification et de conduite des opérations au niveau stratégique.

[407] Situé au cœur de l'hexagone de Balard à Paris, il est armé par 200 officiers, sous-officiers et militaires du rang, ainsi que des officiers de liaison des principaux pays alliés. Il est opérationnel 7j/7 et 24h/24 afin d'assurer le suivi de l'ensemble des actions de l'armée française.

1.1 Missions du CPCO

[408] Le CPCO assure 2 missions essentielles : la planification et la conduite des opérations extérieures et intérieures. La combinaison de ces deux missions distingue le CPCO d'autres modèles, par exemple celui choisi pour le SGDSN (veille et alerte uniquement) ou pour la CIC (conduite des opérations uniquement).

[409] Les travaux conduits par la chaîne planification consistent à anticiper, à établir une synthèse des évaluations de risques de crise et à préparer les options militaires proposées au chef d'état-major des armées.

[410] La conduite des opérations est assurée à partir des travaux élaborés par la chaîne planification. Ce mode d'organisation du CPCO permet d'éviter qu'il y ait une rupture au moment du passage de la planification à la conduite. Lorsqu'une opération est déclenchée, une cellule de crise est créée afin d'en assurer la conduite.

1.2 Organisation du CPCO

[411] Pour mener ces missions de planification et de conduite, le CPCO est organisé autour de deux compétences complémentaires : une compétence géostratégique, une compétence fonctionnelle.

[412] Les officiers chargés d'anticipation opérationnelle et de synthèse apportent une expertise géostratégique avec un découpage de la planète en différentes zones (Théâtre national, Europe, Afrique, Monde).

[413] Les compétences fonctionnelles (logistique, conduite, systèmes de communication, renseignement, etc.) sont fournies par les bureaux. Cette organisation fonctionnelle est complétée par des cellules d'expertises particulières et par des officiers de liaisons spécifiques (dont les officiers de liaisons étrangers).

[414] L'organisation du CPCO suit la nomenclature de l'OTAN, structurée autour de neuf bureaux, placés sous l'autorité du directeur du CPCO. Ces fonctions de l'état-major sont dénommées par une lettre - J pour Joint Operation - suivie d'un chiffre pour la fonction⁶⁹ :

- J1 : personnel ;
- J2 : renseignement ;
- J3 : opérations ;
- J4 : logistique ;
- J5 : planification et politique ;
- J6 : systèmes d'informations et communications (Sic) ;
- J7 : exercices et retour d'expérience (RETEX) ;
- J8 : budget et financement ;
- J9 : actions civilo-militaires (Cimic).

2 Centre de crise et de soutien du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (CDCS)

[415] Le Centre de crise et de soutien a été créé en juillet 2008 avec pour objectif de professionnaliser la réponse aux crises et de limiter au maximum le délai de réaction, tout en développant une culture de crise sein du MEAE.

[416] Rattaché directement au cabinet du ministre et en proximité immédiate de celui-ci, le CDCS est composé de 90 agents et est le seul dispositif du MEAE à être activé 24h/24.

2.1 Missions du CDCS

[417] Le CDCS a pour mission, la veille, l'anticipation, l'alerte et la gestion des crises se déroulant à l'étranger et nécessitant soit une réaction à un événement menaçant la sécurité des ressortissants français à l'étranger, soit une action humanitaire d'urgence. Il est également chargé du soutien à la stabilisation post crise et du pilotage des opérations humanitaires à l'étranger.

[418] Le rôle du CDCS au profit de la sécurité des français à l'étranger se décline en quatre grandes fonctions : la veille et l'alerte assurées par le centre de situation H24, l'information et la prévention, la préparation et la réponse aux crises consulaires, le traitement des affaires individuelles les plus sensibles (décès, disparitions inquiétantes, prises d'otage).

[419] Lorsqu'un événement survenant à l'étranger menace la sécurité des ressortissants français, le CDCS, en lien avec le poste diplomatique concerné, peut être amené à mettre en place un dispositif spécifique de crise sous la forme d'une cellule de crise et d'une cellule de réponse téléphonique. Localisées au CDCS, elles complètent la cellule de crise et la réponse téléphonique organisées

⁶⁹ doctrine_nato_conduct_of_ops_ajp_3.pdf, voir notamment la figure 3.2, page 3-15

localement par le poste diplomatique, premier acteur de la gestion de la crise. La cellule de crise prend alors le relais du centre de situation qui a assuré la gestion préliminaire de la situation.

2.2 Organisation du CDCS

[420] Le CDCS s'appuie sur une équipe multidisciplinaire et interministérielle (diplomates, pompiers, magistrats, psychologues, militaires, gendarmes, cadre de santé, médecins, etc.) permettant la coordination interministérielle de l'action de l'Etat à l'étranger via des cellules thématiques.

[421] L'intégration de ces profils variés requiert des formations, aux tâches de ces cellules. Les fonctions sont protocolisées et une formation préalable de 3 jours avec exercice de crises est organisée, à laquelle s'ajoutent des formations complémentaires thématiques. L'effort de formation concerne également les ambassades, les consulats, qui sont les correspondants directs du CDCS et lui permettent d'être rapidement opérationnel.

[422] Au déclenchement de chaque crise aigüe, une cellule de crise dédiée est créée en moins d'une heure, reposant sur un système d'astreinte : une équipe de 13 agents, sont alors répartis sur des fonctions thématiques. Les fonctions de chaque agent sont précisément déterminées en amont de la crise : par exemple, un agent dont la fonction quotidienne est de piloter les opérations humanitaires au Sahel est également formé afin, en cas de crise, de basculer sur la prise en charge de l'appui aux familles de victimes. Le centre de crise doit être en mesure d'armer deux cellules de crises simultanément.

[423] La logistique et les RH représentent une fonction essentielle du dispositif de crise. Etant donné que le dispositif ne fonctionne que quelques heures pour la première rotation, l'agent d'astreinte se charge immédiatement d'assurer le remplacement de l'équipe pour les rotations suivantes. Ce remplacement est organisé notamment sur la base d'un vivier pré-identifié de personnels volontaires du MEAE. Sur le plan logistique, une attention particulière est portée à la qualité de service et à la réactivité des prestataires téléphoniques et informatiques.

[424] La fonction de directeur de crise n'est pas assurée par le directeur du CDCS mais par l'un de ses cadres expérimentés qui dispose toujours d'une solide expérience de terrain (ancien colonel de sapeurs-pompiers, ancien numéro 2 d'une ambassade, etc.). La fonction de directeur de crise n'est jamais confiée à un renfort externe. Le directeur du CDCS et son adjoint agissent « à froid » sur l'organisation et la planification du centre de crise et assurent l'interface avec l'échelon politique.

[425] Le binôme des fonctions, très organisé (temps de prises de poste versus temps de repos notamment), est la norme au sein de l'organisation du CDCS, de manière à faire face aux vacances et aux aléas potentiels mais aussi pour assurer les fonctions habituelles de l'agent pendant qu'il est d'astreinte sur une cellule dédiée.

ANNEXE 4 : Le rôle des acteurs prévu par les textes dans la préparation et la gestion des crises sanitaires

[426] La présente annexe rappelle le rôle des acteurs défini par les textes, au niveau national, territorial et au niveau des établissements de santé et sociaux et médico-sociaux.

1 Le rôle prévu pour le ministère de la Santé dans le pilotage national des crises sanitaires

1.1 Un rôle fixé par le code de la défense et le code de la santé publique

1.1.1 Le ministre de la Santé dispose de compétences larges

[427] L'article L. 1142-8 du code de la défense prévoit que le ministre chargé de la Santé est « responsable de l'organisation et de la préparation du système de santé et des moyens sanitaires nécessaires à la connaissance des menaces sanitaires graves, à leur prévention, à la protection de la population contre ces dernières, ainsi qu'à la prise en charge des victimes. Il contribue à la planification interministérielle en matière de défense et de sécurité nationale en ce qui concerne son volet sanitaire ».

[428] Le code de la santé publique précise les compétences du ministre de la Santé en cas de crise sanitaire, notamment dans la partie du code relative à la lutte contre les maladies et dépendances. Les compétences du ministre sont larges :

- l'article L 3131-1 dispose qu'en cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population.
- Le ministre peut habiliter le représentant de l'Etat territorialement compétent à prendre toutes les mesures d'application de ces dispositions, y compris des mesures individuelles.

[429] Ces dispositions préexistaient aux dispositions relatives à l'état d'urgence sanitaire introduites aux articles L. 3131-12 et suivants du code de la santé publique par la loi du 23 mars 2020.

1.1.2 La direction générale de la santé assume un rôle central pour la réponse aux crises

[430] Sous l'autorité du ministre de la Santé, un rôle particulier est dévolu à la direction générale de la santé : aux termes de l'article D. 1421-1, la DGS « centralise les alertes sanitaires ». « En liaison avec les autres ministères et institutions concernés, elle organise et assure la gestion des situations d'urgence sanitaire ; elle coordonne ou participe à la préparation des réponses aux situations sanitaires exceptionnelles ». La DGS s'appuie sur les agences sanitaires (et notamment Santé

publique France) au titre de sa compétence de coordination de l'exercice de leurs missions dans l'intérêt de la santé publique et de la sécurité sanitaire (L. 1411-5-1 du code de la santé publique).

[431] L'arrêté d'organisation de la DGS précise les missions spécifiques de la sous-direction veille et sécurité sanitaire⁷⁰. Il précise en particulier que cette sous-direction :

- « Assure le pilotage opérationnel de la réponse aux situations d'urgence et de crise sanitaires et celui des exercices de simulation de crises. Elle organise et anime le centre de crise sanitaire ; elle est l'interlocutrice des ARS et des ARS de zone et assure l'interface, avec les autres structures de gestion de crise ministérielles ; à ce titre, elle est l'interlocutrice de la cellule interministérielle de crise pour le ministère de la santé ».
- « Assure la gestion des situations d'urgence ou de crises sanitaires ou à impact sanitaire, de niveau national ou international, en lien avec les directions, services et établissements publics compétents ; elle apporte son appui aux ARS dans la gestion des alertes locales ; elle organise la réponse ministérielle pour prévenir ou réduire les conséquences sanitaires et sociales des situations d'urgence ou de crise ; elle organise la participation du ministère de la santé aux opérations d'assistance humanitaire à l'étranger ; elle organise les retours d'expérience sur les situations qui le nécessitent et en communique les enseignements aux services de l'Etat et aux professionnels de santé compétents ».

[432] Au sein de la DGS, le centre opérationnel de régulation et de réponses aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) centralise les alertes et assure la gestion des situations sanitaires d'urgence. Il constitue le point focal de l'Organisation mondiale de la santé conformément au règlement sanitaire international⁷¹.

1.2 Un rôle qui s'intègre dans le cadre interministériel de préparation des crises

[433] Le cadre interministériel est fixé en particulier par la circulaire du Premier ministre du 1^{er} juillet 2019 relative à l'organisation et la structuration gouvernementale pour la gestion des crises majeures⁷². Le Premier Ministre est en effet responsable de l'organisation de la réponse aux crises, en lien avec le Président de la République, conformément au livre blanc sur la défense et la sécurité nationale.

[434] Cette circulaire :

- Définit les responsabilités de chaque ministre dans la préparation et la conduite des crises. Un rôle particulier est dévolu au ministre de l'Intérieur, responsable de l'anticipation et du suivi des crises susceptibles d'affecter la sécurité civile et la sécurité intérieure, et au ministre des Affaires étrangères pour la coordination de la gestion des crises extérieures ;
- Définit la direction de crise qui relève du Premier ministre. Le Premier ministre confie la conduite opérationnelle de la crise à un ministre qu'il désigne en fonction de la nature des événements, « en principe » le ministre de l'Intérieur ou le ministre des Affaires étrangères. La circulaire distingue crise sectorielle, pour laquelle le ministre en charge du secteur d'activité

⁷⁰ Arrêté du 6 avril 2016 modifié.

⁷¹ Voir le rapport « Etat des lieux des capacités en matière de préparation aux urgences sanitaires, application du Règlement sanitaire international », IGAS / IGA / CGEDD / CGAEER, pages 65 et suivantes.

⁷² La circulaire du 1^{er} juillet 2019 abroge la circulaire du 2 janvier 2012.

concerné est responsable de la réponse à la crise, et crise majeure, pour laquelle la cellule interministérielle de crise (CIC) doit obligatoirement être activée ;

- Précise l'organisation et le fonctionnement de la CIC. Quatre fonctions essentielles structurent la CIC : situation, communication, anticipation, décision.

[435] La CIC doit s'appuyer sur les mécanismes déjà existants au niveau ministériel, parmi lesquels la circulaire cite le CORRUSS / CCS, point focal français de l'OMS.

[436] La circulaire du 1^{er} juillet 2019 définit enfin les missions de la cellule de coordination interministérielle logistique :

- Hors crise, la CCIL planifie et prépare la logistique interministérielle de crise et anime le réseau des logisticiens des ministères ;
- Sur demande de la CIC, elle est activée en cas de crise lorsque l'urgence et la complexité des opérations dépassent les capacités logistiques d'un ou plusieurs ministères.

[437] La directive générale interministérielle relative à la planification de défense et de sécurité nationale du 11 juin 2015 identifie également le ministre chargé de la Santé parmi les acteurs de la planification de crise : il « conduit les travaux de planification relatifs au maintien en toute circonstance de la continuité du système de santé ». Il doit veiller notamment à la bonne articulation des plans ORSAN et ORSEC (*cf. infra*).

2 Au niveau territorial, un partage des rôles entre ARS et préfets

[438] Le rôle de l'ARS sur la préparation et la gestion des crises est précisé en particulier dans le chapitre « Veille et sécurité sanitaire » de la première partie du code de la santé publique.

2.1 La préparation des crises au niveau territorial

[439] L'organisation interministérielle confère un rôle central au préfet de zone de défense en matière de préparation des crises. Celui-ci doit « exercer le pilotage territorial de la planification de la défense et de la sécurité nationale » aux termes de la directive du 11 juin 2015.

[440] Dans ce cadre, le rôle de l'ARS est de préparer la réponse du système de soin aux situations sanitaires exceptionnelles. L'ARS doit en particulier, dans la préparation de la crise :

- Préparer et arrêter le dispositif ORSAN, après avis notamment des préfets de département (art. R. 3131-10 du code de la santé publique) ;
- Préparer le plan départemental de mobilisation (L. 3131-8 et R. 3131-12) qui doit être arrêté par le préfet de département. Ce plan prévoit les mesures d'urgence notamment de réquisitions qui peuvent être rendues nécessaires par la situation sanitaire si l'organisation du système de santé ne permet pas, à elle seule, d'y faire face (« plan blanc élargi ») ;
- Préparer le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (R. 3131-4 du code de la santé publique) qui doit être arrêté par le préfet de zone. Les ressources sanitaires recouvrent les ressources humaines mais aussi les moyens matériels.

Le dispositif ORSAN

Le dispositif ORSAN a vocation à adapter les parcours des patients et déterminer les mesures nécessaires pour que le système de santé puisse s'adapter en cas de survenue d'un événement sanitaire exceptionnel. Il porte sur le système de santé dans son ensemble, incluant l'offre de soins libérale et les établissements et services médico-sociaux ; il ne se limite donc pas aux capacités hospitalières.

Il comprend les cinq volets suivants destinés à l'organisation des soins en cas de survenue de l'un des risques mentionnés :

- accueil massif de blessés victimes d'un événement grave (accident, catastrophe, attentat) (« ORSAN AMAVI ») ;
- prise en charge des tensions dans l'offre de soins liées au nombre important de patients dans un contexte d'épidémie saisonnière et/ou lors d'un phénomène climatique voire environnemental important (« ORSAN EPI-CLIM ») ;
- prise en charge des patients dans le cadre du risque épidémique et biologique connu ou émergent (« ORSAN REB ») ;
- prise en charge des patients dans le cadre d'un événement nucléaire / NRC (« ORSAN NRC ») ;
- prise en charge médico-psychologique des patients victimes d'un événement grave (accident, catastrophe, attentat) (« ORSAN MEDICO-PSY »).

Le volet « ORSAN REB » pour les risques épidémiques et biologiques (REB) a été introduit en 2019. Jusqu'alors, le guide méthodologique « aide à l'organisation du système de soins en situations sanitaires exceptionnelles » de 2014 prévoyait un volet « EPI-VAC » relatif à la gestion d'une épidémie ou pandémie sur le territoire national, pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par le système de santé.

Dans ce cadre, pour chaque volet ORSAN, le plan distingue en particulier établissements de première et de deuxième ligne en se fondant sur les capacités de prise en charge des établissements de santé, et notamment leur plateau technique.

L'ARS doit s'assurer de l'intégration des orientations d'ORSAN dans les contrats d'objectifs signés avec les établissements et de son articulation avec les plans de défense et de sécurité des préfets.

ORSAN a été déclenché par exemple lors des attentats de 2015 et 2016 ou encore pour l'épidémie saisonnière de grippe de l'hiver 2014-2015.

2.2 La gestion des crises au niveau territorial

2.2.1 L'intégration de l'ARS dans la gestion de crise territoriale pilotée par le préfet de département

2.2.1.1 Le rôle central du préfet de département consacré par la loi et le règlement

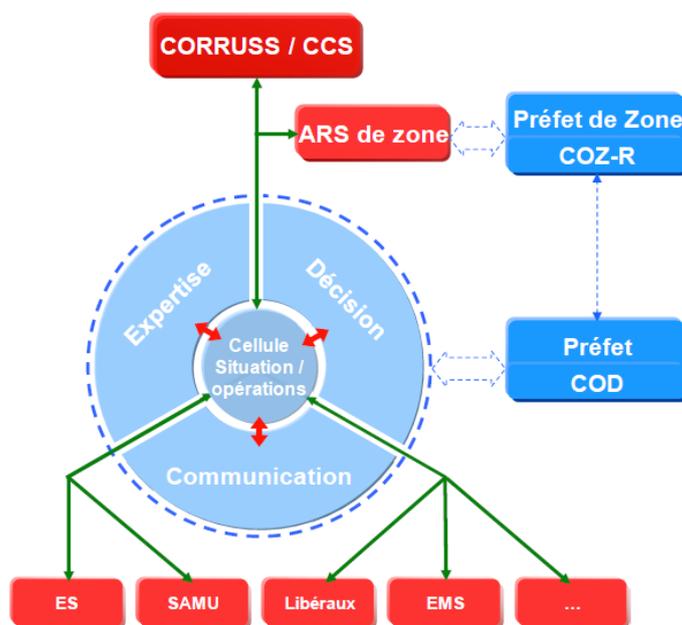
[441] Dans la gestion de crise, l'articulation entre ARS et préfet est précisée par l'article L. 1435-1 du code de la santé publique qui dispose que le DG ARS « informe sans délai le représentant de l'Etat territorialement compétent ainsi que les élus territoriaux concernés de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public ». Le même article prévoit que « les services de l'agence sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'Etat territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public ».

[442] Une disposition similaire est prévue au niveau de la zone de défense concernant les relations entre préfecture et ARS (L. 1435-2).

[443] Le rôle des ARS est également précisé par l'article L. 1431-2 du code de la santé publique qui dispose que les agences « contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent et, le cas échéant, en relation avec le ministre de la défense, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire »

2.2.1.2 Une articulation entre préfet et ARS précisée par l'instruction de 2013 sur la gestion des crises sanitaires

[444] Les ARS (de zone ou de région) voient leur rôle précisé par l'instruction du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles⁷³. Cette instruction prévoit l'articulation entre ARS et préfet, via des liens étroits qui peuvent être modélisés comme suit :



Source : *INSTRUCTION N° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles*

[445] Cette instruction précise :

- Le principe d'information réciproque entre les ARS et les préfetures ;
- Les modalités de participation de l'ARS au centre opérationnel départemental (COD) pouvant être activé par les préfets (ou centre opérationnel zonal renforcé pour les ARS de zone) ;
- La structuration de la remontée d'information, structurée et coordonnée, vers le CCS, « sans préjudice de l'information de l'autorité préfectorale » ;

⁷³ INSTRUCTION N° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

- La stratégie de communication de crise « en coordination avec l'ensemble des acteurs concernés (services de l'Etat, collectivités locales et territoriales, associations partenaires, professionnels de santé, etc.), afin de garantir une communication harmonisée et cohérente, notamment si plusieurs départements ou régions sont concernés »⁷⁴.

2.2.2 L'organisation de l'ARS face à la survenue d'une crise

[446] L'organisation des fonctions de veille et de sécurité sanitaire des ARS a fait l'objet de plusieurs circulaires⁷⁵ qui précisent les relations avec l'autorité préfectorale, l'organisation interne de l'ARS face à la crise ainsi que les différentes missions et fonctions à assurer.

[447] En fonction de l'ampleur de la crise, trois niveaux de réponse peuvent être activés :

- Niveau 1 : veille et gestion des alertes
- Niveau 2 – renforcé : la plateforme de veille et d'urgence sanitaire est renforcée par des personnels des différentes directions de l'agence
- Niveau 3 – crise : activation de la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS).

[448] Face à la crise, l'organisation choisie pour la CRAPS doit comporter les composantes suivantes :

- Décision ;
- Situation / opérations ;
- Expertise ;
- Communication ;
- Logistique, informatique, ressources humaines.

3 Les mesures prévues au niveau de chaque établissement de santé et médico-social

3.1 Les plans blancs dans les établissements de santé

[449] Depuis la loi du 9 août 2004, chaque établissement de santé a l'obligation de se doter d'un dispositif de crise. L'article 3131-7 prévoit que chaque établissement de santé est doté d'un plan « détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles ».

[450] Ce plan intègre les objectifs d'ORSAN. Il permet à l'établissement de « mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en

⁷⁴ De même, la directive interministérielle du 11 juin 2015 prévoit que le préfet de département est « responsable de la gestion de crise au niveau local ». Il s'appuie pour cela sur le centre opérationnel départemental (COD) auquel l'ARS est associée

⁷⁵ Instruction du 22 janvier 2016 relative aux principes d'organisation des missions de veille et de sécurité sanitaire et des missions relevant des domaines de la défense et de la sécurité au sein des agences régionales de santé. Instruction du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

charge optimale ». L'article R. 3131-13 prévoit les dispositions devant figurer dans le plan et ses modalités de communication et de révision annuelle.

[451] Le guide d'aide à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles en établissements, actualisé en 2019, prévoit deux niveaux, le plan de mobilisation interne et le plan blanc :

- Le plan de mobilisation interne est activé pour la gestion de phénomènes ayant un impact limité sur l'offre de soins au sein de l'établissement (épidémie saisonnière...). Il se traduit par l'activation d'une cellule de crise restreinte
- Le plan blanc est activé pour un événement avec impact majeur. Il se traduit par l'activation de la cellule de crise.

[452] Enfin, le ministre de la Santé désigne dans chaque zone de défense des établissements de santé de référence pour les situations sanitaires exceptionnelles (R. 3131-7 du code de la santé publique). Ces établissements sont désignés en fonction de leurs capacités d'accueil et de leurs ressources humaines et techniques. Les établissements de référence doivent répondre à un référentiel technique national élaboré par la mission nationale COREB⁷⁶.

3.2 Les plans bleus dans les établissements médico sociaux

[453] A la suite de la canicule de 2003, le décret du 7 juillet 2005 relatif aux conditions minimales de fonctionnement des EHPAD a précisé que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées sont tenus d'intégrer dans le Projet d'Etablissement un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, conformément à un cahier des charges arrêté par les ministres de la Santé et des personnes âgées. Le cahier des charges prévoit notamment la désignation d'un référent responsable en situation de crise, les recommandations de bonnes pratiques préventives, la conclusion d'une convention avec un établissement de santé proche. En 2007, une circulaire a prévu l'extension de ces « plans bleus » à l'ensemble des EMS accueillant des personnes handicapées.

[454] Ces « plans bleus » intègrent les objectifs du schéma régional ORSAN. Ils précisent les actions à mettre en place en cas d'alerte sanitaire ou climatique. Ils sont mis en œuvre par le directeur d'établissement ou à la demande de l'Etat. Le ministère a demandé à l'ensemble des EMS de déclencher leurs plans bleus le vendredi 6 mars 2020.

4 Le cadre d'action interministériel du plan national « pandémie grippale » de 2011

[455] La préparation de plans de réponse à des crises de nature sanitaire fait partie des missions du secrétariat général à la défense et à la sécurité nationale. A titre d'exemple, la crise liée à Ebola en 2014 a conduit le SGDSN à piloter un plan national de prévention et de lutte « maladie à virus Ebola » publié le 24 novembre 2014.

[456] Le plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale », préparé sous l'égide du SGDSN et sur la base de retours d'expérience sur la gestion de l'épidémie de 2009, décrit la réponse qui doit

⁷⁶ Mission nationale de coordination opérationnelle sur le risque épidémique et biologique.

être celle de l'Etat face à ce type de pandémie en lien avec l'ensemble des acteurs (professions de santé, élus, acteurs économiques, etc.).

[457] Ce document se décrit lui-même comme un « document d'aide à la préparation et à la décision » qui ne peut pas, par définition, prévoir tous les scénarios de la crise⁷⁷. Il décrit les quatre stades prévisibles de l'épidémie :

- Freiner l'introduction du virus sur le territoire ;
- Freiner la propagation du virus sur le territoire ;
- Atténuer les effets de la vague épidémique ;
- Revenir à la situation antérieure.

[458] Pour chaque stade de l'épidémie sont proposées des fiches réflexes pour guider la stratégie sanitaire et plus globalement les mesures à mettre en œuvre sur les différents champs (continuité économique, etc.).

[459] Ce plan a été décliné et adapté à l'épidémie de COVID-19 dans un « guide d'aide à la décision stratégique » transmis à l'ensemble des ministères le 28 février 2020. Tout en indiquant que la majorité des dispositions du plan pandémie grippale de 2011 s'applique à la situation de la COVID-19, ce guide adapte les recommandations de 2011 aux spécificités de cette épidémie, en particulier concernant l'absence de vaccin à court terme et l'absence de traitement antirétroviral spécifique. Ce document ayant été construit au moment où la France était encore au stade 1 de l'épidémie, il met l'accent sur toutes les mesures d'anticipation de la gestion de crise à mettre en place, sur le plan sanitaire et dans les autres champs.

[460] Ainsi, on constate que de nombreuses mesures prévues dans le plan ont donné lieu à une application à partir de février 2020 : actions de contact tracing, communication, fermeture des structures d'accueil de jeunes enfants, etc. En revanche, d'autres mesures prises au mois de mars n'avaient pas été prévues dans le plan, au premier rang desquelles le confinement national.

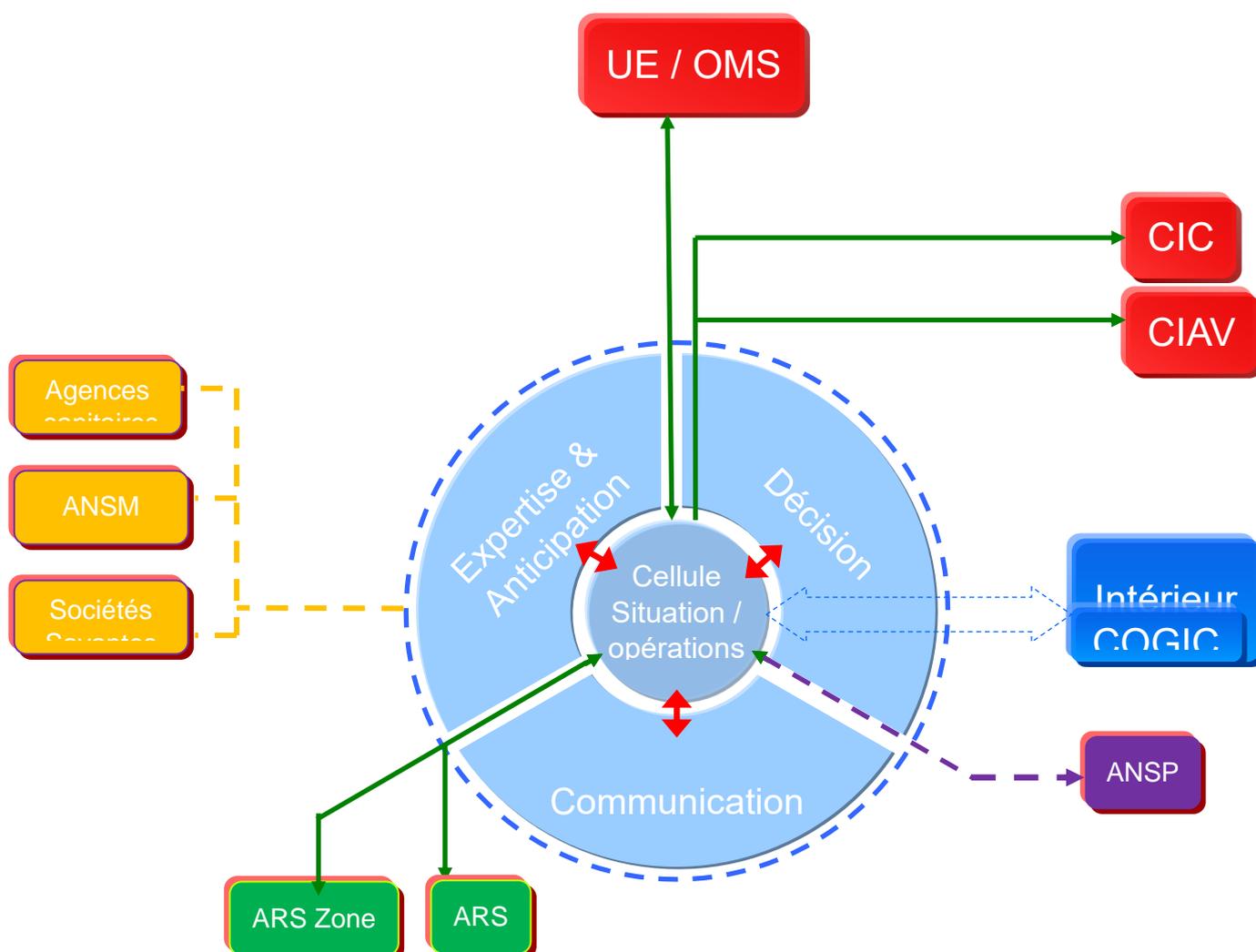
⁷⁷ La présentation du plan pandémie grippale comporte les précisions suivantes : « Le plan est la partie fixe du dispositif. Ecrit à l'avance, il ne peut décrire l'infinité des scénarios, même s'il s'efforce d'avoir une valeur générique. Le rôle du décideur est, dès lors, d'adapter les dispositions du plan à la situation concrète rencontrée. »

ANNEXE 5 : Analyse de l'évolution de la direction de crise

[461] La direction de crise a connu de substantielles évolutions depuis le mois de janvier 2020. L'objet de la présente annexe est d'en restituer les principales étapes afin de dégager les améliorations pouvant encore être apportées.

1 Le schéma d'organisation du CCS

[462] Le schéma ci-dessous correspond à l'organisation générique prévue pour le fonctionnement de la gestion de crise au ministère de la Santé.



Source : CORRUSS

2 Les prémisses de la gestion de crise : la task force COVID de la DGS – janvier 2020

[463] Le 2 janvier 2020 a marqué le début de la veille du CORRUSS sur le nouveau virus. Avant l'élaboration et la diffusion d'organigrammes, plusieurs notes de la sous-direction VSS permettent de retracer les évolutions d'organisation décidées successivement face à l'évolution rapide de la crise.

[464] Une première **note du 21 janvier** adressée par la sous-direction Veille et sécurité sanitaire au directeur général de la santé pose le principe d'une « structuration en mode projet » impliquant d'autres services de la DGS que VSS, notamment la mission communication. C'est pourquoi l'organisation sous forme de « task force » est alors privilégiée bien qu'elle n'ait pas été prévue dans les schémas préparatoires. Cette task force reste centrée sur la DGS : l'intégration des autres services compétents (DGOS, DGCS, etc.) n'est pas assurée à ce stade.

[465] Cette « task force covid 2019 » est composée de différents pôles :

- synthèse / coordination (CORRUSS) ;
- organisation de l'offre de soins /mesures de santé publique ;
- mesures aux points d'entrée ;
- communication ;
- international

[466] La fonction anticipation ne figure pas comme une fonction à part entière mais est intégrée au sein des pôles « organisation de l'offre de soins/mesures de santé publique », « mesures aux points d'entrée » et « communication ». De plus, l'anticipation est mentionnée comme devant être à l'ordre du jour des réunions de la task force, deux fois par semaine.

[467] Toutes les informations ont vocation à être centralisées sur la boîte à lettres électronique du CORRUSS.

3 Activation du centre de crise sanitaire – 27 janvier 2020

[468] **Dès le 30 janvier, une nouvelle note d'organisation, cette fois signée par le DGS**, tient compte de l'activation du centre de crise sanitaire (CCS) le 27 janvier et de la désignation de la ministre de la Santé comme pilote interministérielle de la crise. Le MSS travaille en lien étroit avec le Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères / centre de crise et de soutien.

[469] L'organisation interne évolue avec la mise en place de davantage de pôles thématiques :

- Pôle synthèse et coordination (CORRUSS) ;
- pôle mesures de santé publique ;
- pôle organisation de l'offre de soins ;
- pôle moyens sanitaires ;
- pôle mesures aéroportuaires et gestion des rapatriés ;

- pôle international ;
- pôle communication.

[470] A ce stade, il est précisé dans la note que tous les pôles ont « en charge d'avoir une démarche d'anticipation dans leur réflexion ».

[471] La note précise la comitologie : une réunion de direction de crise quotidienne, une réunion situation du pôle synthèse tous les jours, deux « réunions d'anticipation » par semaine.

[472] Le choix de la centralisation de l'information demeure, par l'intermédiaire d'une boîte à lettres électronique CCS et il est indiqué que « seul le centre de crise sanitaire a la responsabilité de diffuser des messages aux ARS dans le cadre de la gestion de crise liée au n-COV2019 ».

4 Mobilisation générale du MSS – mars 2020

[473] Une nouvelle réorganisation du centre de crise sanitaire est portée à la connaissance de l'ensemble des agents du MSS par une note du directeur général de la santé (DGS) datée du 10 mars.

[474] A cette date, sept pôles sont toujours constitués, dont deux correspondent aux fonctions habituelles portées par un centre de crise (le pôle situation et le pôle communication).

[475] Les cinq autres sont davantage des pôles thématiques avec, d'une part, ceux qui se pérennisent au fil de la crise (expertise en santé publique, organisation de l'offre de soins, international, moyens sanitaires) et ceux qui évoluent en fonction de la propagation de l'épidémie (mesures au points d'entrée, mesures aéroportuaires et gestion des rapatriés).

[476] Surtout, la note décrivant l'organisation du CCS, mentionne également l'organisation de la direction de crise au sein de laquelle apparaissent plusieurs structures ad hoc, armées le plus souvent par des renforts externes à la DGS voire au Ministère :

- une mission « organisation des soins » avec laquelle les pôles « offre de soins » et « expertise en santé publique » ont vocation à travailler en étroite collaboration
- une mission logistique, devant se coordonner avec le pôle « moyens sanitaires » du CCS
- de même, le pôle communication du CCS doit s'articuler avec la directrice de la communication de crise placée au sein de la direction de crise.

[477] Enfin, est prévu en sus un appui à la task force interministérielle mise en place courant février.

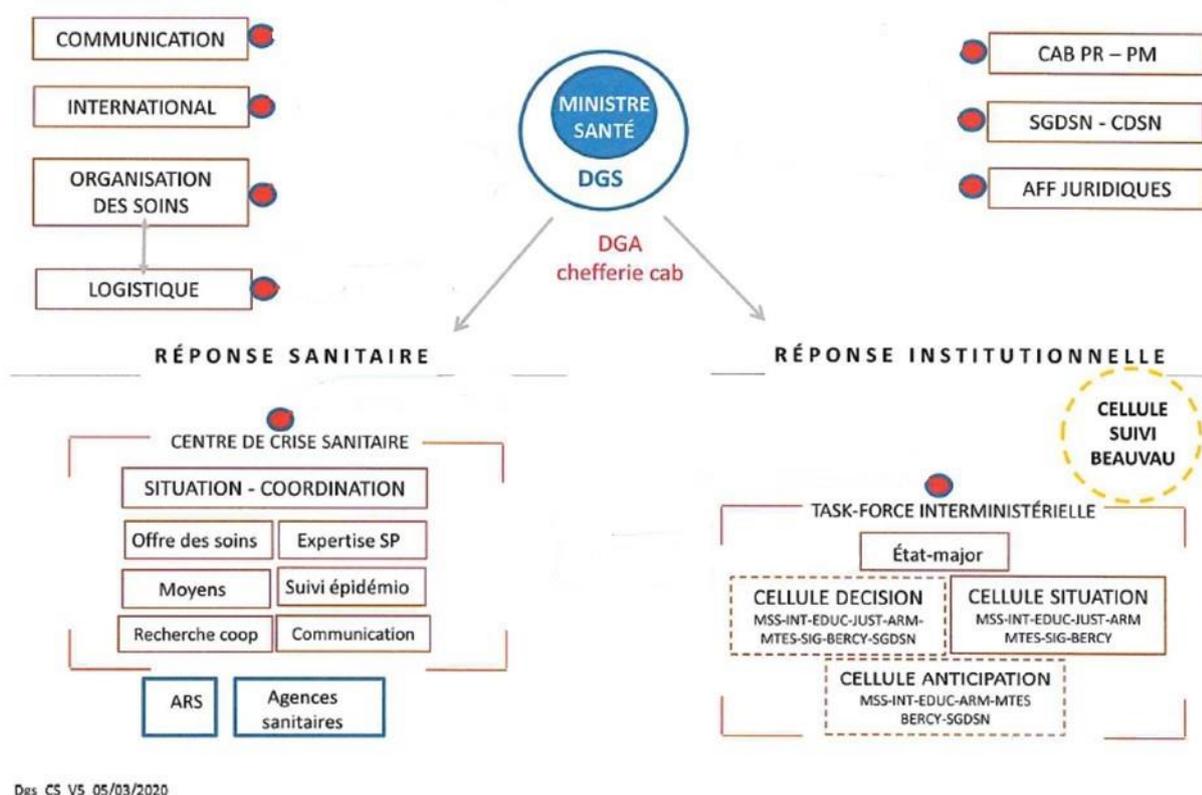
[478] A ce stade, un dédoublement de certaines missions peut donc être observé, sans qu'il ne soit prévu que le CCS ne se retire de certaines missions assurées par ailleurs par la direction de crise. De plus, l'organigramme diffusé en annexe à la note du 10 mars fait apparaître :

- Des missions non décrites dans la note d'organisation de la direction de crise (Cab PR-PM, SGDSN-CDSN, affaires juridiques) ;
- La présence de la task force interministérielle au sein de la direction de crise COVID 19, structurée en trois cellules, sans que son fonctionnement et son articulation avec les autres ministères ne soit précisés ; de fait, la répartition entre « réponse sanitaire » confiée au CCS et « réponse institutionnelle » confiée à la task force interministérielle paraît peu claire ;

- Des pôles au sein du CCS ne correspondant pas au descriptif établi dans la note (pôles « suivi épidémio » et « recherche » n'apparaissent pas dans la note).

[479] Enfin, il est notable que, bien que cette note s'inscrive dans un contexte d'afflux des renforts, aucune fonction « ressources humaines » ne soit identifiée dans l'organisation générale de la direction de crise. Les systèmes d'information et plus généralement la remontée de données ne sont pas non plus, à ce stade, identifiés comme davantage faire l'objet d'une prise en charge spécifique.

Organigramme daté du 5 mars 2020 figurant en annexe de la note datée du 10 mars 2020

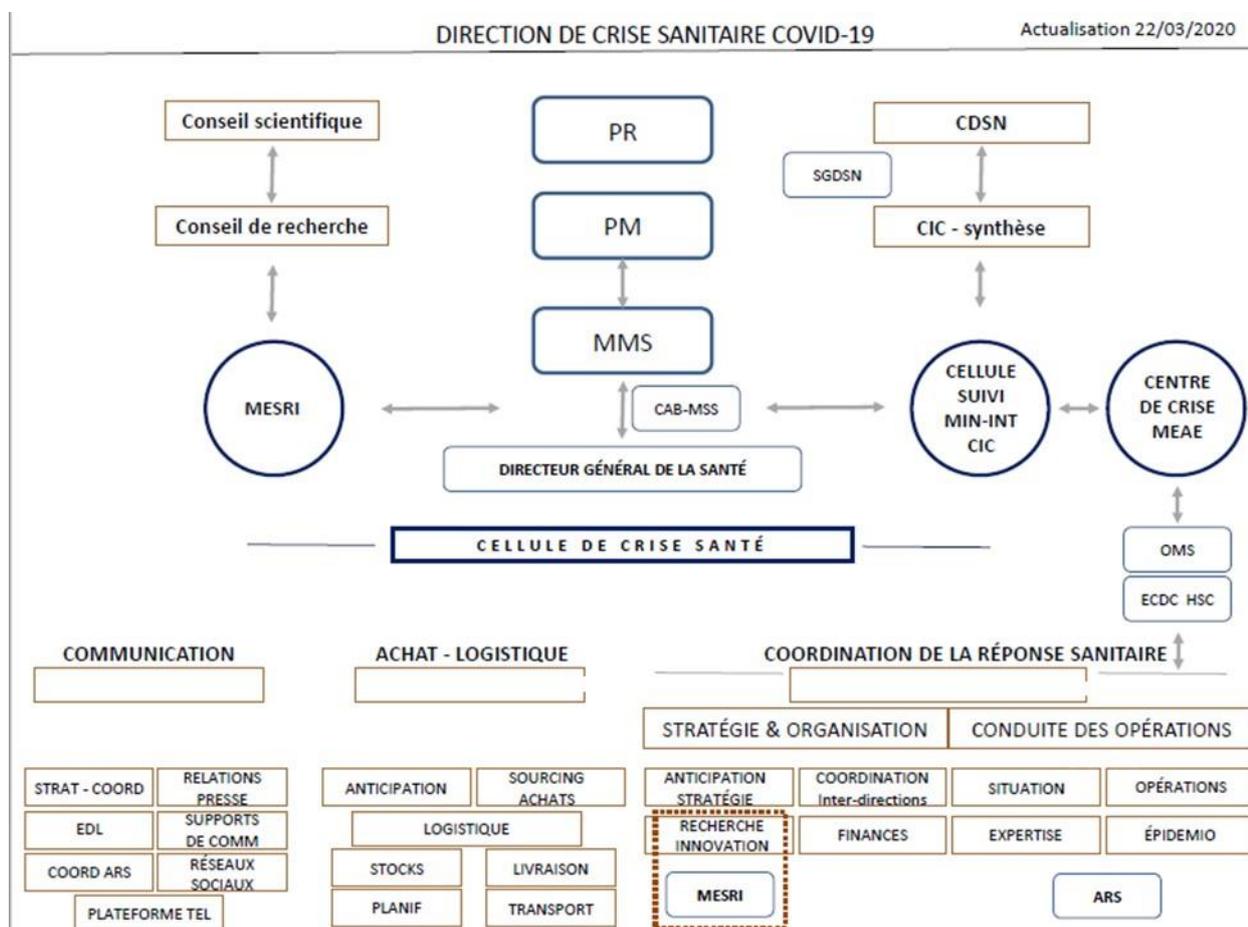


[480] Rapidement, une actualisation de cette organisation est diffusée en interne afin de prendre en considération l'activation de la CIC et le pilotage interministériel, jusqu'au sommet de l'Etat. Aussi, l'organigramme daté du 22 mars 2020 prend acte, sur le volet interministériel :

- Pour partie, de la chaîne hiérarchique qui apparaît sous forme de flèches sans que celles-ci ne suffisent pourtant à bien clarifier les circuits de validation des décisions ;
- du rôle décisionnel des conseils de défense et de sécurité nationale et des réunions de la CIC synthèse (ainsi que du rôle de coordination joué dans ces instances par le SGDSN) ;
- de l'activation de la CIC dite « Beauvau » ;
- de la coopération accrue avec le MESRI sur le volet recherche ;

[481] Quant à l'organisation interne au MSS, elle est également profondément modifiée :

- La communication constitue une entité autonome du centre de crise sanitaire et placée sur le même plan que lui, considérablement renforcée pour assurer tant la communication interne (ARS) qu'externe (grand public en particulier) ;
- Sans être encore nommée CCIL, la cellule achat-logistique connaît le même sort ;
- Le CCS n'apparaît plus sous cette dénomination mais sous l'appellation « conduite des opérations » désormais chapeauté par une direction des opérations appelée « coordination de la réponse sanitaire ». Cette dernière s'appuie également sur un volet « stratégie et organisation » regroupant des aspects assez disparates de la gestion de crise : anticipation (focalisée dans un premier temps sur les respirateurs), coordination inter-direction, finances et recherche / innovation.



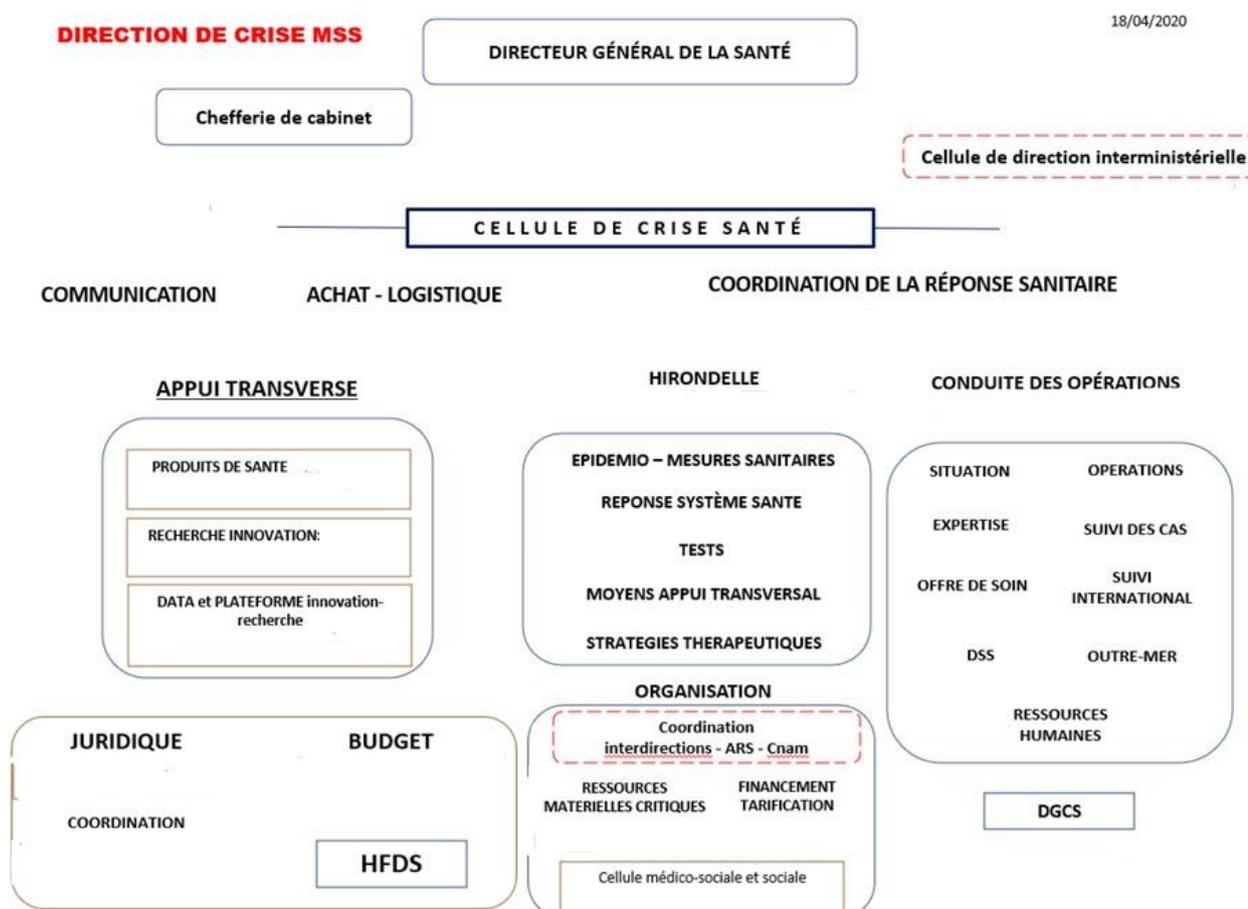
5 Evolutions rapides – avril/mai 2020

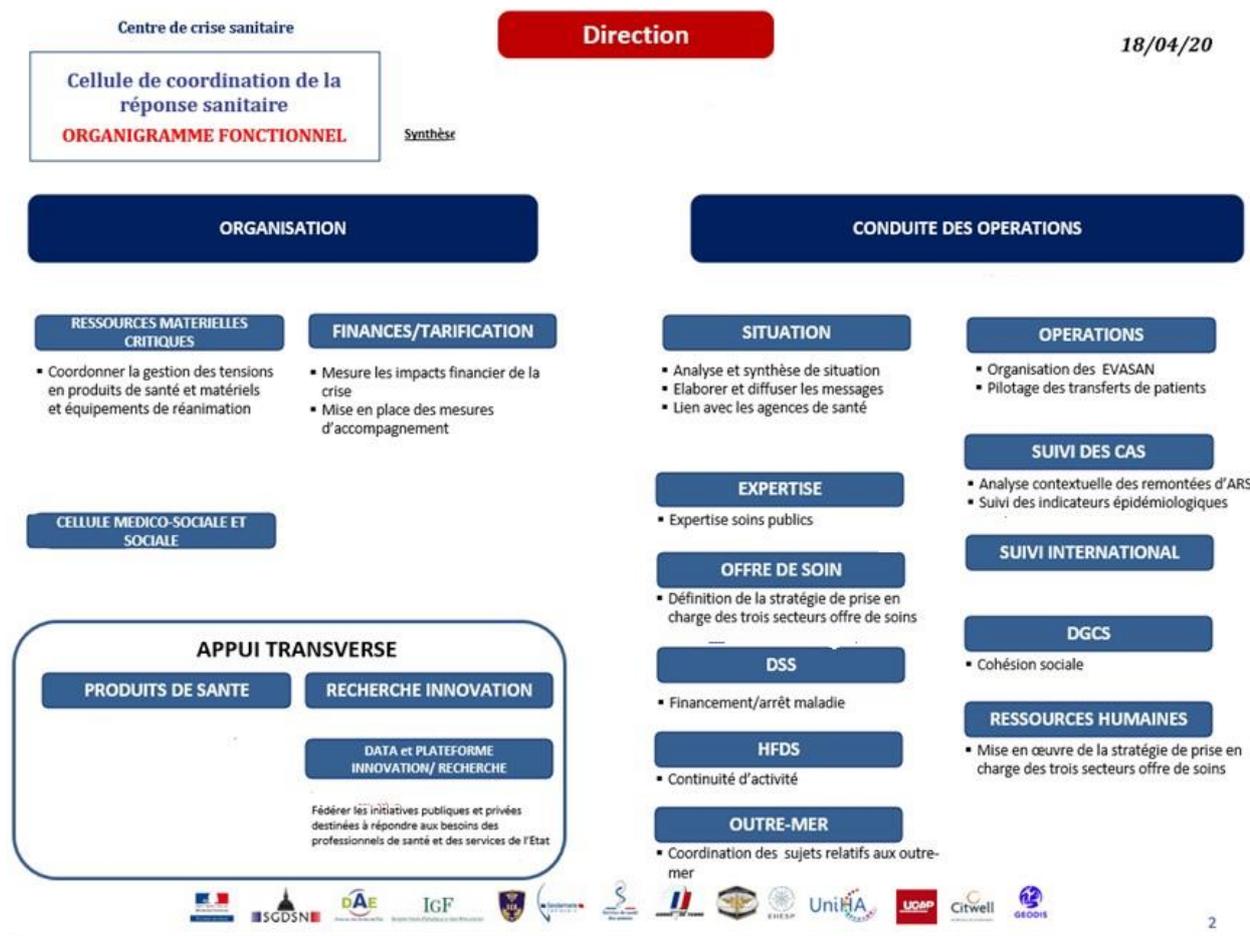
[482] De nombreux ajustements de l'organisation de la direction de crise continuent d'intervenir au cours des mois d'avril et de mai. Au total, entre début mars et début juin, plus de 25 organigrammes différents seront élaborés.

[483] Cette période se caractérise par :

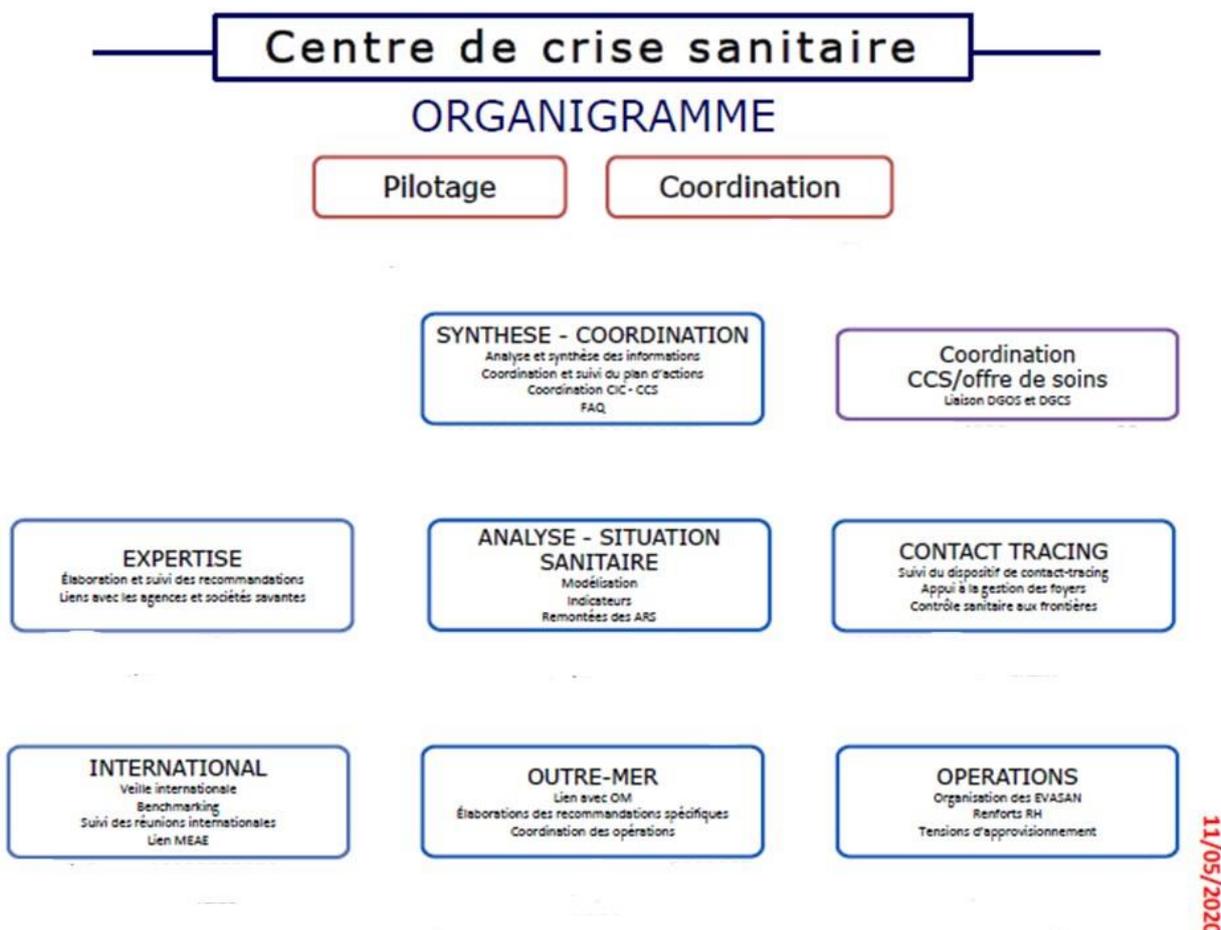
- La persistance de l'éclatement, voire une augmentation de l'atomisation entre les différentes cellules de crise et une synthèse qui ne parvient pas à s'opérer de manière optimale au niveau de la direction de crise ;
- Une autonomisation du sujet tests, pris en charge par une cellule dédiée, mais qui ne figure pas dans les organigrammes de direction de crise du MSS ;
- Une évolution constante des missions et pôles portés par le CCS (ou conduite des opérations) et des contours mal définis (cf les deux organigrammes ci-dessous, pourtant tous deux datés du 18 avril, font apparaître des cellules différentes au sein du CCS) ;
- Une confusion permanente entre les termes employés (direction de crise / CCS / conduite des opérations / organisation, etc.) qui perdure au fil des mois, marqueur du peu d'ancrage des organigrammes, par ailleurs peu diffusés.

[484] Par ailleurs, la lecture de ces organigrammes par la mission fait apparaître une dissonance entre les circuits de décision en interne au MSS tels que représentés et la réalité décrite par les acteurs rencontrés. A titre d'exemples, la CCIL tout comme la direction de la « coordination de la réponse sanitaire » rapportaient directement au directeur de cabinet du Ministre, qui n'apparaît pourtant pas sur les organigrammes.





[485] Au sein du CCS (compris dans son acception la plus restrictive, telle que représentée ci-dessous), les thématiques portées continuent d'évoluer en fonction des difficultés soulevées par la propagation de l'épidémie. De plus, la dimension ministérielle de la gestion de crise est très peu présente dans son organisation : personnel essentiellement issus de VSS et thématiques pouvant être considérées comme peu inclusives (ex : DGCS).



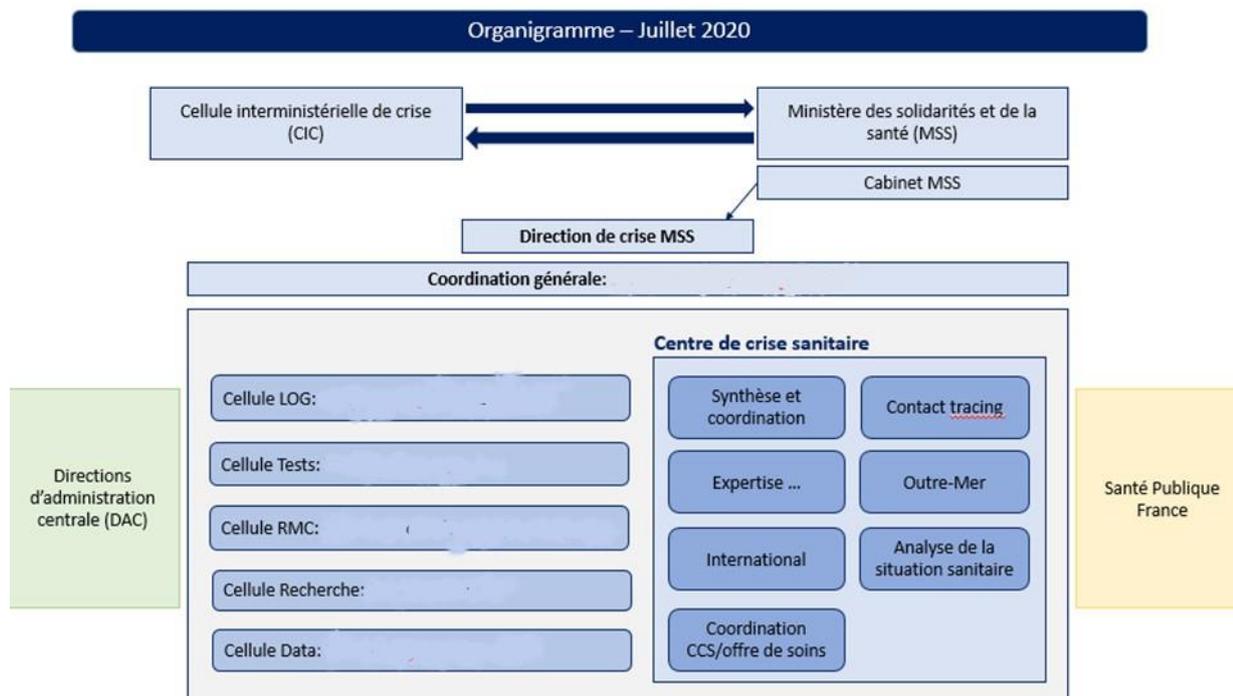
6 Internalisation de la gestion de crise au sein des services – juin/juillet 2020

[486] De nombreux renforts partent dans le courant du mois de juin, ce qui a un impact direct sur l'organisation de la direction de crise et incite le directeur de cabinet à confier une mission d'organisation interne aux deux directeurs généraux adjoints de la DGS et de la DGOS en vue de réinternaliser l'essentiel des missions de gestion de crise au sein des services. Une lettre de mission leur est transmise en ce sens.

[487] Les circuits de décision sont simplifiés et l'objectif poursuivi est celui de parvenir à une vision d'ensemble de la gestion de crise, qui repose désormais sur un nombre moins conséquent de personnes, dépendant toutes du MSS, à l'exception de quelques prestataires (pour la logistique notamment).

[488] Toutefois, cette réorganisation demeure assez « confidentielle » au sein du MSS et sa vision est peu partagée en interne. De ce fait, les acteurs de ce dispositif de gestion de crise ont des interprétations assez différentes de la commande qui leur a été passée, entre mise en place d'un schéma provisoire pour « passer l'été » malgré les départs en congés indispensables dans les équipes et structuration plus pérenne d'une direction de crise DGS / DGOS. Il n'a pas été possible, pour la mission, de déterminer le degré de mise en œuvre du schéma organisationnel ci-dessous, en dehors du *reporting* hebdomadaire au directeur de cabinet qui a bien été mis en place.

[489] Enfin, un certain manque de lisibilité perdure du fait de la dénomination changeante des entités au sein du CCS et plus globalement de la direction de crise (pôles / cellules / fonction, etc.) du fait que l'organisation ne soit jamais totalement arrêtée ni partagée avec l'ensemble des acteurs.



7 Réorganisation dans un contexte de rebond épidémique – septembre/octobre 2020

[490] Le ministère procède aux mois de septembre et octobre 2020 à une réorganisation de la direction de crise et du CCS.

[491] La direction de crise est désormais organisée sous l'égide du directeur de cabinet qui est directeur de crise et auquel rapportent trois fonctions : direction scientifique, direction des opérations et fonction anticipation. La direction des opérations, pilotée par le Secrétaire général, est appuyée par un « cabinet de crise », organisé autour de grandes thématiques (Tester, Alerter, Protéger, CIC, médico-social, etc.) constitué de renforts extérieurs. Une fonction « anticipation », est également constituée en marge de ce cabinet et intègre notamment la question des vaccins.

[492] Dans le même temps, la réorganisation du CCS fait apparaître une réinternalisation de l'ensemble des fonctions, notamment la vaccination ou encore la tutelle de SPF.

[493] Au moment de la remise du rapport, la mission ne dispose pas du recul suffisant pour porter une appréciation sur l'impact de ces deux réorganisations.



12/10/2020



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
Centre de crise sanitaire

Paris, le 10/03/2020

NOTE du Directeur général de la santé

OBJET : Organisation du Centre de crise sanitaire au 5 mars 2020

Le pilotage interministériel de la crise liée au nouveau coronavirus covid-19 a été confié au Ministre des Solidarités et de la Santé. Le Centre de Crise Sanitaire est activé depuis le 27 janvier dernier.

La présente note a pour objet de présenter l'organisation du centre de crise sanitaire et son fonctionnement dans le cadre de la nouvelle organisation de direction de crise mise en place depuis le 2 mars 2020.

Elle a également pour objet de rappeler les procédures à mettre en œuvre pour maintenir une gestion fluide et efficiente.

L'Organisation Mondiale de la Santé a confirmé le 07 janvier 2020 que les cas groupés de pneumopathies d'allure virale identifiés à Wuhan en Chine étaient dû à un nouveau coronavirus émergent (covid-19). L'évolution épidémiologique au niveau international et la détection en France de 3 cas confirmés ont nécessité l'activation du niveau 3 de l'organisation de crise. Le Centre de Crise Sanitaire est créé depuis le 27 janvier dernier.

I. Organisation de la gestion de crise

La direction de crise s'est renforcée et structurée autour du directeur de crise depuis le 2 mars 2020. Une identification des missions de la direction de crise a été réalisée et structurée autour de 3 axes : définition de la stratégie, réponse institutionnelle et réponse sanitaire. Ces missions doivent être mises en œuvre dans le cadre d'échanges réguliers et opérationnels entre les responsables et équipes des différents pôles ou cellules. La présente note a pour objet de décrire ces processus d'organisation et d'échange destinés à garantir une gestion fluide et efficiente de la gestion de cette crise.

1/ Missions réponse sanitaire

a) Organisation du Centre de Crise Sanitaire :

Le centre de crise sanitaire remplit les missions traditionnelles suivantes :

- ✓ Assurer le suivi de la situation nationale et internationale ;
- ✓ Définir et faire évoluer la stratégie de réponse sanitaire en fonction de la situation épidémiologique ;

- ✓ Coordonner la préparation et l'action des acteurs du système de santé face à l'émergence du virus covid-19 ;
- ✓ Anticiper les difficultés liées à cette émergence, notamment durant la période de l'épidémie saisonnière de grippe ;
- ✓ Associer les autres secteurs ministériels concernés par cette situation et la stratégie de réponse sanitaire ;
- ✓ Définir la stratégie de communication et élaborer les outils nécessaires (EDL, CP, affiches, numéro vert, etc.).

Il comprend désormais 7 pôles : offre de soins, expertise en santé publique, situation-coordination, moyens et logistiques, suivi épidémiologique, communication et recherche et coopération.

Son pilotage est le suivant :

- Directeur de crise :
- Pilotes :

b) Mission de chacun de ces pôles

Chaque pôle a des objectifs largement définis permettant en outre de s'adapter aux enjeux soulevés par l'évolution de la crise. Les missions exercées par chacun de ces pôles pour atteindre ces objectifs peuvent évoluer en fonction des besoins à satisfaire.

Chaque pôle est piloté par un binôme désigné (*cf. infra*). Les pilotes de chaque pôle sont chargés d'élaborer et de suivre le plan d'action pour ce qui les concerne. Au sein de chaque pôle, des cellules techniques *ad hoc* peuvent être organisées en fonction des sujets d'actualité. Une réévaluation régulière du dimensionnement de chacun des pôles est prévue et fera l'objet d'une discussion avec les encadrants des bureaux et missions concernés.

2/ Objectifs spécifiques des pôles :

Pôle 1 : Situation et coordination (Pilotes :

a) Objectifs spécifiques :

- ✓ Analyser la situation ;
- ✓ Analyser et synthétiser les informations (dont celles issues de la veille réalisée par les pôles) ;
- ✓ Suivre et mettre à jour le plan d'action et la main courante ;
- ✓ Elaborer et diffuser des points de situation quotidiens ;
- ✓ Assurer le lien avec les agences sanitaires (SpF, ANSM, ABM et EFS principalement) et les ARS ;
- ✓ Elaborer et diffuser les messages à destination des établissements de santé et des professionnels de santé (MINSANTE, MARS, DGS-Urgent) ;
- ✓ Assurer la rédaction de la FAQ des ARS et la mise à jour de l'espace partagé Symbiose au bénéfice des ARS ;
- ✓ Assurer la gestion de la BAL pour les professionnels de santé.

Pôle 2 : Expertise en santé publique (Pilotes :

a) Objectifs spécifiques :

- ✓ Suivre l'élaboration des recommandations par les experts et contribuer à leur déclinaison ;
- ✓ Suivre la stratégie diagnostique : développement et dissémination de la technique développée par le CNR ;
- ✓ Définir des mesures barrières et veiller à la mise en place des mesures d'hygiène ;
- ✓ Sécuriser la mise à dispositions des PSL et les dons (tissus, produits, cellules) ;
- ✓ Définir, en lien avec le pôle offre de soins, les stratégies thérapeutiques ;

- ✓ Suivre le développement des efforts français sur l'émergence (lien avec REACTing).

Pôle 3 : Offre de soins (Pilote :)

a) Objectifs spécifiques :

- ✓ Participer à la définition de la stratégie et organiser la prise en charge de ces patients ;
- ✓ Organiser le secteur pré-hospitalier à la gestion de l'épidémie ;
- ✓ Préparer le secteur hospitalier à augmenter ses capacités de la prise en charge des cas ;
- ✓ Anticiper et préparer l'organisation du secteur médico-social.
- ✓ Identifier les moyens sanitaires nécessaires à la prise en charge des patients.

Pôle 4 : Moyens sanitaires (Pilote :)

a) Objectifs spécifiques :

- ✓ Apporter une expertise au pôle « logistique » en matière pharmaceutique ;
- ✓ Assurer le tuilage avec la future équipe logistique interministérielle

Pôle 5 : Suivi épidémiologique (Pilotes :)

a) Objectifs spécifiques :

- ✓ Suivre les cas confirmés déclarés sur le territoire national, en particulier, les cas groupés et complexes et les décès ;
- ✓ Suivre les cas confirmés de professionnels de santé ;
- ✓ Mettre en œuvre les procédures de contact-tracing internationales ;
- ✓ Suivre la situation épidémiologique au niveau international ;
- ✓ Suivre les situations complexes à l'international impliquant des ressortissants français.

b) Organisation des cellules :

- ✓ Suivi et gestion des cas sur le territoire national
- ✓ Suivi et gestion des cas au plan international

Pôle 6 : Communication (Pilote :)

a) Objectifs spécifiques :

- Elaborer la stratégie de communication ;
- Produire et actualiser les éléments de langage en fonction de l'évolution de la situation nationale et internationale et contribuer à la production de supports d'information pour le public et les professionnels.
- assurer une veille médiatique et des réseaux sociaux ;
- Assurer la permanence de la réponse aux médias ; Organiser les points presse ;
- Coordonner la communication avec les ARS et les partenaires ;
- Assurer la bonne coordination avec le SIG, la task force et SpF pour la validation et la diffusion des outils ;
- Organiser avec la DICOM et en lien avec SpF la mobilisation des médias et l'adaptation des messages à l'évolution de la situation épidémiologique (procédure CSA). .
- Assurer le suivi et l'information de la plateforme téléphonique de réponse au public

Pôle 7 : Recherche et coopération (Pilote :)

- ✓ Veille et prospective en matière de recherche ;

3/ Modalités de fonctionnement :

La réponse sanitaire par le centre de crise sanitaire est mise en œuvre sous la responsabilité des pilotes de la crise. Selon les objectifs des pôles, des liens peuvent être plus étroits avec l'équipe de direction (Organisation des soins – Logistique) chargée de définir, en lien avec les pôles du CCS concernés, une stratégie qu'ils déclinent alors opérationnellement.

a) *Circuits d'information au sein du centre de crise sanitaire :*

L'ensemble des informations relatives à l'émergence du virus covid-19 sont centralisées par le Centre de Crise Sanitaire (centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr). Les sous-directions de la DGS et les membres de l'équipe de direction sont également invités à transmettre au centre de crise sanitaire de telles demandes qui ne relèveraient pas de leur champ de compétence et qui impliquent une réponse à diffuser par le CCS. L'ensemble des sollicitations externes (ARS, agences sanitaires nationales, ...) sont également adressées au pôle situation et coordination. Celui-ci attribue la production des nouveaux contenus nécessaires au pôle concerné, sur la boîte fonctionnelle du pôle. Lorsqu'une mise en forme particulière est nécessaire, le contenu produit est adressé directement au pôle communication qui l'adresse *in fine* aux pilotes de crise pour validation. Lorsqu'une sollicitation presse concerne des éléments déjà précédemment validés par les pilotes de la task force, les réponses sont validées directement par le Directeur de crise, sans relecture préalable.

Le pôle situation et coordination est chargé des diffusions internes et externes ad hoc via les listes de diffusion qu'il met régulièrement à jour. **Seul le centre de crise sanitaire a la responsabilité de diffuser des messages aux ARS dans le cadre de la gestion de crise lié au covid-19.**

b) *Réunions :*

- ✓ Réunion « *décision* » : le directeur de crise réunit quotidiennement le représentant du cabinet, les pilotes du CCS ainsi que le responsable du pôle communication. Le plan d'actions de la journée est défini. Les demandes d'arbitrages sont réalisées.
- ✓ Réunion quotidienne courte avec les pilotes de la crise et les chefs de pôle.
- ✓ Réunion « *situation – plan d'actions* » : tous les jours à 10h est organisée par le pôle 1 « synthèse et coordination » une réunion avec les agents du centre de crise sanitaire (CCS). L'objectif est de partager les informations de la veille et de mettre en place le plan d'action.
- ✓ Réunion interservices : le pilotage de la crise est assuré par le MSS. A ce titre, à échéance régulière, le directeur de crise réunit les ministères concernés.
- ✓ Réunion « *ARS* » : le centre de crise organise en tant que de besoin des conférences téléphoniques nationales avec l'ensemble des ARS afin de présenter la stratégie de réponse retenue par le CCS e de répondre aux questions des ARS.
- ✓ Réunion « *agences sanitaires* » : une réunion quotidienne est réalisée avec SpF (analyse de risque, stratégie sanitaire, gestion des moyens nationaux). En complément, des réunions spécifiques peuvent avoir lieu avec l'ANSM notamment.

c) *Livrables :*

Un point de situation quotidien sera communiqué à l'ensemble des partenaires interministériels et au sein de la chaîne santé. Un point sera également réalisé chaque semaine en Réunion de Sécurité Sanitaire le mercredi.

Un point biquotidien (12h et 17h) est diffusé par le pôle 1 à l'ensemble de la task force et à la hiérarchie de la DGS comprenant : le bilan des cas possibles et confirmés, des éléments de veille d'opinion issus du pôle communication et des éléments de veille internationale issus du pôle international.

Un tableau de suivi du plan d'action régulièrement mis à jour sera diffusé à l'ensemble des membres de la task force et à la hiérarchie de la DGS les lundi et jeudi.

II. Organisation de la direction de crise

La direction de crise a été renforcée depuis le 2 mars 2020. Son organisation figure en pièce jointe. Elle n'a pas vocation à venir mettre en cause les procédures rappelées ci-dessus.

Les pôles « offre de soins » et « expertise en santé publique » du CCS sont amenés à travailler en étroite collaboration avec la mission « organisation des soins ». Le pôle « moyens sanitaires » est en lien étroit avec la mission « logistique » et les effectifs dédiés sur cette mission.

S'agissant du pôle communication, il travaille en lien avec la directrice de la communication positionnée au sein de la direction de crise et chargée du copilotage de la stratégie de communication, de la co-organisation de la réponse presse. Elle est garante de la ligne éditoriale et valide des contenus et établit les liens avec le porte-parole du gouvernement et avec les cabinets ministériels.

III. Appui à la task force interministérielle

Enfin, des agents du ministère apportent un appui à l'animation et au fonctionnement de la task force interministérielle. Ils sont réunis au sein d'un pôle « TFI » piloté par

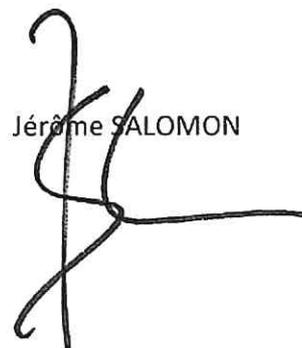
IV. Réponse des courriers

La procédure de réponse aux courriers arrivant par mail a été simplifiée et est suivie par la chefferie de cabinet de la DGS. Les réponses sont proposées par une personne désignée rattachée à la direction de crise.

Copie :

- SGMAS
- DGOS
- DSS
- DGCS
- DiCOM
- DFAS
- DRH
- DREES

Jérôme SALOMON

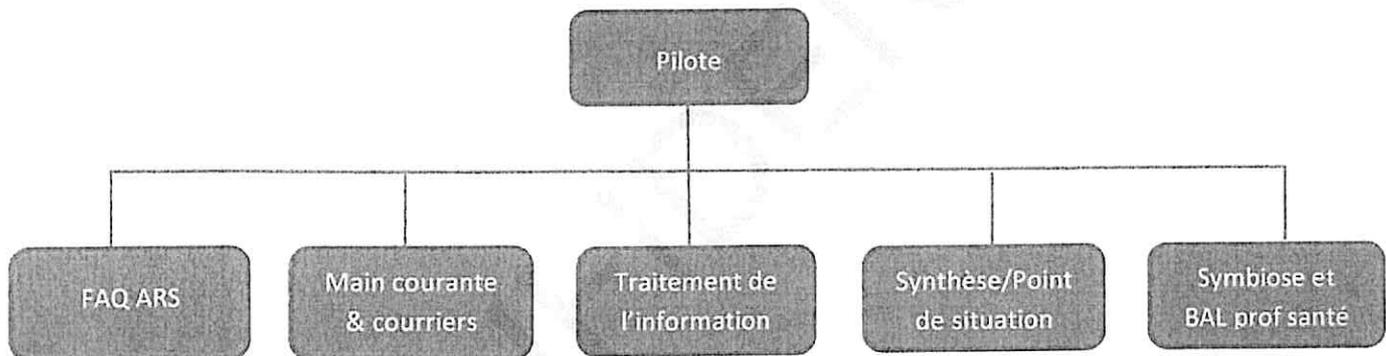


Organisation du pôle situation et coordination

1. Missions du pôle situation et coordination

- ✓ Analyser la situation ;
- ✓ Analyser et synthétiser les informations (dont celles issues de la veille réalisée par les pôles) ;
- ✓ Suivre et mettre à jour le plan d'action et la main courante ;
- ✓ Elaborer et diffuser des points de situation quotidiens ;
- ✓ Assurer le lien avec les agences sanitaires (SpF, ANSM, ABM et EFS principalement) et les ARS ;
- ✓ Elaborer et diffuser les messages à destination des établissements de santé et des professionnels de santé (MINSANTE, MARS, DGS-Urgent) ;
- ✓ Assurer la rédaction de la FAQ des ARS et la mise à jour de l'espace partagé Symbiose au bénéfice des ARS ;
- ✓ Assurer la gestion de la BAL pour les professionnels de santé.

Organigramme :



2. Ressources de fonctionnement

Activités	1 équipe /journée	2 équipes/journée (8h00-16h00/15h00-22h00)	1 équipe/journée le WE
Pilotage	1 personne	2 personnes	/
Traitement de l'information	2 à 3 personnes	4 à 6 personnes	1 à 2 personnes
Synthèse/point de situation	1 personne	2 personnes	1 personne
Main courante et courrier	1 personne	2 personnes	
FAQ ARS	1 personne	2 personnes	/
Symbiose et BAL prof de santé	1 à 2 personnes	2 à 4 personnes	/
Total des effectifs	7 à 9 personnes	14 à 18 personnes	2 à 3 personnes

Les outils mis à disposition du pôle synthèse et coordination :

- La boîte mail dédiée : centrecrisesanitaire@sante.gouv.

Rédacteur :

Contributeurs :

Mise à jour : le 02 mars 2020

- Le numéro de téléphone dédié du CCS en HO : **01 40 56 75 11**
- Le numéro de téléphone dédié du CCS en HNO : **06.27.39.44.86**
- Le système d'information SISAC ayant vocation à être remplacé par GO DATA
- Utilisation des listes de diffusion dédiées (LD) pour diffuser les synthèses quotidiennes ou les messages urgents
- Le serveur « I » avec la mise en place d'un dossier de crise partagé :
I:\VSS\5 Gestion des alertes\5 - GESTION DES ALERTES\5.1 - Pré-alertes et alertes en cours\2020-01-06 - Pneumopathies Chine
- Différents fichiers Excel permettant le suivi :
 - De la main courante
 - De la FAQ des ARS
 - Du plan d'action du CCS

3. Missions et organisation des différentes activités du pôle synthèse et coordination :

Acteurs	Missions
Pilote	<ul style="list-style-type: none"> - Pilotage et organisation RH du pôle - Validation des synthèses/productions du pôle (PS, synthèse, courriers) - Suivi du plan d'action - Organisation du briefing quotidien de la cellule - Organisation du briefing du CCS les mardi/mercredi/vendredi - Appui des agents sur les différentes activités
Chargé(e) du traitement de l'info	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement/analyse/régulation de l'information entrante/sortante sur la BAL centrecrisesanitaire et la ligne téléphonique dédiée - Alerte du pilote en cas d'information nécessitant un traitement urgent - Archivage des documents dans l'arborescence du serveur -> Procédure « régulation » du pôle synthèse et coordination
Chargé(e) de la main courante/courriers	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction de la main courante - Rédaction des courriers -> Procédure « main courante » du pôle synthèse et coordination
Chargé(e) de la synthèse/point de situation	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction du point de situation quotidien ou sur demande spécifique -> Procédure « point de situation » du pôle synthèse et coordination
Chargé(e) de la rédaction de la FAQ des ARS	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction de la FAQ des ARS et mise à disposition sur l'outil partagé « symbiose » -> Procédure « FAQ » des ARS
Chargé(e) de la mise à jour de l'espace partagé « symbiose » et de la gestion de la BAL « professionnels de santé »	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour des documents dans l'espace partagé « symbiose » - Gestion de la boîte mail dédiée aux professionnels de santé ->

4. Journée type de(s) équipe(s) du pôle synthèse et coordination

9h00 : prise de poste et briefing du pôle pour l'équipe du matin

Rédacteur :

Contributeurs :

Mise à jour : le 02 mars 2020

10h00 ou 11h00 : briefing du CSS

12h00 : diffusion de la synthèse internationale voire d'un point de synthèse intermédiaire

12h30 : repas

15h00 : prise de poste et briefing du pôle pour l'équipe d'après midi

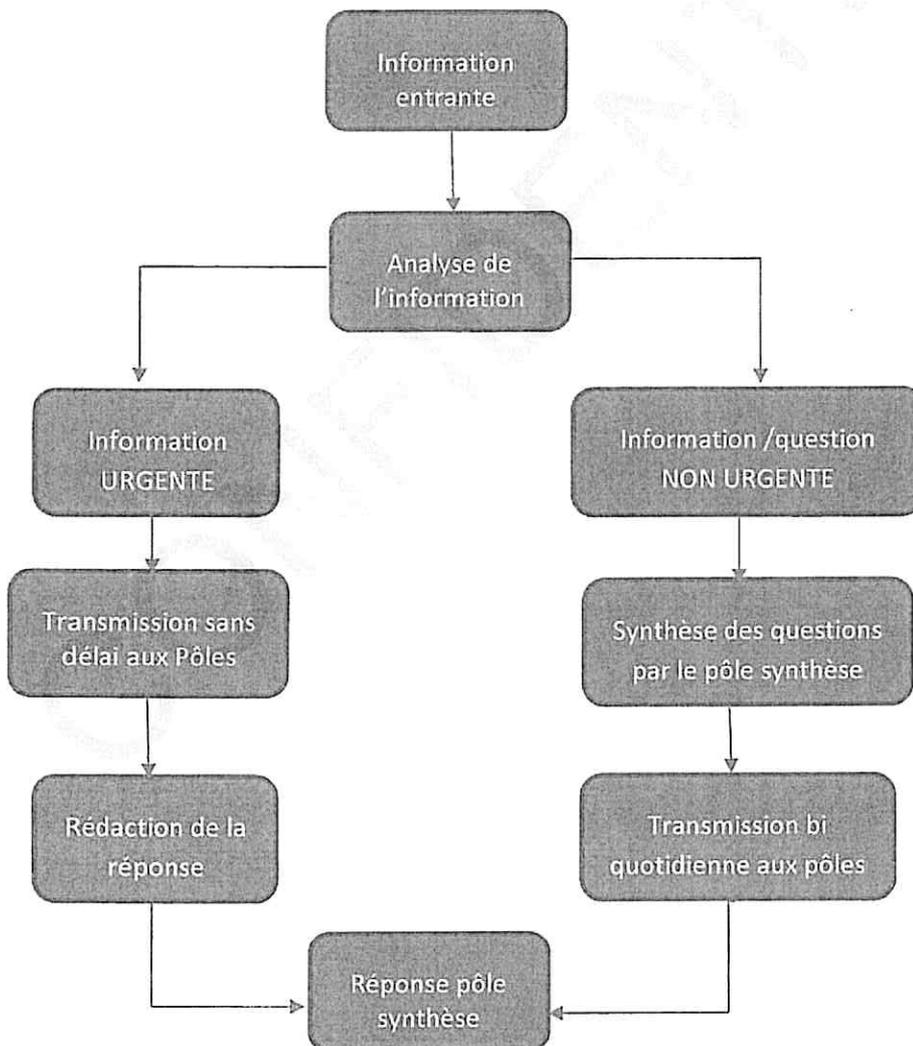
16h00 : fin de service pour l'équipe du matin

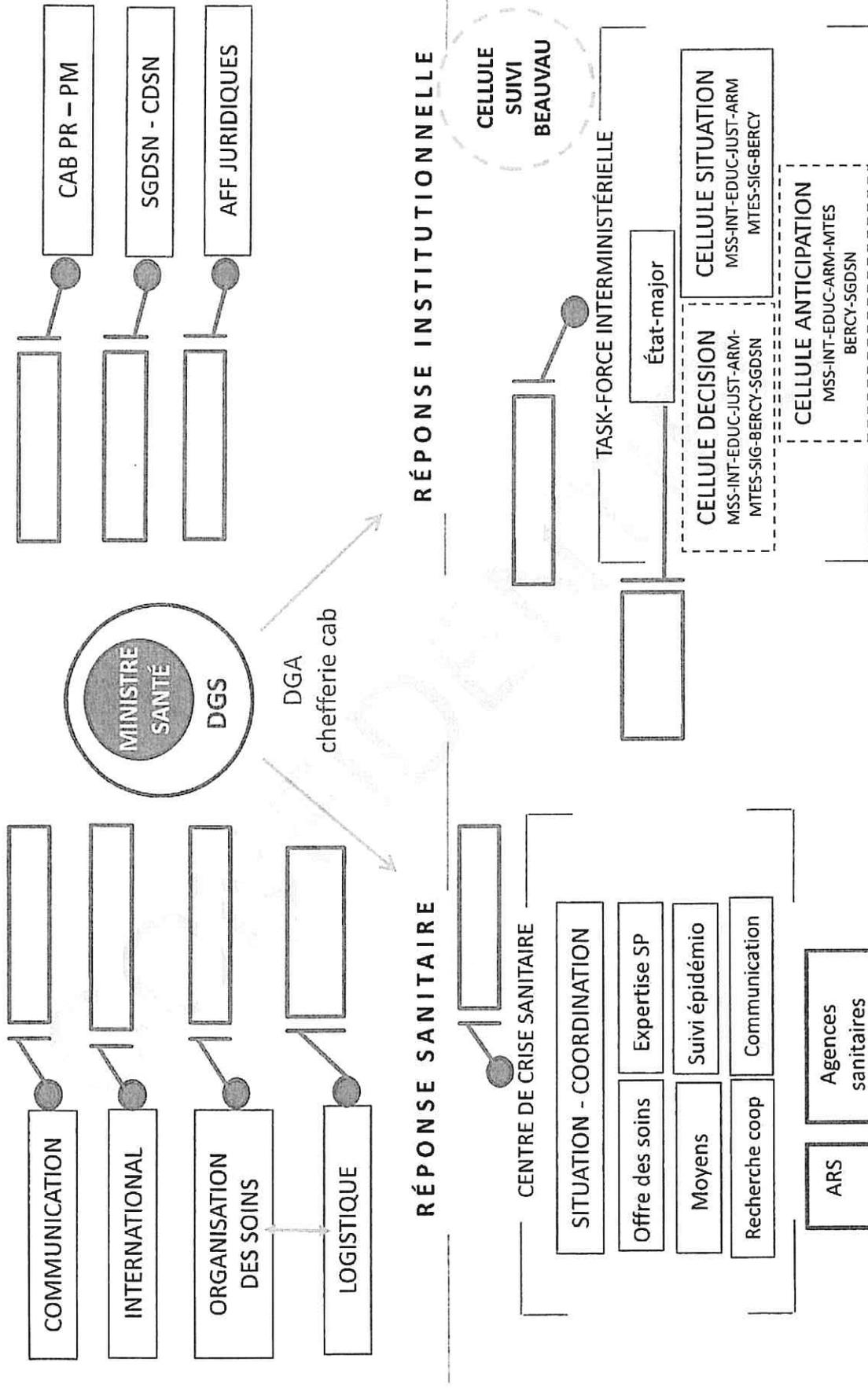
18h00 : diffusion du point de situation national et de la FAQ des ARS

19h00 : repas

22h00 : fin de service pour l'équipe d'après-midi

5. Gestion du flux d'information





ANNEXE 6 : Analyse d'un processus de décision – exemple de l'attribution des respirateurs à l'ARS Grand Est

[494] Le retour d'expérience fait apparaître une complexité dans l'organisation de la direction de crise avec un impact sur la clarté du processus de décision. L'objet de cette annexe est d'approfondir un processus particulier, sans minimiser la difficulté à reconstruire a posteriori les différentes étapes de la prise de décision.

1 L'attribution des respirateurs est mise en avant par l'ARS comme illustrative des relations difficiles avec le niveau national au pic de la crise

[495] La vision exprimée par l'ARS est celle d'un décalage voire d'un retard dans la prise en compte des spécificités de la région, confrontée la première à la vague la plus forte sur le territoire national.

[496] Malgré quelques nuances, ce diagnostic paraît convergent entre l'ancien directeur général de l'ARS et l'équipe qui lui a succédé.

[497] Le directeur général en poste jusqu'au 8 avril fait ainsi état d'une demande de 200 respirateurs qui a été adressée dès le 17 mars au centre de crise et d'une aide nationale qui est restée limitée :

- « Nous n'avons été aidés que trop peu et / ou trop tard pour les masques, les respirateurs et les réactifs de laboratoire »
- « La région a réalisé un énorme effort de création de place en réanimation avec une aide très limitée du niveau national en termes de respirateurs et ressources humaines »
- « L'apport national a été pour l'essentiel au début de la crise celui de l'armée avec la fourniture de 20 respirateurs »
- « L'agence a fait des demandes précises auxquelles il n'a été répondu que tardivement et avec des matériels inadaptés : 70 respirateurs la plupart légers et qui sont arrivés à la toute fin mars au début d'avril. »⁷⁸

[498] La directrice générale en poste à partir du 8 avril et ses collaborateurs ont fait également valoir les points suivants :

- Des demandes sans réponse sur les premiers jours ;
- Des respirateurs reçus qui n'étaient que des respirateurs « légers » ;
- Certains établissements qui n'ont pas reçu de respirateur alors que les lits étaient prêts à accueillir des patients ;

⁷⁸ Source : réponses de Christophe Lannelongue aux missions d'enquête parlementaires et entretien avec la mission.

- Des respirateurs reçus jusqu'en juin alors que le besoin n'existait plus à ce moment de la crise⁷⁹.

[499] Sur la base de ces constats, l'ARS souligne pour l'avenir la nécessité de mettre en place une réserve régionale, mobilisable rapidement de respirateurs lourds pré-positionnés dans les établissements, et des lits pouvant être armés sous 48/72h, sans avoir à attendre le niveau national.

2 Les échanges ont été quotidiens entre l'ARS et le niveau national au plus fort de la crise

2.1 Un reporting quotidien de l'ARS sur les besoins en respirateurs à partir de la mi-mars

[500] Au plus fort de la crise, l'ARS a adressé une note par jour au CCS comportant l'état de la réanimation dans la région. Les messages d'accompagnement listaient les besoins en respirateurs.

[501] Pour fonder ses analyses, l'ARS s'est fondée sur un questionnaire de suivi des moyens de réanimation et des patients COVID + auprès des établissements :

- Exploitation quotidienne jusqu'au 1er juin 2020
- Exploitation bi-hebdomadaire (mardi et vendredi) depuis lors.

[502] Les besoins identifiés par l'ARS ont varié au cours du temps en fonction de la cinétique de l'épidémie et de l'actualisation des prévisions et des modélisations sur le pic de l'épidémie. La prise en compte de la mise en œuvre des transferts interrégionaux de patients (325 transferts lors de la première vague) et intrarégionaux a également fait varier l'évaluation chiffrée des besoins

2.2 Une prise en compte progressive des demandes par le niveau national

[503] Le tableau suivant synthétise les principales actions entreprises sur la base des messages échangés et des comptes rendus de réunions décisionnelles (notamment ceux de la cellule dite « décision »).

⁷⁹ Source : entretiens avec la mission.

Principales actions du niveau régional	Principales actions du niveau national
Le 15 mars, l'ARS évalue un besoin de 200 respirateurs lourds.	<p>Sur la semaine du 15 mars, le niveau national identifie 20 respirateurs attribués par le service de santé des armées au Grand Est ; 10 autres identifiés comme « en cours de livraison » ; s'y ajoute la mise en place prévue de l'hôpital de campagne avec 30 respirateurs lourds.</p> <p>En dehors de ce stock et comme l'indique le CR de la cellule décision du 20 mars, les premières attributions complémentaires sont prévues pour le 30 mars.</p>
Le 21 mars, le DG ARS revoit le besoin de respirateurs lourds à 160, chiffre peu ou prou confirmé par le rapport de RETEX de Benoit Vallet (besoin estimé à 150 respirateurs dans le rapport).	
	Le 24 mars, le CR de la cellule décisions mentionne le Grand Est en priorité 1 pour recevoir dès cette semaine une centaine de respirateurs : 45 en semaine 13 et 54 en semaine 14 (soit 100 par réallocation)
	Le 27 mars, le centre de crise informe l'ARS de l'attribution de 54 respirateurs.
Le 27 mars, l'ARS demande 40 à 50 respirateurs supplémentaires en plus de ceux déjà attribués	
Le 31 mars, l'ARS indique que les 54 respirateurs ne sont toujours pas arrivés et le 2 avril, que 30 seulement ont été réceptionnés.	Le compte rendu de la cellule décision du 3 avril indique : « 30 respirateurs (sur les 54 attendus) ont été livrés : vérifier que le solde est livré aujourd'hui. »
	Le 3 avril, le niveau national valide l'attribution de 20 respirateurs supplémentaires pour la semaine du 6 avril.
	Entre le 10 avril et le 15 mai, le CCS annonce livraison d'une trentaine de respirateurs supplémentaires.

3 La question des respirateurs a bien été priorisée mais la communication a été déficiente

[504] On peut tirer deux conclusions principales de l'analyse des pièces mises à disposition de la mission :

- D'une part, l'importance et l'urgence de la situation de la région Grand Est en matière de réanimation était bien connue du niveau national et a été prise en compte pour la priorisation des régions destinées à recevoir des respirateurs comme l'illustrent les comptes rendus de réunions au cours desquels la question est régulièrement abordée ;
- Mais d'autre part, en dehors des attributions du service de santé des armées, les attributions significatives de respirateurs ont commencé à partir du 25 mars pour un besoin exprimé par la région dès le 15 mars, et ont concerné des respirateurs « légers ».

[505] En période de crise aiguë, un décalage de quelques jours dans la prise en compte de son besoin peut être considéré par l'ARS comme un retard du niveau national à prendre la mesure de la situation. Au vu des éléments dont dispose la mission, il apparaît cependant que ce décalage est dû moins à un retard dans la prise de décision ou à une absence de prise de conscience de la gravité de la situation par le centre de crise qu'à une situation objective d'absence de stock de respirateurs au niveau national. En outre, l'analyse doit intégrer de manière plus globale les nombreuses EVASAN réalisées sur cette même période, qui ont constitué une arme majeure pour soulager la région Grand Est et réduire ainsi le besoin en respirateurs.

[506] L'incompréhension entre le niveau national et le niveau régional a sans doute été renforcée par deux difficultés qui constituent autant de marges d'amélioration :

- L'information apportée par le niveau national à l'ARS était probablement perfectible, comme en témoignent les très nombreux messages de relance émis par l'agence au centre de crise. Une information plus régulière sur les décisions du national aurait certainement aidé à éviter les malentendus. En particulier, le fait que l'ARS sollicite les établissements pour remonter leurs besoins en respirateurs a entretenu chez ces établissements l'idée que ces équipements allaient leur être livrés sans délai, conduisant à une forte déception. Une information plus transparente du niveau national auprès de l'ARS aurait pu lui permettre de mieux comprendre les contraintes du national et de faire passer des messages de prudence auprès des directions des établissements ;
- Les délais logistiques entre la décision nationale d'attribution et l'arrivée dans les services de soins ont là encore donné lieu à des incompréhensions, certains acteurs locaux soupçonnant une tendance du niveau national à favoriser les établissements de région parisienne.

ANNEXE 7 : Les outils et les pratiques pour remonter les données du terrain

1 Face à l'absence initiale d'outils SI dédiés à la gestion de la crise, les initiatives se sont multipliées dans l'urgence pour pallier cette carence

[507] L'analyse de la mission porte exclusivement sur les outils de remontée de données des établissements (ES, ESMS, laboratoires) ayant servi au pilotage de la crise. Elle ne porte donc ni sur les outils numériques mis à disposition des citoyens, qui ont constitué un autre chantier majeur du MSS dans la période, ni sur les télé services mis à disposition des professionnels, notamment par l'Assurance maladie⁸⁰, ni sur le « boom » de la télésanté suscité par la COVID-19.

1.1 Le ministère n'avait pas suffisamment anticipé la nécessité de recourir à des outils SI de remontées d'information

1.1.1 L'absence initiale d'outils de remontée d'information dédiés à la gestion d'une crise de cette ampleur

[508] Le ministère, tant au niveau national qu'au niveau régional, avait absolument besoin de remontées d'information du terrain fiables pour suivre ce qui se passait dans les ES et ESMS, si possible en temps réel ou à tout le moins au jour le jour. Ainsi, afin de pouvoir faire face en ES à l'augmentation massive des hospitalisations et des entrées en réanimation, il fallait pouvoir mesurer les réels besoins (nombre de patients accueillis, nombre de lits disponibles) pour prendre les décisions en matière de déprogrammations, transferts de patients ou renforts de soignants ; de même, dans un contexte de pénurie mondiale, et de régulation nationale, les stocks d'EPI et médicaments en tension en ES devaient pouvoir être mesurés au plus près. Dans les EHPAD, l'évaluation du nombre de résidents atteints de la COVID-19 était crucial. Et dans une situation de courbe exponentielle de cas, la mesure des cas testés positivement était une donnée permettant une anticipation majeure pour nourrir les modélisations et piloter la crise à horizon de 2 ou 3 semaines.

[509] Or les principaux outils dont les pouvoirs publics disposaient au démarrage de la crise ne répondaient pas à ces besoins en données de pilotage :

- Les remontées d'information gérées dans le cadre de la base de données sur les causes médicales de décès par le CépiDc (INSERM), ne permettent pas d'anticiper les évolutions à venir, même à très court terme, du fait des délais très long d'une grande partie des remontées ;
- Outre la base OSCOUR (base des urgences hospitalières), les données collectées par les différents SAMU, pourtant essentielles pour identifier l'apparition de clusters notamment, ne sont pas harmonisées ni consolidées de manière suffisamment systématique ;

⁸⁰ Parmi les téléservices mis en place par l'assurance maladie, on peut citer « déclare » pour les arrêts de travail, « masques » pour les pharmaciens, etc.

- Le PMSI, qui en l'état présentait deux inconvénients majeurs : outil médico-économique de facturation, le rythme des remontées d'information, mensuel, n'était absolument pas adapté à la cinétique de la crise ;
- Le répertoire opérationnel des ressources (ROR), référentiel national des ressources de santé, qui est censé depuis 2007 recenser la totalité de l'offre de sanitaire et médico-sociale, dont la disponibilité des lits, pouvait être considéré comme plus adapté pour piloter la crise. Cependant, comme la mission a pu le vérifier, une bonne partie des établissements de santé ne mettaient pas à jour suffisamment régulièrement le ROR, car ils ne l'utilisaient pas comme moyen de gestion de leurs propres capacités (sauf exceptions), préférant se doter d'outils de reporting et contrôle de gestion internes, récupérant notamment les informations dans les bases de données de la gestion administrative des malades (GAM). Par ailleurs, il s'agit encore aujourd'hui moins d'un ROR que de plusieurs ROR, ceux-ci étant gérés au niveau régional, et ne sont pas destinés à être consolidés au niveau national.

[510] Quant aux ESMS, aucun outil n'existait véritablement, même au niveau régional, pour suivre la situation au sein des établissements. Les entretiens menés par la mission permettent de considérer que les ARS n'avaient pas la connaissance suffisante des capacités des ESMS, et encore moins de la situation sanitaire qui pouvait y prévaloir, pour piloter correctement la crise les concernant (identification des mesures à prendre comme spécialisation de lits, voire d'étages COVID-19 par exemple). Le niveau national, en l'occurrence la DGCS, n'avait *à fortiori* pas la mission de suivre les données de ce type, au niveau des établissements. Plusieurs systèmes d'information nationaux ont été mis en place ces dernières années sur le champ médico-social⁸¹, mais ils ne sont pas suffisamment articulés entre eux et ils se heurtent à une appropriation insuffisante dans les établissements comme à des investissements très limités de l'ensemble du secteur dans les systèmes d'information.

1.1.2 L'éparpillement des équipes au sein du ministère ne permettait pas de prendre en charge de manière satisfaisante le pilotage des outils de remontées d'information

[511] Comme l'illustrent les premières notes d'organisation diffusées par le centre de crise sanitaire dès le début du mois de janvier, la dimension systèmes d'information ne semble nullement considérée comme prioritaire à ce stade de la crise. La note du 10 mars 2020 réorganisant la direction de crise n'identifie pas non plus l'enjeu des SI pour nourrir les différents pôles du centre de crise (notamment les deux pôles situation et suivi épidémiologique).

[512] La mobilisation sur les SI va alors se faire au coup par coup, en fonction des besoins remontés par les équipes. Ainsi, la demande première émanant du centre de crise vis-à-vis de la DREES a été celle de ressources en cartographie. C'est ainsi que trois agents de la DREES ont été envoyés au CCS début mars, avant le confinement, pour produire des cartes facilitant la visualisation de données. Ce n'est qu'au fur et à mesure que cette équipe s'est développée : plusieurs autres agents de la DREES ont été mis à disposition, et la création au sein du CCS du « pôle indicateurs » a permis la diversification des activités avec un travail plus poussé, notamment le développement d'outils web pour faire remonter l'information (cf. infra).

[513] La DREES, plus globalement, n'a pas été mobilisée en amont, comme elle aurait pu l'être, dès janvier ou février, afin de préparer des analyses, d'engager une collaboration avec SPF et d'aider à la constitution d'outils adéquats pour le suivi de la crise.

⁸¹ Voir l'annexe sur le pilotage de la crise dans le secteur médico-social, partie 2.

[514] La délégation du numérique en santé (DNS) n'a, elle non plus, pas été mobilisée comme elle aurait dû l'être jusqu'à la mi-avril, privant ainsi le ministère de ressources précieuses qui se sont ultérieurement avérées capitales pour la mise en place de différents projets, dont notamment SI-DEP.

[515] Au sein de la DGOS, la prise en considération dans l'organigramme du besoin impératif d'avoir des données de pilotage et d'aide à la décision sur le secteur sanitaire date d'il y a deux ans. C'est donc un bureau récent, avec une petite équipe comptant en ressources d'expertise métier trois statisticiens et un *data scientist*, qui travaillait jusqu'alors sur des analyses de plus long terme, qui s'est mobilisé pour se consacrer de plus en plus, jusqu'à 100 % de son temps, à l'outillage de la DGOS en données pour le pilotage de la crise.

1.1.3 Les dissensions entre MSS et SPF au niveau national comme au niveau local ont aggravé les difficultés

[516] Selon les interlocuteurs de la mission, les différents services des DAC ont particulièrement bien coopéré : le pôle « indicateurs » du CCS a par exemple été co-piloté par un agent de la DGS et un agent de la DREES. De même, le bureau de la DGOS « données de pilotage et aide à la décision » et le pôle « indicateurs » du CCS ont essayé de se partager les tâches pour éviter les doublons entre eux : la DGOS s'occupant assez naturellement plutôt du capacitaire de l'offre de soins, la DGS plutôt des données liées à l'épidémiologie. Des agents restés au sein de leur direction, que ce soit à la DGOS ou à la DREES notamment, ont aussi participé aux différents travaux en lien avec les remontées de données.

[517] La collaboration également très fructueuse entre ces différentes entités et le pôle « data innovation recherche », en vue d'alimenter notamment le module « ressources » de la plateforme covid19.sante.gouv.fr (cf. infra) a permis de mettre à disposition des ARS très rapidement de nombreuses informations, émanant de sources différentes, via cette plateforme.

[518] Les relations de travail ont été beaucoup moins simples entre Santé Publique France et le ministère. L'opérateur en charge au niveau national d'assurer la veille et la surveillance, d'apporter les éléments de décision aux pouvoirs publics en matière sanitaire est sans conteste Santé Publique France, en lien étroit avec les directions d'administration centrale concernées, notamment la DGS, la DGOS et la DREES. Et vu les circonstances et les faiblesses des outils existants pour bien mesurer la situation au sein des établissements, il était impératif que la collaboration se passe au mieux.

[519] Or, force est de constater que les propos des interlocuteurs de la mission convergent sur une difficulté majeure à collaborer au plein cœur de la crise, notamment entre la DREES et SPF. SPF, pour sa part, évoque des relations très difficiles et déplore ne pas avoir été associée par exemple à la réflexion sur les systèmes de remontées d'information hospitalières, disant avoir découvert un jour qu'ils allaient devoir utiliser SI_VIC. De son côté et en miroir, la DREES met en cause l'absence de volonté de coopération de SPF et pointe par exemple le fait que l'agence n'ait pas pris en considération, dans certaines publications, des travaux de la DREES sur SI_VIC destinés à fiabiliser les données (prenant en compte la date de survenue de la maladie plutôt que la date d'enregistrement).

[520] Au niveau local, ces tensions se sont retrouvées entre un bon nombre d'ARS et cellules régionales de SPF, et se sont cristallisées autour des différences de chiffrages sur les situations quotidiennes. Les cellules régionales devaient en effet remonter leurs données chiffrées, chaque jour, au siège de SPF, à des fins de vérification et de fiabilisation, sans avoir l'autorisation de communiquer ces chiffres au directeur général de l'ARS.

[521] Même lorsque les relations antérieures étaient bonnes entre l'ARS et la cellule régionale, ce décalage entre les besoins opérationnels immédiats de la gestion de crise, exprimés par l'ARS et le préfet, et le souci de qualité des données porté par SPF, légitime mais perçu comme inopérant dans une crise d'une telle nature, a nourri de fortes frustrations sur le terrain.

[522] Certains DGARS et préfets, ayant fait état de chiffres pendant une conférence de presse, ont découvert quelques heures plus tard la publication par SPF de données sur le même territoire, différents de ceux qu'ils avaient fournis. Un autre exemple en a été l'évolution à la baisse des décès d'un jour sur l'autre dans certains territoires, s'expliquant par des corrections de données mais portant atteinte à la crédibilité de l'Etat auprès de ses partenaires et du grand public. Certains DGARS s'appuient sur ces dysfonctionnements pour demander qu'en temps de crise, les cellules régionales de SPF soient placées sous l'autorité hiérarchique de l'ARS.

[523] La situation semble entretemps s'être, au moins sur le plan de la congruence des données, améliorée. Il n'en demeure pas moins que la mission, qui s'étonne que ce type de dysfonctionnements, qui ne sont pas ponctuels et marginaux, se produisent alors que des conventions sont censées régler les relations entre ARS et cellules régionales, alerte sur le risque que de telles situations font courir au ministère.

1.2 Les ARS ont dû monter à la hâte des enquêtes pour pallier le manque d'outils nationaux

[524] Au début du mois de mars 2020, le manque de données s'est manifesté en particulier dans le champ médico-social, traditionnellement en retard sur le champ sanitaire dans le domaine des SI. Or, le suivi du nombre de cas positifs, d'hospitalisations et de décès était particulièrement crucial pour piloter la réponse à la crise dans les EHPAD. Chaque ARS a alors été amenée à mettre en place son propre système de remontée de données en provenance des EHPAD, fondé sur des échanges de mails ou des échanges téléphoniques quotidiens, travail à la fois très chronophage et entraînant des risques de non qualité évidents.

[525] La mise en place de remontées de données efficaces n'a pas non plus été immédiate dans le champ sanitaire. Les établissements rencontrés par la mission soulignent qu'au mois de mars, les nombreuses conférences téléphoniques animées par leur ARS étaient pour partie consacrées à rassembler les chiffres transmis à l'oral par chaque hôpital. L'état des stocks de respirateurs par établissement a également fait l'objet d'un comptage artisanal au début de la crise. Des enquêtes régionales de type SOLEN ont été mises en place à la fois pour recenser les cas et les ressources hospitalières en réanimation notamment. Ces enquêtes ont parfois été maintenues même après la mise en place des outils nationaux.

1.3 Au niveau national, une mobilisation sans précédent a permis de créer en quelques semaines des outils qui sont encore en cours d'amélioration

[526] La prise de conscience par la direction de crise de l'importance des remontées de données s'est faite au mois de mars face à l'ampleur de l'épidémie, notamment parce que les quelques outils existants ont été rapidement dépassés. La mise en place d'outils plus adaptés ne s'est pas inscrite dans une stratégie globale mais plutôt dans une réponse au coup par coup aux besoins de pilotage identifiés.

1.3.1 L'exploitation et le perfectionnement d'outils existants

[527] L'urgence a obligé à exploiter des outils déjà existants qui n'avaient pas été construits pour le pilotage d'une telle épidémie⁸². C'est d'abord le cas de SIVIC, système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles, accessible aux établissements de santé pour renseigner l'identité des patients et leur prise en charge. Créé en 2016 suite aux attentats de Paris, SIVIC a été utilisé pour le suivi des cas de COVID-19 et de leur prise en charge en établissement, ce qui a nécessité des développements sur cet outil qui n'était pas dimensionné pour un suivi de masse. Il a servi également à alimenter les modélisations réalisées par l'Institut Pasteur pour anticiper l'évolution des situations dans chaque région au regard de l'épidémie. Au final, SIVIC a été très précieux mais son choix par défaut et assumant ses imperfections témoigne du fait que personne n'avait anticipé l'activation d'un SI dimensionné pour une crise massive.

[528] Le pilotage de la crise s'est également appuyé sur le ROR (cf. supra), avec la mise en place d'une automatisation des remontées de données en provenance des ROR régionaux afin de connaître en temps réel les capacités occupées et disponibles en réanimation et soins critiques. Sur la base du ROR, un tableau de bord national de suivi des tensions hospitalières sur le secteur « soins critiques » a été constitué et transmis quotidiennement au centre de crise sanitaire par la DGOS dès le 12 mars.

[529] La volonté d'utiliser le PMSI pour améliorer la connaissance de l'épidémie en le chaînant avec les données de soins de ville s'est heurtée initialement aux délais de disponibilité des données dans l'outil. Des travaux conduits ont alors permis de mettre en place un « fast track PMSI » remontant les données plus rapidement grâce à un allègement de contrôles. Les données récupérées par ce vecteur à partir du mois de mai ont ainsi représenté un volume important de séjours. Ces données ont été mises à disposition de chercheurs par le Health Data Hub, le ministère de la Santé ne disposant pas de moyens propres pour en assurer l'exploitation. En juillet, le groupement Epiphare a publié sur la base des données du PMSI une première étude sur les données d'hospitalisation des utilisateurs au long cours d'hydroxychloroquine.

1.3.2 La mise en place d'outils nouveaux dans des délais remarquables

[530] La mise en place d'un outil de dépistage populationnel de grande ampleur pour accompagner le déconfinement a été arbitrée par le cabinet du Premier ministre à la mi-avril pour disposer d'un système opérationnel au 11 mai. Dans ce délai inférieur à un mois, la construction du système d'information national de suivi du dépistage (SIDEP) a constitué une véritable gageure alors même que le ministère ne disposait pas d'une connaissance fine des milliers de laboratoires en France et qu'un projet de SI par Santé Publique France s'était heurté à de multiples obstacles depuis huit ans. Or, 90 % des laboratoires étaient connectés à SIDEP au moment du déconfinement, illustrant la réussite de ce projet mené sous l'égide de la DNS qui a réuni l'ensemble des parties prenantes et s'est appuyée sur la maîtrise d'œuvre de l'AP-HP.

[531] Cette réussite tient à l'exploitation de tous les leviers : implication du niveau politique, avec un fort engagement de secrétaire d'Etat au numérique aux côtés du ministre des Solidarités et de la Santé ; prise en charge financière des évolutions de logiciels rendues nécessaires ; réglementation conditionnant le remboursement du test au laboratoire à la bonne saisie dans SIDEP. SIDEP fournit

⁸² Pour une présentation de l'ensemble des chantiers numériques lancés à l'occasion de la crise, voir « Projets numériques portés par la puissance publique à l'occasion de l'épidémie de COVID-19 », Dossier d'information, MSS.

les données épidémiologiques, permet de diffuser des conseils aux personnes atteintes de COVID-19 et sert de déclencheur aux enquêtes sanitaires réalisées par l'ARS et l'Assurance maladie.

[532] Un second outil servant aux enquêtes sanitaires, Contact COVID, a également été développé très rapidement par l'Assurance maladie, dans un objectif de suivi et de prise en charge des personnes malades et de leurs contacts rapprochés, et a été mis à disposition des personnels des ARS, de l'Assurance maladie et des médecins. L'outil GODATA de SPF a dû être abandonné, sa capacité étant débordée pour la réalisation d'un *contact tracing* de masse.

[533] La crise a aussi conduit à identifier un besoin de suivi régional et national des stocks de médicaments et de dispositifs médicaux en tension. Face aux tensions d'approvisionnement extrêmement fortes à la fin du mois de mars sur certaines molécules, l'outil MaPUI.fr, a été déployé dans toutes les régions au début du mois d'avril afin de suivre les stocks des pharmacies à usage intérieur (PUI) et de servir de base à l'allocation de ressources rares. Certains interlocuteurs de la mission ont fait mention d'un possible changement d'application : MaPUI serait abandonnée au profit d'un outil développé par l'ATIH.

[534] Sur le champ médico-social, et face à l'impossibilité d'exploiter l'outil de signalement des cas, Santé Publique France a construit un système d'information Voozadoo opérationnel à la fin mars pour les ESMS, et en premier lieu les EHPAD. Sa mise en place a présenté le gros avantage de mettre limiter les remontées concurrentes et parallèles demandées par les différentes autorités compétentes (ARS, préfet, conseil départemental, etc.), même si celles-ci n'ont pas cessé dans un certain nombre de territoires. De nombreuses difficultés d'utilisation ont été cependant relevées par les utilisateurs sur la première version, notamment l'impossibilité de porter des corrections en cas d'erreur, ainsi que la difficulté à renseigner certains champs de saisie au contenu peu explicite.

1.4 Si les premiers acquis de la feuille de route numérique de Ma Santé 2022 ont facilité le lancement de projets dans l'urgence, les briques à venir contribueront à un meilleur pilotage des crises

[535] Même si le « réflexe numérique » n'a pas été immédiat au tout début de la crise, le pilotage de l'ensemble des chantiers SI a pu bénéficier à partir du mois d'avril des acquis issus du lancement de la feuille de route du numérique en santé. C'est le cas en particulier de la mise en place récente de la délégation du numérique en santé, rattachée directement au cabinet et chargée de coordonner les projets de transformation numérique en santé, qui a joué un rôle majeur dans l'animation des acteurs et le pilotage des projets. L'existence de la DNS et les liens noués avec les différents acteurs ont contribué à faire du numérique un sujet stratégique, alors qu'il est trop souvent considéré en temps de crise comme une question « support » pour le métier.

[536] En outre, la crise a démontré la nécessité d'aller plus loin et plus vite dans la mise en œuvre de la feuille de route du numérique en santé. En effet, le fonctionnement des outils mis en place a souffert d'un manque d'interopérabilité ou encore de la présence non systématique de l'identifiant national de santé (INS), non encore obligatoire. L'absence d'INS rend beaucoup plus difficiles les travaux de chaînage des données dans plusieurs situations : par exemple, il est plus compliqué de s'assurer que les patients dans SIDEP ont fait l'objet d'une prise en charge par le médecin dans Contact COVID, ou de chaîner les données hospitalières issues de SIVIC et les données de signalement des résidents en EHPAD.

[537] De même, l'absence à ce jour d'espace numérique de santé, prévu pour 2022, a privé chaque citoyen d'un outil d'information et d'échange avec les professionnels (messagerie sécurisée, conseils sur les conduites à tenir, enquête sanitaire, etc.).

2 Ces outils doivent désormais répondre dans la durée aux besoins, être fiabilisés et pérennisés

2.1 Des outils qui doivent impérativement être encore améliorés et rationalisés

[538] Chacun des outils créés ou adaptés dans l'urgence doit faire l'objet d'une réflexion sur son éventuelle pérennisation dans le cadre d'une lutte contre une épidémie au long cours. Un outil adapté pour une crise de deux mois doit parfois être revu profondément pour remédier à des défauts qui ne sont plus acceptables sur une longue période. La mission a identifié des premières recommandations, notamment sur la base de retours du terrain, mais elle invite surtout les directions en charge à réfléchir à l'optimisation de leurs outils dans une perspective de moyen terme.

[539] Sur le champ médico-social, Voozadoo a d'abord rencontré des difficultés d'appropriation :

- Du fait du caractère perfectible de la première version de l'application, sans doute difficilement évitable dans le délai de développement, mais qui a suscité des réserves de certains professionnels ;
- Du fait de la préexistence d'outils Excel développés par des ARS qu'elles défendaient initialement comme parfois plus performants et adaptés que Voozadoo.

[540] Les limites de l'outil vite identifiées ont conduit à des travaux lancés à l'été pour l'améliorer, toujours en cours à fin octobre sous l'égide de Santé publique France et du ministère. Pour faciliter l'appropriation de l'outil par les établissements, celui-ci doit impérativement fournir la vision la plus exhaustive possible de la situation dans tous les établissements, et devenir un vrai outil de pilotage, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui faute pour l'ARS d'y avoir accès. De leur côté, les fédérations regrettent de ne pas être destinataires des analyses ou exploitations faites sur l'outil.

[541] L'outil SI-VIC, pour sa part, n'a pas été conçu initialement pour dénombrer et tracer des milliers de patients au cours d'une pandémie, son utilisation a donc été détournée pour permettre, dans l'urgence, de comptabiliser et suivre les malades COVID+. Ses limites sont liées à cette caractéristique.

[542] L'outil n'était pas déployé dans l'ensemble des établissements, puisqu'il s'agissait de prendre en charge des victimes : il n'était pas implémenté dans un certain nombre de SSR, d'USLD, ou de centres de santé. Les ARS l'ont, petit à petit, mis en place.

[543] Par ailleurs, s'il fonctionne bien dans des établissements qui n'ont pas à gérer un trop grand nombre de malades, il fait preuve d'une lenteur trop importante dès que les établissements comptent plusieurs centaines de cas COVID-19, comme les CHU.

[544] La crise a montré que le ROR, indispensable pour identifier les ressources et les disponibilités des établissements en temps de crise comme en rythme de croisière, est encore mal approprié par un nombre significatif d'établissements. Les équipes en charge n'ont pas toutes la même compréhension des concepts figurant dans cette application, et certains établissements n'y consacrent probablement pas suffisamment de temps pour en assurer la fiabilité.

[545] Enfin, il est indispensable de rationaliser les enquêtes en tenant compte de la disponibilité des équipes de terrain. En plus du remplissage des systèmes d'information, les établissements sont destinataires d'enquêtes nationales ou d'enquêtes de l'ARS à son initiative ou à la demande du national. Ces enquêtes portent par exemple sur la situation RH de l'établissement, le dépistage au

sein du personnel, l'état des stocks d'équipements de protection. Leur accumulation peut susciter de l'incompréhension dans les équipes, d'autant qu'elles n'en voient parfois pas la finalité et n'en ont pas toujours de retour. Une première étape serait de recenser les diverses enquêtes conduites auprès des établissements en provenance du ministère ou de ses opérateurs (Santé publique France).

2.2 Les acteurs du terrain demandent à bénéficier de retours sur l'exploitation de leurs données et à disposer des outils de suivi au niveau infra-départemental pour les aider à la prise de décisions des mesures de gestion

[546] Les équipes des établissements estiment unanimement que des retours réguliers sur l'exploitation des données qu'ils remplissent les inciteraient à les saisir de manière plus exhaustive et augmenteraient donc leur fiabilité. Certaines enquêtes conduites au niveau régional permettent aux établissements de se situer par comparaison aux autres mais ce n'est pas suffisamment le cas des systèmes d'information nationaux. La diffusion plus large des modélisations régionales de l'institut Pasteur, fondées notamment sur SIVIC, est un premier pas dans cette direction, qui doit être poursuivi.

[547] Les équipes en charge du pilotage opérationnel de la crise sur le terrain, qu'il s'agisse des préfets ou des délégations départementales ARS, insistent également sur le fait que des données agrégées au niveau départemental ne suffisent pas au pilotage territorial, notamment lorsque les préfets doivent prendre des mesures pour juguler l'épidémie, parfois différenciées selon les territoires. Des indicateurs au niveau des communes voire à des niveaux inférieurs sont nécessaires. Santé publique France a commencé à mettre ces données à disposition sur GEODES concernant par exemple le taux d'incidence.

2.3 La plateforme COVID-19, qui offre de nombreuses ressources de suivi, reste encore trop confidentielle

[548] La plateforme Innovation-Recherche rattachée à la direction de crise a développé un portail dit « plateforme COVID-19 »⁸³. Destinée aux professionnels de santé et aux acteurs de la gestion de la crise, elle regroupe plusieurs modules. Elle rassemble notamment au sein d'un module « Ressources » de très nombreuses données non identifiantes et agrégées, issues de SI-VIC, de SIDEP, du ROR, de MaPUI, d'enquêtes sur les équipements, etc., soit plusieurs dizaines de sources différentes, et ce à différents niveaux (national, régional, départemental).

[549] Accessible aux ARS qui en font la demande, qui peuvent même monitorer leur module, cette plateforme, née d'un travail collaboratif avec la DREES et la Fabrique numérique⁸⁴ du MSS, est une mine d'informations et pourrait devenir un outil de pilotage très utile. Mais faute de temps et de moyens, la communication sur cet outil a été très limitée, l'ergonomie a besoin d'être encore travaillée et la faible disponibilité des ARS n'a pas permis d'effectuer un retour usagers suffisant. Il en résulte que ce portail, potentiellement très utile, reste encore trop confidentiel.

[550] Par ailleurs, une plateforme dite Atalante, consortium d'acteurs publics et privés, portée en interministériel notamment par la DITP et le ministère de l'Intérieur, a vocation à élargir encore le

⁸³ covid-19.sante.gouv.fr

⁸⁴ La Fabrique numérique est une petite équipe relevant de la direction du numérique du MSS (DNUM), créée en 2017 et chargée de développer des start-ups internes au MSS, selon l'approche beta.gouv.fr, portée en interministériel par la DINUM.

champ des données à intégrer, avec des sources émanant de plusieurs ministères. Le MSS est représenté au comité de pilotage du projet, qui semble être encore à un stade peu avancé.

3 La dispersion des acteurs nuit à la bonne gouvernance de la donnée

3.1 Une cartographie des données existantes à construire

[551] La DREES, en lien avec ses partenaires, a d'ores et déjà effectué un travail de recensement et d'organisation des indicateurs nécessaires à la gestion de la crise, dont le résultat est disponible sur la plateforme COVID-19 (cf supra).

[552] Il paraît opportun de poursuivre ce chantier, pour que le ministère puisse être doté d'une réelle cartographie de l'ensemble des données existantes, produites ou hébergées y compris chez des opérateurs. Cela permettrait d'identifier, outre leurs utilisations effectives et potentielles, qui y a accès, avec quelles autres données elles peuvent être croisées, etc.

3.2 Une comitologie qui s'est mise en place, mais qui doit être renforcée pour réduire davantage les cloisonnements

[553] A l'occasion d'une crise majeure, l'ensemble des données utiles doivent être le plus rapidement possible rassemblées, chaînées et mises à disposition de l'Etat, de ses opérateurs mais aussi des chercheurs. Ce principe fondamental a été poursuivi par les acteurs, mais de manière dispersée et parfois cloisonnée malgré les progrès permis par le rôle de la DNS.

[554] Sur la base de ce constat, le directeur de cabinet du Premier Ministre charge le 17 avril 2020 la directrice du Health Data Hub et son directeur scientifique d'une mission visant à identifier toutes les démarches de remontée de données en cours et d'organiser leur collecte et leur mise à disposition de manière décroisée. Sur cette base, la « *task force* data vs COVID » réunissant une centaine de personnalités rend un rapport en juin 2020 qui identifie les axes de travail prioritaires à poursuivre : par exemple, centraliser les indicateurs de suivi de l'épidémie au sein d'un tableau de bord national, ou encore clarifier la situation dans les EHPAD.

[555] Au-delà de ces axes de travail, la *task force* appelle l'attention sur l'urgence d'accélérer le décroisement et le partage de données. Elle constate en effet que des acteurs ont été amenés à reconstruire une information qui existait par ailleurs ; que des contractualisations pour mise à disposition de données ont pris du temps et ont plusieurs fois avorté ; que des « réflexes propriétaires » sur les données ont parfois nui à la gestion de crise alors même que l'acquisition de ces données est financée par la solidarité nationale.

[556] Au moment du rendu du présent rapport, la DNS poursuit son rôle d'animation des différents acteurs en charge des données avec un COPIL mensuel au niveau directeurs, un COMOP hebdomadaire et des comitologies propres à chaque projet. Cette gouvernance, qui se met en place, a besoin d'être confortée, afin de décroiser les acteurs qui, chacun, gère une partie des données de santé.

4 Conclusion

En conclusion, la mission juge nécessaire qu'une feuille de route soit construite, pour que les remontées d'information soient suffisamment solides dans la durée, et au maximum automatisées pour éviter les saisies, voire ressaisies par les établissements. Elle préconise de reprendre les recommandations formulées par la *task force* « Data vs COVID-19 » pilotée par les équipes du Health Data Hub remise au ministère en juin 2020, et y ajoute un programme de travail complémentaire, à savoir :

- Confier à la DREES le soin de coordonner un travail collectif pour doter le ministère d'une cartographie détaillée des données existantes ;
- Revoir Voozadoo sur la base des retours des utilisateurs ; assurer son exhaustivité en l'étendant aux structures non encore concernées (notamment les services d'aide et d'accompagnement à domicile, les résidences services seniors) ; donner aux ARS l'accès à Voozadoo ;
- S'assurer que désormais, l'ensemble des établissements sont outillés de SI-VIC et effectuer les développements techniques nécessaires pour en faciliter la saisie ;
- Asseoir pleinement la participation du MSS au comité de pilotage du projet Atalante ;
- Développer la plateforme COVID-19, pour en faire un réel outil de suivi et de pilotage des acteurs de la gestion de crise ;
- Conforter et pérenniser la mise à disposition des données pertinentes au niveau infra-départemental ;
- Effectuer régulièrement des retours sur les résultats de l'exploitation des données auprès des établissements ;
- Recenser l'ensemble des enquêtes afin de rationaliser les sollicitations auprès des établissements, et en étudier les possibilités d'automatisation ;
- S'assurer que désormais, l'ensemble des établissements sont outillés de SI-VIC et effectuer les développements techniques nécessaires pour en faciliter la saisie ;
- Investir dans l'accompagnement des établissements dans la perspective de la mise en place d'un seul ROR centralisé à horizon 2022 ;
- Installer dans la durée les instances de pilotage portées par la DNS, et en conforter le fonctionnement.

ANNEXE 8 : Le pilotage de la crise dans le champ social et médico-social

1 Une gestion de crise mise en place dans l'urgence avec un compartimentage entre le pilotage du secteur sanitaire et celui du secteur social et médico-social

1.1 Un pilotage de la crise dans le secteur social et médico-social mis en place de manière empirique et parfois dispersée

1.1.1 Un centre de crise sanitaire sans dimension sociale ni médico-sociale

[557] Au sein de la DGS, la sous-direction VSS ne dispose pas de compétences spécifiques sur le champ médico-social, en particulier concernant les EHPAD. La structuration progressive du CORUSS renforcé puis du centre de crise sanitaire en janvier 2020 se fait sans adjonction de compétences sur le champ médico-social ni identification d'un enjeu spécifique concernant les EHPAD. Si le pôle « offre de soins » du CCS intègre progressivement des compétences de la DGOS, il n'en est pas de même pour la DGCS. Comme l'ont souligné les divers interlocuteurs de la mission, alors que les personnes âgées sont identifiées comme un public particulièrement vulnérable au nouveau virus, les interactions entre le CCS et la DGCS restent limitées jusqu'à l'envoi le 14 février d'un « agent de liaison » de la DGCS au centre de crise.

[558] La première version du guide méthodologique COVID à destination des établissements et professionnels publié le 20 février est préparée sous l'égide de la DGOS et de la DGS en lien avec la DGCS. Pourtant, si les établissements sociaux et médico-sociaux figurent bien dans le titre du document, ils sont quasiment absents de son contenu, notamment concernant les EHPAD dans cette première version du guide⁸⁵. Les enjeux relatifs aux ESMS ne sont pas traités de manière spécifique, mais intégrés dans une sous-partie sur les « autres établissements de santé » en complément de la sous-partie sur les établissements de santé « habilités COVID ».

1.1.2 La mise en place empirique d'une cellule de crise DGCS distincte du centre de crise

[559] L'activation de la cellule de crise DGCS le 27 février se traduit par la mise en place d'une adresse mail dédiée et la prise en charge par cette cellule du lien avec le secteur médico-social. Alors que l'arrivée de ressources DGCS à partir du 14 février au centre de crise sanitaire avait permis une première intégration des compétences des différentes directions, le confinement conduit au retrait des agents DGCS du CCS. La cellule de crise DGCS⁸⁶ fonctionne dès lors de manière séparée du CCS. S'y ajoute la double localisation des équipes qui ne facilite pas la transversalité et la circulation des informations. La DGCS participe cependant à la réunion de direction de crise quotidienne, mais pas à la cellule dite « décision » qui pilote les opérations.

⁸⁵ Préparation au risque épidémique, établissements de santé, médecine de ville, établissements médico-sociaux, 20 février 2020.

⁸⁶ Avec l'appui d'un agent de la CNSA.

[560] Face à l'ampleur de la crise et à la masse de sollicitations, la cellule de crise DGCS est progressivement renforcée en interne par des ressources de l'ensemble des sous-directions. Pour autant, les compétences médicales sont peu présentes à la DGCS, ce qui n'a pas facilité le pilotage d'une crise essentiellement sanitaire, alors que du côté du centre de crise sanitaire, les compétences médicales bien présentes ne s'accompagnaient pas d'une connaissance précise des spécificités du secteur médico-social.

1.1.3 La chaîne de commandement : une fonction de direction de crise sur le médico-social qui a dû être remplie par les cabinets ministériels

[561] Les spécificités du secteur médico-social et l'existence d'une cellule de crise DGCS distincte du centre de crise sanitaire ont conduit à une position de retrait du CCS et donc à un circuit de décision différent de celui adopté pour la direction de crise sanitaire.

[562] En pratique, concernant le champ Personnes âgées, la direction de la crise a été assurée par le cabinet du Ministre des Solidarités et de la Santé, en lien étroit avec Matignon (contacts quotidiens avec les conseillers du Premier ministre et validation des décisions en CIC synthèse).

[563] Dans le domaine du handicap, c'est le Secrétariat d'Etat aux Personnes Handicapées SEPH qui a assumé de fait la fonction de direction de crise, en rédigeant les recommandations et en assurant l'animation des parties prenantes en lien avec la DGCS. Au cours de la crise, les problématiques du handicap dépassaient largement celle de l'accompagnement des personnes handicapées en ESMS : elles avaient trait à l'adaptation des consignes aux personnes handicapées, à l'attestation de sortie, à la scolarisation, etc. La prise en compte de ces questions n'était pas toujours immédiate pour un centre de crise tourné naturellement vers les enjeux de nature sanitaire et alors que le SEPH n'est pas rattaché au ministère des Solidarités et de la Santé.

[564] Plus globalement, sur le champ social et médico-social, la pluralité des ministres concernés (enfance, personnes handicapées, logement, etc.) rendait indispensable une présence forte du cabinet du Premier Ministre. Cette place centrale des cabinets dans le pilotage de la crise médico-sociale a pu conduire à des circuits de décision complexes avec un impact sur les délais de production de certaines recommandations (*cf. infra*).

1.2 Une animation des réseaux et des parties prenantes qui a globalement tenu son rôle

[565] Le lien avec les parties prenantes, important dans toute gestion de crise, est particulièrement crucial sur le champ social et médico-social dans la mesure où l'essentiel des compétences y est décentralisé.

[566] Plusieurs modes d'animation nationale ont été mis en place dès le début du mois de mars :

- Participation de la DGCS et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux réunions quotidiennes avec les DG ARS présidées par le secrétariat général puis par le directeur de cabinet du ministre des Solidarités et de la Santé ;
- Réunion hebdomadaire des réseaux ARS au niveau technique (directions de l'autonomie) ;
- Réunion hebdomadaire de conseils départementaux et maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) par la CNSA ;
- Réunion régulière avec les fédérations du champ social et médico-social animée par la DGCS ;

- Réunions animées par des Ministres ou leur cabinet sur des champs spécifiques : handicap (secrétariat d'Etat aux personnes handicapées), protection de l'enfance ;
- Echanges de la DGCS avec l'assemblée des départements de France et l'ANDASS⁸⁷.

[567] En revanche, il n'existait pas de mode d'animation structuré des préfectures et de leurs directions départementales de la cohésion sociale, alors même que les préfets sont destinataires d'une part importante des instructions adressées par la DGCS sur le champ social. Cela s'est traduit par un manque d'instructions relevé par des acteurs de terrain sur certains domaines comme la protection des majeurs (tutelles et curatelles).

[568] Le lien constant avec les acteurs a été salué par les fédérations, même s'il paraît avoir été plus fort sur le champ des personnes âgées que sur le champ du handicap et sur le secteur social. En raison de la situation sanitaire dans les EHPAD, les échanges avec les fédérations comme avec les ARS portaient principalement sur ces établissements, et dans une moindre mesure sur le champ des personnes handicapées.

[569] Le mode d'animation resserré des fédérations a souvent été reproduit sur le terrain par les ARS. Les visites réalisées par la mission témoignent en effet d'un appui des agences aux établissements beaucoup plus fort que ce qu'il n'était avant la crise, même s'il a été inégal sur le territoire. Le lien avec le secteur s'est traduit par exemple par des conférences téléphoniques quotidiennes ou par des appels quotidiens de l'ARS à l'ensemble des EHPAD.

[570] La tenue de réunions parallèles avec les fédérations, l'une animée par la DGOS et l'autre par la DGCS, peut se justifier par la spécificité des sujets traités dans les deux cas. Elle suppose cependant une circulation fluide d'information entre les deux directions et la tenue de relevés de décisions systématiques de ces échanges, qui ont été demandés par les fédérations.

[571] Plus globalement, les fédérations regrettent que la capacité de la DGCS à répondre à leurs interrogations lors de ces réunions ait parfois été limitée, beaucoup de questions relevant soit du champ sanitaire, soit du champ du ministère du Travail (questions notamment sur les conditions de travail du personnel en établissements et services). Ces difficultés à apporter des réponses tiennent à un contexte de forte incertitude sur la connaissance du virus, à la nécessité de mettre en place une ingénierie qui n'avait pas été anticipée concernant les renforts RH, mais elles ont pu aussi être renforcées par la séparation entre centre de crise médico-social et centre de crise sanitaire.

2 Un travail de production de doctrine considérable mais qui a engendré des difficultés d'appropriation par les acteurs de terrain

2.1 Une stratégie globale construite pour l'ensemble des publics accompagnés par les structures sociales et médico-sociales

[572] Le champ social et médico-social se caractérise par la très grande diversité des thématiques et des publics concernés : accompagnement des personnes âgées et handicapées, mais aussi hébergement d'urgence, petite enfance, aide alimentaire, etc. Les recommandations d'ordre sanitaire devaient donc être adaptées à la diversité de ces champs ce qui a nécessité un travail considérable pour la DGCS et ses partenaires.

⁸⁷ Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé.

2.1.1 Une stratégie traduite dans des guides et recommandations

[573] Les premiers guides construits au mois de février à destination des professionnels comportaient un nombre limité de dispositions spécifiques au champ social et médico-social⁸⁸. La stratégie sur le champ médico-social a été construite essentiellement à partir du mois de mars, sous l'égide de la DGCS mais aussi de la DGOS pour ce qui avait trait à l'organisation des soins, et en associant la CNSA aux recommandations la concernant.

[574] Le 16 mars 2020, l'actualisation du guide méthodologique de préparation à la crise épidémique conduit à consacrer une place beaucoup plus importante au champ médico-social autour de plusieurs principes, au premier rang desquels l'appui des structures sanitaires aux ESMS. L'accent est mis sur les mesures d'organisation interne et d'hygiène à adopter notamment dans les EHPAD, en particulier l'interdiction des visites, la « mise en œuvre drastique » des mesures barrières, l'identification au sein de chaque structure (EHPAD et handicap) d'un « secteur dédié à la prise en charge de la COVID-19 », le renforcement du rôle du médecin coordonnateur et les mesures de confinement pour les cas suspects. Cette situation sans précédent a ainsi conduit à construire des mesures qui n'avaient pas été prévues dans les plans de préparation, comme la fermeture complète des visites aux proches qui n'était pas mentionnée dans le plan pandémie grippale de 2011.

[575] Ainsi, du fait des risques spécifiques portés par le virus, une attention particulière a été donnée par les instructions successives à l'accompagnement des personnes âgées, en établissement et à domicile. Les consignes adressées aux ARS et aux professionnels ont concerné en particulier :

- La mise en place en ARS d'une cellule dédiée aux personnes âgées au niveau régional, déclinée au niveau départemental ;
- Les règles de prise en charge des résidents en EHPAD (organisation de l'établissement, hygiène, etc.) ;
- Le lien avec les acteurs de santé : appui des professionnels libéraux aux EHPAD, appui des établissements de santé, mise en place de l'hospitalisation à domicile (HAD), etc. ;
- L'organisation des renforts RH au profit des ESMS (au-delà des seuls EHPAD).

[576] Dans le champ du handicap, des recommandations d'accompagnement ont également été construites intégrant notamment l'avis du Haut Conseil de la santé publique du 30 mars relatif à l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Comme dans le champ Personnes âgées, les recommandations sont adressées à la fois aux ESMS et aux autres acteurs de l'accompagnement des personnes (établissements de santé, professions libérales, etc.). La spécificité du champ tient cependant au fait que de nombreuses structures ont fermé à compter du confinement, l'enjeu étant alors d'assurer le suivi des personnes rentrées à domicile et prises en charge par leur famille.

[577] Enfin, le secteur social a fait l'objet de recommandations dans le guide du 16 mars déjà cité, tenant compte des spécificités des personnes à la rue, en centre d'hébergement ou foyer : environnement ne permettant pas l'isolement, vulnérabilité de santé, parfois absence de médecin traitant, etc. Les recommandations portent alors sur l'organisation des lieux d'hébergement (réfèrent COVID, identification d'une pièce isolée en cas de suspicion parmi les résidents, etc.) ou encore la mise en place de centres d'accueil spécialisés COVID sous l'égide des préfets pour les personnes ne nécessitant pas une hospitalisation.

⁸⁸ Voir notamment le guide méthodologique de préparation à la réponse épidémique dans sa version du 20 février 2020.

2.1.2 Des dérogations réglementaires pour permettre au terrain de s'adapter

[578] Outre la production de recommandations, des mesures réglementaires dérogatoires ont été prises rapidement. C'est le cas notamment de l'ordonnance du 25 mars 2020 relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux. On peut citer par exemple les mesures destinées à faciliter l'intervention de l'hospitalisation à domicile en ESMS.

[579] Les déplacements de la mission confirment la mise en place sur les territoires de dispositifs d'appui renforcés du secteur sanitaire aux ESMS, et en particulier aux EHPAD, selon des modalités différentes selon les territoires et les dynamiques de coopération antérieures.

2.1.3 Des opérations de nature logistique qui ont rencontré des difficultés sur le secteur

[580] Enfin, le traitement des questions logistiques a concerné également le secteur social et médicosocial, en particulier concernant la répartition des équipements de protection individuelle. L'attribution de ces équipements fait partie des principaux sujets sur lesquels les fédérations soulignent une réactivité insuffisante du pilotage national et des réponses qui tardaient à venir au mois de mars, alimentant les craintes pour la santé du personnel et le sentiment que les structures médico-sociales n'étaient pas priorisées par comparaison avec les établissements de santé. Dans certains départements, les conseils départementaux ou des communes ont joué un rôle important pour l'approvisionnement des structures dans leur champ de compétence.

[581] En outre, l'exercice d'approvisionnement a été particulièrement complexe sur le champ médico-social en raison notamment de la multiplicité des structures concernées, parfois de petite taille, et de la connaissance inégale dont disposaient les ARS sur ces structures. Il a ainsi fallu mettre en place des circuits de distribution pour les services d'aide à domicile que les ARS n'ont pas compétence pour autoriser ni financer. Elles connaissent donc mal ces structures malgré leur place importante auprès des personnes âgées dépendantes.

2.2 Certaines recommandations se sont avérées trop tardives pour les régions touchées en premier

[582] La production de recommandations et instructions nationales était particulièrement attendue par les acteurs de terrain s'agissant de la prise en charge et de l'accompagnement de personnes fragiles.

[583] Cette production a été prise en charge non par le centre de crise sanitaire mais par les services de la DGCS et parfois par directement les cabinets, en lien étroit avec les fédérations du secteur. Le process était donc le suivant :

- Production d'un projet par la DGCS et le cabinet en lien avec les sociétés savantes concernées ;
- Relecture par les fédérations et têtes de réseau dans un délai très resserré et intégration de leurs remarques le cas échéant ;
- Concertation dans certains cas avec quelques ARS même si le retour général des Agences est qu'elles ont été insuffisamment associées sur le champ médico-social ;
- Relecture / ajustements par le centre de crise sanitaire ;

- Circuit de validation interministériel impliquant les différents cabinets concernés, la CIC dite « Beauvau »⁸⁹ et au final la CIC-synthèse.

[584] La somme de ces étapes a conduit à l’allongement des délais de publication des recommandations, d’autant que celles-ci devaient prendre en compte des éléments évolutifs (disponibilité des équipements de protection en particulier) et plus globalement l’incertitude sur les caractéristiques du virus. Il a également été nécessaire d’intégrer les différents avis des instances scientifiques rendus au cours de la période⁹⁰.

[585] Ces circuits de validation ont contribué à la longueur des consignes transmises au terrain (cf. infra). Enfin, le circuit de validation par « triangle » entre CCS, CIC et cabinets n’était pas pleinement compréhensible pour les équipes en charge de préparer les consignes.

[586] Sur le champ personnes âgées en particulier, les régions touchées en premier ont dû produire leur propre doctrine sans attendre le niveau national. Plusieurs recommandations ont été citées par les acteurs comme arrivant trop tard pour pouvoir fonder les décisions prises par les ARS et par les établissements eux-mêmes. C’est le cas par exemple de la recommandation sur les tests en EHPAD, diffusée le 6 avril soit après le pic de l’épidémie en Grand Est ou en Ile de France. C’est le cas également de la recommandation sur l’éviction des professionnels testés positifs (MinSante 114 transmis à la fin du mois de mai). Les ARS ont donc été amenées à mettre en œuvre leur propre doctrine, par exemple concernant le dépistage en EHPAD.

[587] Certaines recommandations nationales ont été nourries d’un premier retour d’expérience sur la gestion de crise dans les territoires touchés, en particulier en Grand Est, mais aussi dans des régions moins touchées dans lesquelles des établissements ont été confrontés au virus dès le début du mois de mars (EHPAD de Mauguio en Occitanie).

2.3 Le degré de précision excessif des instructions a pu s’avérer contre-productif

[588] Les instructions diffusées sur le champ médico-social font l’objet d’une analyse convergente des acteurs de terrain rencontrés par la mission, qui insistent sur leur degré de précision excessif qui pouvait nuire à leur caractère opérationnel.

[589] Le degré de précision des instructions avait plusieurs conséquences :

- Une longueur clairement excessive de certaines instructions qui rendait difficile leur appropriation dans une période de crise, que ce soit par les équipes des ARS ou des établissements eux-mêmes, compte tenu des effectifs limités des équipes de direction des établissements et des équipes des directions de l’autonomie des ARS, le plus souvent placées en délégation territoriale. A titre d’exemple, on peut citer dans le champ social le guide du 6 mai 2020 relatif au déconfinement dans l’accueil du jeune enfant, d’une longueur de 34 pages ;
- Un degré de détail ne laissant pas de marge d’autonomie aux acteurs, par exemple s’agissant de la stratégie de dépistage à mettre en œuvre qui aurait pu être davantage adaptable en fonction des situations extrêmement diverses des différentes régions face à l’épidémie ;

⁸⁹ La CIC « vie sociale » a notamment joué un rôle important sur les thématiques de handicap.

⁹⁰ Parmi les plus notables, l’avis du Conseil scientifique du 27 mars s’agissant de la prise en charge des personnes âgées en EHPAD et s’agissant des questions d’éthique, les recommandations du Comité national consultatif d’éthique sur le renforcement des mesures de protection des résidents des établissements d’hébergement pour personnes âgées du 30 mars 2020.

- Des modifications successives se traduisant par l'envoi de recommandations rectificatives sans identifier les passages sur lesquels des modifications étaient intervenues, obligeant les professionnels à relire intégralement les documents concernés ;
- Des détails pouvant parfois être considérés comme des injonctions peu opérationnelles et donc mal perçus par les équipes sur le terrain, par exemple concernant la recommandation d'utiliser les « filtres les plus performants possibles » pour les systèmes de climatisation collective en EHPAD (MINSANTE 112 et 120).
- Un degré de détail alimentant le sentiment, sur le terrain, d'une couverture juridique du niveau national, laissant les établissements seuls face à des prises de décisions dérogatoires »

[590] Le niveau national était lui-même soumis à des injonctions paradoxales de ses partenaires, que ce soit les fédérations ou parfois les ARS elles-mêmes, qui pouvaient être en demande d'instructions très précises par souci de sécurisation juridique de leurs actions. Cette pression a aussi contribué au niveau de détail contenu dans les recommandations. De plus, il était nécessaire de tenir compte des nuances entre les positions exprimées par les différentes fédérations, par exemple concernant l'équilibre entre les principes de sécurisation maximale au regard du virus et de respect des droits des résidents. Ainsi, le contenu des recommandations s'expliquait pour partie à la fois par le souci de concertation avec les acteurs et par la volonté de sécuriser leurs pratiques.

[591] Mais le résultat n'était pas toujours conforme au souci de sécurisation des acteurs comme l'illustrent les pratiques relevées par la mission auprès des équipes de terrain :

- Des équipes de direction des ESMS qui ne lisaient pas les recommandations mais appelaient directement leurs interlocuteurs techniques en ARS pour obtenir un rapide résumé oral des recommandations ;
- Des équipes des ARS ou parfois des fédérations du secteur qui retravaillaient souvent les recommandations nationales avec l'objectif soit de les adapter aux spécificités locales (outre-mer par exemple), soit de les rendre plus opérationnelles : rédaction de synthèses, de logigrammes, etc. Dans ce second cas, la construction de logigrammes au niveau national aurait permis de gagner du temps au niveau local et de limiter les risques d'interprétations divergentes.

[592] Au final, le ressenti des équipes de direction en établissement était parfois que le degré de précision des recommandations les insécurisait par leur caractère peu applicable, d'autant que s'y ajoutait la mention selon laquelle les mesures étaient prises sous la seule responsabilité du directeur de la structure médico-sociale. L'identification de secteurs COVID permettant l'isolement en chambre individuelle a souvent été citée par les interlocuteurs de la mission comme illustrant la difficulté à édicter des normes applicables localement. Sont cités également la difficulté à respecter le confinement en chambre pour des résidents déambulants ou à respecter les mesures barrières dans les actes de la vie quotidienne (par exemple l'aide à la toilette).

[593] De fait, les recommandations contenues dans la « stratégie de réponse à une reprise épidémique » du 30 juillet 2020 visent à tenir compte de ces retours de terrain, en proposant une stratégie plus opérationnelle avec un éventail de réponses à adapter sur le territoire en fonction du degré de circulation du virus.

2.4 Le traitement des questions éthiques a illustré l'isolement des établissements

[594] Même si la première vague a confronté l'ensemble des professionnels de santé à des questionnements de nature éthique, ceux-ci ont été particulièrement forts sur le champ médico-social, en particulier dans les EHPAD. Les décisions prises par les établissements concernant l'interdiction puis les modalités de reprise des visites, le confinement en chambre, l'accompagnement de la fin de vie et le lien avec la famille lors des décès ont toutes nécessité une réflexion de nature éthique autant que sanitaire. Or, le sentiment d'isolement des équipes de direction est apparu particulièrement fort sur cette dimension éthique.

[595] Au niveau national, le premier avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), rendu le 12 mars suite à une saisine du ministre des Solidarités et de la Santé, ne portait pas principalement sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Cet avis rappelait simplement que les mesures de protection des personnes en EHPAD ne devaient pas dispenser « de trouver des solutions innovantes permettant d'éviter la rupture du lien intergénérationnel sur de trop longues périodes ». Il proposait de mettre en place des cellules éthiques de soutien au niveau territorial.

[596] Un second avis du CCNE, rendu le 30 mars suite à une seconde saisine du ministre, a alors porté spécifiquement sur les EHPAD et les USLD⁹¹. Cet avis a identifié plusieurs principes ou propositions tenant compte de la nécessité de concilier impératifs sanitaires et maintien du lien familial et social pour les résidents : préservation d'un espace de circulation physique même limité, accueil organisé pour les familles en cas de fin de vie...

2.5 Une élaboration de recommandations moins prioritaire pour la seconde vague

[597] Les équipes rencontrées estiment toutes que le besoin de consigne est moins fort qu'au moment de la découverte du virus. Les préoccupations exprimées par les établissements portent désormais moins sur les conduites à tenir que sur des questions très opérationnelles d'organisation de la lutte contre le virus dans le champ social et médico-social :

- Rapidité d'accès au dépistage pour le personnel des ESMS au même titre que pour le personnel des établissements de santé ;
- Organisation de la campagne de vaccination contre la grippe ;
- Forte attention aux problématiques RH avec un risque de manque de personnel pour faire face à une seconde vague.
- Demande de soutien renforcé sur la prise en charge des problématiques éthiques. A cet égard, certaines ARS ont mis en place des cellules d'écoute et de dialogue éthique, mettant ainsi en œuvre la recommandation faite par le CCNE lors de la première vague. Ces équipes permettent par exemple de rétablir le dialogue avec les familles quand il est distendu.

⁹¹ La question posée par le MSS était la suivante : « Au regard de ses avantages sur le plan de la santé publique mais aussi des conditions à mettre en œuvre pour garantir le respect du confinement par les résidents, y compris les résidents atteints de troubles cognitifs, une décision nationale de confinement préventif de l'ensemble des résidents paraît-elle justifiée ? Si oui, quels garde-fous devraient être prévus par le Gouvernement ? »

3 Une crise qui rappelle les lacunes et difficultés déjà connues du secteur

[598] La gestion de l'épidémie dans le secteur social et médico-social a mis en exergue un niveau particulièrement élevé de mobilisation des encadrants et des soignants pour réorganiser les établissements et protéger les résidents.

[599] Toutefois, leurs efforts ont dû redoubler d'intensité pour faire face aux difficultés que rencontre le secteur dans divers domaines, depuis de nombreuses années pour certaines, et en atténuer les effets dans cette période de crise.

3.1 Dans son pilotage

3.1.1 Les balbutiements des SI dans le secteur médico-social rendent nécessaire une accélération de la mise en œuvre de la feuille de route numérique

[600] Les instances de pilotage, aux niveaux national comme régional, ont été confrontées dès le début de la crise à l'absence de données permettant de suivre la situation sur le terrain, qu'il s'agisse de données d'ordre épidémiologique ou relatives aux mesures mises en place en établissement.

[601] Sur le plan épidémiologique, l'absence de système d'information permettant de suivre la situation dans les établissements a conduit les ARS à mettre en place des systèmes de comptage artisanaux, dans les EHPAD en particulier, au cours du mois de mars. L'objectif était ainsi de suivre l'évolution des cas positifs et des décès dans les établissements. Ces dispositifs de nature artisanale s'accompagnaient parfois de problèmes de double remontée vers les ARS et les conseils départementaux.

[602] Un système d'information Voozadoo a été mis en place à partir du 30 mars sous l'égide de Santé publique France, permettant d'outiller le suivi épidémiologique dans le champ médico-social et de remplacer les multiples remontées d'information préexistantes. Cette application a fait cependant l'objet de critiques récurrentes des directions d'établissements portant sur la difficulté à le remplir et à porter des corrections en cas d'erreur, même s'il semble que des améliorations aient été apportées sur ce point. Les critiques portent également sur le périmètre partiel de Voozadoo qui inclut les services de soins infirmiers à domicile mais pas les services d'aide et d'accompagnement à domicile ni les résidences services⁹². Les ARS regrettent également de ne pas avoir accès à l'application ce qui conduit parfois à devoir maintenir en parallèle un dispositif de remontée d'information en provenance des établissements. Au-delà de la question de cette application, les évolutions du nombre de décès, parfois à la baisse pour tenir compte de corrections de données par Santé publique France, ont suscité de l'incompréhension sur le terrain et conduit certains préfets à mettre en place leur propre système de comptage parallèle.

[603] En l'absence de données automatisées, un tableau de bord national a été mis en place par la DGCS et rempli par les ARS pour suivre la situation dans les ESMS avec pour objectif de disposer d'une vision sur les mesures mises en place dans les établissements. Il a permis de disposer d'une vision précieuse à la fois sur l'impact épidémique dans ces structures et sur les mesures mises en place : suivi des tests, des astreintes, des renforts humains, de la téléconsultation, etc. Mais le remplissage de ce tableau de bord très riche est lourd pour les ARS et pour les établissements.

⁹² A la différence des résidences autonomie.

[604] Le bon remplissage à la source des systèmes d'information en établissement ou à défaut en ARS, essentiel pour le pilotage de la crise, suppose que les données soient issues le plus possible des SI de gestion, même si ces SI ne comportent pas toujours de données individuelles sur les résidents. L'essentiel est à minima que les acteurs en charge de remplir les données utiles au pilotage y voient un intérêt. Il est donc indispensable que des retours réguliers soient faits par le niveau national (MSS, SPF) sur l'exploitation des données, que ce soit aux ARS mais aussi aux conseils départementaux, aux établissements et à leurs fédérations. C'est d'autant plus indispensable que sans ce retour, les fédérations peuvent être tentées de mettre en place leur propre système de remontée.

[605] La crise a ainsi confirmé à la fois l'enjeu du développement des systèmes d'information dans le champ médico-social et le retard pris en la matière. Les outils en place, notamment la remontée des comptes administratifs, ne fournissent qu'une vision très partielle et décalée dans le temps de l'activité. Le tableau de bord de la performance développé par l'ANAP n'a été généralisé que récemment.

[606] Concernant plus particulièrement les EHPAD :

- L'outil Residehpad de l'Assurance maladie fournit des données utiles sur la consommation de soins de ville des personnes, mais uniquement pour les établissements qui ne sont pas en tarif global ;
- L'outil GALAAD de la CNSA donne des informations sur le GIR (groupe iso-ressources) et donc le degré de dépendance ainsi que sur le besoin de soins (PATHOS) mais de manière décalée dans le temps.

[607] Surtout, l'ensemble de ces outils ne sont pas chaînés pour suivre le parcours des personnes et leur appropriation par les établissements se heurte au manque d'investissement dans les SI sur le terrain et au manque de temps pour remplir les données. Une meilleure articulation permettrait de répondre à de multiples questions, comme la mesure de l'impact du virus sur l'autonomie des résidents en EHPAD, ou le niveau précis de surmortalité en EHPAD.

[608] Dès lors, pour faciliter l'appropriation des outils développés au niveau national, des investissements massifs sont nécessaires dans les systèmes d'information des établissements et services médico-sociaux. A la suite du Ségur de la santé, le plan d'investissement numérique de 600 M d'euros sur cinq ans va permettre d'accélérer la transformation numérique des ESMS.

[609] De ce point de vue, la mission partage pleinement les orientations dessinées par la « *task force data vs COVID* » qui a réuni les différents acteurs compétents au premier semestre. Les recommandations de la *task force* portent sur la situation dans les EHPAD mais elles sont pour partie transposables à l'ensemble des ESMS. Pour les EHPAD, il s'agit d'organiser une base chaînée entre Residehpad, Galaad et le système national de données de santé SNDS afin de suivre le parcours des personnes en se fondant sur le numéro d'inscription au répertoire NIR. Plus largement, il est essentiel d'accélérer la mise en œuvre de la trajectoire de la feuille de route du numérique en santé pour le secteur médico-social.

3.1.2 Les limites et les incertitudes d'un pilotage parfois trop segmenté

[610] Le pilotage du secteur social et médico-social est bicéphale, que ce soit au niveau national ou départemental. Le prise en compte et le pilotage des enjeux sanitaires dans les EHPAD pâtit depuis longtemps de cette dissociation.

3.1.2.1 Une difficile coordination au niveau central

[611] Au niveau central, la crise n'a pas mis fin au cloisonnement entre les diverses administrations centrales qui inhibe une approche cohérente du secteur social et médico-social, et plus particulièrement des EHPAD. La DGS méconnaît ces établissements car ils ne font pas partie de son cœur de métier. La DGOS est centrée sur l'offre de soins et donc sur les établissements de santé, bien qu'elle soit également compétente sur les unités de soins de longue durée et qu'un quart des EHPAD soient rattachés à des hôpitaux. Quant à la DGCS, qui pilote le secteur, elle n'a pas naturellement une approche du soin comme cela est évoqué infra.

[612] Pour ce qui est de la gestion l'épidémie, au vu des témoignages reçus par la mission, les relations entre le centre de crise sanitaire, la DGOS et la DGCS ont manqué de clarté, de transparence et de cohérence. Les reproches formulés par les acteurs à l'encontre des autres services sont nombreux et témoignent d'une articulation largement insuffisante. Diverses tentatives ont été entreprises jusqu'à ce que la coordination soit assurée par le cabinet lui-même. Il est à noter enfin que la DGOS a dû s'impliquer davantage dans le suivi de la situation sanitaire des EHPAD, ce qui constitue un point fort du pilotage de la crise.

[613] La gestion de l'épidémie a ainsi souffert des cloisonnements antérieurs au sein du MSS, ce qui n'a pas été sans retentissement au niveau des établissements, en particulier des EHPAD. Pour la mission, la crise illustre la nécessité d'articulations plus structurelles entre les DAC du MSS (voire une réflexion sur de nouvelles répartitions des attributions) pour obtenir une approche cohérente des problématiques du secteur médico-social entre ses missions d'hébergement, de prise en charge de la dépendance et du soin qui s'avère indispensable.

3.1.2.2 Une coordination hétérogène au plan territorial notamment entre ARS et conseils départementaux

[614] Au niveau des ARS, les témoignages reçus par la mission notent parfois un manque de transversalité cohérente entre les directions de l'offre de soins et les directions de l'autonomie pour ce qui devrait relever d'une approche globale des missions des établissements sociaux et médico-sociaux.

[615] Au niveau territorial, la dualité dans l'exercice de la tutelle des établissements sociaux et médico-sociaux assurée par l'ARS pour le soin et les conseils départementaux pour l'hébergement et la dépendance n'a pas contribué dans certaines situations à une approche homogène des missions des établissements.

[616] De nombreux établissements se sont heurtés à des différences, voire des divergences d'approche. A titre d'exemple, depuis la substitution des contrats d'objectifs et de moyens aux conventions tripartites (qui, pour certaines, mettaient des années à être élaborées et conclues), certains établissements ont conclu deux contrats différents, l'un avec l'ARS, l'autre avec le conseil départemental.

[617] Dans la gestion de l'épidémie, la synergie des ARS et des conseils départementaux a parfois fait défaut, mettant les établissements et leurs responsables dans des situations très délicates et les soumettant à des injonctions contradictoires par exemple sur le port du masque et le type préconisé, et la politique des tests pour les personnels comme pour les résidents.

[618] En particulier, certaines structures sont apparues parfois comme des « angles morts » pour lesquelles l'appui apporté a été hétérogène selon les territoires :

- Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) sont sous autorisation et tutelle du conseil départemental. Dès lors, le rôle qui doit être celui de l'ARS vis-à-vis de ces structures en temps de crise n'est pas clair ;
- Les résidences services seniors ne sont pas des établissements médico-sociaux. Pour autant, il s'agit de lieux d'hébergement de personnes âgées et constituent donc des lieux à risque dans le cadre de la pandémie de COVID.

[619] La connaissance inégale de ces structures par les ARS a eu un impact sur leur prise en compte dans la gestion de crise, par exemple concernant la livraison des masques.

[620] Cette situation paraît extrêmement hétérogène sur le territoire. Dans certains départements, le conseil départemental paraît s'être fortement impliqué dans l'appui aux structures alors que la délégation ARS était moins présente. Dans d'autres à l'inverse, aux dires de certains établissements, le conseil départemental paraît avoir été complètement absent, considérant que la situation de crise sanitaire impliquait une compétence pleine et entière de l'Etat, ARS ou DDCS. Partout, les constats de la mission montrent que les directions départementales, qu'il s'agisse des délégations ARS ou des DDCS, disposaient de ressources limitées pour faire face à la crise.

[621] Ainsi, la répartition des rôles entre Etat et conseil départemental contribue aux difficultés de pilotage du secteur qu'entraîne son émiettement en de multiples structures. La question de la répartition des compétences entre ces institutions en temps de crise doit faire partie des axes prioritaires à étudier dans le cadre des retours d'expérience territoriaux qui seront nécessaires en fin de crise.

[622] Enfin, concernant plus particulièrement les EHPAD et antérieurement à l'épidémie, cette difficulté pour appréhender une vision cohérente des enjeux sociaux et de santé des résidents s'est retrouvée au niveau local, par exemple dans les tentatives de certains établissements de santé publics de se départir de leur EHPAD, considérant que ceux-ci, ne faisant pas partie de la sphère sanitaire, pouvaient être repris par des opérateurs spécialisés. De même, il a pu être constaté des réflexes identiques de la part de certains conseils départementaux estimant que les établissements de santé n'avaient pas à gérer des structures médico-sociales trop étrangères à leur savoir-faire et à leurs missions intrinsèques.

3.2 Dans une prise en charge du soin fortement sous valorisée concernant les EHPAD

[623] Les difficultés connues par les EHPAD dans la prise en charge de l'épidémie puisent probablement pour partie leurs origines dans l'héritage d'une culture acquise depuis longtemps selon laquelle l'EHPAD est fortement associé à sa mission d'hébergement, d'accompagnement, de protection et d'animation des personnes âgées et sensiblement moins à sa mission de soins.

[624] Cela ne signifie pas que les pouvoirs publics n'ont pas mesuré l'importance de la fonction soin. Des progrès importants ont été réalisés pour mieux évaluer et financer la charge en soins des résidents des EHPAD en améliorant, avec l'implication de la CNSA, les outils comme les coupes PATHOS et l'application GALAAD dans l'objectif d'adapter la politique nationale de médicalisation des établissements. La médicalisation des EHPAD a également fait l'objet de crédits supplémentaires significatifs votés annuellement dans le cadre de l'ONDAM médico-social depuis 2005.

[625] Toutefois, déjà, l'arrêté du 26 avril 1999⁹³ ciblait spécifiquement i/ les recommandations relatives à la qualité de vie des résidents ii/ la qualité des espaces, espaces privés et espaces collectifs, iii/ les recommandations relatives à la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents ». Ce n'est qu'au travers des « *Recommandations relatives à la qualité des personnels exerçant dans l'établissement* » qu'apparaissent les recommandations visant le médecin coordonnateur et l'infirmière référente. La mission de soins n'apparaît donc pas de manière spécifique et visible.

[626] Par ailleurs, la circulaire N° DGCS/SD5C/2011/398⁹⁴ du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux définit les domaines sur lesquels l'évaluation doit porter. Dans le périmètre de l'évaluation interne sont évoqués i/ la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale, ii/ la personnalisation de l'accompagnement, iii/ la garantie des droits et la participation des usagers, iiiii/ la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers. Pour ce qui est de l'évaluation externe, sont ciblés : i/ l'appréciation des activités et la qualité des prestations au regard des droits des usagers et les conditions de réalisation du projet personnalisé, ii/ les activités et la qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement, iii/ la capacité de l'établissement ou du service à évaluer, avec les usagers, leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissements ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne. Force est de constater que la fonction soin ne figure pas dans l'énoncé des domaines visés. Ces éléments avaient été repris par la HAS.

[627] Toutefois, on constate des actions resituant une approche des soins, en particulier la circulaire interministérielle DGCS/DGS n° 2011-377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013. Elle indiquait clairement que « *ces établissements sont des lieux de vie, les résidents y séjournant souvent pendant de longues années, parfois jusqu'à la fin de leur vie comme en EHPAD. Il y a donc un équilibre à trouver entre les impératifs de sécurité et la nécessaire convivialité attachée au lieu de vie que constituent ces établissements* ». Cette circulaire prévoyait la formalisation des démarches dans un document d'analyse du risque infectieux (DARI). La mission n'a pas connaissance d'une évaluation exhaustive de l'élaboration effective des DARI. En outre, en matière de préparation à la crise, des plans « bleus » doivent être préparés par tous les ESMS, PA comme PH, depuis 2007.

[628] De plus, le Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS), notamment celui qui portait sur la période 2016-2018 répondait à la nécessité de développer la prévention des infections associées aux soins dans le secteur médico-social. Il évoquait la « *Sensibilisation à l'hygiène des mains : combat permanent, répétitions des messages, diversification des supports pédagogiques- Importance de la présence des hygiénistes sur le terrain* ». Les intentions affichées sont significatives de la reconnaissance du problème constaté et du besoin évalué dans le domaine de la sécurité des soins.

[629] Il apparaît donc clairement que l'on a assisté depuis de nombreuses années à une approche catégorisée et cloisonnée des enjeux des EHPAD, ce qui a nui à une approche globale conjuguant harmonieusement les enjeux de qualité de vie et les enjeux sanitaires des personnes prises en charge dans le secteur.

⁹³ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

⁹⁴ Dont il faut remarquer qu'elle ne provient que de la DGCS seule.

3.3 Dans le relatif isolement des établissements et l'insuffisance chronique de certaines ressources dans le champ des Personnes âgées

3.3.1 La vacance de nombreux postes de directeur dans les EHPAD publics

[630] Dans les EHPAD publics dont les personnels appartiennent à la fonction publique hospitalière, les postes de direction sont occupés par des directeurs « D3S⁹⁵ », issus d'un concours spécifique et formés à l'École de Hautes Etudes en Santé Publique.

[631] En 2018, l'effectif affecté en EHPAD⁹⁶ était de 668 dont 584 sur des postes de chef d'établissement et 84 sur des postes d'adjoint. Cette répartition fait apparaître le très faible nombre d'établissements disposant de deux postes, situation significative de la solitude de cet exercice professionnel.

[632] Or, depuis ces dernières années, trois caractéristiques apparaissent venant modifier très sensiblement la physionomie de ce corps.

[633] Son attractivité décroît fortement. En effet, depuis 2014, le nombre de candidats au concours d'entrée a chuté de 761 à 512, soit -32 %.

[634] En 2018, le jury a préféré ne pas honorer la totalité des places offertes (97 admis au concours pour 100 places offertes) et surtout ne constituer aucune liste complémentaire.

[635] Le nombre de départs en détachement ne cesse de croître passant de 61 en 2009 à 229 en 2019. Pendant cette même période, la part des D3S détachés est, elle, passée de 3,5 % de l'effectif du corps à 13,3 %. A titre d'exemple, le nombre de D3S détachés dans le corps des directeurs d'hôpital augmente sans cesse. Depuis 2014, par an, il est procédé à 35 à 60 titularisations de D3S dans le corps des DH.

[636] Le nombre de postes vacants est particulièrement élevé. Selon le rapport d'activité du CNG, en 2018, sur 344 postes dont la vacance a été publiée, il y a eu 153 nominations laissant donc 191 emplois non pourvus, ce qui représente un taux de vacance de 56 %. Parmi ceux-là, sur les 203 postes de chefs d'établissement vacants, 108 ont été pourvus, soit un taux de vacance de 47 %. Ce dernier induit un nombre d'intérimaires particulièrement élevé et y compris d'intérimaires prolongés qui inquiètent les DGARS.

[637] Ce phénomène de vacance de postes, renouvelé chaque année, est largement préjudiciable en situation normale mais ne peut qu'être délétère en temps de crise puisqu'il déstabilise et fragilise le pilotage des établissements concernés.

[638] La mission estime que le CNG et le MSS doivent, à très court terme, élaborer un plan global pour tendre à la résorption de cette situation.

3.3.2 La vacance de nombreux postes de médecins coordonnateurs

[639] La mission a recueilli de nombreux témoignages sur les difficultés générées par l'absence fréquente de médecin coordonnateur dans les EHPAD. A titre d'exemple, en région Normandie, près de 20 % des EHPAD, tous statuts confondus, et 23 % en Bretagne ne disposent pas de médecin

⁹⁵ Ils ont vocation à occuper également les postes de direction dans le secteur social et médico-social. Au total, le nombre d'emplois occupés par ce corps est de 1399- 880 sur des fonctions de chef d'établissement et 519 sur des fonctions d'adjoint.

⁹⁶ Données tirées du Rapport d'évaluation du Centre National de Gestion (CNG)-IGAS juin 2020.

coordonnateur. Toutefois, aucune donnée agrégée n'est disponible ni à la CNSA, ni à la DGCS, ni à la DGOS.

[640] Or, tous les acteurs, quelles que soient leurs fonctions, s'accordent à reconnaître le rôle déterminant joué par ces professionnels durant la crise pour faciliter l'appropriation des instructions, contribuer à la prise de décisions adaptées, accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des mesures, prescrire comme les y autorise la loi en situation exceptionnelle et rassurer les résidents ainsi que leurs familles. Ils ont constitué un tandem irremplaçable avec les directeurs d'établissement, dans un contexte où les médecins généralistes / traitants étaient parfois réticents à se rendre dans les EHPAD. Certains demandent à avoir l'autorisation de prescrire, y compris en situation normale.

[641] Cette situation n'est pas nouvelle et a fait l'objet de constats et de propositions.

[642] Le HCSP, en 2018, notait⁹⁷ qu'il était nécessaire de « *Valoriser la fonction de médecin coordonnateur pour permettre le développement d'actions de sécurité des patients axées sur le champ médical. Les EHPAD sont confrontés à la difficulté de travailler avec des professionnels extérieurs (notamment les médecins traitants qui sont des professionnels libéraux) rendant la mise en place d'actions communes complexes. De plus, la fonction de médecin coordonnateur a été dévalorisée ces dernières années induisant une difficulté de plus en plus accrue de recrutement pour les établissements* ».

[643] Tous ces constats ont été confirmés pendant la crise. Par exemple, le passage à plein temps d'un médecin coordonnateur dans un EHPAD touché par le virus a permis d'améliorer considérablement la qualité de la prise en charge des résidents. Cependant, les difficultés de coordination avec les professionnels libéraux ont persisté pendant la crise : ainsi, dans l'EHPAD concerné comptant 80 résidents, 19 médecins traitants interviennent avec chacun ses propres pratiques et contraintes. De plus, les équipes des EHPAD rencontrées par la mission ont souvent souligné que certains professionnels libéraux ont fait le choix de ne plus venir en établissement au plus fort de la crise.

[644] Du reste, l'avis du HCSP identifiait également le besoin de « *Redéfinir le rôle du médecin coordonnateur au regard de la difficulté à travailler avec les médecins traitants et de la diversité des intervenants médicaux qui peuvent constituer des facteurs de risque pour la sécurité du résident. En particulier, retravailler le cadre d'intervention des médecins généralistes dans les EHPAD, souvent non spécialisés en gériatrie, dans l'optique d'aller vers une meilleure implication des médecins traitants qui interviennent auprès des résidents et de les sensibiliser* ».

[645] Ces recommandations du HCSP, témoins d'une réalité déjà appréhendée, s'avèrent d'autant plus adaptées qu'elles portent sur les enjeux de sécurité des résidents et sur des sujets qui sont au cœur des préoccupations des soignants depuis le début de l'épidémie.

3.3.3 L'isolement de certains établissements et l'accès insuffisant à des compétences indispensables

3.3.3.1 L'isolement des structures, facteur de fragilisation

[646] La plupart des établissements sociaux et médico-sociaux constituent des structures de petite taille, indépendantes sauf lorsqu'elles appartiennent à des groupes privés ou à des associations

⁹⁷ Rapport d'Évaluation du programme national de sécurité des patients 2013 – 2017- HCSP 2018.

parfois de dimension nationale gérant plusieurs établissements ou lorsqu'elles sont rattachées à un établissement hospitalier.

[647] Ainsi, ces établissements ont éprouvé beaucoup de difficultés à gérer la crise, avec un appui inégal de l'ARS ou du conseil départemental selon les territoires. Cela signifie qu'ils ont dû s'approprier les instructions ministérielles, prendre les mesures de réorganisation interne et gérer les résidents et leurs familles parfois sans soutien véritable. En revanche, la mission note également que des stratégies d'accompagnement rapproché ont été mises en œuvre par certaines ARS. Il faut aussi remarquer que la situation a pu connaître des différences significatives selon le statut des EHPAD et que des adaptations ont dû être mises en œuvre dans le courant de la crise (accompagnement de résidences-service par exemple).

[648] Toutefois, la mission a pu noter que lorsque ces établissements avaient constitué antérieurement des réseaux territoriaux, même informels, ceci leur avait donné la possibilité de rompre l'isolement en organisant des échanges réguliers entre directeurs, médecins coordonnateurs et cadre référents pour ce qui concerne les EHPAD. De ce point de vue, la crise a validé l'importance de la mise en réseau des structures et du décloisonnement entre secteur sanitaire et médico-social.

[649] Si cette mise en réseau ne peut être le fruit de démarches spontanées de la part des établissements, la mission estime que les ARS et leurs directions départementales devraient prendre l'initiative de proposer ces espaces d'échanges et donc ces mises en commun pour tendre à leur généralisation.

3.3.3.2 Le besoin d'un apport de ressources spécifiques pour gérer l'épidémie

[650] La mission n'abordera pas la question des moyens humains attribués aux établissements sociaux et médico-sociaux dans la mesure où elle ne fait pas partie de son périmètre. Elle ciblera, toutefois, les sujets qui impactent le pilotage dans une approche développant les transversalités et la coopération entre les établissements.

[651] La création des cellules gériatriques territoriales par certaines ARS a permis aux établissements médico-sociaux de bénéficier d'un accès quasi permanent aux compétences de médecins gériatres, ce qui a largement aidé les soignants des EHPAD qui les ont utilisés dans la prise en charge médicale de certains résidents. Le principe de l'accès direct des résidents dans un service hospitalier a, par ailleurs, conduit à mettre un terme aux situations, inacceptables, de patients âgés « stockés » des heures durant dans des services d'urgences.

[652] De même, la gestion de l'épidémie a conduit certains établissements à protocolariser les relations entre EHPAD et SAMU pour les structurer, éviter certains transferts et clarifier de manière consensuelle certaines prises en charge.

[653] Ces deux actions décidées dans le cadre de la gestion de l'épidémie sont révélatrices des lacunes et des défaillances qui préexistaient dont la prise de conscience était claire mais qui n'avaient jamais fait l'objet de règlement.

[654] Certaines ARS ont mis en place des missions d'appui aux EHPAD ou aux établissements sociaux pour les aider à faire face à la crise sur l'isolement et le regroupement des résidents atteints de la COVID-19, pour leur affecter des personnels soignants supplémentaires ou pour les soutenir dans la gestion de leur politique de tests.

[655] Certains établissements de santé ont pu mettre à disposition, ponctuellement ou régulièrement, des ressources en médecine gériatrique pour leur permettre de faire face à l'absence de médecins. D'autres, au sein des GHT, ont pu mettre en place des équipes mobiles (composées par exemple de médecins gériatres, d'infectiologues et d'hygiénistes) dans le but d'apporter aux EHPAD des compétences dont ils ne disposaient pas.

[656] Les professionnels des équipes opérationnelles d'hygiène des établissements de santé tant publics que privés, ayant eu à appuyer des EHPAD et rencontrés par la mission, attestent tous des progrès sensibles que de nombreux établissements ont dû et doivent encore réaliser pour que la gestion du risque infectieux (gestes barrières, bio-nettoyage, etc.) soit à la hauteur des exigences. Certaines ARS confirment ce constat.

[657] Les établissements du secteur ont pu avoir accès aux Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) pour prodiguer des conseils et fournir des avis dans le domaine de l'hygiène puisque la majeure partie de ces établissements ne dispose pas de ressources en propre dans ce domaine. Toutefois, les ressources des CPIAS n'ont pas toujours permis à leurs professionnels de se déplacer et de soutenir de manière plus approfondie et active les établissements demandeurs.

3.3.3.3 La nécessité d'organiser l'apport durable de ressources spécialisées

[658] L'épidémie, au travers de tous les enseignements qui peuvent en être tirés à ce jour, remet en lumière l'enjeu d'accélérer les transformations et le renforcement du lien entre sanitaire et médico-social (équipes mobiles, filières gériatriques, lien entre la ville et les EHPAD, etc.). De fait, le renforcement de la médicalisation de ces établissements doit constituer un objectif à l'atteinte duquel tous les leviers d'action doivent contribuer.

[659] Un effort tout particulier doit viser les ressources dont les EHPAD doivent disposer dans le domaine de l'hygiène, e la sécurité des soins et de la gestion des risques. Plus proches du terrain que les CPIAS, les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière des établissements de santé pourraient être mobilisées pour opérer ces mises en réseau et ces partages de compétences mais ce cela ne pourra probablement pas être mis en œuvre à moyens constants.

[660] Il y a donc un grand intérêt à associer les GHT et les EHPAD, non seulement pour que les filières gériatriques soient organisées de manière complète mais aussi pour mutualiser des moyens spécifiques. Les GCS-MS, selon de nombreux témoignages y compris ceux des ARS, n'ont pas rempli ces objectifs.

[661] Le HCSP, dans le rapport cité supra, fait le constat suivant : « *Il y a peu/pas de compétence dans les EHPAD pour traiter ces questions de sécurité des patients (pas de coordination des vigilances, de CLUD, de CLIN, de commission spécifique, ...)*. [Orientation] : « *Former à la sécurité des patients dans le cursus initial des acteurs clés de l'EHPAD que sont les aides-soignants et les ASH (agent de service hospitalier), aujourd'hui peu sensibilisés à cette thématique* ».

[662] Ainsi, la rupture de l'isolement des EHPAD, leur mise en réseau, le renforcement de leurs liens avec les établissements de santé pour organiser le partage des ressources qui leur font défaut et qu'ils ne pourront pas détenir seuls, constituent des enjeux qui s'imposent désormais à tous, pouvoirs publics, établissements, professionnels, etc.

ANNEXE 9 : Santé publique France et la gestion de crise sanitaire

[663] Santé publique France joue un rôle clé dans la gestion des crises sanitaires, à plusieurs titres :

- La surveillance épidémiologique ;
- La gestion des stocks stratégiques de certains équipements de protection individuelle et médicaments en particulier ;
- L'administration des données liées aux alertes et crises sanitaires.

1 Les missions de Santé publique France

[664] Les missions et périmètre d'action de l'agence nationale de santé publique sont définis par les articles L1413-1 à L1413-12-3 du code de santé publique.

Les missions de Santé publique France (article L1413-1 du CSP)

L'Agence nationale de santé publique est un établissement public de l'Etat à caractère administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

L'agence a pour missions :

- 1° L'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations ;
- 2° La veille sur les risques sanitaires menaçant les populations ;
- 3° La promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé ;
- 4° Le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé ;
- 5° La préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires ;
- 6° Le lancement de l'alerte sanitaire.

L'agence assure la mise en œuvre d'un système national de veille et de surveillance sanitaire, dont elle définit les orientations, anime et coordonne les actions, dans le respect des missions dévolues aux agences régionales de santé.

[665] Dans le cadre de l'exercice de ses missions, le réseau des cellules régionales joue un rôle crucial à la fois de relais dans les territoires, mais également d'alerte et de remontée de données épidémiologiques.

Les cellules régionales : Article L1413-2

Pour assurer la mise en œuvre du système national de veille et de surveillance sanitaire et pour améliorer la pertinence de ses actions, l'agence dispose, sous son autorité, de cellules d'intervention en région, placées auprès des directeurs généraux des agences régionales de santé.

Elle conclut avec les agences régionales de santé des conventions visant à la mise en œuvre de ses missions et précisant les modalités de fonctionnement des cellules d'intervention en région.

[666] Afin d'assurer pleinement sa mission de préparation aux menaces et de réduction des risques pour la santé, l'agence dispose également de missions spécifiques relatives à la logistique et au stockage de produits nécessaires à la protection de la population.

La logistique et le stockage de produits stratégiques : Article L1413-4

A la demande du ministre chargé de la santé, l'agence procède à l'acquisition, la fabrication, l'importation, le stockage, le transport, la distribution et l'exportation des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. Elle assure, dans les mêmes conditions, leur renouvellement et leur éventuelle destruction.

L'agence peut également mener, à la demande du ministre chargé de la santé, les mêmes actions pour des médicaments, des dispositifs médicaux ou des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro répondant à des besoins de santé publique, thérapeutiques ou diagnostiques, non couverts par ailleurs, qui font l'objet notamment d'une rupture ou d'une cessation de commercialisation, d'une production en quantité insuffisante ou lorsque toutes les formes nécessaires ne sont pas disponibles. Elle peut être titulaire d'une licence d'office mentionnée à l'article L. 613-16 du code de la propriété intellectuelle.

Les actions de l'agence concernant des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1 sont réalisées par un ou plusieurs établissements pharmaceutiques qui en assurent, le cas échéant, l'exploitation. Ces établissements sont ouverts par l'agence et sont soumis aux dispositions des articles L. 5124-2, L. 5124-3, L. 5124-4, à l'exception du dernier alinéa, L. 5124-5, L. 5124-6 et L. 5124-11.

[667] Tant pour assumer son rôle dans le domaine de la surveillance épidémiologique que pour faciliter la prise de décisions par les autorités sanitaires en cas de crise, l'agence dispose d'une mission particulière en termes de collecte d'informations et de données.

La collecte d'informations et de données : Article L1413-6

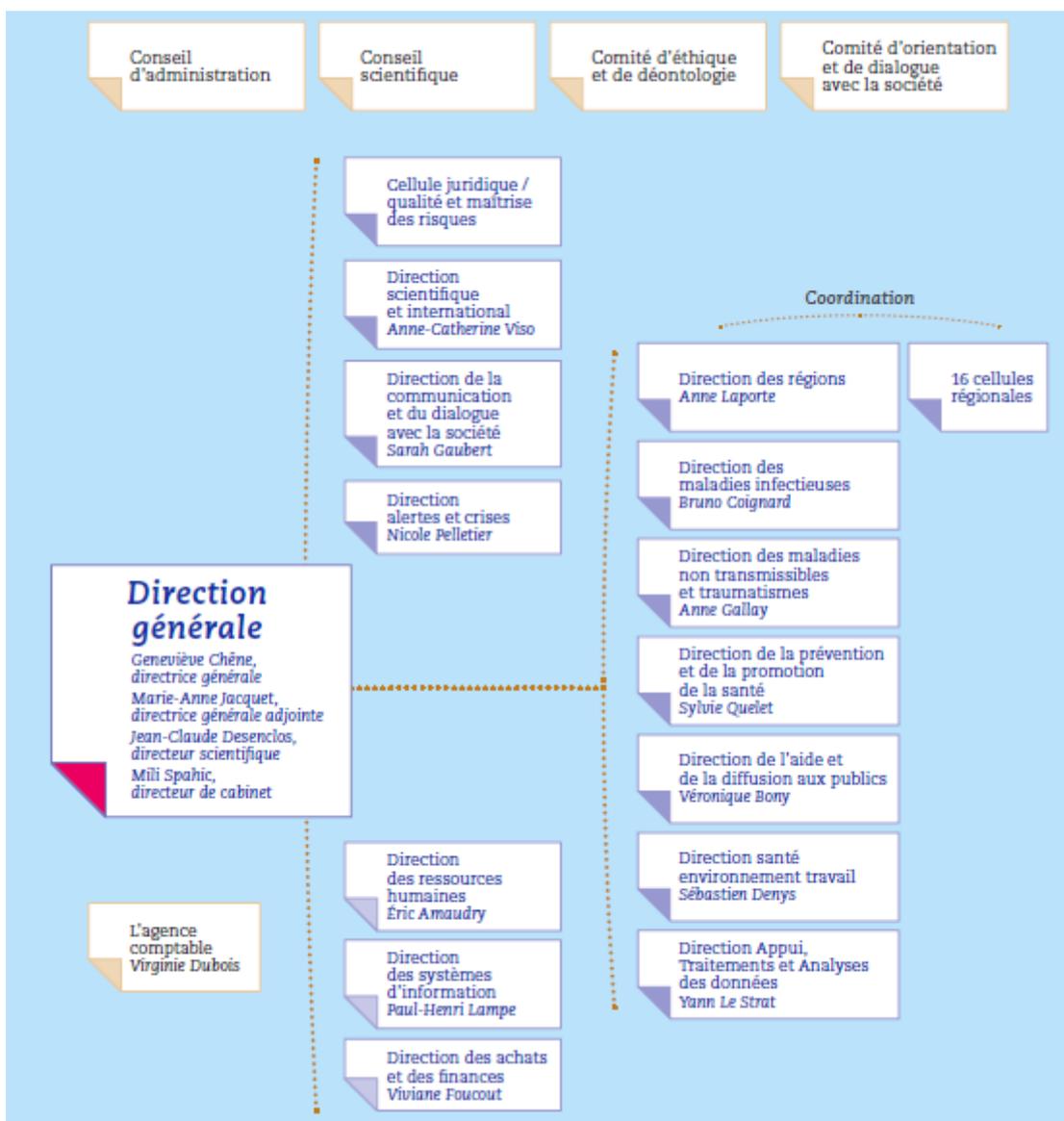
L'agence met à disposition du ministre chargé de la santé, des agences sanitaires et de la Conférence nationale de santé les informations et données issues de l'observation et de la surveillance de la santé des populations, nécessaires à l'élaboration et à la conduite de la politique de santé. Elle met en outre à disposition des autres ministres, dans les mêmes conditions, celles de ces informations et données qui les concernent.

Lorsque la transmission d'informations ou de données est indispensable aux membres du réseau national de santé publique pour apporter leur concours à l'agence dans l'exercice de ses missions mentionnées aux 1°, 2° et 6° de l'article L. 1413-1, les personnes physiques ou morales concernées tenues de transmettre des informations à l'agence sur le fondement des articles L. 1413-7 ou L. 1413-8 font parvenir ces informations ou données aux membres du réseau désignés par le directeur général de l'agence, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat et dans les conditions prévues par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

2 L'organisation interne de Santé publique France

[668] Afin de prendre en charge ses missions, Santé publique France s'est dotée de directions thématiques, dont plusieurs jouent un rôle majeur en cas de crise sanitaire. Deux exemples seront illustrés ici : la direction alerte et crise et la direction des maladies infectieuses. Il faut noter cependant que cet organigramme fait apparaître une particularité : l'existence du comité d'orientation et de dialogue avec la société ainsi que de la direction de la communication et du dialogue avec la société.

Schéma 1 : Organigramme de Santé publique France



Source : Rapport annuel 2019 – Santé publique France

2.1 La direction alerte et crise

[669] La direction alerte et crise comprend trois métiers principaux, traduits par trois unités. Ces unités sont :

- L'établissement pharmaceutique ;
- L'unité de la réserve sanitaire ;
- L'unité de coordination, alerte et crise, qui est aussi le point focal des alertes de l'établissement.

[670] Cette direction met en œuvre le programme consacré aux situations sanitaires exceptionnelles, selon trois objectifs principaux :

- Préparer et coordonner la réponse de l'agence aux événements sanitaires ;

- Optimiser la gestion et la distribution du stock stratégique des produits de santé de l'Etat ;
- Gérer, animer et faire évoluer la doctrine d'emploi du « corps » des réservistes sanitaires.

[671] En parallèle au processus et au mode de fonctionnement par programmation, la Direction alerte et crise associe l'ensemble de l'agence aux modes d'organisations fonctionnelles (cellule d'anticipation, cellule d'alerte sensible ou complexe, cellule de crise et retours d'expérience). Elle est également partie prenante du processus d'expertise, notamment pour les opérations complexes : campagnes de vaccination, interventions pour rétablir l'offre de soins, etc.

2.2 La direction des maladies infectieuses

[672] La Direction des maladies infectieuses (DMI) coordonne au niveau national la surveillance et l'alerte en matière de maladies infectieuses, avec pour objectifs l'aide à la décision, l'information, et la réduction du poids et de l'impact de ces maladies dans la population. Elle conduit ou participe, en lien avec ses partenaires, à des études épidémiologiques descriptives et analytiques, ou à des analyses de risque ou des modélisations de la dynamique de transmission des maladies infectieuses.

[673] La DMI travaille en lien avec les autres directions de l'agence, en particulier les directions des régions (DIRe), de la prévention et promotion de la santé (DPPS), de l'alerte et des crises (DAC) et la direction appui, traitements et analyse des données (DATA). Elle pilote les programmes Maladies infectieuses, Maladies à transmission vectorielle et Infections associées aux soins / Résistance aux antibiotiques de l'agence, et contribue de manière active à ses autres programmes, en particulier les programmes Vaccination et Santé sexuelle.

[674] Fortement impactée par les phénomènes épidémiques ou inhabituels, la DMI intervient le plus souvent en coordination, soutien et appui des cellules régionales, du réseau des Centres d'appui à la prévention des infections associées aux soins (CPias) et des autorités sanitaires, pour leur investigation et l'orientation des mesures de gestion ; ce soutien est assuré de manière permanente via la contribution des épidémiologistes de la DMI au système d'astreinte de l'agence. La Direction contribue également à l'expertise nationale sur les maladies infectieuses via sa participation à plusieurs commissions du Haut conseil de la santé publique (HCSP), d'autres agences sanitaires (Anses, ANSM) et sa contribution aux analyses des risques transfusionnels en collaboration avec l'établissement français du sang (EFS). Enfin, elle contribue aux travaux de la Commission technique des vaccinations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

[675] En termes de surveillance, la Direction des maladies infectieuses s'appuie sur plus de 70 systèmes, dont 32 maladies infectieuses à déclaration obligatoire et une trentaine de réseaux volontaires de professionnels de santé (cliniciens, hygiénistes, biologistes, etc.) Elle bénéficie de l'expertise microbiologique du réseau des Centres nationaux de référence (CNR) pour la lutte contre les maladies transmissibles, dont elle assure la coordination, et de l'expertise des CPias dont certains exercent par délégation des missions nationales de prévention et de surveillance des IAS et de la RATB, dont elle assure le pilotage. Elle entretient des relations privilégiées avec les sociétés savantes (SPILF, SF2H, SFM...) et contribue à des programmes de recherche appliquée (Labex IBEID, ReACTING, etc.).

3 L'organisation de Santé publique France face à la crise de la COVID-19

[676] Depuis l'émergence de cette nouvelle maladie, COVID-19, en janvier 2020, la gestion des crises sanitaires mobilise l'ensemble des métiers de Santé publique France.

[677] L'objectif est de renforcer les capacités de coordination essentielles à la gestion de crise, en s'attachant à :

- Surveiller et comprendre la dynamique de cette épidémie ;
- Anticiper les différents scénarii ;
- Mettre en place des actions auprès du grand public et des professionnels de santé ;
- Prévenir et limiter la transmission de ce virus sur le territoire national.

3.1 Mise en place d'un centre opérationnel pour gérer l'épidémie de COVID-19

[678] Dès le 13 janvier 2020, Santé publique France s'est organisée pour surveiller et répondre à l'épidémie de COVID-19. Le centre de crise (dit "centre opérationnel") de Santé publique France a ouvert pour accueillir l'ensemble des agents issus de plusieurs directions amenées à travailler de manière transversale. Le centre a été placé sous la coordination du directeur scientifique de SPF.

[679] Ce centre, point focal pour la gestion de la COVID-19, permet d'accueillir les différentes composantes de la réponse de l'agence à cette crise sanitaire :

- Coordination de la réponse ;
- Avis et expertise ;
- Système de surveillance (suivi épidémiologique) ;
- Communication et outils de prévention ;
- Mobilisation de la réserve sanitaire ;
- Gestion des stocks stratégiques de l'établissement pharmaceutique ;
- Services support.

[680] Santé publique France restitue les données issues de sa surveillance et produit un bilan épidémiologique quotidien sur la base des données recueillies à 14h. Ce bilan est transmis à 16h au centre de crise du Ministère des Solidarités et de la Santé et permet l'actualisation des chiffres sur le site internet chaque jour (tableau de bord regroupant les chiffres clés Monde, Europe et France ainsi que les indicateurs de suivi de l'épidémie de COVID-19 par région, département, sexe et classe d'âge via la plateforme Géodes).

[681] En complément, un point épidémiologique national détaillé est réalisé et mis en ligne chaque semaine ainsi que des points épidémiologiques régionaux.

3.2 La surveillance épidémiologique de la COVID-19

[682] La surveillance épidémiologique de la COVID-19 depuis l'entrée en phase 3 se focalise sur :

- La dynamique de l'épidémie via la médecine de ville ;
- La gravité de l'épidémie et son impact sur le système de soins ;
- L'impact de l'épidémie sur la mortalité ;
- L'impact, le suivi et le vécu de l'épidémie en population générale.

[683] A partir du 11 mai 2020, le système de surveillance de la COVID-19 s'est adapté à nouveau afin de répondre aux enjeux de la stratégie nationale de sortie de confinement. Le nouvel outil SI-DEP (système d'information et de dépistage) mis en place depuis le 13 mai 2020 vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et hospitaliers. En collectant les résultats des tests diagnostiques, ce système permet de recenser au plus vite tout nouveau cas, de contacter le patient infecté et ses contacts.

[684] Trois indicateurs déclinés au niveau national, régional et départemental issus de SI-DEP, sont produits par Santé publique France. Ils sont un outil essentiel d'aide à la décision :

- Le taux de positivité, nombre de personnes testées positives rapporté au nombre total de personnes testées ;
- Le taux de dépistage, nombre de tests réalisés rapporté au nombre d'habitants, qui permet d'évaluer l'activité diagnostique dans un territoire donné ;
- Le taux d'incidence de la maladie, nombre de personnes testées positives rapporté au nombre d'habitants.

3.2.1 Une surveillance spécifique des professionnels de santé

[685] Particulièrement exposés aux risques d'infection au coronavirus Sars-CoV-2, les professionnels travaillant au cœur du système de soins font l'objet d'une surveillance spécifique. Deux dispositifs de surveillance ont été mis en place :

- Une surveillance permettant aux établissements de santé de déclarer les cas de COVID-19 chez l'ensemble des personnels soignants et non-soignants à l'aide d'un web-questionnaire ;
- Une enquête individuelle sur la base du volontariat à destination de tous les professionnels de santé (hospitaliers, libéraux, EHPAD, autres établissements médico-sociaux...) menée avec le Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (Geres) et les Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias).

[686] Par ailleurs, des enquêtes épidémiologiques en population générale et en milieu professionnel ont été mises en place tout au long de la surveillance épidémiologique de l'épidémie. Les premiers résultats de ces enquêtes ont rapidement permis d'évaluer l'impact et le vécu du confinement par la population, l'évolution des comportements, l'adoption des gestes barrières, mais également de recenser les professionnels de santé infectés par le coronavirus Sars-CoV-2 et de connaître la part de la population infectée.

3.3 Les actions de prévention et de communication

[687] Dans le cadre de l'épidémie de COVID-19, les actions de prévention de Santé publique France ont pour objectif de favoriser l'adoption par la population de comportements favorables afin de diminuer le risque de contamination pour soi et pour les autres.

[688] Santé publique France a déployé la stratégie, les études et les outils de prévention de manière à informer et accompagner différents publics (population générale, population vulnérable) en s'appuyant sur différents relais, notamment les professionnels de santé, associations, acteurs de terrain. Des documents accessibles à tous téléchargeables en différents formats et traduits en 24 langues ont été mis à disposition en ligne, ainsi que des spots vidéos et audio pour informer, prévenir la transmission du virus par les gestes barrières, se protéger et protéger les autres.

[689] En complément des indicateurs épidémiologiques spécifiques à la COVID-19, Santé publique France a mis en place depuis le début du confinement des études quantitatives et qualitatives auprès de la population pour observer ses comportements et leurs évolutions. Ces enquêtes en complément des connaissances scientifiques issues de l'analyse de la littérature aident à la construction et au renforcement des messages de prévention auprès de la population.

[690] Il n'est pas certain toutefois que l'action de prévention et d'éducation ait eu la visibilité que l'enjeu aurait rendu nécessaire.

3.4 Coordination de la réserve sanitaire

[691] Pour remplir ses missions d'intervention, Santé publique France anime et coordonne la Réserve sanitaire était composée, début 2020, de 3 800 professionnels de santé volontaires engagés, tous métiers confondus (médecins, infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, ambulanciers, directeurs d'hôpitaux, ingénieurs sanitaires, etc.)

[692] Dans le cadre de l'épidémie de COVID-19, Santé publique France s'est attachée à mobiliser les moyens humains pour renforcer les structures existantes.

[693] En phase 1 :

- Accueil sanitaire des passagers en provenance des zones à risque à Roissy- Charles de Gaulle ;
- Accompagnement des ressortissants et leur suivi médical 24h/24 au sein des trois centres d'hébergement.

[694] En phase 2 :

- Renfort des équipes locales à la demande des agences régionales de santé pour :
- Renfort de services de réanimation et des services impactés par la COVID-19 (radiologie, obstétrique...)
- Renfort pour la régulation Samu
- Renfort de structure de soins (LHSS par exemple)
- Renfort dans les Ehpad et soins de suite et de réadaptation

- Appui auprès des équipes des Agences régionales de santé (renfort épidémiologique, logistique, administratif, plateforme téléphonique...).

Réserve sanitaire : les missions en cours - semaine 45 (semaine du 2 novembre 2020)

Auvergne-Rhône-Alpes : 3 réservistes mobilisés dans des Ehpad de la région

Guadeloupe : 55 réservistes mobilisés pour renforcer les centres hospitaliers du territoire (Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy)

Guyane : 20 réservistes mobilisés pour renforcer les centres hospitaliers et les établissements médico-sociaux ainsi que pour participer aux opérations de dépistage

Martinique : 27 réservistes mobilisés pour renforcer le service de réanimation du Centre hospitalier

Mayotte : 16 réservistes mobilisés pour la cellule de veille sanitaire de l'Agence régionale de santé et le Centre Hospitalier

Occitanie : 18 réservistes mobilisés dans des établissements de la région

Polynésie Française : 13 réservistes en renfort du service de réanimation du Centre hospitalier

ANNEXE 10 : Complément sur les ressources humaines mobilisées au CCS pendant la crise

1 L'organisation de la cellule « renforts RH »

[695] Du début à la mi-mars, un agent de la DGS s'est porté volontaire pour gérer l'afflux de volontaires et les affecter aux différents pôles du CCS, dans le cadre d'un planning hebdomadaire. Cet agent a travaillé seul et a passé la main à partir 14 mars à une équipe de trois personnes, un ingénieur informatique, un attaché d'administration et une inspectrice de l'IGAS placée en mission d'appui à temps plein jusqu'à la mi-juin.

[696] Cette cellule, appelée « planning renforts », a été réduite à deux personnes à partir du déconfinement, puis à une personne à partir de la mi-juin (dont ce n'est pas l'activité unique et qui exerce ces fonctions à mi-temps).

[697] La cellule a développé ses propres outils de gestion des plannings, via des fichiers excel, qui ont évolué au cours du temps et ont permis de gérer au mieux, au jour le jour, l'affectation des agents et volontaires dans les différents pôles du CCS. Ces outils, très précieux, sont cependant lourds à manipuler, peu ergonomiques et par construction assez « artisanaux ».

2 L'annuaire utilisé pour recenser les volontaires

[698] Un « annuaire » sous format excel est créé dès le début mars, il inclut à la fois les agents travaillant habituellement à la sous-direction VSS, d'autres agents de la DGS, mais surtout les volontaires.

[699] Le 21 mars, il recense 303 personnes, dont l'immense majorité émane du ministère des solidarités et de la santé (286, dont 129 agents de la DGS, soit 42,5 % du total). Au fur et à mesure, le volume de participants à la gestion de la crise (au sein du CCS mais aussi des cellules créées à côté, comme la CCIL ou la cellule « ressources et moyens critiques » RMC) augmente significativement, avec un apport extérieur à la DGS qui va croissant.

[700] Le 28 mars, 377 personnes (344 du MSS, y compris 134 de la DGS soit 35,5 % du total) sont inscrites dans le fichier.

[701] Le 20 mai, ce dernier atteint 468 personnes, dont 368 du ministère (133 de la DGS), avec une centaine de volontaires extérieurs au MSS, soit 21,5 % du fichier.

Répartition selon la typologie utilisée par la cellule « renforts RH » :

	21 mars	28 mars	30 mai
Administratifs	225	293	375
Médecins	57	63	69
Pharmaciens	19	19	20
Ingénieurs	2	2	5
TOTAL	303	377	469

Source : cellule « renforts » du CCS, synthèse IGAS

3 La planification des RH au sein des pôles du CCS

[702] Un fichier de planification a été créé par la cellule « renforts RH » pour affecter les ressources humaines aux différents pôles du CCS. Il retrace, demi-journée par demi-journée, la présence des personnes, volontaires ou agents de la DGS, depuis le 2 mars.

[703] Le jeudi 5 mars au matin, 51 personnes participent au CCS (y compris cellule logistique, CCIL) ; le matin du jeudi 19 mars, 62 personnes.

[704] A compter de fin mars, le CCS reste pendant deux semaines à l'étiage d'environ 90 personnes, puis croît à nouveau à compter de la mi-avril, avec l'augmentation massive de la CCIL (qui fait travailler entre 40 et 45 personnes, prestataires extérieurs compris) : près de 130 personnes travaillent au CCS/CCIL entre la mi-avril et la mi-mai.

[705] Le nombre décroît ensuite petit à petit (111 le 14 mai, 107 le 28 mai), pour se retrouver à l'étiage d'une centaine de personnes fin juin.

4 Zoom sur la mobilisation de l'IGAS

[706] A la demande du ministre, le service de l'Inspection générale a très largement participé à la gestion de la crise, en répondant aux nombreuses sollicitations de renforts formulées dès début mars, notamment par le centre de crise sanitaire et les ARS les plus touchées par la crise.

[707] Entre le 2 mars et le 17 juillet 2020, 66 inspecteurs et inspecteurs généraux ont contribué directement à la gestion de la crise sanitaire. Parmi eux, 25 ont été placés en mission d'appui auprès du CCS, 7 ont participé à la barrette de commandement au sein de la CIC situation.

[708] 14 membres de l'IGAS ont été mis à disposition trois mois ou plus, et la durée moyenne est de 69 jours.

[709] Au total, le nombre de jours/homme est de 4551. Sur l'ensemble de la période entre le 2 mars et le 17 juillet (4 mois ½, 137 jours si l'on inclut les week-end), ce sont donc l'équivalent de 33 IGAS qui sont venus renforcer les équipes de la gestion de crise.

ANNUAIRE ANONYMISE AU 20 MAI 2020

La mission a enlevé de l'annuaire tout élément permettant d'identifier les personnes (nom, prénom, adresse mail, numéro de téléphone). Elle en a extrait la première et la dernière page.

450	DRH	Oui	Administratif						Non	Oui	Pôle 1 - Synthèse et coordination
451	DGS	Oui	Médecin	Oui	Oui	Oui	Pas lundi et mardi		Non	Oui	Pôle 4 - opérations
452	Externe	Non	Ingénieur						Non	Oui	Pôle 8 - Logistique
453	DFAS	Non	Administratif	Oui	Oui	Oui	Mobilisable en tout temps selon les besoins sauf : 29 mars, 4, 19 et 25 avril, 1er, 2, 8, 9, 16, 22 et 23 mai		Non	NON	Pôle 1 - Synthèse et coordination
454	DFAS	Non	Administratif	Oui	Oui	Non	8h-15h OU 15h-22h	le 29 mars le 04 - 19 - 25 avril et 1-2-8-9 et 16-22-23 mai	Non	Non	A déterminer
455	DGEFP		Administratif	Oui	Oui	Non	1 ou 2 jour la week-end		Non	NON	A déterminer
456	DGS	Oui	Médecin	Oui	Oui	Oui			Non	Oui	Pôle 3 - Expertise en santé publique
457	DGOS	Oui	Administratif	Oui	Oui	Oui			Non	NON	A déterminer
458	Externe	Non	Administratif						Non	Oui	Pôle 8 - Logistique
459	DILP	Oui	Administratif	Oui	Oui	Oui	Plutôt l'après-midi		Non	NON	Pôle 7 - Ressources humaines
460	Externe	Non	Administratif						Non	Oui	Pôle 4 - opérations
461	DGS	Oui	Administratif	Oui	Oui	Non			Non	Oui	Pôle 1 - Synthèse et coordination
462	Externe	Non	Administratif						Non	Oui	Pôle 8 - Logistique
463	DGS		Médecin						Non	Oui	Pôle 3 - expertise en santé publique
464	DGT		Administratif						Non	NON	A déterminer
465	DGS	Oui	Ingénieur	Non	Non	Oui			Non	Oui	Pôle 1 - Synthèse et coordination
466	CEPS	Non	Pharmacien	oui	oui	non	Mes disponibilités en semaine seront fonction de la charge de travail au CEPS	Je suis pharmacien de formation, avec un master en économie de la santé.	Non	Oui	Pôle 8 - Logistique
467	IGAS		Administratif						Non	Oui	Pôle renfort CCS
468	DGS	Non	Administratif	Oui	Oui	Oui			Non	Oui	CORRUSS (hors crise)

AGENTS PRESENTS AU CCS

LES 20 ET 21 AVRIL 2020

La mission a choisi de montrer un exemple de planning des agents (dont les volontaires) présents au CCS. Les 20 et 21 avril sont des jours illustratifs de la mobilisation au pic de la 2e vague. Le planning a été anonymisé (XXX représentant à chaque fois une personne)

	Lundi 20/04		Mardi 21/04	
	Matin 8h-15h	AM 15h-22h	Matin 8h-15h	AM 15h-22h
Directeur de crise	XXX		XXX	
Pilote (s)	XXX		XXX	
"Barrettes"	XXX	XXX	XXX	XXX
Officiers de liaison situation	XXX	XXX		
IGAS	XXX		XXX	
Administration	XXX		XXX	
Administration	XXX		XXX	
Responsable du Pôle				
Cellule 1 expertise scientifique , modélisation et indicateurs	XXX		XXX	
Indicateur	XXX		XXX	
SPF	XXX		XXX	
DATA Scientist				
DATA Scientist				
Cellule 2 Suivi des cas et des sujets contacts	XXX		XXX	
	XXX		XXX	
Cellule 3 Recommandations et conduites à tenir	XXX		XXX	
	XXX		XXX	
Rédacteur	XXX		XXX	
	XXX		XXX	
Interne CORRUS	XXX		XXX	
	XXX		XXX	
En renfort	XXX		XXX	
Outre-Mer	XXX		XXX	

2 chefs de pôle en alternance 8h-15h et 15h-22h	XXX	XXX	XXX	XXX
	XXX	XXX	XXX	XXX
	XXX	XXX	XXX	XXX
Point de situation / Coordination	XXX		XXX	
Synthèse (9h - 18h)	XXX		XXX	
Agent tout profil - Régulation	XXX	XXX	XXX	XXX
Agent tout profil - Régulation	XXX	XXX	XXX	XXX
Agent tout profil - Main courante CCS (9h/18h)	XXX		XXX	
Agent tout profil - FAQ ARS (9h/18h)	XXX		XXX	
Agent tout profil - FAQ ARS (9h/18h)	XXX		XXX	
Agent tout profil - Messagerie dédiée PS (9h/18h)	XXX		XXX	
Agent tout profil - Main courante CIC (9h/17h30)	XXX		XXX	
Agent tout profil - Messagerie dédiée CIC	XXX		XXX	XXX
Cellule Coordination	XXX		XXX	
Cellule suivi des cas	XXX		XXX	
Médecin	XXX		XXX	
Médecin	XXX		XXX	
Médecin			XXX	
Mis à disposition DGOS				
Chef de pôle	XXX		XXX	
Adjointe	XXX		XXX	
(renfort) Observatoire + Synthèse des différentes stratégies	XXX		XXX	
Cheffe Cellule Epidémiologie/contact tracing	XXX		XXX	
Interne santé publique: épidémiologie	XXX		XXX	
Interne santé publique: épidémiologie	XXX		XXX	
Stagiaire Science PO	XXX		XXX	
Administratif	XXX		XXX	
Chefs de pôle	XXX		XXX	
Pharmacien - tests diagnostic	XXX		XXX	
Pharmacien - tests diagnostic	XXX		XXX	
Pharmacien - tests diagnostic ((Télétravail))				
Interne pharma - tests diagnostic				
Pharmacien ((Télétravail))	XXX		XXX	

Médecin (Télétravail)	XXX		XXX	
Médecin	XXX		XXX	
Médecin				
Médecin				
Médecin				
Interne santé publique				
Interne pharmacie				
Agent tout profil - gestion de la BAL	XXX	XXX	XXX	XXX
Agent tout profil - gestion de la BAL	XXX		XXX	
Chef de pôle & Cellule opérationnelle	XXX		XXX	
	XXX		XXX	
Agent tout profil	XXX		XXX	
Chef de pôle	XXX		XXX	
Agent tout profil	XXX		XXX	
Agent tout profil	XXX		XXX	
Régulation boîte fonctionnelle	XXX		XXX	
Coordination interministérielle	XXX		XXX	
	XXX		XXX	
Chefs de pôle	XXX		XXX	
	XXX		XXX	
Chef de pôle	XXX		XXX	
DGOS	XXX		XXX	
DGOS	XXX		XXX	
DGOS	XXX		XXX	
Interne santé publique	XXX		XXX	
Chef de pôle	XXX		XXX	

Hors MSS	XXX	XXX
Hors MSS	XXX	XXX
Prestataire (CITWELL)	XXX	XXX
Prestataire (GEODIS)	XXX	XXX
Responsable CORRUSS	XXX	XXX
Pharmacien si besoin	XXX	XXX
Informaticien renfort DGS-SIP		
Informaticien renfort DGS-SIP		
Informaticien renfort DGS-SIP		

**RECENSEMENT DES BESOINS EN VUE DE
L'EVOLUTION DES MISSIONS DES PÔLES POST
11 MAI 2020**

	Missions actuelles et poursuivies (en rouge)	Observations	Anticipation des missions à venir dans l'état actuel des connaissances	RH ACTUELLES	Evolutions RH	Détails organisationnels RH
Situation	<p>Analyser et synthétiser les informations (dont celles issues de la veille réalisée par les pôles) ;</p> <p>Suivre et mettre à jour le plan d'action et la main courante ;</p> <p>Elaborer et diffuser des points de situation quotidiens ;</p> <p>Assurer le lien avec les agences sanitaires (SpF, ANSM, ABM et EFS principalement) et les ARS ;</p> <p>Elaborer et diffuser les messages à destination des établissements de santé et des professionnels de santé (MINSANTE, MARS, DGS-Urgent) ;</p> <p>Assurer la rédaction de la FAQ des ARS et la mise à jour de l'espace partagé Symbiose au bénéfice des ARS ;</p> <p>Assurer la gestion de la BAL pour les professionnels de santé.</p> <p>Assurer l'interface et le suivi des demandes avec la CIC, Assurer la cartographie, le traitement des données et le développement d'applications dédiées (c'est notamment le travail de la DREES).</p>			<p>2 chefs de pôle en alternance, 1 effectif coordination/point de situation, 1 effectif sur synthèse, 3 agents sur la régulation, 1 effectif sur la main courante CCS, 2 effectifs sur la FAQ ARS, 1 effectif messagerie dédiée professionnels de santé et 2 effectifs CIC (main courante et messagerie dédiée), 5 effectifs DREES</p>	<p>Maintien de l'activité à hauteur de la volumétrie actuelle avec risque de devoir renforcer activité rapidement - si renforcement, mise en place d'une bordée supplémentaire sur l'ensemble des postes et élargissement de l'amplitude horaire jusqu'à 8h-22h</p> <p>Point d'alerte sur le fait qu'actuellement les 4/5ème de ce pôle tourne avec des renforts hors DGS-VSS : DGS; DGOS, IGAS, DFAS, DSS, DREES</p>	
Suivi des cas	<p>Suivi des indicateurs épidémiologiques-suivi SI-VIC épidémiologique / analyse des données</p> <p>Prepa point presse DGS</p> <p>Suivi des clusters et situations préoccupantes en lien avec les ARS</p> <p>Analyse contextuelle des remontées d'ARS (hors épidémiologie) sur le plan opérationnel et rédaction de la synthèse nationale</p>		<p>Les missions perdurent . Nécessité de repreciser les remontées attendues des ARS pour suivre l'évolution des situations locales et l'impact des mesures de déconfinement.</p>	<p>2 chefs de pole permettant l'alternance des WE. Pool de médecins de santé publique (PP-EA-SP-DGOS- SGMAS) permettant une présence de 3 à 4 personnes 7J/7 : 2 sur versant épidémio et 2 sur point ARS et gestion situations préoccupantes (clusters GDV par ex).</p>	<p>Baisse de l'effectif à 2 médecins en routine pour assurer les missions du pole 7j/7. Les médecins mobilisés depuis mars vont reprendre pour la plupart leurs fonctions. 2 médecins possibles mais nécessité d'identifier des renforts mobilisables rapidement en cas d'augmentation d'activité et pour permettre également un temps de repos hebdomadaire (le binôme médical doit être assuré sur ce temps). Demande d'appui de profil épidémio (interne SP par ex)</p>	
Expertise	<p>Décliner les avis pour l'élaboration des recommandations</p> <p>Saisir le HCSP, les sociétés savantes pour avis sur les conduites à tenir</p> <p>Participer au groupe de travail de priorisation des tests (les CNR, Pasteur, Task force test, ANSM...)</p> <p>Définir des mesures barrières et veiller à la mise en place des mesures d'hygiène</p> <p>Sécuriser la mise à dispositions des PSL et les dons (tissus, produits, cellules)</p> <p>Saisir le HCSP, les sociétés savantes pour avis sur les conduites à tenir</p> <p>Contribuer à l'élaboration de doctrines, comme de la stratégie diagnostic, assurer leur suivi, et le déploiement des mesures et du matériel nécessaire à la mise en oeuvre au niveau des laboratoires</p> <p>Participer à l'élaboration des stratégies thérapeutiques, en lien avec l'organisation des soins et le pôle recherche</p> <p>Suivre le développement des efforts français sur l'émergence (lien avec REACTing et le pôle recherche)</p>	<p>Demandes récurrentes d'expertises en continu qui risque d'augmenter au moment de la phase de déconfinement</p>	<p>Possibilité d'évolution des thématiques</p> <p>Préparation et participation au RETEX.</p>	<p>5 médecins et pharmaciens VSS</p> <p>1 interne pharmacie VSS - 1 interne pharmacie DSS et 1 interne santé publique VSS</p> <p>4 médecins hors VSS</p> <p>1 pharmacien PP - xxxxxxxx qui fait le lien (OL)</p> <p>3 administratifs hors VSS</p>	<p>Nécessité de renforcer le pôle avec 2 internes mais de toute façon après 11 mai pas de baisse d'activité ni de volumétrie en ressources humaines</p> <p>Point d'attention sur la composition des gestionnaires de la BAL : 3 renforts hors DGS (DSS-DGOS)</p>	<p>Cellule thérapeutique</p> <p>Cellule diagnostic</p> <p>Gestionnaires BAL</p>

	Missions actuelles et poursuivies (en rouge)	Observations	Anticipation des missions à venir dans l'état actuel des connaissances	RH ACTUELLES	Evolutions RH	Détails organisationnels RH
Communication	<p>Elaborer la stratégie de communication ;</p> <p>Produire et actualiser les éléments de langage en fonction de l'évolution de la situation nationale et internationale et contribuer à la production de supports d'information pour le public et les professionnels.</p> <p>Assurer une veille médiatique et des réseaux sociaux ;</p> <p>Assurer la permanence de la réponse aux médias ; Organiser les points presse ;</p> <p>Coordonner la communication avec les ARS et les partenaires ;</p> <p>Assurer la bonne coordination avec le SIG, la task force et SpF pour la validation et la diffusion des outils ; Organiser avec la DICOM et en lien avec SpF la mobilisation des médias et l'adaptation des messages à l'évolution de la situation épidémiologique (procédure CSA).</p> <p>Assurer le suivi et l'information de la plateforme téléphonique de réponse au public</p>	<p>Répartition des effectifs entre production de contenus, productions d'EDL, contact et relations presse et coordination santé partenaires.</p> <p>Les effectifs interministériels venus en renfort ont été affectés sur la production d'EDL (6 personnes)</p>		6 renforts interministériels DGS : MICOM, SG DICOM : une personne actuellement	<p>La question du maintien des renforts interministériels se pose.</p> <p>L'activité en phase déconfinement devrait quant à elle continuer à rester importante voire croître. Plusieurs renforts ministériels et interministériels sont partis du fait de la reprise progressive de leurs activités : renfort MILDECA, POLE EMPLOI, DSS, DGOS, DGS.</p> <p>Maintien à ce stade du renfort ANSSI et de la MICOM DGS. Besoin de 2 renforts en plus sur la partie relations presse à ce stade</p>	<p>Les viviers de renforts à mobiliser en priorité et par ordre de priorité :</p> <p>Agents communication MSS : DGOS/DGCS</p> <p>Agents communication des agences sanitaires (SpF; ANSM)</p> <p>Agents communication DICOM</p>
International	<p>Coordination internationale</p> <p>Réponse et contact tracing international</p> <p>Actualisation des données épidémiologiques inter point presse et point sit</p>	<p>L'activité de réponse et contact tracing international (Coralie Giese) ne sera pas poursuivie au sein du pôle - intégration activité dans autre pôle dans l'organisation actuelle mise en place pour la réparation du déconfinement</p>		<p>chef de pôle DGS</p> <p>Adjoint SGAE</p> <p>2 internes de santé publique</p> <p>1 IGAS</p>	<p>Maintien d'une activité importante au moins jusqu'à fin mai - point d'attention sur la question de la poursuite de la mise à disposition de xxxxxxxxxx (SGAE), actuellement à l'étude au niveau SGAE du fait reprise des activités post confinement.</p>	
Cellule RH	<p>Coordination des renforts RH interrégionaux de professionnels de santé au profit des régions les plus impactées : traitement des demandes des ARS ayant épuisé les viviers régionaux de renforts RH en ES et EHPAD - régulation des demandes de renforts (sélection des profils, orga des transferts, liens avec les PS)</p> <p>Suivi plateforme nationale : extractions de base au profit des ARS (traitement des demandes spécifiques sur les profils) :</p>	<p>4 à 5 rotations en cours en continu à suivre - reprise de la mission d'organisation des vecteurs de transport auparavant assuré par la LOG</p>	<p>Les missions perdurent mais devraient davantage s'orienter vers des missions de relève des équipes des régions touchées que leur renforcement pour la prise en charge des patients</p> <p>Mission qui pourrait n'être remobilisée qu'en cas de scénario d'aggravation</p>	<p>xxxxxxx (VSS), xxxxxxxx et xxxxxxxx (DGOS)</p> <p>xxxxxxx et xxxxxxxx En télétravail - DGOS</p>	<p>Maintien de l'activité actuelle en dehors des extractions au profit des ARS (2 effectifs DGOS en télétravail reprenant leur activité). Point d'alerte sur la composition de la cellule poursuivant son activité : 2 effectifs DGOS sur 3 et sur l'organisation actuelle ne permettant pas un repos consécutif de 2 jours dans la semaine notamment pour xxxxxxxxxx - voit pour s'organiser en conséquence</p>	
Outre mer	<p>Anticipation de la réponse dans les outre-mer (CCS/ARS/interministériel)</p> <p>Coordination des actions du CCS au bénéfice des outre-mer (CCS/ARS/interministériel) ;</p> <p>Analyse et coordination des demandes d'appui des outre-mer ;</p> <p>Appui face aux difficultés rencontrées par les ARS ultramarines et par le CCS (CCS/ARS/interministériel).</p>	<p>Le pôle outre-mer coordonne l'expression des besoins et pilote la réponse pour tous les sujets relevant des collectivités d'outre-mer hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy (COM).</p> <p>S'appuie en tant que de besoin sur l'ensemble des autres pôles. Ce pôle n'a pas vocation à traiter les sujets qui appartiennent en propre aux autres pôles.</p>		<p>Chef de pôle :</p> <p>Régulation : xxxxxxxx + une autre personne</p> <p>Opérationnel : DEAN + xxxxxxxxxx</p> <p>Appui juridique : xxxxxxxxxx</p>	<p>Besoin de renfort sur ce pôle dès à présent et montée en charge de l'activité du pôle après le 11 mai est plus que probable. Lien avec la CIC très important et donc activité très liée à l'activité de la CIC</p>	

	Missions actuelles et poursuivies (en rouge)	Observations	Anticipation des missions à venir dans l'état actuel des connaissances	RH ACTUELLES	Evolutions RH	Détails organisationnels RH
Logistique	Achats : recherche fournisseurs, négociations et préparation des données pour les contrats	Actuellement dans une phase de stabilisation mais pas de diminution de la voilure de ce pôle en perspective car dépendant demandes cabinet : ex. évolution travail vers d'autres matériels que les masques + 1 ou 2 personnes qui seraient chargées de la gestion des archives (préparation des RETEX, auditions etc ...) Evolution également dans les produits suivis et traités : respirateurs, médicaments, autres EPI que masques.	1/ à ce stade l'activité de la CCIL ne décroît pas ; elle tendrait même à se complexifier du fait de la multiplication des produits à ravitailler ; 2/ nous n'avons pas de visibilité sur une possible réduction de la voilure ; l'activité de la CCIL sous les 3 volets que j'ai essayé de vous présenter : achats, flux amont et flux aval dépend étroitement des demandes du cabinet ; 3/ A ce stade de la mise en œuvre de la CCIL, il serait pertinent de la pourvoir d'une ressource en charge de la bonne mise en forme de l'archivage , le but étant de recueillir les éléments objectifs pour donner plus de sens aux RETEX qui vont être faits et permettant de répondre aux différentes missions qui vont travailler sur la gestion de la crise.	environ 35 personnes originaires : interministériel : SGDSN (4 personnes), DAE, Douane, Armées, Intérieur établissements de santé : APMH et HCL 5 représentants MSS : xxxxxxxx (DGOS), xxxxxxxx (VSS), xxxxxxxx (DFAS), xxxxxxxxxxxx (IGAS), xxxxxxxxxxxx (IGAS)	Départ xxxx le 20 mai et xxxxxxxx le 30 avril - demande remplacement express au niveau de la direction de ce pôle. Certains agents sont rappelés plus tôt que prévu initialement, certainement du fait du déconfinement qui les rappelle à leurs missions habituelles au sein de leurs services. xxxxxx xxxxxxxx a transmis à la chefferie de cabinet de la DGS l'état des besoins en relève. Une dizaine sont à prévoir pour la fin du mois d'avril (ce tableau a été transmis aux participantes à la conférence téléphonique du 23/04 dont est issu ce CR) Même si les demandes cabinet venaient à cesser, l'armement a minima d'une cellule doit être prévu pour réceptionner les commandes et les faire délivrer à leurs destinataires. Si les effectifs externes ne pouvaient être maintenus, des arbitrages devront être faits au niveau adéquat.	
	Flux amont : organisation de la réception des commandes et de leur acheminement vers les dépôts SpF					
	Flux aval : suivi de la distribution dans les GHT					
Opérations	Suivi des clusters et des navires	Evolution de l'activité du pôle avec la fin des transferts interrégionaux de patients. En ce moment, travail à froid d'écriture de la doctrine des EVASAN aux ARS et aux Préfets (instruction) + activité de RETEX des EVASAN avec ARS, SAMU, SSA + doctrine Outremer en lien avec le pôle Outremer. Travail actuel de planification/anticipation des éventuelles futures opérations Réflexion autour d'un SI	Une fois la doctrine écrite, et jusqu'à la réémergence éventuelle de besoins nouveaux en termes d'EVASAN interrégionales, ce pôle pourrait être mis en sommeil et/ou réorienté sur d'autres missions	3 effectifs	Cf. colonne D	
	Coordination des EVASAN					
	Pilotage des transferts de patients					
	Recherche de vecteurs					

Synthèse :

- Trois pôles sont demandeurs de renforts complémentaires aux renforts actuellement mobilisés : Outremer, Communication, Logistique et Expertise
- L'activité des pôles continue à être soutenue
- La diminution de l'amplitude horaire des pôles déjà engagée il y a deux semaines a conduit de fait à une réduction des effectifs de renforts RH nécessaires pour le fonctionnement des pôles. Le staffing actuel des pôles constitue donc le socle minimal de renforts RH extérieurs à DGS-VSS nécessaires au fonctionnement de ces pôles.
- Une attention particulière doit être portée à la proportion très importante des effectifs de renforts RH provenant d'autres services et directions du MSS : la reprise d'activité au niveau ministériel risque d'entamer fortement ce pool de ressources. Des données chiffrées complémentaires sur l'origine des personnels mobilisés seront communiquées en plus de ce tableau.
- L'anticipation des missions à venir liée au déconfinement, en l'état actuel des connaissances par les chefs de pôle, est un exercice qui ne peut être mené à 100%
- La poursuite de la mobilisation de renforts RH pour les pôles doit s'inscrire dans des règles du jeu partagées par tous les pôles (alertes régulières sur des récupérations de renforts prévus dans des pôles au profit d'autres pôles en dehors des règles établies)
- Le désarmement de la cellule logistique actuelle dans sa configuration actuelle (très interministérielle) interroge beaucoup, notamment sur les modalités de poursuite de ces missions

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1 Ministère des solidarités et de la santé

1.1 Cabinet du Ministre des solidarités et de la santé

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, directeur de cabinet

M. Antoine TESNIERE, conseiller en charge de la lutte contre la COVID-19

M. Grégory EMERY, conseiller sécurité sanitaire

M. Raymond LE MOIGN, ancien directeur de cabinet

Mme Marie FRANCOLIN, conseillère, anciennement chargée du pilotage de la communication de crise

1.2 Cabinet de la Ministre déléguée chargée de l'autonomie

Mme Laëtitia BUFFET, directrice adjointe du cabinet

1.3 Secrétariat général

Mme Sabine FOURCADE, secrétaire générale

Mme Frédérique CHADEL, cheffe de projet Modernisation

Mme Isabelle REYNIER, cheffe de projet Modernisation

Mme Hélène PAOLETTI, cheffe de projet Modernisation

Mme Isabelle REMI, chargée de projet Modernisation

M. François BODDAERT, chargé de mission interministériel

1.3.1 Haut Fonctionnaire de défense et de sécurité

M. Arnaud MARTIN, haut fonctionnaire de défense et de sécurité adjoint, chef du service spécialisé de défense et de sécurité

M. Jean-Marc SIRY, responsable de la continuité d'activité

Mme Joséphine COSSART, responsable du management de l'information

1.3.2 Direction des ressources humaines

M. Pascal BERNARD, directeur

M. Williams JOSSE, chef du département de la qualité de vie au travail, de la santé et de la sécurité au travail et de la médecine du travail

1.3.3 DFAS

M. Erick GLIPPA, chef de service, adjoint à la directrice

Mme Guylaine BOURDAIS, adjointe au sous-directeur des achats et du développement durable

1.3.4 Direction des affaires juridiques

M. Charles TOUBOUL, directeur

1.4 Direction générale de la santé

M. Jérôme SALOMON, directeur général

M. Maurice-Pierre PLANEL, directeur général adjoint

Mme Véronique DEFFRASNES, secrétaire générale

1.4.1 Centre de crise sanitaire / sous-direction veille et sécurité sanitaire

M. Olivier BRAHIC, sous-directeur Veille et Sécurité Sanitaire

M. Clément LAZARUS, adjoint de sous-direction Veille et Sécurité Sanitaire

Mme Sophie CHAUMIEN-CZUWAK, cheffe du pôle « coordination »

Mme Caroline LE BORGNE, cheffe du pôle « contact tracing »

M. Jean-Marc PHILIPPE, chef du pôle « coordination CCS / offre de soins »

M. Pierick BERGERAN, chef du pôle « synthèse - coordination »

Mme Catherine GUICHARD, cheffe du pôle « analyse – situation sanitaire »

M. Antoine SCHWOERER, chef du pôle « international »

M. Alexis PERNIN, chef du pôle « opérations »

Mme Bernadette WORMS, cheffe du pôle « expertise »

M. François KLEIN, chef du pôle « Outre-Mer »

Mme Delphine COLLE, cheffe du bureau « préparation aux crises »

1.4.2 Sous-direction Politique des produits de santé et qualité des pratiques et des soins

Mme Hélène MONASSE, sous-directrice

M. Benoît MARIN, adjoint

M. François BRUNEAUX, adjoint

1.4.3 Sous-direction Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation

Mme Joëlle CARMES, sous-directrice

Mme Laurence CATE, adjointe de sous-direction

Mme Caroline PAUL, cheffe du bureau Environnement extérieur et produits chimiques

Mme Ghislaine PALIX-CANTONE, cheffe du bureau Environnement intérieur, milieux du travail et accidents de la vie courante

Mme Corinne FELIERS, cheffe du bureau Qualité des eaux

M. Sébastien GORECKI, chargé de dossier DASRI

1.5 CCIL&MS

M. Bernard CHASSAC, responsable de la CCIL d'avril à juin 2020

M. Antoine GIZARDIN, responsable de la CCIL depuis juillet 2020

Mme Iris PASSY, adjointe

1.6 Cellule tests

M. Nicolas CASTOLDI, responsable de la cellule tests d'avril à juillet 2020

M. Thibaut ZACCHERINI, responsable depuis juillet 2020

1.7 Cellule data

Mme Florence RIBADEAU-DUMAS, responsable du pôle data – plateforme innovation recherche

1.8 Direction générale de l'offre de soins

Mme Katia JULIENNE, directrice générale

Mme Stéphanie DECOOPMAN, directrice générale adjointe

Mme Jessica MICHEL, chargée de mission auprès de la directrice générale

1.8.1 Sous-direction Stratégie et ressources

Mme Martine LABORDE-CHIOCCHIA, sous-directrice

Mme Sandrine PAUTOT, adjointe à la sous-directrice

Mme Marie-Odile THEVENON, cheffe du bureau SR5 « Données de pilotage et aide à la décision »

1.9 Direction générale de la cohésion sociale

Mme Virginie LASSERRE, directrice générale

Mme Cécile TAGLIANA, cheffe du service des politiques sociales et médico-sociales, adjointe à la directrice générale

M. David SOUBRIE, sous-directeur des professions sociales, de l'emploi et des territoires

M. Marc DESTENAY, adjoint au sous-directeur des professions sociales, de l'emploi et des territoires

M. Anatole PUISEUX, sous-directeur autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

M. Antoine MEFFRE, ancien chef du bureau prévention perte d'autonomie et parcours de vie des personnes âgées

1.10 Direction de la sécurité sociale

M. Franck VON LENNEP, directeur général

Mme Monica BOSI, cheffe de cabinet

1.11 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

M. Fabrice LENGART, directeur

Mme Mathilde GAINI, adjointe à la sous-directrice Observation de la santé et de l'assurance maladie

Mme Charlotte GEAY, cheffe du lab innovation et évaluation en santé

1.12 Délégation du numérique en santé

Mme Laura LETOURNEAU, déléguée ministérielle

1.13 Direction du numérique DNUM

Mme Hélène BRISSET, directrice

Mme Nathalie CUVILLIER, directrice adjointe

2 Services du Premier Ministre

Mme Carole BOUSQUET BERARD, conseillère technique au cabinet du Premier Ministre, anciennement directrice du cabinet de la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées

M. Guillaume COUILLARD, ancien conseiller santé, grand âge et handicap au cabinet du premier ministre

M. le Général Richard LIZUREY, chargé d'une mission par le Premier Ministre

2.1 SGDSN

Mme Claire LANDAIS, secrétaire générale du gouvernement, ancienne secrétaire générale du SGDSN

M. Stéphane BOUILLON, secrétaire général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN)

M. Xavier LE PELLETIER DE WOILLEMONT, secrétaire général-adjoint

M. Christophe SCHMIT, conseiller santé au SGDSN

M. Cédric GAUDILLIERE, SGDSN

2.2 Centre interministériel de crise

M. Denis ROBIN, directeur

3 Ministère de l'Intérieur

3.1 Cellule interministérielle de crise

M. Thomas DEGOS, directeur délégué

4 Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

M. Nicolas CHAILLET, chef de service "sciences et technologies", adjoint au directeur général de la recherche et de l'innovation

Mme Anne PAOLETTI, directrice scientifique du secteur biologie-santé à la direction générale de la recherche et de l'innovation

5 Ministère des affaires étrangères

M. Eric CHEVALLIER, directeur du centre de crise et de soutien

6 Ministère de l'économie et des finances

6.1 *Task force* vaccins

Mme Ombeline GRAS, adjointe au responsable de la *task force*

7 Conseils

7.1 Conseil scientifique COVID-19

M. Jean-François DELFRAISSY, président

M. Yazdan YAZDANPANAHI, membre, coordinateur du consortium Reacting

M. Simon CAUCHEMEZ, membre, responsable du laboratoire de modélisation mathématique des maladies infectieuses à l'Institut Pasteur

7.2 Haut conseil de santé publique

M. Franck CHAUVIN, président

M. Bernard FALLU, secrétaire général

7.3 Comité analyse recherche et expertise (CARE)

Mme Françoise BARRE-SINOUSSE, présidente

8 Opérateurs, agences et caisses

8.1 Santé publique France

Mme Geneviève CHENE, directrice générale

Mme Marie-Anne JACQUET, directrice générale adjointe

M. Jean-Claude DESENCLOS, directeur scientifique

Mme Nicole PELLETIER, directrice alerte et crises

8.2 CNAM

M. Thomas FATOME, directeur général

Mme Annelore COURY, directrice déléguée à la gestion et l'organisation des soins

M. Pierre PEIX, Directeur délégué aux opérations

Mme Carole BLANC, directrice du réseau administratif et de la contractualisation

Mme Marie-Gabrielle DUBREUIL, directrice des ressources humaines des réseaux

Mme Paule KUJAS, responsable du département des produits de santé

Mme Eléonore RONFLE, directrice du réseau médical et des opérations de gestion du risque

8.3 Haute autorité de Santé

M. Thomas WANECQ, directeur

8.4 Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Mme Virginie MAGNANT, directrice

8.5 ANSM

M. Dominique MARTIN, directeur général

Mme Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL Directrice générale adjointe chargée des opérations

M. Alban DHANANI, Directeur adjoint, de la direction des vaccins, des médicaments anti-infectieux

M. Thierry SIRDEY, directeur des dispositifs médicaux, des cosmétiques et des dispositifs de diagnostic in vitro

M. Guillaume RENAUD, directeur adjoint, en charge du CASAR (centre d'appui aux situations d'urgence, aux alertes sanitaires et à la gestion des risques)

Mme Christelle DESITTER, coordinatrice CASAR

8.6 INSERM

M. Gilles BLOCH, président directeur général

M. Rémy SLAMA, directeur de recherche

8.7 Health data hub

Mme Stéphanie COMBES, directrice

9 Conférences

9.1 Conférence nationale des directeurs de CH

M. Francis SAINT HUBERT, président

9.2 Conférence nationale des présidents de CME

M. Thierry GODEAU, président

M. David PINEY

9.3 Conférence des Présidents de CME de CHS

M. Christian MULLER, président

9.4 Conférence des Doyens de médecine

M. Patrice DIOT, président

9.5 Conférence nationale des DG de CHU

Mme Marie-Noëlle GERAIN BREUZARD, présidente

M. Alexandre FOURNIER, secrétaire général

Mme Cécile JAGLIN GRIMONPREZ, directrice générale du CHU d'Angers

M. Frédéric BOIRON, directeur général du CHU de Lille

9.6 Conférence des présidents de CME de CHU

M. François René PRUVOT, président

10 Fédérations

10.1 FHF

M. Alexandre MOKEDE, responsable pôle offre de soins

Mme Amélie ROUX, responsable du pôle ressources humaines

M. Quentin HENAFF, responsable adjoint du pôle ressources humaines

M. Marc BOURQUIN, conseiller stratégique

10.2 FEHAP

M. Antoine PERRIN, directeur général

M. Guillaume CHESNEL, directeur de l'offre de soins & de la coordination des parcours de santé

M. Jean-Christian SOVRANO, directeur de l'autonomie

Mme Anne LECOQ, directrice médicale

10.3 FHP

Mme Christine SCHIBLER, déléguée générale

M. Christian SOMMIER

10.4 Unicancer

Mme Sophie BEAUPERE, déléguée générale

M. Michaël CANOVAS, directeur de cabinet

10.5 Synerpa

Mme Pauline MEYNEL, responsable du pôle médico-social

Mme Carole FALGUIERES, directrice des opérations

10.6 Nexem

M. Stéphane RACZ, directeur général

10.7 FNEHAD

Mme Elisabeth HUBERT, présidente

Mme Béatrice FRECON, déléguée générale

10.8 Conférence nationale de santé

M. Emmanuel RUSCH, président

11 Personnalités qualifiées

M. Benoît VALLET, ancien DGS

M. Didier HOUSSIN, ancien DGS

11.1 IGAS mobilisés auprès de la direction de crise ou auprès d'agences régionales de santé

Mme Azadeh AKRAMI CASTANON

Mme Florence ALLOT

M. Joël BLONDEL

Mme Nicole BOHIC

Mme Christine BRANCHU

M. Philippe BURNEL

Mme Delphine CHAUMEL

Mme Cécile COURREGES

Mme Christine D'AUTUME

M. Claude DAGORN

M. Alexandre DENIEUL

M. Bertrand FENOLL

M. Dominique GIORGI

Mme Geneviève GUEYDAN

Mme Bénédicte JACQUEY

M. Christophe LANNELONGUE

M. Pierre MAINGUY

Mme Marion MARTY

M. Damian MATHEY

M. Martial METTENDORF

M. Alain MEUNIER

M. Thierry PAUX

Mme Isabelle PAVIS

M. Régis PELISSIER

Mme Céline PERRUCHON

M. Christian POIRET

Mme Mariane SAIE

Mme Françoise ZANTMAN

12 Directeurs généraux d'ARS

M. Jean-Yves GRALL, Auvergne Rhône Alpes

M. Etienne CHAMPION, Hauts de France

M. Pierre PRIBILE, Bourgogne-Franche Comté

M. Michel LAFORCADE, Nouvelle Aquitaine

M. Jean-Jacques COIPLLET, Pays de la Loire

Mme Dominique VOYNET, Mayotte

M. Thomas DEROCHE, Normandie

13 Déplacements

13.1 Grand Est

13.1.1 ARS

Mme Marie Ange DESAILLY-CHANSON, directrice générale (jusqu'en septembre 2020)

Mme Virginie CAYRE, directrice générale (à compter de septembre 2020)

M. Frédéric REMAY, directeur général adjoint (à compter de septembre 2020)

Mme Anne MULLER, directrice de l'offre sanitaire

Mme Laurence ECKMANN, conseillère médicale, direction des soins de proximité

M. Jérôme SALEUR, directeur adjoint de la qualité, de la performance et de l'innovation

M. Alexandre BOUCHET, conseiller défense et sécurité de zone

Mme Edith CHRISTOPHE, directrice de l'autonomie

Mme Carole CRETIN, directrice de la stratégie

M. Michel MULIC, directeur de l'inspection, du contrôle et de l'évaluation

M. Pierre LESPINASSE, délégué territorial du Haut-Rhin

Mme Adeline JENNER, déléguée territoriale du Bas-Rhin

Mme Stéphanie JAEGGY, déléguée territoriale adjointe du Bas-Rhin

13.1.2 Santé publique France – Grand Est

M. Michel VERNAY, responsable

13.1.3 CHU Nancy

M. Bernard DUPONT, directeur général

M. Christian RABAUD, président de la commission médicale d'établissement

M. Lionel NACE, praticien hospitalier responsable du SAU/SAMU/SMUR

Mme PHILIPPE, praticienne hospitalière au SAMU/SMUR

M. Gérard AUDIBERT, chef du pôle anesthésie réanimation

13.1.4 CH Colmar

Mme FIAT, directrice générale

M. CAUCHOIS, directeur adjoint en charge des achats et de la logistique

M. KOSSMANN, directeur adjoint en charge des affaires financières

M. PEREGO, directeur adjoint en charge des affaires générales

Mme VOLET, directrice adjointe, en charge du secrétariat général et de la communication

M. Jean Marie WOEHL, président de la commission médicale d'établissement

M. Dominique DE BRIEL, chef du pôle biologie-pathologie

Mme Elisabeth GAERTNER, cheffe du pôle anesthésie, réanimation chirurgicale et médicale (ARCHIMED)

M. Yannick GOTTWALLES, chef du pôle urgences

M. Rémy HELLER, médecin-chef- unité d'hygiène hospitalière

M. Martin MARTINOT, Médecin-Chef – Infectiologie

M. Daniel RONCALEZ, chef du pôle pharmacie, stérilisation, information médicale

M. Eric THIBAUD, chef du service d'accueil des urgences

Mme RAYNAUD, directrice des soins

Mme TROESCH, directrice des soins

13.1.5 Groupe hospitalier de la région Mulhouse et Sud Alsace

Mme Corinne KRENCKER, directrice générale

Mme Catherine RAVINET, adjointe à la directrice générale

M. Xavier NASICA, président de la commission médicale d'établissement, directeur médical du pôle coordination des prélèvements d'organes

M. Philippe GUIOT, vice-président de la commission médicale d'établissement, directeur médical du pôle médecine intensive

Mme Odile THEISSEN, directrice médicale du pôle anesthésie ambulatoire, bloc opératoire et réanimation chirurgicale

Mme Marie-Paule PFAFF, coordinatrice générale des soins

M. Khaldoun KUTEIFAN, chef du service de réanimation médicale

Mme Pascale MINERY, médecin hygiéniste

Mme Véronique FOUCHE-NOIZET, coordonnatrice du pôle ressources matérielles

M. Alain GRAVET, biologiste

M. Yoganaden MOOTIEN, médecin réanimateur et responsable de l'unité fonctionnelle de conseil en antibiothérapie

13.1.6 Fondation de la maison du diaconat de Mulhouse

M. Diego CALABRO, directeur général

M. Patrick GROSS, directeur de la clinique du Diaconat Fonderie

M. Camille DEZFOULI DESFER, médecin

M. Sebastien MACIAS, directeur des projets, de l'organisation et de la qualité

M. Christian FOUCHS, médecin

Mme Emilie LOESCH, directrice du service communication

13.1.7 Centre de réadaptation de Mulhouse

M. Tom CARDOSO, directeur général

Mme Anne PASSADORI, médecin chef

Mme Fabienne ERNST, directrice des soins adjointe

Mme A. AHMED, coordinatrice ressources humaines

Mme Fabienne RICHARD, directrice des soins et directrice adjointe

13.1.8 Hôpitaux universitaires de Strasbourg

M. Michaël GALY, directeur général

M. Jean-Marie DANION, président de la commission médicale d'établissement

M. Damien HEITZ, vice-président de la commission médicale d'établissement, onco-gériatre

Mme Mathilde ROUSSEAU, directrice de cabinet du directeur général

M. Yves HANSMANN, coordinateur médical COVID-19, infectiologue

M. Philippe CLAVERT, coordonnateur des blocs, chirurgien

M. Julien POTTECHER, coordonnateur territorial de la réanimation, anesthésiste-réanimateur

M. Olivier GAK, Directeur des investissements, de la logistique et des achats

M. Rodolphe SOULIE, directeur des opérations et des projets

Mme Michèle BILLING, directrice de la qualité et de la gestion des risques

13.1.9 Clinique RHENA

Pascal LEXA, directeur général adjoint

M. Radu LUPESCU, président de commission médicale d'établissement, médecin anesthésiste réanimateur

Mme Huguette ZEHNACKER, directrice des soins en charge des plateaux techniques

Mme Claire VOLCK, directrice des soins en charge des hébergements et de l'hôtellerie

Mme Michèle OSTERMANN, directrice de l'information médicale et du circuit patient

Mme Anne FEGER-FALK, pharmacien gérant

M. Eric LE DRET, directeur technique

M. Olivier CASTAING, directeur des achats et de la logistique

Mme Morgane GHIEMMETTI, responsable ressources humaines

Mme Maryline TARSAC, Cadre hygiéniste

Mme Betty FLEURY, cadre de pôle USC SSPI

13.1.10 Clinique de l'Orangerie

M. Patrick WIESNIEWSKI, directeur général

M. Sydney SOVANNES, président de la commission médicale d'établissement, anesthésiste-réanimateur

13.1.11 EHPAD Marienthal

Madame Rachel RIGAUD, directrice générale

13.2 Occitanie

13.2.1 ARS

M. Pierre RICORDEAU, directeur général

M. Jacques MORFOISSE, directeur général adjoint

Mme Catherine CHOMA, directrice de la santé publique

M. Pascal DURAND, directeur du premier recours

Mme Isabelle REDINI, directrice des territoires et des relations institutionnelles

Mme Emmanuelle MICHAUD, directrice adjointe de l'offre de soins et de l'autonomie

13.2.2 URPS

M. Maurice BENSOUSSAN, URPS Médecins

Mme Valérie GARNIER, présidente de l'URPS Pharmaciens

Mme Pauline DHONT, chargée de mission URPS Pharmaciens

M. Jean-François BOUSCARAIN, URPS Infirmiers

13.2.3 Réunion en visioconférence avec les directeurs de délégation départementale

Mme Marie-Odile AUDRIC-GAYOL, Ariège

M. Xavier CRISNAIRE, Aude

M. Benjamin ARNAL, Aveyron

M. Claude ROLS, Gard

M. Laurent POQUET, Haute-Garonne

M. Jean-Michel BLAY, Gers

M. Alexandre PASCAL, Hérault

Mme Julie SENGER, Lot

M. Alain BARTHELEMY, Lozère

Mme Marie-Line PUJAZON, Hautes-Pyrénées

M. Guillaume DUBOIS, Pyrénées-Orientales

M. Abderrahim HAMMOU-KADDOUR, Tarn

M. David BILLETORTE, Tarn-et-Garonne

13.2.4 Préfecture

M. Jacques WITKOWSKI, Préfet de l'Hérault

M. Richard SMITH, directeur de cabinet

13.2.5 EHPAD Les Aiguerelles, à Mauguio

Mme Lucie BOISSEUIL, directrice

Mme Aurore LAFORET, médecin coordonnateur

Mme Séverine Mousson, psychologue

13.2.6 CHU Montpellier

M. Thomas LE LUDEC, directeur général

M. Patrick TAOUREL, président de la CME

M. Samir JABER, département anesthésie-réanimation, St Eloi, Président COGAR

M. Vincent LE MOING, service maladies infectieuses et tropicales
M. Josh RUBENOVITCH, directeur de la qualité et de la gestion des risques
M. Xavier CAPDEVILA, département Anesthésie Réanimation Lapeyronie
M. Kada KLOUCHE, département Réanimation Lapeyronie.

13.2.7 Réunion en audioconférence avec les fédérations hospitalières

M. Christian CASTALDO, FHF
M. Pascal DELUBAC, FHP
M. Philippe JOURDY, FEHAP
M. Emmanuel QUISSAC, Unicancer
M. Pierre PERUCHO, FNEHAD

13.3 Bretagne

13.3.1 Préfecture de Région

Mme Michèle KIRRY, Préfète de la région Bretagne, préfète de la zone de défense et de sécurité Ouest, préfète d'Ille-et-Vilaine

13.3.2 ARS

M. Stéphane MULLIEZ, directeur général
Mme Anne-Briac BILI, directrice de cabinet
Mme Nathalie LE FORMAL, directrice de la Santé Publique
Mme Isabelle GELEBART, directrice-adjointe Veille et Sécurité sanitaire
M. Dominique PENHOUE, directeur adjoint
M. Pierrick JAGLIN, coordonnateur de la cellule d'appui aux EHPAD

13.3.3 Santé Publique France – cellule régionale Bretagne

M. Alain LE TERTRE, responsable de la cellule régionale

13.3.4 EHPAD – Résidence Ste Marie Chateaubourg- 35

M. Guy MEVEL, président de l'association
Mme Marie-Pierre BOURGIN, directrice
Mme Michèle ANDRE, infirmière coordinatrice (IDEC)
Mme Camille PELLOUX, infirmière
Mme Isabelle PEIGNE, IDE
Mme Françoise MARTIN, aide médico-psychologique

Mme Emmanuelle ABALEA, adjointe de direction
Mme Emilie GIANONCELLI, maitresse de maison
Mme Pascale GARINO, aide-soignante

13.3.5 Hôpital privé Océane – Groupe ELSAN

M. Wilfried HARSIGNY, directeur d'établissement avant le 21 septembre 2020
M. Nicolas Pierre POIZAT, directeur d'établissement depuis le 21 septembre 2020
Mme Cécile LANDAIS, infectiologue
M. Cyril GERARD, vice-président CME, chirurgien urologue
Mme Alexandra LEVESQUE CHATEAUNEUF, directrice des ressources humaines
Mme Laure RIALLAND, pharmacien gérant PUI
Mme Mériadeck FRADJ, IDE hygiéniste
Mme Jessica BERTRAND, IDE hygiéniste
M. Yves DELMAS, directeur technique et logistique
Mme Tiphaine PERESSE, responsable administration RH, membre CSSCT
Mme Sandra LE TALLEC, IDE médecine, membre CSSCT
Mme Sophie SCHELLHORN ROCHARD, aide-soignant en stérilisation, membre CSSCT
Mme Christine GUILLOT, responsable qualité/gestion des risques, référent COVID-19

13.3.6 Centre hospitalier de Bretagne Atlantique – Vannes

13.3.6.1 Cellule de crise COVID-19

M. Olivier LE PORT, IDE
M. Serge FERROCHI, CDS
M. Fabrice ARNAUCI, CDS
Mme Agathe TEXIER-PAUTON, CDS
M. François HAMON, CDS
Mme Caroline COUVERT, IDE réanimation
Mme Edith CAREL, CSS
Mme Manon MANIERE, étudiante IDE
Mme Virginie PELLETIER, IDE chirurgie
Mme Maria-Katell LE PORT, CDS chirurgie
Mme Catherine TANGUY, CDS pédiatrie
Mme Marie MONTANGON, CDS IADE bloc opératoire
Mme Véronique BASSO, IADE bloc / anesthésie

Mme Clémence MABON, IDE médecine polyvalente
Mme Camille LE CHEVILLER, AS médecine polyvalente
Mme Audrey BRAILLY, AS pneumologie
Mme Séverine MULTAN, IDE pneumologie
Mme Océane LE CORVEC, IDE SSR
Mme Marcelle DESNOS, CDS SSR
M. David LOIR, CCP
Mme Maryline LAURENT, CDS médecine polyvalente
Mme Céline GOVINDOOTAZOO, AS

13.3.6.2 Représentants du CHCST

Mme Isabelle PELTIER, IDE, secrétaire Force ouvrière
M. Denis LE ROHELLEC, infirmier, représentant CGT
Mme Muriel LEYS, aide-soignante SSR, représentante CGT
Mme Catherine GUEGUIN, représentante CFDT

13.3.7 Groupement hospitalier de territoire élargi Brocéliande Atlantique – Vannes

M. Pascal BENARD, EPSM Morbihan
Mme Isabelle DORMOIS, EPSM Morbihan
M. Jean-Philippe LECAMUS, EPSM Morbihan
M. Eric BRANGER, CH Ploërmel
M. Philippe COUTURIER, CH Bretagne- Atlantique
Mme Marie-Dominique NAËL, CH Bretagne-Atlantique
Mme Marie POUSSIN, CH Bretagne -Atlantique
M. Pierre-Yves DEMOULIN, CH Bretagne-Atlantique, Président de la CME
M. Thomas MARECHAL, CH Bretagne-Atlantique
M. Hubert MOSER, ADPS 56
Mme Catherine MONGIN, Clinique des Augustines, Malestroit
Mme Catherine LAMOISE, CSSR Korn Er Houet
M. Franck HILTON, CHBV Nivillac

13.4 Ile-de-France

13.4.1 ARS

M. Aurélien ROUSSEAU, directeur général

Didier JAFFRE, directeur de l'offre de soins

Yann DEBOS, directeur de cabinet du directeur général

13.4.2 Services de l'Etat

M. Georges-François LECLERC, préfet de Seine-Saint-Denis

M. Laurent HOTTIAUX, préfet des Hauts-de-Seine

M. Mathieu DUHAMEL, directeur de cabinet du préfet des Hauts-de-Seine

M. Vincent BERTON, secrétaire général de la préfecture des Hauts-de-Seine

13.4.3 Elus

M. Grégoire DE LA RONCIERE, maire de Sèvres

M. Cédric SIRUGUE, directeur général des services de la mairie de Sèvres

13.4.4 Services Conseil Départemental

M. Benjamin VOISIN, directeur général adjoint, Conseil départemental de Seine-Saint-Denis

Mme Elodie CLAIR, directrice générale adjointe en charge des solidarités, Conseil départemental des Hauts-de-Seine

13.4.5 L'Essor (association protection de l'enfance et handicap)

M. Gaël ESCAFFRE, directeur général

13.4.6 Centre Hospitalier de Pontoise- GHT Novo

Mme Floriane RIVIERE, adjointe au directeur

M. Edouard DEVAUD, président de la CME

Mme Dominique CHAMPENOIS, coordonnatrice des soins

13.4.7 Hôpital des Quatre Villes

M. Hubert DE BEAUCHAMP, directeur

13.4.8 Hôpital privé d'Antony

M. Alexandre BREIL, directeur

Mme Anne HERKERT, pneumologue

Mme Véronique ZARKA, pneumologue

M. Christophe QUILLIEC, urgentiste

M. Julien LENGLET, président de CME et directeur médical de crise

Dr Jean Charles GAGNARD, interniste
M. Michel BENHAMOU, réanimateur
M. Didier GEDIN, cardiologue
M. Jean-Baptiste FOURRIER, directeur des ressources humaines
Mme Sabine BELORGEY, directrice des soins
Mme Isabelle PAYSAN, cadre hygiéniste
Mme Catherine COLIN-BOUNHIOL, praticien référent en hygiène

13.4.9 Clinique Ambroise Paré, Neuilly sur Seine

Mme Dominique BOULANGER, présidente directrice générale
Mme Pascale PROST, directrice
Mme Anissa AMIRA, coordinatrice des soins
M. Pierre SKORA, médecin réanimateur

13.4.10 Centre Hospitalier de Saint Denis

M. Jean PINSON, directeur
M. Francois LHOTE, président de CME
M. Etienne ROUAULT, directeur des ressources humaines
Mme Chantal MILLIET, directrice des soins
Mr Fabrice CIANNI, directeur des systèmes d'information
Mme Mailys DE FOURNOUX, directrice qualité – gestion des risques
M. Naomi SAYRE, présidente du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
M. Daniel DA SILVA, réanimateur, chef pôle SUR
M. Mathias WARGON, chef de service des urgences
M. Pascal BOLOT, chef de pôle femme/enfant
Mme Lucile MONTAGNIER, directeur des affaires juridiques
Mme Hélène THIN, responsable du service communication
Mme Anne DOOGHE, cadre supérieur
Mme Audrey GLANARD, ingénieur Hygiène
Mme Marie AGBO, cadre de santé chargée de la qualité-gestion des risques
M. Thomas DEBROUKER, chef de pôle neuro/MPR
M. Fatima KADDARI, cheffe de pôle médicotechnique
M. Olivier CRAS, cadre supérieur

SIGLES UTILISES

ANR : agence nationale pour la recherche

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ANSM : agence nationale de sécurité du médicament

ARS : agence régionale de santé

CARE : comité analyse, recherche et expertise

CCIL : cellule de coordination interministérielle de logistique

CCS : centre de crise sanitaire

CIC : cellule interministérielle de crise (jusqu'au 18 mai 2020) puis centre interministériel de crise

CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales

CME : commission médicale d'établissement

CNS : conférence nationale de santé

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CORRUSS : centre opérationnel de régulation et de réponses aux urgences sanitaires et sociales

CPIAS : centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins

CPP : comité de protection des personnes

CRAPS : cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire

CRSA : conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CSP : code de santé publique

DICOM : délégation à l'information et à la communication

DITP : direction interministérielle de la transformation publique

DGCS : direction générale de la cohésion sociale

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DGS : direction générale de la santé

DNS : délégation ministérielle du numérique en santé

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRH : direction des ressources humaines

DSS : direction de la sécurité sociale

EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ES : établissements de santé

ESMS : établissements sociaux et médico-sociaux

ESPIC : établissements de santé privés d'intérêt collectif

GHT : groupement hospitalier de territoire

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : haute autorité de santé

HCSP : haut conseil de la santé publique

HFDS : haut fonctionnaire de défense et de sécurité

INS : identifiant national de santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MDPH : maisons départementales des personnes handicapées

MEAE : ministère de l'Europe et des Affaires étrangères

MESRI : ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

MSS : ministère des solidarités et de la santé

OMS : organisation mondiale de la santé

ORSAN : organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

ORSEC : organisation de la réponse de sécurité civile

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

PHRC : programme hospitalier de recherche clinique

PUI : pharmacie à usage interne

REACTing : REsearch and ACTion targeting emerging infectious diseases

ROR : répertoire opérationnel des ressources

SEPH : secrétariat d'Etat aux personnes handicapées

SGDSN : secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale

SIDEP : Système d'Informations de DEPistage

SI-VIC : système d'information pour le suivi des victimes

SPF : Santé publique France

SSR : soins de suite et de réadaptation

USLD : unité de soins de longue durée

VSS : veille et sécurité sanitaire